



ADAPTER LA PRESTATION DE SERVICE D'UN SAAD AUX BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Jean-Pierre GALTIER

2010

cafedes



Remerciements

Je souhaite remercier Mme D. Goudoux Morzelle pour son accompagnement et ses conseils précieux. Ses remarques, tant sur la construction de ce travail que sur mon positionnement en tant que directeur, ont guidé ma réflexion. L'intérêt porté à mon sujet, son regard sur la fonction de direction, ont été autant de ressources mises à ma disposition avec sympathie et une grande disponibilité.

Mes remerciements et toute ma reconnaissance s'adressent aussi à Mr JM. Guarino directeur général d'Ariège Assistance qui, à l'occasion de mon stage, m'a fait bénéficier de son professionnalisme, de son expérience et de son analyse des particularités et des difficultés de l'intervention à domicile.

Je remercie l'équipe pédagogique du CRFPFD, les intervenants et l'ensemble de la promotion, qui ont alimenté ma réflexion autour de la « posture de directeur d'un établissement social et médico-social ».

Merci à Fabienne et Aurore pour leur patience, leur attention et leur soutien tout au long de la formation.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Rester à domicile : un choix rendu possible pour les personnes en situation de handicap | 3 |
| 1.1 Les contours du maintien à domicile..... | 3 |
| 1.1.1 Le maintien à domicile comme l'expression du désir de rester chez soi | 3 |
| 1.1.2 Les limites du maintien à domicile | 6 |
| 1.1.3 L'évolution de l'aide à domicile dans les politiques publiques | 6 |
| 1.1.4 La structuration du champ de l'intervention à domicile | 9 |
| 1.2 Les incidences de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées..... | 12 |
| 1.2.1 La Maison Départementale de la Personne Handicapée : la fin de l'institution comme unique référente du projet de vie | 12 |
| 1.2.2 Une évaluation des besoins qui tient compte de l'environnement de la personne et du projet de vie | 13 |
| 1.2.3 La prestation de compensation : solvabiliser la demande d'intervention..... | 14 |
| 1.3 Les besoins des personnes en situation de handicap : spécificités et similitudes avec la personne âgée dépendante..... | 15 |
| 1.3.1 Les spécificités liées aux différents types de handicaps..... | 16 |
| 1.3.2 Le caractère à domicile des interventions comme similitude entre personnes âgées et personnes en situation de handicap | 18 |
| 1.4 Conclusion partielle..... | 21 |
| 2 Les difficultés rencontrées lors des interventions du SAAD Ariège Assistance auprès des personnes en situation de handicap | 22 |
| 2.1 Le régime d'autorisation comme cadre réglementaire du SAAD..... | 22 |
| 2.1.1 L'évolution du statut de service prestataire sans remise en cause de son mode de financement : les heures d'intervention | 23 |
| 2.1.2 Une concurrence accrue avec les démarches d'agrément..... | 25 |
| 2.1.3 Une diversité des modes d'intervention : gré à gré, mandataire, prestataire..... | 27 |
| 2.2 Le SAAD au sein de l'association Ariège Assistance | 28 |
| 2.2.1 L'association Ariège Assistance | 28 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.2.2 | L'Ariège un territoire avec des particularités | 31 |
| 2.2.3 | Présentation du SAAD Ariège Assistance..... | 33 |
| 2.3 | Une absence de lisibilité du projet de vie et un large spectre de situations | 36 |
| 2.3.1 | Un plan personnalisé de compensation trop généraliste..... | 37 |
| 2.3.2 | Les limites des interventions du SAAD face à la diversité de type de handicap et à la singularité liée au domicile | 38 |
| 2.3.3 | Le rôle de l'entourage différent de celui des personnes âgées : la place de l'aidant dans le cadre des interventions | 39 |
| 2.3.4 | Des interventions entre l'aide et l'accompagnement à domicile et le soin auprès des personnes lourdement handicapées | 40 |
| 2.4 | L'absence de référent pour organiser les interventions pluriprofessionnelles autour de la personne en situation de handicap | 42 |
| 2.4.1 | Les limites du rôle de coordination de la responsable de secteur | 43 |
| 2.4.2 | Un sentiment d'isolement majoré pour les intervenantes à domicile..... | 44 |
| 2.4.3 | Le rôle et la mission des SAVS-SAMSAH-Groupement d'entraide mutuelle | 45 |
| 2.5 | Conclusion partielle | 47 |
| 3 | Un projet de service à adapter à l'accompagnement des personnes en situation de handicap | 48 |
| 3.1 | Soumettre à l'approbation du CA les axes stratégiques du SAAD | 49 |
| 3.1.1 | Rappel du contexte : Schéma départemental et PRIAC | 49 |
| 3.1.2 | L'évolution du projet associatif comme préambule au développement des axes stratégiques du SAAD | 51 |
| 3.1.3 | La fonction de direction et la stratégie adoptée..... | 52 |
| 3.2 | La démarche GPEC comme adaptation du projet de service du SAAD | 55 |
| 3.2.1 | Le choix de la démarche et l'importance d'adopter un langage commun | 56 |
| 3.2.2 | Définir les compétences cibles nécessaires à la prise en charge des personnes en situation de handicap..... | 60 |
| 3.2.3 | Soumettre à l'avis des instances représentatives du personnel le plan d'action.. | 63 |
| 3.3 | Accompagner la réorganisation du service..... | 66 |
| 3.3.1 | La création d'un nouveau service : spécialisation ou polyvalence des intervenants..... | 66 |
| 3.3.2 | La place des aidants..... | 69 |
| 3.3.3 | Adapter la démarche d'évaluation des situations individuelles : la mise en place de l'outil DESIR..... | 71 |
| 3.4 | Maîtriser les incidences budgétaires..... | 73 |
| 3.4.1 | La situation financière du SAAD | 73 |

| | | |
|--------------------------------|--|-----------|
| 3.4.2 | La traduction budgétaire du projet de service..... | 74 |
| 3.5 | Une stratégie de communication au service du projet | 76 |
| 3.5.1 | Développer les partenariats | 76 |
| 3.5.2 | Affirmer la vocation d'utilité sociale de l'association | 77 |
| 3.6 | Conclusion Partielle | 78 |
| Conclusion..... | | 79 |
| Bibliographie | | 81 |
| Liste des annexes | | I |

Liste des sigles utilisés

| | |
|--------------|--|
| ACTP | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne |
| AGGIR | Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources |
| AMP | Auxiliaire Médico-Psychologique |
| APA | Allocation d'Autonomie Personnalisée |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| AVS | Auxiliaire de Vie Sociale |
| AS | Aide Soignante |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| CCE | Comité Central d'Entreprise |
| CCN | Convention Collective Nationale |
| CDAPH | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| CE | Comité d'Entreprise |
| CESU | Chèque Emploi Service Universel |
| CG | Conseil Général |
| CLIC | Centre Local d'Information et de Coordination |
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| CRAM | Caisse Régionale d'Assurance Maladie |
| DEAVS | Diplômé d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale |
| DIF | Droit Individuel à la Formation |
| EAD | Employé À Domicile |
| EHPAD | Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| ETP | Équivalent Temps Plein |
| GEM | Groupement d'Entraide Mutuelle |
| GPEC | Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences |
| GEVA | Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée |
| GIR | Groupe Iso Ressources |
| HAD | Hospitalisation À Domicile |
| HPST | Hôpital Patient Santé Territoire |
| IRP | Instances Représentatives du Personnel |
| MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées |

| | |
|---------------|--|
| MDPSH | Maison Départementale des Personnes en Situation de Handicap |
| OPCA | Organisme Paritaire Collecteur Agréé |
| PA | Personne Âgée |
| PCH | Prestation de Compensation du Handicap |
| PH | Personne Handicapée |
| PPC | Plan Personnalisé de Compensation |
| PRIAC | Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| PSD | Prestation Spécifique Dépendance |
| RAQ | Responsable Assurance Qualité |
| RS | Responsable de Secteur |
| SAAD | Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile |
| SAMSAH | Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés |
| SAP | Service À la Personne |
| SAVS | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale |
| SESSAD | Services d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile |
| SMIC | Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance |
| SPASAD | Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile |
| SSIAD | Service de Soins Infirmiers À Domicile |
| TISF | Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale |
| UDAF | Union Départementale des Associations Familiales |
| UNA | Union Nationale de l'aide, des soins et des services au domicile |

Introduction

Actuellement je suis en poste de conseiller en formation au sein de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de l'économie sociale Uniformation dont la branche de l'aide à domicile fait partie. Dans le cadre d'une convention entre Uniformation et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), nous accompagnons les projets de professionnalisation des associations d'aide à domicile de la région Midi-Pyrénées depuis 2005. C'est pourquoi j'ai choisi de me positionner en tant que directeur d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). N'étant pas en poste de direction je me suis inspiré du stage effectué au sein de l'association Ariège Assistance pour me positionner comme directeur d'un SAAD.

Le SAAD qui intervient historiquement auprès des personnes âgées dépendantes, est interpellé par l'augmentation des prises en charge des personnes en situation de handicap dans une période où se pose la question de son positionnement :

- Avec d'un côté l'intégration des SAAD dans le champ de la loi de 2002 vécue comme une reconnaissance des efforts de professionnalisation autour de la prise en charge de la dépendance (qualification des intervenantes, mise en place des outils autour du droit des usagers, tarification par le conseil général).
- De l'autre côté les dispositions du Plan Borloo et les procédures d'agrément favorables au développement d'un secteur concurrentiel dont la priorité est le développement de l'emploi par la « marchandisation » des services à la personne.

Concomitamment, au regard de la politique du maintien à domicile, le principe d'une prise en charge globale qui repose sur la base d'une évaluation des besoins spécifiques de chaque personne ne rend plus nécessaire la dichotomie personnes âgées et personnes en situation de handicap au niveau des politiques sociales. Dans cette logique, doit être lancé d'ici fin 2010 la mise en place d'un dispositif de solvabilisation de la perte d'autonomie : le cinquième risque, qui ne distinguera plus ces deux publics.

C'est dans ce contexte de plus en plus concurrentiel et de projet de réforme du système de financement des prises en charge, que je m'interroge sur la mise en place au sein du service, des conditions nécessaires à la personnalisation des prestations du SAAD pour permettre à la personne en situation de handicap d'exercer son libre choix de vivre à domicile.

En tant que structure médico-sociale, les prestations doivent faire l'objet d'une contractualisation basée sur une évaluation des besoins qui tient compte de la diversité des handicaps dans un environnement unique et évolutif : le domicile. Il est de ma responsabilité de directeur d'organiser l'adéquation entre les prestations du SAAD et la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap. La complexité de la prise en charge de ces personnes nécessite d'interroger profondément les pratiques professionnelles, l'organisation et les partenariats du service.

Dans la première partie de ce travail, je reviendrai sur l'évolution des politiques publiques en faveur du choix de rester à domicile pour la personne en situation de handicap. Je préciserai les spécificités du maintien à domicile en tant qu'expression d'un désir et support à l'exercice de la citoyenneté. Je caractériserai l'intervention à domicile comme une co-construction d'une relation de service ambivalente qui comporte certaines similitudes entre les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Pour autant il existe de nombreuses spécificités des besoins des personnes en situation de handicap liées aux différents types de handicap et à des modes de vie différents de ceux du « grand âge ».

La deuxième partie me permettra de mettre en évidence les éléments de contingences liés à l'environnement du SAAD et les difficultés actuelles lors des interventions auprès des personnes en situation de handicap.

Dans la troisième partie je développerai ma stratégie d'adaptation de la prestation de service du SAAD en cohérence avec l'évolution du projet associatif. Elle s'articule autour de trois axes :

- La mise en place d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) qui comprend des actions ciblées sur les compétences individuelles des salariés et une réorganisation du service autour du développement des compétences collectives.
- La mise en place d'une démarche d'évaluation des situations individuelles multidimensionnelle comme pivot de notre démarche médico-sociale.
- Le développement de partenariats et la communication autour de la qualité des prestations du SAAD auprès des différents interlocuteurs.

1 Rester à domicile : un choix rendu possible pour les personnes en situation de handicap

1.1 Les contours du maintien à domicile

Il est important de revenir sur les textes qui ont structuré le champ de l'aide à domicile même s'ils ne concernent pas tous directement les personnes en situation de handicap. C'est l'occasion d'illustrer l'évolution des politiques sociales vers un modèle inclusif avec des principes de contractualisation, d'une prise en charge individualisée ; transversaux à tous les usagers.

La dichotomie entre personnes âgées et personnes en situation de handicap a tendance à s'atténuer pour laisser la place à un usager acteur dont on va solvabiliser la demande d'aide pour se maintenir à domicile. Faut-il encore bien clarifier dans un premier temps ce que l'on entend par « maintien à domicile ».

1.1.1 Le maintien à domicile comme l'expression du désir de rester chez soi

Ce choix, c'est l'expression d'une volonté de demeurer chez-soi et ce ne doit pas être un enfermement à domicile ou une « institutionnalisation » à domicile. Il implique pour les personnes fragilisées un soutien qui englobe des aides humaines, techniques, et financières, dans toutes les dimensions physiques, psychiques ou sociales. L'ensemble des ces aides contribue au maintien à domicile, y compris l'entretien du logement tâche souvent considérée comme subalterne, pourtant essentielle pour permettre à la personne aidée de garder son identité. Si l'on considère les objets comme un prolongement de l'identité de la personne, « toucher aux choses, les changer de place, a effectivement une importance capitale et devient, souvent, une cause de conflit entre les personnes et les intervenants » Bernard Ennuyer¹ (p 40).

« Le domicile est le fondement d'une identité sociale pour qu'un individu se reconnaisse comme sujet et acteur de sa propre histoire, il doit maîtriser un tant soit peu une portion de territoire, un espace remplissant les fonctions d'un authentique chez-soi(...) C'est un lieu de repli pour se ressourcer, se protéger, se reproduire, il constitue tout comme le travail, l'une des dimensions fondamentales autorisant un individu à revendiquer son appartenance à la société globale. Il est une métaphore spatiale pour dire : « j'existe, j'existe devant les autres, ma personne est singulière ». Si le logement peut-être considéré comme un bien, habiter relève de la subjectivité la plus absolue, c'est une

¹ ENNUYER B., 2006, *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod

démarche de reconnaissance, de respect, de valorisation narcissique, voire d'amour »
Elian Djaoui² (p18).

Le domicile c'est une culture de la vie quotidienne, de l'empirisme, du subjectif, on ne peut pas ignorer l'histoire du « chez-soi » on l'intègre. C'est une culture de l'accompagnement au quotidien d'un cheminement avec la personne, pour l'aider à accomplir sa vie, jour après jour et à conserver ou construire son identité psychique et sa dimension de sujet de droits, sa citoyenneté.

Le maintien à domicile met en jeu une multitude d'acteurs familiaux, de voisinage, de salariés attachés à des structures différentes ou de professions libérales.

« Les politiques publiques répondent au niveau collectif et pas du tout au niveau des individus, chacun dans sa singularité. En fait se sont les professionnels, confrontés quotidiennement à l'intimité et souvent à la détresse de l'habitant, qui se heurtent au surgissement de cette demande et peuvent difficilement en faire l'économie » Elian Djaoui (p 265). Touchant au narcissisme et à l'identité sociale de l'habitant, ils doivent gérer ce hiatus entre le besoin déterminé par les politiques publiques et la demande de l'utilisateur.

Comme le précise Armand Hatchuel³ la prescription atténue la logique de la demande et de l'offre, ainsi l'offreur n'est pas toujours celui qui prescrit de façon précise la chose offerte et le demandeur n'est pas systématiquement celui qui prescrit la chose demandée. La notion de prescription est préférée à celle de choix, ce qui permet d'insister sur les connaissances, les savoirs ou les croyances détenus par les clients et les prestataires.

La prescription dans notre cas portera sur : la nature de la prestation (gré à gré, mandataire, prestataire), la disponibilité temporelle (nombre d'heures d'intervention) et le processus de production de la prestation (choix d'un prestataire plutôt qu'un autre).

Bien sûr l'utilisateur participe directement à l'expression de ses attentes, l'individualisation de la prise en charge suppose un effort particulier de sa part pour exprimer ses besoins ou pour découvrir avec l'aide du prestataire ceux qu'il peut formuler de manière réalisable par ce dernier. La complexité et les interrelations en jeu nécessitent une éthique d'intervention qui fait de la prestation selon moi, autre chose qu'un simple service à la personne dans une logique de marchandisation ou le client effectuerait un choix optimisé

² Djaoui E., 2008, *Intervenir au domicile*, 2^{ème} édition, Presses EHESP, Rennes

³ De Bandt J. et Gadrey J., 1994, *Relations de services, marchés de services*, édition du CNRS chap III

Cependant le maintien à tout prix de cette personne qui impliquerait des conséquences extrêmement préjudiciables est un déni de réalité et relèverait de la mise en danger d'une personne vulnérable comme le précise Elian Djaoui⁷.

1.1.2 Les limites du maintien à domicile

Comme nous venons de l'évoquer la première limite peut-être celle de la mise en danger de la personne, mais on peut citer également :

- Le manque de couverture du territoire par certains services surtout en milieu rural.
- Le manque d'accessibilité à certains services du fait des seuils de prise en charge financière. Le ticket modérateur sur les heures de prises en charge au titre de l'APA, le nombre d'heures limitées au titre de l'aide humaine ou l'exclusion de certaines prestations de la PCH.
- L'absence d'aidant familial dans le cas d'une nécessité d'une présence permanente. La prise en charge en continu entraîne l'intervention d'une multitude d'intervenants qui peuvent donner l'impression d'une institutionnalisation à domicile.
- La tolérance de la personne aidée plus ou moins importante à sa situation soit du fait :
 - ✓ Des difficultés croissantes qu'elle peut rencontrer dans les actes de la vie quotidienne avec le risque d'un lâcher prise, la personne ne pouvant plus supporter ses diminutions.
 - ✓ L'insécurité perçue par la personne ou par son entourage.
- Les limites induites par les professionnels avec des cultures différentes et des divergences fondamentales sur les notions de risque et de sécurité. D'une façon générale les professionnels sanitaires, formés sur la dominante médicale, n'ont pas la même conception du risque et de la sécurité à domicile que les équipes professionnelles du domicile à dominante sociale.

Ces différentes limites, seront évoquées plus en détails dans ce travail puisqu'elles constituent des éléments de contingences dont il faudra tenir compte dans l'élaboration de la réponse du SAAD.

1.1.3 L'évolution de l'aide à domicile dans les politiques publiques

A partir de 2002 les politiques du secteur sont basées sur le concept de « mainstreaming » déjà évoqué lors du rapport Laroque en 1962. A l'inverse d'une politique de différenciation, c'est le processus d'intégration qui est au centre des dispositifs. L'objectif est de mener une politique égalitaire afin de favoriser l'intégration

⁷ Référence citée p 4

des personnes dans l'ensemble des champs de la vie en société : on passe d'une logique de différenciation à une logique d'inclusion.

Comme l'évoque Elian Djaoui⁸, le maintien ou le retour à domicile constitue un véritable levier pour favoriser le processus d'intégration. En effet le domicile comme nous l'avons vu est fortement associé à l'identité de la personne mais également à la notion de citoyenneté.

On peut considérer qu'il renvoie à une double conception celle du lieu et celle du lien. Le lieu représentant la citoyenneté associée au territoire et le lien soulignant l'appartenance de l'individu à une même communauté. En ce sens on perçoit l'importance de la stabilité de la personne dans l'exercice de sa citoyenneté.

C'est le rapport Laroque en 1962 qui pose les principes fondateurs d'une politique du maintien à domicile des personnes âgées dans une logique inclusive : « il est essentiel de maintenir les personnes âgées dans la société au contact avec les autres générations et d'éviter toute rupture brutale dans leurs conditions de vie. La rupture du vieillard avec son environnement habituel, le changement de résidence et de logement, l'éloignement de ses relations constituent autant de facteurs d'aggravation du vieillissement ».

« Le principe de base qui a dominé tous les travaux de la commission a été l'exclusion de toute ségrégation, les personnes âgées devant être des citoyens comme les autres et avoir leur place : dans l'ensemble de l'action sociale, dans l'ensemble de la vie économique, dans la politique de la santé, dans la politique des ressources, dans la politique de l'action sociale par l'aménagement du milieu de vie des personnes âgées, dans l'ensemble de l'opinion et le comportement de la société à l'égard des personnes âgées par une action éducative ».

Cette définition intégratrice et préventive des risques encourus par la vieillesse fait du développement de l'aide à domicile le pivot de ce projet politique.

La circulaire du 24 septembre 1971 souligne les actions à mener en matière de développement d'équipements sanitaires et sociaux dont l'objectif demeure le concours au maintien à domicile capable de « préserver au maximum l'indépendance et l'intégration sociale de la personne âgée »⁹. Elle définit notamment l'aide directe à domicile : l'aide ménagère pour éviter l'hospitalisation ou l'hébergement en collectivité, les

⁸ Référence citée p 4

⁹ Circulaire n°1575 du 24 septembre 1971 parue au Bulletin Officiel de la santé et de la sécurité sociale, n°41 du 10 octobre 1971

soins infirmiers ou médicaux à domicile pour prévenir ou raccourcir l'hospitalisation et enfin les visites à domicile d'assistantes sociales ou de personnes bénévoles. Elle pose le principe de la sectorisation gérontologique, pour articuler au plus proche de la personne aidée les équipements et les actions médico-sociales.

A la différence de la loi de 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées¹⁰ qui bien que promouvant une politique globale en faveur des personnes handicapées favorise surtout l'institutionnalisation avec la loi de 1975 portant sur les institutions sociales et médico-sociales¹¹ dans laquelle aucune mention n'est faite aux services à domicile. Seul l'article 39 de la loi d'orientation instaure l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui affecte des moyens aux personnes handicapées et âgées pour employer une tierce personne chez elles. Elle ne donne pas les moyens aux personnes handicapées de choisir librement de vivre à domicile, projet de vie et institution sont étroitement liés.

En 1981 dans un contexte de crise économique causée par les deux chocs pétroliers de 1974 et 1979, on assiste à l'inclusion des politiques de l'emploi dans la politique du maintien à domicile avec les services de proximité qui apparaissent déjà comme une solution au chômage, cette « marchandisation » s'opère en deux phases :

- Avec les mesures sociales et fiscales à destination des particuliers employeurs, on n'est plus dans une logique de maintien à domicile comme réponse à un désir de choix de vie mais dans une logique de développement de l'emploi jusqu'à mettre en situation d'employeur les personnes vulnérables (« le gré à gré »). On peut citer la loi n°87-39 du 27/01/1987 dite loi Seguin portant diverses mesures d'ordre social et plus récemment la loi n°2005-841 du 26/07/2005 relative au développement des services à la personne qui vise la création de 500 000 emplois sur 3 ans et met en place le chèque emploi service universel (CESU).
- L'ouverture par la loi du 29/01/1996¹² du champ de l'aide à domicile, des emplois familiaux ou des emplois de services aux particuliers au secteur marchand, dans le cadre de prestation de service, sous réserve de l'obtention d'un agrément qualité délivré par la DDTEFP¹³ lorsque leur activité concerne l'aide aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées.

¹⁰ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, JO du 1^{er} Juillet 1975

¹¹ Loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO du 1^{er} Juillet 1975

¹² Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, JO du 21 décembre 1993

¹³ DDTEFP : Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation

L'ensemble de ces dispositions contribue à la prédominance de la prestation de service à la personne standardisée au détriment de la notion de relation de service d'aide et d'accompagnement. Cette évolution des politiques publiques autour du maintien à domicile s'accompagne d'une logique de solvabilisation de la demande qui contribuera à la structuration de la branche de l'aide à domicile.

1.1.4 La structuration du champ de l'intervention à domicile

C'est la loi du 24 janvier 1997¹⁴ qui met en place la prestation spécifique dépendance (PSD), au domicile la PSD se substitue à l'ACTP qui est dès lors réservée au moins de 60 ans ou aux personnes handicapées de plus de 60 ans en ayant déjà bénéficié avant 60 ans.

Paradoxalement la PSD entraîne une diminution de la prise en charge à domicile de la dépendance par rapport à l'ACTP, elle est attribuée de manière limitée (gir 1,2 et 3 uniquement) et sous conditions de ressources avec un recours sur succession.

Le rapport SUEUR en 2000 en pointe les insuffisances notamment le manque d'homogénéité dans le montant de cette prestation d'un département à l'autre. Il propose un nouveau dispositif plus égalitaire territorialement et répondant mieux aux besoins spécifiques des personnes dépendantes repris par la loi n° 2001-647 du 20/07/2001¹⁵ relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Prestation découlant d'un droit universel, égal et personnalisé, elle est ouverte à toutes personnes âgées dépendantes et attribuée de façon identique sur tout le territoire à revenu et perte d'autonomie identique. La perte d'autonomie s'évalue selon la grille autonomie gérontologie groupes Iso-ressources (AGGIR) qui classe les personnes âgées en six groupes des plus dépendants gir 1 aux personnes qui sont autonomes dans les actes de la vie quotidienne gir 6.

La délivrance de l'APA n'est plus liée aux conditions de ressources, celles-ci sont seulement prises en compte pour en établir le montant (le restant à charge ou ticket modérateur est proportionnel aux revenus), elle s'ouvre aux gir 4 et n'est plus soumise à récupération sur succession. Son succès est rapide les projections prévoyaient 830 à 840 000 bénéficiaires en 2006 ce sont en réalité 976 000 bénéficiaires qui étaient recensés en juin 2006¹⁶. Au 30 juin 2009¹⁷, 1 117 000 personnes âgées bénéficient de l'APA dont 61

¹⁴ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance, JO du 25 janvier 1997

¹⁵ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO du 21 juillet 2001

¹⁶ Rapport Pascal Terrane assemblée nationale n°2971 du 11 Avril 2001

¹⁷ Drees, études et résultats, n°710, l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, novembre 2009

% vivent à domicile (686 000 personnes). La progression de 2.1% est moins forte que sur les années précédentes + 4.4 % entre 2007 et 2008. Le taux d'acceptation des premières demandes à domicile est de 3 sur 4 contre 9 sur 10 en établissement. 45% des bénéficiaires de l'APA sont en gir 4 et sur ces 498 000 bénéficiaires 57% sont à domicile, par contre seulement 3% des bénéficiaires en gir 1 sont à domicile. Le montant moyen du plan d'aide à domicile était de 494 € par mois il reste identique au montant de 2008. Les trois quarts des bénéficiaires à domicile ont acquitté un ticket modérateur de 120 € en moyenne. Le conseil général a fait le choix de mettre en place un ticket modérateur APA de 15% pour tous, qui peut-être majoré en fonction des ressources du bénéficiaire.

L'APA a permis une véritable solvabilisation de l'aide à domicile auprès des personnes dépendantes, en finançant l'intervention d'associations prestataires de services. Elle permet une politique de prévention de la perte d'autonomie en intégrant les gir 4, elle répond aux orientations politiques du maintien à domicile mais également aux souhaits des personnes de rester le plus longtemps possible chez elles.

En parallèle on voit l'aboutissement du principe du libre choix et notamment la défense du désir de rester chez soi à travers la loi du 2 janvier 2002 qui insiste sur la notion de contractualisation, d'usager acteur, de partenariat et de respect dans les choix de vie. Elle intègre les services à domicile dans le champ du social et médico-social (art L312-1 CASF).

La loi n° 2004-626 du 30/06/2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui vise à améliorer et développer les aides à domicile : agrément de l'accord de branche de l'aide à domicile, développement de la filière gériatrique, accroissement et diversification de l'offre à domicile : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hospitalisation à domicile (HAD), mise en place d'un système d'alerte pour éviter que le drame des 15 000 décès de personnes vulnérables liés à la canicule d'août 2003 ne se reproduise. Elle crée également la CNSA pour prendre en charge les coûts de la dépendance. Les missions de la CNSA seront précisées lors de la loi du 11/02/2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁸.

Face à la prise de conscience par les politiques de la montée en puissance des besoins liés à la perte d'autonomie et leurs financements, l'idée de la création d'un cinquième risque est présente dans le débat politique depuis 1990.

¹⁸ Loi n° 2005-102 du 11/02/2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

L'objectif de ce nouveau risque serait d'ouvrir à **toute personne** l'accès à l'autonomie dans les gestes de la vie courante et la participation à la vie sociale et ainsi gommer les incohérences liées aux différences de compensation de la perte d'autonomie en fonction de l'âge entre les personnes handicapées et les personnes âgées.

Le scénario préconisé pour le financement de ce 5^{ème} risque dans le contexte économique actuel se décline selon les propositions suivantes :

- Mettre en place un plan personnalisé de compensation mobilisé par des financements publics et privés en développant la prévoyance individuelle. L'idée n'est pas d'assimiler les personnes âgées aux personnes en situation de handicap mais de prendre en compte la notion de déficience et d'incapacité d'une personne dans son environnement ; l'âge n'étant pas dès lors un facteur discriminant pertinent.
- Mieux prendre en compte les capacités contributives de la personne en particulier du patrimoine pour bénéficier d'une APA à taux plein. Avec à terme soit une prévoyance individuelle qui complète l'APA à taux réduit ou pas de prévoyance avec une APA à taux plein et un recours sur le patrimoine.
- Redéployer l'offre hospitalière en court séjour sur les services médico-sociaux autrement dit une partie des dépenses d'assurance maladie (10% du PIB) vers la dépendance (1% du PIB).

La gouvernance de ce 5^{ème} risque serait au niveau local le conseil général, régional l'agence régionale de santé (ARS), national la CNSA avec la mise en place de maisons de l'autonomie sous le modèle des maisons départementales des personnes handicapées.

La France accusait un retard en 2000 sur l'investissement public pour la couverture de la dépendance qui la situait au bas de l'échelle européenne ; les effets de l'APA en 2001 puis de la CNSA en 2004 ont contribué à l'amélioration de la situation mais l'évolution de la dépendance dans les années à venir reste un défi en matière de financement public.

La loi du 11/02/2005 au-delà de préciser le rôle de la CNSA a pour but principal de réformer la loi de 1975 en créant des droits nouveaux et en affirmant le principe de non-discrimination et de participation. La personne handicapée doit pouvoir faire le choix de rester à domicile, il est créé pour permettre la réalisation de son projet de vie la prestation de compensation du handicap (PCH).

On entre dans une logique d'inclusion avec un principe de non-discrimination des personnes et un principe de compensation des déficiences.

1.2 Les incidences de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 réformant la loi n°75-534 du 30/06/1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées comporte notamment :

- La création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH),
- L'élaboration d'un plan personnalisé de compensation (PPC),
- La création d'un droit à compensation .

Elle définit précisément le handicap : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant».

On note que le handicap psychique est inclus dans la définition ce qui augmente le nombre de personnes concernées. Le handicap est la résultante d'une incapacité qu'une personne peut connaître et l'inadaptation totale ou partielle que constitue son environnement, d'où la dénomination de personne en situation de handicap qui n'est pas retenue par la loi mais que je retiens dans le cadre de ce travail.

1.2.1 La Maison Départementale de la Personne Handicapée : la fin de l'institution comme unique référente du projet de vie

La MDPH devient la garante de la proximité et de la simplification des procédures pour les personnes en situation de handicap, elle doit leur permettre un accès à l'ensemble de leurs droits. La MDPH est placée sous la responsabilité du président du conseil général art L146-3 CASF : « afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et **services** ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées dont l'organe central est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ». La CDAPH englobe les anciennes CDES et COTOREP¹⁹, elle valide les plans personnalisés de compensation et oriente les personnes en situation de handicap.

¹⁹ CDES : commission départementale d'éducation spéciale, COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

La MDPH est la porteuse du projet de vie de la personne en situation de handicap et non plus l'institution, elle a une mission de coordination des différents acteurs du handicap. Elle est le prescripteur de la relation de service pour le SAAD. Au sein du département cette coordination existe au niveau financier avec le fonds de compensation du handicap, au niveau du suivi de la mise en œuvre du plan de compensation la maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPSH) n'a pas les moyens humains suffisants pour assurer cette coordination. Malgré le soutien des 11 centres locaux d'information et de coordination (CLIC) du département qui jouent un rôle dans l'accueil et l'information des personnes en situation de handicap, ils pré-instruisent les dossiers avant de les transmettre à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPSH.

Cette équipe va au regard du projet de vie de la personne lorsqu'il existe ou qu'il est formulé, les personnes ne souhaitant pas forcément se dévoiler, établir un plan personnalisé de compensation.

1.2.2 Une évaluation des besoins qui tient compte de l'environnement de la personne et du projet de vie

Le plan personnalisé de compensation doit contenir :

- L'évaluation des besoins de la personne
- Les réponses à apporter dans le cadre de la PCH
- Les réponses à apporter dans le champ de la CDAPH
- Les réponses à apporter hors champ de la CDAPH
- Les réponses à apporter comme perspective du projet de vie

Le PPC devrait contenir l'ensemble des réponses y comprises celles hors PCH, afin de permettre à la MDPH de proposer aux organismes concernés une mutualisation de leurs interventions notamment dans le cadre de l'aide humaine.

L'évaluation des besoins est basée sur un projet de vie avec un outil référentiel national le guide d'évaluation des besoins de la compensation de la personne handicapée selon l'article L146-8 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Il comporte plusieurs volets et il facilite l'analyse de la situation menée par l'équipe médico-sociale qui doit permettre :

- De rassembler les éléments nécessaires pour apprécier les besoins de compensation de toute nature d'une personne, quelles que soient ses caractéristiques personnelles et son environnement.
- D'identifier les différents critères d'accès aux droits et prestations définis dans les textes réglementaires.

Cet outil est construit sur la base de la classification internationale du handicap et de la santé (CIF/CIH2) de 2001 qui prend en considération plusieurs aspects du handicap :

- Les fonctions de l'organisme : il s'agit des fonctions physiologiques et psychologiques (par exemple : fonctions mentales globales ou spécifiques ou fonctions immunitaires).
- Les structures corporelles : il s'agit des parties anatomiques du corps comme les organes, les membres et leurs composantes.
- Les activités et la participation : portent sur l'exécution des actes nécessaires à la vie (physiologique et sociale).
- Les facteurs environnementaux : il s'agit de l'environnement physique, social dans lequel nous vivons.

Cette classification prend en considération le handicap dans toutes ses dimensions : médicale et analytique sur les causes et dans la globalité de la personne tant physique que sociale et citoyenne.

En énumérant de façon précise les activités-participation et les facteurs environnementaux, on peut repérer les difficultés de faire ou de participer et de vivre dans l'environnement spécifié. Une fois repérées, il devient plus facile de pouvoir compenser ces difficultés.

1.2.3 La prestation de compensation : solvabiliser la demande d'intervention

La loi stipule : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. »

C'est un point essentiel de la loi du 11/02/2005, comme pour l'APA on est dans une logique de solvabilisation de la demande, l'usager étant acteur du choix du prestataire. Malgré tout comme je l'ai déjà évoqué, c'est un choix qui reste sous l'influence de la prescription quant au mode d'intervention de l'aide à domicile (mandataire – prestataire – gré à gré) et de la durée d'intervention.

La PCH doit prendre en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie de la personne handicapée. Elle est mise en place pour compenser cinq besoins : aides humaines, aides techniques, aménagement du logement, du véhicule et des surcoûts liés aux transports, aides animalières. Elle répond aux incapacités de la personne elle est personnalisée, globale, évolutive et surtout conduite sur une base participative avec la personne elle-même ou son représentant légal, elle s'appuie sur l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire et du projet de vie.

Les besoins en aides humaines concernent trois domaines :

- Les actes essentiels de l'existence,
- la surveillance régulière,
- les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle d'une fonction éducative.

Elle ne prévoit pas dans l'aide humaine les activités domestiques, pourtant couvrir uniquement les actes essentiels et ne pas couvrir les activités domestiques (aide ménagère, aide pour la préparation des repas, aide à la parentalité) peut condamner les personnes à ne pas pouvoir rester chez-soi. Le financement de « droit commun » des aides ménagères n'existant pas pour les personnes de moins de soixante ans. La caisse nationale d'assurance vieillesse couvre partiellement les besoins uniquement pour les personnes de plus de 60 ans gir 5 et 6 et l'intervention de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) dans le cadre des besoins aux personnes malades tend à disparaître. L'article 13 d'une proposition de loi Paul Blanc (<http://www.senat.fr/leg/pp109-191.html>) déposée à la présidence du sénat vise à élargir le volet aides humaines de la PCH aux aides domestiques « l'aide effective d'une tierce personne permet son maintien à domicile ».

La PCH en aide humaine peut selon « le choix » (sous influence de la prescription du financeur) de la personne handicapée servir à :

- Rémunérer un ou plusieurs salariés, un membre de la famille (11,96 €/h).
- Rémunérer un service prestataire (tarif CG ou 17,59 €/h).
- Rémunérer un service mandataire agréé (13,16 €/h).
- Dédommager un aidant familial (3,43 à 5,15 €/h)²⁰.

La CDAPH qui attribue le montant de la PCH notifiera la nature des dépenses en précisant la répartition des heures selon le statut de l'aidant, la durée d'attribution, le montant mensuel attribué et les modalités de versement choisis (mandataire, gré à gré, prestataire).

1.3 Les besoins des personnes en situation de handicap : spécificités et similitudes avec la personne âgée dépendante

Comme je l'ai évoqué en abordant le cinquième risque, on ne peut pas assimiler les personnes âgées et les personnes en situation de handicap. Les déficiences, les

²⁰ Tarifs 2010 consultés sur le site de la CNSA : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/tableaux_tarifs_PCH_janvier_2010.pdf

incapacités d'une personne dans son environnement sont très différentes selon son âge mais ne justifient pas un traitement du principe de compensation différent.

La loi de 2005 pose le principe d'une abolition à l'horizon 2011 d'une barrière d'âge ségrégative au profit d'un accompagnement individualisé de la personne en situation de handicap quel que soit l'âge auquel survient cette situation de handicap entre elles.

De la même façon je ne peux pas amalgamer l'ensemble des personnes en situation de handicap. Pour me permettre d'identifier les caractéristiques et spécificités d'intervention induites par les différents types de handicap j'opte pour le critère de « déficience principale » parmi plusieurs déficiences. Cela permet même si c'est imparfait comme toute catégorisation des problèmes humains :

- De repérer les compétences nécessaires aux intervenantes selon les types de handicap.
- De repérer les spécialisations des associations du champ du handicap.

Je retiendrai les situations de handicap moteur, mental, psychique, polyhandicap moteur, visuel, auditif et traumatisé crânien de personnes adultes pour me permettre de différencier les attentes et les besoins auxquels le SAAD doit répondre en m'inspirant de l'étude de l'enseigne Handéo²¹.

1.3.1 Les spécificités liées aux différents types de handicaps

Le handicap moteur, il y a trois grands types de handicaps physiques : les déficiences motrices, les lésions de la moelle épinière, l'infirmité motrice cérébrale et les myopathies. Il recouvre des situations très diverses selon que les personnes présentent ou pas des difficultés cognitives ou relationnelles. Il présente des similitudes avec la « dépendance » des personnes âgées du point de vue des actes techniques qui vont mobiliser des savoir-faire communs autour des gestes techniques de manutention, sur l'alimentation et les problèmes de déglutition, et l'ergonomie du domicile.

Les différences portent surtout sur la durée de la prise en charge qui peut-être de 24h/24 avec un problème d'organisation pour la responsable de secteur (RS).

Pour les intervenantes la nécessité de la bonne distance, du respect de l'intimité des personnes, de l'adaptation aux rythmes de vie sont parfois exacerbées par le fait que la personne en situation de handicap soit une personne active de leur âge.

Le handicap mental : se sont des troubles mnésiques et cognitifs que présentent les personnes qui peuvent avoir un impact sur leur capacité à exprimer leurs attentes, il est

²¹ Devolder L. et Weill-Lavesque A (Handéo), 2009, *spécificités des services à la personne destinés aux adultes en situation de handicap*, cabinet Anaphor, 212 p.

souvent nécessaire d'effectuer ce travail avec un tiers : famille, tuteur ou professionnel. Font partie de cette catégorie la trisomie 21 et l'autisme.

Dans ce cas les difficultés seront pour les responsables de secteur d'amener la personne à formuler ses besoins et ses envies pour adapter la prise en charge du SAAD. Pour les intervenantes elles devront faire avec la personne les actes de la vie quotidienne qui seront des supports à d'autres apprentissages et à l'autonomisation. Elles devront faire preuve de patience de pédagogie et d'imagination.

Le Polyhandicap : ce type de situation est très lourd et nécessite une prise en charge médicale dans le cadre des SSIAD de l'association en complément de l'intervention du SAAD. La RS aura un rôle particulier de lien et de coordination avec l'ensemble des intervenants professionnels autour de ces prises en charge très lourdes. Les intervenantes exclusivement des auxiliaires de vie sociale (AVS) doivent être formées aux gestes de premiers secours et avoir conscience que leurs gestes ont une **importance vitale**. Les actes devront être l'occasion de privilégier la relation, privilégier la notion de bien être de la personne.

Le handicap psychique : il n'implique pas de déficit intellectuel majeur, il est associé à des pathologies psychiatriques ou à des accidents comme les traumatismes crâniens. Il n'affecte pas le déficit intellectuel, il est toujours associé à des soins et ses manifestations sont variables dans le temps. Cette évolutivité dans le temps nécessite de la part de la RS une évaluation régulière des besoins pour faire évoluer l'accompagnement, la souplesse et l'adaptation des intervenantes seront des critères importants. Un autre point important c'est l'indispensable coordination avec les autres professionnels ou structures intervenantes (CMP, tuteurs, médecins...).

Pour les intervenantes l'accompagnement nécessite de se centrer davantage sur la relation avec l'usager plutôt que sur la réalisation des tâches techniques. Celles-ci seront un support pour maintenir chez la personne le contact avec la réalité, le maintien des activités au domicile et des liens sociaux permettront d'éviter le repli sur soi.

Reconnue récemment comme un handicap par la loi de 2005, c'est le type de prise en charge pour lequel l'augmentation des demandes d'intervention du SAAD est la plus importante au titre de la PCH.

Le handicap auditif, le besoin d'aide est lié aux difficultés de compréhension d'un environnement où l'information sonore occupe une place importante. Souvent les besoins d'accompagnement de notre part sont liés à des déficiences associées.

Les intervenantes devront penser que la personne ne sait pas ce qu'elles font si elle ne les voit pas (aspirateur...).

Le handicap visuel, se rencontre souvent chez les personnes de plus de 60 ans (50% des déficients visuels), pour les adultes il peut-être lié à une cécité de naissance mais dans la plupart des cas elle survient au décours d'une pathologie de manière subite ou progressive. Les besoins sont surtout liés à l'entretien du cadre de vie et à l'accompagnement des activités extérieures. Les intervenantes ne doivent jamais oublier de se présenter, penser à respecter très scrupuleusement l'ordonnancement du domicile, ne pas considérer l'animal dressé à l'aide animalière comme un simple animal domestique.

Les personnes cérébro-lésées, les spécificités tiennent à l'association quasi constante, à des degrés divers, de différents types de déficits : neurologiques, neuro-sensoriels et endocriniens, neuro-psychologiques. Les manifestations sont très différentes en fonction des séquelles individuelles et l'évolution des conséquences du traumatisme.

Les spécificités de l'accompagnement sont liées au fait que le handicap est acquis avec souvent la présence de famille en souffrance et une évolution des conséquences du traumatisme qui nécessite une adaptation du projet de vie.

Au-delà des caractéristiques liées à chaque type de handicap, nous pouvons identifier quelques grandes différences entre personnes âgées et personnes handicapées qui devraient avoir un impact sur notre prise en charge :

- Le réseau social, là où le réseau relationnel de la personne âgée décline avec l'âge, la personne handicapée est elle en pleine construction de celui ci.
- Les enjeux de vie sont très différents, là où la personne âgée cherche à préserver toutes ses potentialités face au risque de la dépendance, la personne en situation de handicap est dans l'acquisition de savoir-faire et un travail de construction d'un projet de vie où il reste encore tellement à faire et à vivre.
- Le rythme de vie, là où la personne âgée a besoin de repères fixes, la personne handicapée supportera très difficilement une routine dans la prise en charge (aide au levée et au coucher à heures fixes).
- La méconnaissance des conséquences du handicap dans la relation et le fait pour les professionnelles d'accompagner des personnes adultes favorisant les transferts.

1.3.2 Le caractère à domicile des interventions comme similitude entre personnes âgées et personnes en situation de handicap

Les caractéristiques communes entre les interventions auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap tiennent à la particularité de notre mode d'intervention à domicile que nous allons développer. Elles reposent autour de grands

principes : le respect du cadre de vie, du rythme de vie et une prise en compte de l'entourage de la personne aidée.

L'accompagnement des personnes s'articule autour de trois axes :

- L'accompagnement dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (alimentation, courses, ménage) rôle des agents à domicile (annexe 1).
- L'aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (mobilisation, déplacements, habillage, hygiène) rôle des employées à domicile (annexe 2).
- L'accompagnement dans la vie sociale (animation, stimulation des fonctions intellectuelles, sensorielles et motrices) rôle des Auxiliaires de vie sociale (AVS) (annexe 3). Les auxiliaires de vie sociale sont amenées à remplir l'ensemble des rôles surtout si les personnes accompagnées sont très fragilisées ou isolées.

« La relation d'aide passe par des activités à accomplir (faire le ménage, les courses, la cuisine, des démarches de la vie quotidienne, des soins simples, etc.), mais celles-ci ne sont pas la finalité de la relation, elles en sont le moyen. Cette aide matérielle, affective, morale psychologique apportée à l'autre ne peut prendre sens que dans un échange créateur de lien social » Bernard Ennuyer²² (p 65).

Intervenir à domicile déclenche une dynamique particulière dont les professionnels ne mesurent pas toujours les effets chargés de valeurs, d'affectif, le domicile est un territoire privé et protégé. En effet les interventions sont mandatées, missionnées dans le cadre de la prescription que nous avons déjà décrite. D'une manière délibérée ou non elles remettent toujours en question l'espace privé en visant à conduire des changements dans les comportements, les rythmes de vie des personnes aidées et de l'entourage.

Nous sommes régulièrement confrontés à une représentation des interventions qui oscille entre figure maternelle et intrusion persécution.

L'image de la professionnelle en tant que figure maternelle est favorisée par ses missions autour des actes de la vie quotidienne. Elle découle également d'un certain nombre de caractéristiques historiques de notre branche :

- Un personnel très largement féminin 98% des salariés de la branche²³.
- Une activité en huis clos peu visible, plus le travail est bien fait moins il se remarque.
- Une forte dimension relationnelle et affective.

²² Référence citée p 3

²³ Observatoire de la branche de l'aide à domicile, 2009, aide à domicile : on gagne toujours à être connu, synthèse des travaux de l'observatoire 2007/2009

« Il semble que la démarche fondatrice de toute action de ces intervenants du prendre soin relève, dans nos schémas socio-culturels, du maternel...Placés dans des positions imaginaires de « quasi parents » ou de parents de substitution, les praticiens sont censés satisfaire tous les besoins de la personne ou de la famille dont il ont la charge, combler ses manques et colmater toutes ses fêlures » Elian Djaoui²⁴ (p 219 - 220).

Mais cette représentation avantageuse est battue en brèche par d'autres associant les interventions à une effraction. La personne aidée se sent jugée par l'intervenante porteuse de normes consciemment ou non. Un autre facteur de ce sentiment d'intrusion peut-être lié à la multiplicité parfois nécessaire des intervenants. Ils peuvent avoir des tâches très différentes (kiné, éducateurs, soignants...) et obligent la famille à s'ouvrir et à ouvrir la porte de son foyer avec une obligation de se dévoiler de manière répétitive au gré des différents professionnels.

Face à cette ambiguïté les mécanismes de défense que nous pouvons constater sont :

- Réduire l'intervenante au statut d'employé ou de domestique dénué de la moindre autonomie, en exigeant des tâches qui ne relèvent pas de notre rôle.
- Une agressivité de la part de l'usager ou de son entourage à l'encontre de l'intervenante qui s'exprime par une insatisfaction violemment exprimée avec une critique constante et globale de l'intervention.
- Une fuite de l'usager qui se désintéresse de la réalité environnante, il ne joue plus son rôle de coproduction, jusqu'à présenter un état dépressif.

En tant que directeur mon rôle est d'être vigilant en évitant le piège de ces représentations entre une démarche restauratrice maternelle ou d'intrusion et ainsi d'écartier une régression infantilisante ou à l'inverse une dépendance passive, une attitude revendicatrice violente de l'usager. Attitudes qui enfermeraient l'intervenante et l'usager dans une logique de relation « aliénée ». Se poser la question de la prise en charge des personnes en situation de handicap par le SAAD s'est également l'occasion d'affirmer les difficultés de l'exercice du métier d'intervenante à domicile auprès de personnes fragilisées. Elles doivent faire face à une multiplicité des lieux d'intervention, des tâches et des types d'intervention (faire, faire faire ou faire avec) ce qui implique une capacité d'adaptation importante et constante. Elles interviennent sur un « territoire étranger », non maîtrisé, inconnu en travaillant seules.

²⁴ Référence citée p 4

Le SAAD doit donc pouvoir compter sur un encadrement social qui saura préserver les espaces de libertés de chacun, tenir compte des besoins des personnes aidées, apporter un soutien psychologique aux salariés mais également aux « aidants naturels », être porteur d'une analyse des pratiques.

1.4 Conclusion partielle

Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap doit répondre à un désir de rester chez soi, c'est un libre choix qui ne doit pas être ni un enfermement ni une « institutionnalisation » à domicile. Cette demande de la personne fait l'objet d'une prescription qui se déclinera ensuite en proposition d'interventions à domicile. Ces interventions se caractérisent par une relation de service co-construite complexe avec une multitude d'intervenants professionnels ou non. L'évolution des politiques publiques avec la loi 2002-02 qui intègre les services à domicile au sein du champ médico-social a permis la professionnalisation de ce mode d'intervention massivement auprès des personnes âgées.

La loi du 11 février 2005 avec la mise en place des MDPH et la prestation de compensation du handicap favorise également le développement du maintien à domicile des personnes en situation de handicap. En partant du projet de vie de la personne, un plan de compensation personnalisé est élaboré qui se traduira en prestations.

Quel que soit le public, le maintien à domicile reste dans une ambivalence de fond entre aide et intrusion, les personnes ou l'entourage ont conscience de la nécessité de se faire aider mais ils savent que cette aide entraînera un abandon de souveraineté. L'évaluation de la RS et ensuite la méthodologie d'intervention de l'aide à domicile doivent intégrer cette ambivalence. Quel que soit le niveau technique de notre intervention au niveau du ménage, des courses ou bien sur la stimulation des fonctions intellectuelles, sensorielles et motrices on perçoit l'importance de la relation.

L'intervention auprès des personnes en situation de handicap comprend des spécificités selon le type de handicap. On peut également noter des différences entre personnes âgées et personnes en situation de handicap telles : le rythme de vie, le réseau social, l'entourage familial qui sont sources de difficultés pour le SAAD.

2 Les difficultés rencontrées lors des interventions du SAAD Ariège Assistance auprès des personnes en situation de handicap

Comme nous l'avons vu, intervenir au domicile est une pratique complexe et soulève de nombreuses interrogations :

- Sur le sens de ses actions afin d'éviter, autant que possible, maltraitance, instrumentalisation des personnes en situation de handicap. Le projet de service du SAAD pose comme valeurs absolues le respect de l'autre dans toutes ses dimensions (intimité, dignité, liberté, intégrité...) et l'acceptation de la différence.
- « Sur la question de l'hospitalité chacun des protagonistes doit adopter un double rôle, celui d'accueillant et celui d'accueilli. En ouvrant sa porte, l'habitant reçoit le professionnel dans son lieu de vie, dans son espace personnel. En retour ce dernier par sa disponibilité, son écoute, l'offre de ses compétences et de ses savoirs dessine métaphoriquement un espace où seront recueillis les paroles de l'habitant ... Chacun s'oblige à ce travail délicat d'accueillir l'autre. » Elian Djaoui²⁵ (p 261)

Le professionnel doit être vigilant ses actions peuvent être ressenties par la personne dont il a la charge comme salvatrices ou au contraire agressives, risquant de déstabiliser une identité déjà fortement fragilisée.

Ces difficultés sont variables selon le rapport à l'intime entre le professionnel et la personne en situation de handicap qui dépendent de :

- La distance au corps de l'utilisateur (aide à la toilette, entretien du cadre de vie),
- La durée de l'intervention,
- Le degré de gravité des problèmes de la personne en situation de handicap (polyhandicapé, handicapé moteur).

Mais ce professionnel intervient dans le cadre d'un service dont le cadre institutionnel doit être précisé.

2.1 Le régime d'autorisation comme cadre réglementaire du SAAD

C'est la loi du 2 janvier 2002 qui reconnaît le secteur de l'aide à domicile et lui donne une assise légale. Les services dans ce cadre ont pour mission de recueillir et de prendre en compte les besoins des personnes visées par la loi pour construire une réponse adaptée à leurs situations et ce de façon continue. L'action sociale et médico-sociale repose sur

²⁵ Référence citée p 4

l'évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier les personnes âgées et handicapées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté et sur la mise à disposition des prestations en espèce ou en nature CASF art 116-1.

L'autorisation dans le cadre de la loi de 2002-02 ne concerne que les personnes fragilisées par l'âge, le handicap ou la maladie ; les familles en difficultés éducatives ; les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance. Elle place l'utilisateur au cœur du dispositif d'intervention de la structure qui se mobilise pour une intervention personnalisée en adéquation avec les besoins et les attentes de la personne aidée. L'autorisation est délivrée au regard du projet de service (annexe 4) qui spécifie entre autre la zone d'intervention du service. Le service est intégré dans le schéma départemental de planification.

L'insertion des services prestataires à domicile auprès des personnes fragilisées dans le champ médico-social a permis au SAAD de :

- Réaffirmer son identité sociale et médico-sociale,
- Lutter contre les dérives de la marchandisation,
- Prévoir un cadre protecteur pour les publics fragiles,
- Accompagner la professionnalisation des salariés par des tarifs individualisés tenant compte de la réalité de notre coût de service.

2.1.1 L'évolution du statut de service prestataire sans remise en cause de son mode de financement : les heures d'intervention

C'est le décret du 25/06/2004²⁶ qui fait évoluer le statut des services prestataires vers celui de service d'aide et d'accompagnement à domicile, dont la mission est de préserver, de développer au mieux dans son quotidien, un capital d'indépendance à travers l'accomplissement de gestes et d'actes que la personne est encore en capacité de faire, de la stimuler, la conforter dans l'exercice de ses responsabilités, la formulation de ses décisions. Autrement dit les missions du SAAD peuvent se décliner sous la forme :

- D'un soutien à domicile.
- D'une préservation ou restauration de l'autonomie de la personne dans l'exercice de la vie quotidienne.
- Du maintien ou du développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

²⁶ Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD, des SPASAD, JO du 27 Juin 2004

Ces missions font appel du côté des intervenants professionnels, à une bonne connaissance et prise en compte des besoins des personnes, à leur capacité d'adopter une posture professionnelle (savoir retenir le geste, impulser, faire ensemble), à de réelles capacités d'adaptation et de négociation.

Les publics concernés par les interventions du SAAD sont :

- Les personnes âgées de 60 ans et plus, **malades ou dépendantes**,
- Les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap,
- Les personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques lourdes ou présentant une affection de longue durée.

Les SAAD proposent trois registres de réponse :

- Les actes essentiels de la vie quotidienne : toilette, habillage, transferts, élimination, alimentation, prise de médicaments, communication ... lorsqu'ils relèvent de l'**aide** et non des soins. Dans le cas de soins prescrits se sont les SSIAD qui interviendront.
- Les actes ménagers, correspondant aux activités domestiques : entretien du logement, préparation des repas, entretien du linge, courses, démarches administratives.
- Les activités sociales : vie relationnelle à domicile et à l'extérieur, déplacements à l'extérieur, utilisation des transports...

Le décret réaffirme la nécessité d'une évaluation individuelle des situations qui va permettre d'élaborer un projet individualisé d'aide et d'accompagnement. Les prestations sont assurées par des aides à domicile notamment des AVS « qui concourent au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie, dont l'objectif est de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie ». Elle aide à faire en stimulant, accompagnant, soulageant ou elle effectue les actes à la place de la personne dans l'incapacité de le faire seule. Le SAAD doit assurer une continuité des interventions 7 jours sur 7, 24h/24 ce qui nous pose un problème en l'absence de dispositions conventionnelles sur le travail de nuit.

Ces interventions restent financées à l'heure que se soit auprès des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées, le projet individualisé doit rentrer dans le cadre de la prescription APA ou PCH.

Nous avons évoqué le processus de détermination de l'aide humaine inclus dans la PCH avec l'utilisation par les équipes médico-sociale de la grille GEVA. Dans le cadre de l'APA c'est la grille AGGIR qui est utilisée.

Cet outil réglementaire²⁷ s'impose aux équipes médico-sociales pour évaluer le degré de dépendance des personnes de plus de 60 ans. Pour chaque groupe iso ressource (GIR) est défini un montant de prestation.

Une critique faite à cet outil, est qu'il ne prend pas suffisamment en compte les conséquences liées aux déficiences psychiques ni le rôle de l'environnement. Traduire les besoins de la personne en GIR ne rend pas compte d'une situation individuelle dans toute sa complexité et sa singularité, il permet simplement l'éligibilité à l'APA. Le comité scientifique sur l'évaluation et l'autonomie présidé par Alain Colvez souhaitait que le rapprochement des modalités d'évaluation entre l'attribution de l'APA et de la PCH soit l'occasion d'amorcer une convergence entre le secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

L'idée étant de placer l'évaluation des besoins d'une personne à un niveau multidimensionnel en prenant en compte sa situation et son environnement, pour déboucher sur un plan d'aide, avant examen d'une éventuelle éligibilité à toutes prestations.

2.1.2 Une concurrence accrue avec les démarches d'agrément

La logique de la loi de 2002-2 et du décret du 25 juin 2004 pour la partie concernant les SAAD a été fortement percutée par l'évolution de la logique d'agrément (art L.129-1 du code du travail). Il couvre l'ensemble des publics, fragilisés ou non, dont un volet, l'agrément qualité, prend spécifiquement en compte les personnes vulnérables. Le champ d'application est plus étendu mais, contrairement à celui de l'autorisation, il prend en compte l'activité mandataire et écarte les SSIAD, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), nous ne sommes pas là dans une logique d'action sociale mais plutôt de développement de l'emploi. Il est délivré tous les cinq ans, il est obligatoirement départemental dans le cadre de l'agrément qualité et national pour l'agrément simple.

Les activités concernées par l'agrément qualité sont :

- La garde d'enfants de moins de trois ans
- L'assistance aux personnes âgées de 60 ans et plus, aux personnes handicapées ou autres personnes ayant besoin d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile.

²⁷ Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et de l'APA, JO du 21 Juillet 2001

La notion d'assistance regroupe :

- L'accompagnement et l'aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilisation et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde malade, soutien des activités intellectuelles, sensorielles et motrices...)
- L'accompagnement et l'aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (activités domestiques, de loisirs et de la vie sociale, soutien dans les relations sociales, actes administratifs...) à domicile ou à partir du domicile.

La loi du 26 juillet 2005²⁸ qui développe les SAP entre en concurrence directe avec nos prestations et renforce cet amalgame entre les SAAD et des formes extrêmement variées de services de confort avec des modes d'organisation très différents. Cette loi et surtout l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005²⁹ offrant la possibilité du droit d'option aux promoteurs de service entre la procédure d'autorisation et la procédure simplifiée d'agrément qualité extrait progressivement les interventions à domicile auprès des publics fragiles du cadre protecteur pour les usagers de la loi 2002-2.

C'est l'arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément qualité³⁰ qui se substitue à la loi 2002 en matière de protection des personnes aidées.

Cette ambiguïté entre politique sociale et politique de l'emploi, nécessite de ma part un travail de positionnement clair entre prestations de confort et prestations dans une logique d'action sociale et médico-sociale. À mon sens la notion de qualité ne conduit pas à une standardisation des SAAD avec une logique axée sur la notion de client, à n'assurer qu'une prestation de service, dans cette relation client/fournisseur réduite souvent à la subordination des employés à leurs employeurs. Cette logique managériale standardisée apparaît contraire à la culture du domicile, culture de l'individuel, du sur mesure et du primat du sujet, culture du domicile qui est la spécificité du SAAD. La démarche qualité doit avant tout constituer un soutien à l'organisation du service mais elle ne garantit pas les bonnes pratiques professionnelles dans une logique d'action sociale.

La cours des comptes citée par Bernard Ennuyer³¹ (p 243) précise : « Cette concurrence entre les modalités d'offres, la hausse des coûts salariaux peut conduire soit à diminuer

²⁸ Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, JO du 27 Juillet 2005

²⁹ Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médicosociaux, JO du 2 décembre 2005

³⁰ arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L129-1 du code du travail, BO ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement, 28 février 2006

l'aide apportée aux personnes âgées dépendantes ou aux personnes en situation de handicap, l'heure d'intervention en mode prestataire étant facturée plus cher, soit à favoriser le développement de l'emploi direct...dès lors les efforts faits pour élever la qualification des salariés des services prestataires et revaloriser leurs métiers peuvent provoquer un report des demandes d'aides sur des intervenants moins formés mais moins coûteux ».

Je peux citer également Joël Bogdan³², qui en évoquant la loi Borloo sur les SAP favorisant le gré à gré par une solvabilisation de la demande au détriment des organisations, parle de « nouvelles dérégulations, présentes ou à venir, qui doivent inviter les directions à mettre en place une veille stratégique, pour anticiper des modifications parfois majeures. Il faut bien acter que la situation monopolistique sur certains champs est arrivée à son terme, et que des restructurations, des changements de cibles, des réorientations, deviendront incontournables pour continuer à être présent sur le secteur »(p 312).

Pour ma part cette concurrence accrue sur le département où nous étions avant 2005 le principal opérateur³³, est l'occasion de valoriser les efforts de professionnalisation que nous a permis la mise en place de l'APA. C'est donc une stratégie de différenciation que je soutiendrai dans la troisième partie de ce travail.

2.1.3 Une diversité des modes d'intervention : gré à gré, mandataire, prestataire

Ces trois modes d'interventions coexistent parfois pour une même personne, qui pour des raisons financières ou d'adaptation de l'offre de service à la prise en charge doit prendre la responsabilité d'employeur pour partie.

L'intervention mandataire est un transfert partiel de responsabilité, la personne reste l'employeur de l'intervenante à domicile mais il fait appel à notre service mandataire afin de réaliser une double mission :

- Il est mandaté pour le placement des salariés en évaluant les besoins de l'employeur, la nature des tâches à effectuer va déterminer le niveau de classification du salarié dans la convention collective étendue des employées de maison. Mais il doit également informer l'employeur des coûts engendrés par son choix et les risques liés à la relation contractuelle.
- Il effectue contre rétribution les tâches administratives sociales et fiscales liées à l'emploi du salarié.

³¹ Référence citée p 3

³² Guide du management stratégique des OSMS Sous la direction de Patrick Lefèvre

³³ Avant 2005 : 9 organismes dont 5 prestataires, en 2009 : 30 organismes dont 27 prestataires

A l'inverse dans le gré à gré ou l'emploi direct, la personne sélectionne directement son salarié et s'occupe seule des tâches administratives. Rappelons que le CESU est un mode de paiement simplifié qui n'exonère pas de l'établissement d'un contrat de travail respectueux du cadre réglementaire et conventionnel.

L'avantage du mode mandataire est de permettre d'envisager des interventions la nuit avec un impact financier raisonnable.

Le mode prestataire représente 95 % de l'activité de l'association, il sécurise les interventions auprès des personnes fragilisées à qui on ne demande pas de porter et d'exercer la responsabilité d'employeur.

Il me semble important de privilégier ce mode d'intervention auprès des publics en situation de fragilité au vu de la complexité de l'intervention à domicile évoquée lors de la première partie de ce travail. Il importe ensuite pour nous de respecter le libre choix de la personne en lui permettant de recourir à un mandataire ou d'embaucher en gré à gré la salariée si la personne peut exercer les prérogatives de la fonction d'employeur. Pourtant je m'interroge sur cette notion de libre choix lorsque les logiques financières semblent influencer fortement sur ce choix, sacrifier un nombre d'heures d'interventions au regard du restant à charge ou de l'exclusion de certains types d'aide de la PCH.

2.2 Le SAAD au sein de l'association Ariège Assistance

Le SAAD que je dirige fait partie d'une association gestionnaire « Ariège Assistance » créée en 1960.

2.2.1 L'association Ariège Assistance

L'association a été créée le 11 janvier 1960 sous l'intitulé « association d'aide ménagère aux mères de familles et aux personnes âgées de l'Ariège » sous l'égide de l'union départementale des associations familiales (UDAF) de l'Ariège.

A l'origine la volonté des membres fondateurs était de venir en aide à certaines mères de famille dont la maternité soulevait des complications médicales. A la demande du conseil général cette intervention auprès des familles fut élargie aux personnes âgées isolées sur l'ensemble du département. Avec une attention toute particulière à satisfaire, les besoins des personnes vivant sur les secteurs les plus isolés (zones rurales montagneuses).

C'est en 1989 que l'association prend le nom d'Ariège Assistance, elle a pour but sur l'ensemble du territoire Ariégeois :

- Le maintien à domicile de toute personne qui exprime le désir de rester « chez soi »
- L'aide à la vie quotidienne sous toutes ses formes (services ou hébergement) de populations dont les besoins ne seraient pas ou insuffisamment satisfaits localement tels que :

- L'accueil d'enfants au domicile d'assistantes maternelles.
- L'accueil d'enfants en établissement, crèche collective, halte garderie.
- L'accueil en établissement de personnes âgées, personnes handicapées, inaptes au travail ou malades ; l'hébergement temporaire et la fourniture de repas aux familles venues rendre visite, ainsi que la fourniture de repas délivrés aux personnes âgées n'y résidant pas.
- La fourniture de repas aux cantines scolaires lorsqu'elle est demandée par les collectivités locales
- La fourniture de repas aux particuliers.
- La formation théorique et pratique de personnes dans un but d'éducation populaire, par un enseignement leur permettant une préparation à leur rôle familial, professionnel et social.
- La construction et la gestion de logements réservés spécifiquement aux personnes âgées, handicapées ou aux familles ne disposant que de faibles ressources.
- L'assistance administrative, technique et matérielle aux associations poursuivant des buts similaires aux siens.

L'association est administrée par un conseil formé de deux collèges :

- Un premier collège de 22 membres représentant les familles adhérentes de l'association (1749 au 31 décembre 2009) dans chacun des 22 cantons du département.
- Un deuxième collège consultatif constitué des membres associés, d'un représentant de l'UDAF et d'un représentant de la délégation ariégeoise de l'Association des Paralysés de France.

Le conseil choisit parmi les membres du premier collège, au scrutin secret, un bureau composé d'un président, d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Le projet associatif est axé sur la professionnalisation de ses salariés et la promotion de la citoyenneté des personnes fragilisées.

La politique de professionnalisation se traduit par un effort de formation qualifiante des intervenantes à domicile, la mise en place dès 2000 d'une démarche qualité Iso 9001 vs 2000 avec une certification en septembre 2001 pour les prestations d'aide et de soins à domicile, en juin 2004 pour l'EHPAD et en juillet 2006 pour les crèches. Mais c'est aussi le choix d'appliquer la convention collective de l'aide à domicile³⁴ et d'adhérer au syndicat

³⁴ Convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11/05/1983

d'employeur Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA) et de privilégier les emplois stables.

La promotion de la citoyenneté des personnes fragilisées passe par la défense d'une prise en charge globale des personnes, en favorisant le maintien des liens sociaux, en défendant le libre choix du maintien à domicile.

Les valeurs professionnelles de l'association reposent sur le triptyque suivant :

- Une attitude générale de respect impliquant réserve et discrétion pour tout membre de l'association et à tout moment de la prestation de service.
- Une intervention individualisée visant à la fois une approche globale de la personne et un ajustement continu de la prestation à ses besoins et à ses attentes.
- Une relation triangulaire entre l'usager, le professionnel et le référent (RS, infirmière coordinatrice...). Elle permet de protéger l'usager face aux éventuelles pratiques abusives externes ou internes ou non satisfaisantes, et de protéger le professionnel afin qu'il conserve une juste distance un juste équilibre entre une relation trop affective ou trop indifférente.

L'association est composée à ce jour :

- D'un siège administratif localisé à Foix (15 personnes pour 13.5 équivalent temps plein (ETP)) :
 - Service du personnel 3 personnes pour 3 ETP
 - Service facturation comptabilité 5 personnes pour 4,5 ETP
 - Accueil et secrétariat de direction 2 personnes pour 1 ETP
 - Une responsable assurance qualité pour 1ETP
 - L'équipe de direction 4 personnes pour 4 ETP (le directeur général, le directeur administratif et financier, directeur EHPAD, directeur SAAD)
- Un encadrement social sous ma responsabilité (organigramme annexe 5) qui comprend 16 cadres et responsables de secteurs
- Un service de techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) antérieurement aide aux familles, créé en 1960
- Le SAAD que je dirige initialement aide à domicile des personnes âgées créé en 1962
- Un service de petits dépannages créé en 1983
- Un service mandataire et un service de portage de repas créés en 1987
- Le SSIAD du Castillonais créé en 1989
- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les quatre vallées créé en 1990
- Le SSIAD de Luzenac créé en 1992
- Une Crèche familiale des vallées d'Ax créée en 1992

- Une Crèche et halte garderie d'Ax les thermes créée en 1999
- Une Crèche et halte garderie les Cabannes créée en 2001

2.2.2 L'Ariège un territoire avec des particularités

Cette présentation se base sur le rapport commandité par le conseil régional au cabinet Strater³⁵. L'Ariège est un territoire principalement montagneux limitrophe de l'Espagne et l'Andorre, étagé du Nord au Sud en trois zones géographiques :

La plaine de l'Ariège située au Nord du département constituée de plaines, de collines et de faibles vallons. Sous l'influence de l'agglomération toulousaine cette zone s'est fortement peuplée.

Au sud, le piémont pyrénéens regroupe le massif du Plantaurel et les collines pré-pyrénéennes inférieures à 1000 mètres et enfin le haut pays Ariégeois constitué de hautes montagnes des Pyrénées à plus de 1000 mètres et des vallées enclavées, zone très montagneuse et rurale faiblement peuplée.

Le département se subdivise en quatre pays (annexe 6):

- Le pays du Couserans dans la partie sud-ouest fédère 95 communes pour 30 300 habitants et 1640 Km² (18 habitants/Km²). Ce territoire se partage entre une zone de Piémont et des zones de montagnes, c'est une zone enclavée où se situent l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'un des SSIAD de l'association.
- Le pays des portes d'Ariège Pyrénées, fédère 62 communes pour 45 400 habitants et 796 Km² (57 habitants/Km²), au Nord du département proche de la métropole régionale Toulouse dont il subit l'influence.
- Le pays de Foix Haute-Ariège, fédère 119 communes pour 44 300 habitants et 1777 Km² (25 habitants/Km²), situé dans la vallée de la rivière Ariège au centre et au sud du département lieu de passage entre l'agglomération toulousaine et l'Espagne, vaste territoire essentiellement rural. La ville de Foix préfecture où est située le siège administratif de l'association, est le seul pôle urbain, commercial et de services.
- Le pays d'Olme, fédère 56 communes pour 27 000 habitants et 638 Km² (42 habitants/Km²), mitoyen de l'Aude haut lieu du catharisme, il bénéficie d'un riche potentiel touristique.

³⁵ Etude Strater sur le diagnostic territorial de l'Ariège domaine du sanitaire et du social, conseil régional Midi-Pyrénées, service des formations sanitaires et sociales, septembre 2009

Les bassins de vie de Saint Girons, Foix, Lavelanet et Pamiers regroupent 70% de la population départementale et concentrent les autres SAAD. Sur le reste du territoire nous sommes très souvent les seuls à intervenir en zone montagneuse ou très rurale.

La densité globale du département est faible de 30 habitants/Km² contre 94 habitants/Km² en national et 61 habitants/Km² au niveau de la région Midi-Pyrénées, le département est marqué par une forte ruralité, le nombre d'habitants vivant dans une ville de plus de 2000 habitants pour 100 habitants est de 48% contre 76% au niveau national et 64% en Midi-Pyrénées.

Au 1/01/2006 la population était de 147 000 habitants soit une augmentation de 7,14% entre 1999 et 2007 après un siècle de dépeuplement. La population âgée de plus de 60 ans en 2006 est de 28% pour 24% en Midi-Pyrénées, le taux de chômage est le plus élevé de la région : 11,1 % de la population active au cours du 1^{er} trimestre 2010 contre 9,5 % sur la région.

Les indicateurs de pauvreté et de précarité sont péjoratifs pour les territoires de l'Ariège³⁶ avec un revenu médian par unité de consommation de 15 139 € le plus bas de la région en 2006 pour 16 578 € en région et 16 910 € en France. Les allocataires Caisse d'Allocation Familiale et Mutualité Sociale Agricole concernant les bas revenus représentent 20,4% de la population en Ariège contre 16,1% sur la région. Les bénéficiaires du RMI au 31/12/2007 représentaient 6% de la population dans le département contre 3,8% en région avec les territoires où se concentrent le plus de bénéficiaires ceux du Couserans. Dans l'Ariège le caractère rural de la population âgée et une précarité plus grande dans l'ensemble de la population, se combinent pour aboutir à une sur représentation de l'allocation solidarité aux personnes âgées 7% des 65 ans et plus contre 6,4% en région.

L'emploi salarié du secteur Sanitaire et Social représente 18% de l'emploi salarié total de l'Ariège, c'est un secteur clé dans l'activité ariégeoise (14,5% sur la région et 12% en national). Ariège Assistance est le quatrième employeur du département et l'association représente 9% du total des emplois du Secteur Sanitaire et Social, 87% des employés du secteur de l'aide à domicile.

Les données combinées sur la pauvreté dans le département et l'emploi du secteur sanitaire et social font de l'articulation entre le développement économique des territoires

³⁶ Rapport IGAS, septembre 2009, « pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural », annexes Tome II, p 27 à 42

et son intervention sociale un thème prioritaire pour le conseil général. En effet l'importance du développement d'activités économiques compensant la désindustrialisation de certains territoires ou l'absence de créations spontanées d'emplois dans les secteurs éloignés de montagne, incitent le département à rechercher de manière constante le moyen de revitaliser les territoires ruraux. Pour ce faire l'intervention sociale au profit des personnes défavorisées est considérée comme un facteur de développement. De même la possibilité d'accéder sur l'ensemble du département à des services adaptés aux besoins des personnes fragilisées est un véritable objectif de cohésion sociale.

Sur le département sont implantés 20 établissements pour personnes handicapées, 34 EHPAD et 17 SAAD. Nous connaissons un déficit de médecins généralistes libéraux notamment sur le Fossat, Mirepoix, Castillons-en-Couserans et Auzat. La densité des infirmières libérales est satisfaisante mais répartie de façon trop inégale avec une insuffisance sur le Mas d'Azil, Lavelanet et Tarascon sur Ariège (données URCAM 2007).

2.2.3 Présentation du SAAD Ariège Assistance

Le SAAD est autorisé par le conseil général de l'Ariège par l'arrêté du 27/01/2005 pour intervenir sur **l'ensemble** du département. Pour répondre à cette mission de proximité il est organisé en 11 bureaux et permanences territoriales sur lesquels sont situés les cadres et responsables de secteurs.

Le découpage géographique (annexe 7) qui a été choisi est calqué sur celui des 11 CLIC implantés dans les 11 territoires du département correspondant aux zones d'intervention des centres locaux d'aide au développement social. Ce qui permet une proximité avec les usagers et la possibilité de développer des partenariats au sein de chacun des territoires couverts en tenant compte des spécificités fortes de chacun d'entre eux.

Depuis le décret 2003-1010 qui crée une double tarification est appliqué un taux horaire différent entre les agents et employés à domicile et les AVS.

L'association applique la convention collective de l'UNA qui jusqu'en 2002 bloquait les intervenants à domicile pendant 16 ans au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) avant de pouvoir être augmentés. Les augmentations du SMIC ayant gommé les échelons de la convention collective signée en 1983. Depuis 2002 il est enfin possible de tenir compte des efforts de professionnalisation et rompre avec une non reconnaissance pour un salarié qui attendait 16 ans avant d'être rémunéré au-dessus du SMIC ! Cette convention collective intégrera la convention collective unique de la branche de l'aide à domicile, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile signée le 21 Mai 2010 qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} Janvier 2012.

Le SAAD a connu avec la mise en place de l'APA une forte variation de l'activité auprès des personnes âgées avec un bond de 33% entre 2002 et 2003 et de 10% entre 2003 et 2004 générant un nombre important d'embauches. Ensuite l'activité personnes âgées a décliné pour se redresser en 2008 et 2009 sans pour autant atteindre le seuil de 2004.

| | Nb heures réalisées | Nb personnes aidées | Personnes âgées | | Personnes en situation de handicap | |
|------|---------------------|---------------------|-----------------|----------|------------------------------------|----------|
| | | | Nb heures | Effectif | Nb heures | Effectif |
| 2004 | 530 945 | 3 580 | 522 066 | 3 525 | 8 879 | 55 |
| 2005 | 523 456 | 3 578 | 499 704 | 3 431 | 23 752 | 147 |
| 2006 | 490 122 | 3 665 | 459 948 | 3 454 | 30 174 | 211 |
| 2007 | 481 129 | 3 723 | 449 923 | 3 502 | 31 206 | 221 |
| 2008 | 489 234 | 3 803 | 456 937 | 3 578 | 32 297 | 225 |
| 2009 | 512 731 | 3 847 | 464 883 | 3 617 | 47 848 | 230 |

La durée d'intervention moyenne annuelle est passée de 149 heures en 2004 à 133 heures en 2009 ce qui traduit la baisse des prises en charge APA avec en parallèle une augmentation très forte depuis 2005 des prises en charge des personnes en situation de handicap. Malgré tout, si ces demandes d'intervention augmentent fortement (100% entre 2005 et 2009), elles restent proportionnellement très minoritaires face aux heures réalisées auprès des personnes âgées (2% en 2005 contre 9% en 2009). Le public des personnes en situation de handicap est majoritairement constitué d'handicapés jeunes et adultes 82% qui ont moins de 60 ans dont 49 % souffrent de troubles psychiques ou mentaux.

Pour l'APA on connaît une restriction des heures accordées qui entraîne un fractionnement des interventions de plus en plus important pour répondre aux besoins réels des personnes dépendantes pour leur lever/coucher, leur toilette et leur prise de repas (3 fois une demi-heure par jour). Ce fractionnement a un effet considérable sur les déplacements et les temps de trajets dans un territoire rural montagnard à habitat dispersé. En terme budgétaire il correspond à 1 327 849 Km en 2009 pour un coût de 464 121 € soit 0,91 €/heure d'intervention, pour un temps de trajet global de 34 610 heures estimées à 464 039 € soit un coût de 0,90 €/heure d'intervention. Le surcoût lié au fractionnement des interventions ramené à l'heure d'intervention est donc de 1,81€. Un autre effet de ce fractionnement est lié à la particularité de notre mode de financement à l'heure de prestation qui induit un effet mécanique où la gestion (suivi et encadrement social, administration) est assurée par un financement proportionnel au nombre d'heures d'intervention. Plus la moyenne horaire annuelle baisse, plus les moyens alloués

individuellement pour le suivi et l'encadrement social diminuent. Autrement dit pour un même nombre d'heures le nombre de personnes aidées augmentent à budget constant. Cette logique de fractionnement ne favorise pas l'approche globale de la personne, l'intervenante sur des temps très court est centrée sur le geste technique. Elle a moins de temps pour développer l'aspect relationnel.

Le SAAD emploie 468 salariées pour 400,25 ETP personnel à 99 % féminin : 163 diplômés d'état auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en catégorie C pour 149,42 ETP soit 37,59% de l'effectif. La moyenne nationale de cette catégorie au sein des associations de l'aide à domicile selon l'observatoire de la branche de l'aide à domicile étant de 16%. 270 employés à domicile (EAD) en catégorie A pour 222,43 ETP et 35 EAD en catégorie B pour 28,4 ETP. La volonté de professionnalisation du SAAD se traduit par la forte proportion de salariés titulaires du DEAVS par promotion interne ce qui explique le très faible nombre de salariés en catégorie B. Nous privilégions également le plus possible le temps complet pour 49% des salariés, 26% ont plus de 121h/mois, 18% plus de 75 h/mois et seulement 7% de 18 à 75 h/mois. La durée moyenne de travail d'une intervenante à domicile est de 0,86 ETP et l'ancienneté moyenne est de 9,15 ans. Malgré la vague de recrutement liée aux effets de la mise en place de l'APA entre 2002 et 2004, l'âge moyen est de 45,95 ans. Les personnes recrutées ont majoritairement plus de 30 ans, avec une certaine maturité à défaut de qualification, la promotion interne permettant dans un second temps l'accès au DEAVS.

L'encadrement social est rattaché au SAAD et il est constitué de 16 personnes pour 14,95 ETP avec un profil de conseillère en économie sociale et familiale, affectées sur les bureaux locaux, dénommées cadres ou responsables de secteurs. Elles se voient adjoindre, selon l'importance de leur volume d'activité une secrétaire ce qui représente 6,97 ETP de secrétaires réparties sur l'ensemble des secteurs.

Ce sont les responsables de secteur qui évaluent les situations et proposent une intervention adaptée dans le cadre de la prescription APA ou PCH. Elles organisent les interventions et les remplacements, assurent un suivi des plannings et transmettent au siège les informations nécessaires à la facturation et l'établissement des salaires. Elles assurent le suivi des situations auprès des personnes aidées, elles établissent des liens et partenariats avec les autres intervenants auprès des personnes que nous prenons en charge. Elles participent aux réunions des CLIC et ont des contacts avec les équipes médico-sociales du conseil général.

2.3 Une absence de lisibilité du projet de vie et un large spectre de situations

L'une des difficultés majeures à laquelle les équipes sont confrontées dans la prise en charge des personnes en situation de handicap est celle qui concerne la lisibilité du projet de vie qui se réduit à la prescription d'un nombre d'heures et d'une nature d'intervention. Tout le travail d'évaluation des besoins n'est pas communiqué au SAAD et les RS doivent systématiquement repartir d'une prescription d'heures pour reconstituer dans ce cadre les interventions du service.

Pour se faire la fonction d'évaluation des situations a toute sa place dans le projet institutionnel pour permettre de :

- Concrétiser les droits des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à bénéficier d'une évaluation de leur situation dans l'ensemble des dimensions la composant et ce de façon continue.
- Permettre la formulation de réponses individualisées, négociées, adaptées et coordonnées, en lien avec les partenaires institutionnels et professionnels.

Malgré tout je déplore que pour l'instant le partenariat ne soit pas établi entre les équipes du SAAD et celles de la MDPSH. Nous avons vu que l'intervention à domicile devait préserver l'intimité ; les évaluations successives, CLIC, équipes médico-sociale, RS du SAAD sont autant d'occasions d'intrusions répétitives difficiles à comprendre pour la personne en situation de handicap.

De plus, je constate que l'évaluation des RS est de moins en moins en cohérence avec la prescription de la MDPSH pour la PCH ou du conseil général pour l'APA, les attentes de l'utilisateur sont parfois très différentes de la prescription. « On peut distinguer les besoins normatifs définis par ou avec les experts, les besoins ressentis auto définis par l'utilisateur ou son entourage et enfin les besoins exprimés articulés en demandes spécifiques » Joël Bogdan³⁷ (p 337).

A ce manque de lisibilité s'ajoute le large spectre de situations auxquelles nous sommes confrontés avec une grande diversité de types de handicaps : moteurs, sensoriels, psychiques. Cette diversité n'existe pas pour les institutions spécialisées et nécessite de la part des responsables de secteurs une compétence supplémentaire d'analyse des besoins selon le type de handicap en l'absence d'accès aux informations déjà recueillies par les équipes médico- sociales.

³⁷ Référence citée p 27

2.3.1 Un plan personnalisé de compensation trop généraliste

Le PPC majoritairement se résume sur le département à la PCH qui fixe le cadre des interventions du service et qui se limite aux actes essentiels de la vie quotidienne avec un nombre d'heures réparties selon le statut de l'aidant (mandataire, prestataire, gré à gré) sans même la mention de la répartition des heures en fonction des tâches à réaliser. Autrement dit « se contenter de préciser le statut de l'aidant revient à réaliser un plan d'aide centré sur les montants financiers, qui reste proche du plan d'aide de l'APA »³⁸.

Les besoins annexes dont l'aide humaine (aide ménagère, aide pour la préparation des repas, aide à la parentalité) hors PCH devraient être mentionnés en réalité on constate que : soit ils n'apparaissent pas du tout, soit les heures sont comptabilisées dans celles destinées à la surveillance ou celles réservées aux actes de la vie quotidienne.

Cette ambiguïté est souvent source de conflit entre les AVS et les aidants familiaux, qui peuvent naturellement avoir tendance à cantonner l'intervenante à un rôle de femme de ménage.

Les tâches à réaliser dans le cadre des actes de la vie quotidienne comprennent :

- L'entretien personnel : aide au lever ou au coucher, la toilette, l'aide pour l'habillage et le déshabillage, l'aide à la prise du repas et l'hydratation, l'aide à l'élimination comprenant les transferts et l'installation aux toilettes.
- Les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du domicile.
- La participation à la vie sociale, accompagner la personne faire du shopping, aller au cinéma, participer à des activités culturelles ou associatives.
- La surveillance régulière chez les personnes qui nécessitent un changement de position fréquent de jour comme de nuit, pratiques des aspirations endotrachéales.

La fiche de synthèse complétée par l'équipe médico-sociale et transmise à la CDAPH apporte une vision plus globale de la personne en situation de handicap : le contexte de la demande, le projet de vie lorsqu'il est formalisé, les motivations, le point de vue de l'équipe pluridisciplinaire. Autant d'informations auxquelles nous n'avons pas accès pour nous permettre d'adapter la prestation. Cette insuffisance d'information nous rend aveugle sur le contexte global dans lequel le SAAD est amené à intervenir, aucune connaissance du type de handicap, du projet de vie de la personne qui peut avoir un discours différent entre les évaluateurs de la MDPSH et la RS du SAAD.

³⁸ CNSA, décembre 2007, Handicap et droit à compensation : quelles nouvelles pratiques ?, études sur les Plan personnalisés de compensation

Ce manque d'information est majoré par l'absence totale de coordination de la part de la MDPSH, en cas de difficultés lors de notre prise en charge, d'adaptation nécessaire liée à l'évolution de la situation, aucun référent n'est désigné.

Dans les situations extrêmes, interruption de notre intervention, changement de prestataire de la part de la personne au motif qu'on ne satisfait pas ses besoins mêmes si ceux-ci ne sont pas réalisables ou cachent un mal être ; la MDPSH traite ces situations de manière strictement administrative.

Enfin comment peut-on élaborer un projet individuel de prise en charge s'inscrivant dans une logique de maintien à domicile en l'absence de connaissance du handicap de la personne ? Comme nous l'avons démontré dans notre première partie la dimension relationnelle est primordiale lors des interventions, le handicap n'étant pas toujours visible, nous rencontrons fréquemment dans ses situations d'inconnue un long travail d'adaptation itérative fait d'échecs et d'incompréhensions.

2.3.2 Les limites des interventions du SAAD face à la diversité de type de handicap et à la singularité liée au domicile

A travers le handicap psychique j'illustrerai certaines difficultés d'intervention que nous rencontrons. Les troubles psychiques sont importants parmi les PCH et ces personnes constituent un public nouveau pour le SAAD puisque le handicap psychique n'a été reconnu que récemment par la loi du 11 février 2005. La loi reconnaît ainsi la situation de 800 000 personnes qui souffrent d'un tabou sur ces maladies de la part de l'entourage, des familles et des personnes elles-mêmes. Contrairement au handicap mental qui s'associe toujours à une déficience. Il nécessite des soins importants et ses manifestations ont un caractère très variable ce qui crée un élément d'incertitude et nécessite une vigilance sur les besoins. Les différents troubles psychiques que nous rencontrons sont : la schizophrénie, les troubles bipolaires (maladie maniaco-dépressive), les troubles obsessionnels et compulsifs graves.

Ces troubles ont des conséquences sur la vie personnelle, quotidienne et sociale, ils affectent l'autonomie des personnes avec des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne (la toilette, s'habiller, faire les courses, cuisiner, entretenir le logement, effectuer les tâches administratives, se déplacer). Ils se caractérisent par leur nature imprévisible et évolutive.

Lors des interventions des salariés du SAAD il est important d'adapter son savoir-être, connaître les choses à dire ou à ne pas dire face aux comportements des personnes atteintes de troubles psychiques. Il est aussi primordial d'être informé de la continuité ou des ruptures dans la prise du traitement, d'avoir une bonne coordination avec les autres professionnels. Autant de points qui font défaut dans les pratiques actuelles. Le plus

souvent les équipes ne parviennent pas à obtenir des informations de la part des médecins traitants ou soignants sur les bonnes pratiques professionnelles à adopter, voire l'état de la personne.

Cet ensemble de facteurs peut constituer un réel danger pour les intervenantes qui soulève régulièrement pour moi la question entre prise de risque et responsabilité en tant qu'employeur :

- Jusqu'où puis-je engager ma responsabilité dans certaines situations de rupture du traitement ou d'absence d'informations et de comportements agressifs ? C'est la question des risques que je fais encourir aux salariés.
- Quelles sont dès lors les limites du maintien à domicile, jusqu'où va-t-on et dans quelles conditions ?

Nous devons également intervenir auprès d'autres types de handicap sensoriels, moteurs et mentaux, le champ de notre intervention étant le maintien à domicile à travers les actes de la vie quotidienne pour l'ensemble des personnes adultes en situation de handicap. Là où les structures, telles SAVS ou SAMSAH se spécialisent très souvent sur un type de handicap. Ces structures émanant bien souvent d'une institution spécialisée qui en créant ce type de service s'ouvre vers le milieu ordinaire.

2.3.3 Le rôle de l'entourage différent de celui des personnes âgées : la place de l'aidant dans le cadre des interventions

Dans le cas des personnes en situation de handicap, la présence de la famille au domicile est beaucoup plus fréquente que pour les personnes âgées. Avec le phénomène de veuvage, les personnes âgées vivent souvent seules chez elles même si dans leur entourage elles reçoivent le soutien d'aidants familiaux, ils ne vivent pas en permanence au domicile de la personne. Pour les personnes en situation de handicap l'aide non professionnelle préexiste dans la plupart des cas à notre intervention, nous devons donc composer avec l'entourage et l'intégrer à la réflexion sur le partage des compétences, les rôles et les tâches de chacun dans une relation de confiance. La confiance demande un travail important avec la RS et les intervenantes. Les histoires de chacun, les souffrances, les inquiétudes et les difficultés ne sont pas toujours formalisées, il faut du temps avant de cerner les situations. De plus les interventions viennent rompre un équilibre, une dynamique familiale très active, le conjoint, les enfants sont présents alors que chez les personnes âgées ils ont déjà quitté la cellule familiale.

La demande d'intervention peut également stigmatiser l'aidant qui a le sentiment de ne plus assumer sa charge, sa responsabilité en tant que conjoint. Les mères et les épouses peuvent avoir le sentiment que l'AVS vient se substituer à elles et ont du mal à se

positionner avec un sentiment de culpabilité de laisser à autrui le soin de s'occuper des siens. Dans certains cas la famille peut vivre la situation de handicap comme un enfermement, avec une ambivalence entre les exigences à respecter, le rythme de vie de la personne handicapée et se préserver son propre espace pour vivre son existence. Avec parfois des personnes en situation de handicap qui vont devenir tyranniques avec leurs proches, famille et professionnels.

Dès lors le prendre soin pour les AVS déborde de la seule personne en situation de handicap et la relation avec la famille prend une place importante. Elle peut faire partie intégrante du projet de vie, notre rôle est donc de tenir compte de ses attentes même si elle n'est pas le bénéficiaire directe de la PCH. Avec comme nous l'avons évoqué une possibilité de divergence entre la prescription PCH et les attentes du bénéficiaire et/ou de la famille. C'est le cas d'un trisomique jeune adulte vivant en zone montagnaise dont les parents ne souhaitent pas l'institutionnalisation et s'investissent fortement, en cantonnant les AVS à des activités domestiques hors PCH.

Lors des interventions les salariés du SAAD doivent veiller à ce que les familles reconnaissent leurs compétences professionnelles et ne les cantonnent pas dans des rôles subalternes ou de tâches ménagères en dehors de la prescription PCH. Mais elles doivent également accepter le regard et les critiques des proches qui lors de ces interventions vont rectifier tel ou tel geste, les personnes aidées ou leurs proches connaissent très bien le fonctionnement des installations techniques, les incidences de leurs pathologies, leurs compétences sont légitimes et doivent être reconnues pour ne pas déposséder l'entourage.

Entourage qui parfois est amené à réaliser des actes de soins auxquels nous ne pouvons normalement pas répondre. C'est une autre limite des interventions auprès des personnes lourdement handicapées celle entre les actes d'aide à la vie quotidienne et le soin.

2.3.4 Des interventions entre l'aide et l'accompagnement à domicile et le soin auprès des personnes lourdement handicapées

La singularité des interventions, le temps passé avec la personne en situation de handicap, la lourdeur de la prise en charge ne nous permettent pas d'établir une liste précise d'actes, au-delà de la notion d'absence ou de présence d'une prescription médicale, qui permettrait de déterminer précisément la nature des actes entre soins et aide. Mais parfois sur certaines zones du département, le manque de places pour adultes handicapés en SSIAD ou SAMSAH nous conduit régulièrement à nous poser la question des limites de nos interventions. Dès lors à la question primordiale que j'ai déjà évoqué

sur la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité des salariés, s'ajoute celle également sur la responsabilité du professionnel et du SAAD envers les personnes aidées.

Soit l'acte à effectuer est un acte de la vie courante, le médecin prescripteur considère que l'acte à réaliser peut être accompli par la personne elle-même, l'intervenante peut le réaliser. L'exemple récurrent est celui de la distribution des médicaments. La loi HPST réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires clarifie cette situation en transposant dans le CASF à l'article L313-26 le principe qui était posé par la circulaire « Kouchner » en 1999 qui n'avait pas de valeur juridique. « Au sein des établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante... le libellé de la prescription permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante ».

Plusieurs principes sont posés par cet article :

- L'administration d'un traitement médical est, sauf prescription médicale contraire, de la compétence d'un personnel aidant (par défaut).
- La prescription médicale doit permettre de délimiter le champ de compétence de l'aide du champ de compétence du soin.

Mais d'autres actes délicats subsistent tels les aspirations endotrachéales qui peuvent être réalisées par l'entourage mais nécessitent l'intervention d'auxiliaires médicaux par défaut ou de professionnels ayant suivi une formation adéquate si la prescription médicale le stipule.

Soit l'acte correspond clairement à un soin, lorsque le médecin précise dans sa prescription médicale que la prise en charge doit être médicale, seul un infirmier ou une aide soignante (AS) peuvent réaliser l'acte. Dans ce cas le SAAD ne devrait pas prendre en charge l'acte prescrit comme certaines toilettes. Pourtant, si aucun personnel soignant n'est disponible ou ne souhaite réaliser cet acte, sur le terrain on se retrouve face à une double contradiction : la non assistance à personne en danger ou l'exercice illégal de la médecine (art L378 du code de la santé publique qui prévoit des sanctions pénales). A cette responsabilité pénale s'ajoute la responsabilité civile du SAAD qui peut être également engagée lors d'une situation dans laquelle une employée cause un dommage

et engage la responsabilité délictuelle de son employeur dite « des commettants du fait de leurs préposés » (Art 1384 du code civil : « on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde »).

Dans ces situations délicates et en l'absence de référents auprès de la personne aidée, nous négocions avec le médecin traitant des solutions intermédiaires entre SAAD et SSIAD. Nous demandons si au moins une fois par semaine la toilette peut-être effectuée par un soignant qui pourra ainsi évaluer la situation ce qui nous permettra d'intervenir le reste du temps. Cette solution n'est pas toujours acceptée.

Dans d'autres cas en l'absence de prescription médicale certains actes nous semblant évoluer vers un acte médical, nous contactons le médecin traitant ou dans le cadre d'un partenariat avec les SSIAD et les centres de soins nous leur demandons de réaliser une évaluation. Ce partenariat est facilité lors de la prise en charge des personnes âgées par la présence des deux SSIAD au sein de l'association, mais ceux-ci n'ont pas de place pour les personnes en situation de handicap.

Ces situations délicates nécessiteraient un travail en réseau entre les services du conseil général, l'équipe en soins infirmiers de la MDPSH, mais en l'absence de référent identifié les équipes se sentent, surtout en zone rurale montagnarde, isolées avec parfois une obligation pour le SAAD d'interrompre la prestation, ce qui signifie bien souvent pour la personne l'institutionnalisation ou une prise en charge très lourde pour l'entourage.

2.4 L'absence de référent pour organiser les interventions pluriprofessionnelles autour de la personne en situation de handicap

Lors des interventions du SAAD auprès des personnes âgées les 11 CLIC jouent un véritable rôle de coordination au niveau local entre les différents partenaires : CLIC, SAAD, libéraux, EHPAD, Centres Hospitaliers. Mais également au niveau individuel le CLIC initie la coordination autour de la personne âgée avec son entourage familial et l'ensemble des professionnels intervenants. Les responsables de secteur du SAAD participent régulièrement à des « réunions CLIC » pour traiter des situations les plus délicates. Le CLIC n'est pas systématiquement le coordonnateur de l'action mais il peut intervenir comme régulateur lorsque nous constatons une incohérence dans le déroulement des différentes interventions professionnelles. Ou si la situation évolue soudainement, il sert d'interlocuteur avec le conseil général pour revoir le plan d'aide.

Bien que le schéma départemental des personnes âgées évoque le rôle de coordination du CLIC pour les personnes en situation de handicap, à ce jour sur le terrain la RS

rencontre des difficultés pour identifier un lieu de coordination entre les différents intervenants.

2.4.1 Les limites du rôle de coordination de la responsable de secteur

Le PPC est basé comme nous l'avons vu sur le projet de vie de la personne en situation de handicap et il comprend habituellement plusieurs volets qui correspondent à des prestations diverses :

- Prestations en lien avec la nature de son handicap : les soins médicaux et paramédicaux, le soutien relatif aux conduites addictives.
- Prestations en lien avec le domicile : aide ménagère, aide humaine, aide administrative, l'organisation du quotidien.
- Prestations liées à l'environnement relationnel : aide éducative, insertion dans la vie sociale parfois professionnelle, mesures de protections.

L'ensemble de ces prestations ne peut pas être proposé par une seule institution, on peut voir plus de 10 professionnels intervenir auprès des personnes en situation de handicap sur une semaine, parfois sur une seule journée, avec des statuts différents salariés et libéraux de cultures différentes sanitaire, sociale, médico-sociale.

La question de la coordination, des limites du champ d'intervention de chacun, la complémentarité et l'évaluation se complexifient. La MDPSH devrait jouer ce rôle, mais le manque de moyens humains ne le lui permet pas à ce jour.

Dans ce contexte la RS a de grandes difficultés pour assurer sa mission de coordination de l'intervention, on peut s'interroger sur³⁹ :

- Un projet de vie inconnu qui ne se traduit que par une prescription d'heures de prestation et aucune connaissance des autres professionnels intervenants.
- Une méconnaissance des autres structures intervenantes auprès de la personne en situation de handicap SAVS, SAMSAH, CMP... avec des cultures différentes.
- Comment réussir à organiser au mieux les prestations pour préserver des temps d'intimité si nous n'avons pas connaissance des modalités d'intervention des autres professionnels ?
- Comment veiller à ne pas rentrer en concurrence entre les différents services qui peuvent intervenir concomitamment sur le même champ (SAVS/SAMSAH/SAAD) mais plutôt privilégier une complémentarité ? Eviter également le « saucissonnage »

³⁹ Journées nationales des services pour les personnes adultes handicapées 16 et 17 Octobre à Reims CREAHI Champagne Ardennes sur www.creahi-champagne-ardenne.fr/docs/forum%203.pdf/journéesnationales.htm

de la prestation. Le SAAD doit-il se déplacer pour habiller la personne qui a une sortie matinale prévue avec le SAVS, ou y a-t-il substitution exceptionnelle ?

- Quels outils de communication, quels outils pour assurer la traçabilité des actes et des observations tout en assurant la confidentialité des informations ? Certaines informations pratiques sur le logement sont indispensables pour les remplaçants, d'autres plus intimes ne doivent être connues que de certains, où les écrire, sur quels documents avec quelles garanties de confidentialité ?
- Comment réajuster le projet global lorsqu'un événement survient et donc garantir la cohérence et le fonctionnement des prestations engagées ? Ou plus ponctuellement comment réagir à la volonté exprimée différemment par différents membres de la famille sur la priorité des actes à effectuer (ménage/actes d'aide à la vie quotidienne) ?
- Comment favoriser la spontanéité ou garantir la place de la personne en situation de handicap, sa parole, son bien-être physique et moral ? Lui permettre d'assister à un match de foot, d'aller au restaurant, au cinéma sans devoir le prévoir un mois avant pour des raisons de planification.
- Enfin comment organiser la sécurité et les biens de la personne, lorsque plusieurs professionnels interviennent issus de différentes structures, comment gère-t-on les clés du domicile ?

Autant de points qui posent de réelles difficultés de coordination à la RS dans le cadre de la prise en charge d'une personne en situation de handicap. Avec une difficulté supplémentaire auprès des institutions du handicap, qui méconnaissent souvent les efforts de professionnalisation des SAAD et peuvent percevoir les intervenantes à domicile comme des femmes de ménage.

2.4.2 Un sentiment d'isolement majoré pour les intervenantes à domicile

J'illustrerai ce sentiment à travers deux situations révélatrices : la question de la sexualité des personnes en situation de handicap et l'appréhension liée au handicap psychique et la méconnaissance de la part des intervenantes des comportements ou attitudes à adopter.

L'AVS est parfois la seule personne qui approche intimement le corps de l'adulte handicapé. Lors des gestes liés à l'aide à la toilette la question de la sexualité peut faire « irruption » et mettre en difficulté la professionnelle.

Parfois les personnes en situation de handicap provoquent les intervenantes en laissant délibérément des documents à caractère sexuel à vue. Les AVS se sentent d'autant plus isolées dans ces situations que ces questions sont taboues et se posent beaucoup plus rarement chez la personne âgée, ou de manière moins frontale. En partageant l'intimité du domicile d'un adulte, ces questions surgissent même si elles ont été ignorées par les

autres professionnels. La question de la sexualité ne doit pas rester sous silence pour éviter la souffrance des intervenantes ou également le risque de maltraitance.

Le handicap psychique est une autre cause de ce sentiment d'isolement majoré des AVS. En effet les personnes souffrant de handicap psychique perçoivent l'environnement comme intrusif à leur égard, ce qui augmente les difficultés de l'intervention à domicile.

Elles peuvent par moment :

- Avoir des perceptions auditives ou visuelles qu'elles ne peuvent partager.
- Présenter un mutisme, un retrait, des angoisses.
- Etre angoissées par des situations nouvelles comme par l'intervention d'une remplaçante.
- Inquiéter les AVS par des attitudes qui peuvent paraître bizarres.

Elles sont très sensibles au stress avec des angoisses, des obsessions ou des conduites addictives autant de comportements qui déstabilisent les AVS. Il devient délicat pour l'intervenante d'établir une relation de confiance ou de se sentir elle-même en confiance.

Les demandes des personnes en situation de handicap psychique peuvent être « décalées » par rapport à leurs possibilités ou difficiles à expliquer, elles peuvent souhaiter que l'on effectue pour elles une tâche qui paraît pourtant simple, à leur portée et qui n'entre pas dans le cadre de nos interventions. La gestion de ce type de situation nécessite un certain savoir-être pour ne pas entraîner une réaction d'agressivité. En effet ces personnes peuvent réagir violemment face aux situations habituelles de la vie, réactions liées à une mauvaise interprétation d'une parole ou d'un comportement.

2.4.3 Le rôle et la mission des SAVS-SAMSAH-Groupement d'entraide mutuelle

Nous avons démontré combien le travail en réseau était nécessaire pour permettre le maintien à domicile des personnes en situation de handicap. Il est important de bien repérer le rôle des groupes d'entraides mutuelles (GEM), SAVS et SAMSAH afin de pouvoir mieux délimiter les champs d'intervention respectifs.

Les GEM sont les anciens clubs d'accueil et d'entraide, c'est un lieu où des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se retrouver, partager des activités communes et échanger sur leurs expériences particulières de vie. Se sont des lieux accueillants indépendants des structures institutionnelles avec une ouverture sur la cité. Ils vont permettre aux personnes de retisser du lien social, de participer au fonctionnement du GEM et ainsi exercer leur citoyenneté, d'éviter la rupture des soins médicaux en assurant une vigilance. Le GEM peut-être constitué avec un réseau de partenaire, avec comme objectif principal la mise en place d'un collectif d'utilisateurs qui se saisit du dispositif.

« Les SAVS ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité » (Décret 2005-223 du 11/05/2005). Ce type de structure a pour ambition non seulement la vie autonome dans un logement, mais l'insertion sociale et l'activité quotidienne. Le SAVS va proposer une aide concrète, sans limitation de durée, à des personnes qui souhaitent acquérir ou conserver un maximum d'autonomie et une bonne insertion sociale dans leur vie quotidienne. Les objectifs sont :

- lutter contre la solitude, en créant du lien social,
- stimuler l'activité dans la vie quotidienne,
- assurer l'accès à un logement autonome, et son maintien, en facilitant les relations avec le bailleur,
- provoquer l'intervention des soignants si nécessaire,
- en cas de protection juridique, faciliter et prolonger le rôle du tuteur,
- faire regagner confiance en soi puis aller vers l'extérieur.

L'évolution d'un SAAD vers un SAVS constitue une garantie financière. En effet il présente l'avantage de permettre un financement global contrairement au financement à l'heure de prestation « prescrite ».

Le SAMSAH (décret n°2005-223 du 11/03/2005) va proposer outre un accompagnement vers les soins indispensables, une aide concrète, sans limitation de durée, à des personnes qui souhaitent acquérir ou conserver un maximum d'autonomie et une bonne insertion sociale dans leur vie quotidienne. Le SAMSAH devient alors le centre de ressources pour la personne handicapée, il est implanté dans un local servant de lieu d'accueil et de socialisation, en milieu urbain ou périurbain.

Les prestations se découpent entre un accompagnement à la vie quotidienne pour favoriser l'autonomie (faire avec et non pas faire à la place de) :

- visites à domicile pour le suivi de la prise de médicaments, traiter de l'alimentation, l'entretien du logement, l'entretien du linge, la gestion du budget...
- accompagnement pour les courses,
- rencontres au local, individuelles ou en groupe.

Et des actions collectives pour le développement personnel et la resocialisation avec des réunions d'adhérents et des repas pris au local.

Il peut y avoir une complémentarité avec un GEM. La personne handicapée peut-être à domicile ou rattachée à un établissement médico-social.

Le SAMSAH présente un aspect médical avec un médecin coordonnateur qui favorise le lien avec les équipes médicales spécialisées. Il peut assurer des soins contrairement au SAVS et bénéficie d'une double tarification conseil général et état.

SAMSAH et SAVS doivent formaliser leurs prestations dans un document individuel de prise en charge. Leur prise en charge peut-être permanente, temporaire ou selon un mode séquentiel sur décision de la CDAPH mais ils ne souffrent pas d'un financement à l'heure de prestation.

2.5 Conclusion partielle

En qualité de directeur du SAAD d'Ariège Assistance je dois tenir compte de la dimension territorialisée des problématiques du handicap, de la structuration géographique du champ social et médico-social, de celle de l'offre de services à domicile afin d'élaborer une réponse adaptée à la prise en charge des personnes en situation de handicap. A ces éléments de contingence s'ajoutent les clivages au sein de la « nébuleuse » du maintien à domicile liés : aux différents types d'intervention (mandataire, prestataire, gré à gré) ; aux statuts des services (publics, associatifs, privés) et à leur filière d'appartenance (sanitaire, sociale, technique).

J'ai mis en évidence un certain nombre de difficultés que nous rencontrons à ce jour à différents niveaux :

- Au niveau institutionnel avec :
 - Une méconnaissance des univers professionnels et des domaines de compétences des multiples acteurs intervenants auprès de la personne en situation de handicap à domicile.
 - Une difficulté d'articulation des temps d'aide et d'intervention aux rythmes de vie des personnes.
 - Un partage d'information qui se réduit à une prescription financière entre la MDPSH et le SAAD et qui est à construire avec les autres acteurs de terrain.
- Au niveau des professionnels du SAAD :
 - Chez la personne âgée l'âge est un facteur de différenciation alors que chez l'adulte en situation de handicap l'âge devient un facteur de ressemblance, avec un risque d'identification.
 - Les réticences et les appréhensions liées à la méconnaissance du handicap, leur font craindre de ne pas savoir se positionner ou ne pas être à la hauteur. Sentiment majoré par la diversité des types de handicap qu'ils rencontrent.
 - L'investissement et la présence des aidants familiaux qui interfèrent dans la prise en charge.

La culture gérontologique du SAAD est source d'expériences elle a permis de développer chez les salariés un professionnalisme de l'intervention à domicile, mais elle ne doit pas constituer un frein à l'évolution des pratiques professionnelles pour répondre aux demandes d'intervention croissantes des personnes en situation de handicap.

Répondre à ces nouveaux besoins en s'appuyant sur les savoir-faire de l'intervention à domicile c'est l'occasion d'affirmer la légitimité du SAAD en tant qu'acteur à part entière du secteur social et médico-social et non comme un prestataire de services standardisés :

- En faisant évoluer les compétences collectives caractérisées par la capacité d'observation, d'argumentation, de négociation et d'élaboration d'un projet d'intervention personnalisé qui répondent aux besoins des personnes en situation de handicap.
- En distinguant la finalité de l'action sociale auprès des personnes vulnérables dans une logique de relation d'aide de celle d'une prestation de service de confort motivée par l'insertion professionnelle.

3 Un projet de service à adapter à l'accompagnement des personnes en situation de handicap

L'évolution de notre projet de service s'inscrit dans une réflexion autour du projet associatif initiée en 2009, à laquelle j'ai pu contribuer.

Les propositions émanant de cette réflexion autour du projet associatif tiennent compte de la logique concurrentielle évoquée lors de la première partie de ce travail et de la volonté d'inscrire le SAAD dans une logique médico-sociale.

L'association intervient sur trois axes qui contribuent au maintien à domicile des personnes et au soutien à la parentalité : celui des soins et de l'accompagnement médico-social auprès des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des personnes malades (SAAD, SSIAD, EHPAD), celui de l'aide à la famille (TISF, gardes d'enfants) et celui des services (mandataire, portage et fourniture des repas, petits travaux).

Le conseil d'administration a validé le projet d'une création de deux pôles distincts :

- **Ariège Services** qui reprend l'axe des services dans une logique de services domestiques ou les prestations sont directement matérialisables. Ces services dans une logique marchande entrent dans le champ de l'agrément qualité.
- **Ariège Assistance** qui regroupe sous cette appellation l'ensemble des services médico-sociaux qui eux sont soumis au régime d'autorisation.

Cette distinction ne change pas l'objet de l'association qui est de proposer des services à domicile et des structures d'accueils répondant aux besoins des personnes âgées, handicapées et familles.

Elle permet simplement de concilier la double logique de l'emploi et du maintien à domicile. Pour Ariège Services la professionnalisation inclue l'insertion professionnelle conformément à la logique d'éducation populaire inscrite dans ses statuts.

Pour Ariège Assistance une logique de professionnalisation axée sur la réponse aux besoins des publics fragiles en considérant l'usager comme un citoyen acteur et non pas comme un consommateur dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

3.1 Soumettre à l'approbation du CA les axes stratégiques du SAAD

3.1.1 Rappel du contexte : Schéma départemental et PRIAC

Le schéma départemental des personnes en situation de handicap n'a pas encore été élaboré, seul existe le schéma départemental 2006-2010 pour les personnes âgées. On peut noter dans celui-ci quelques points importants et transversaux aux personnes âgées et personnes handicapées.

En ce qui concerne les services à domicile il pointe la nécessité de métiers nouveaux, intégrés ou non aux services existants, autour d'un pôle culturel pour rompre l'isolement, recréer des solidarités, valoriser les personnes fragilisées et attirer des actifs dans le département.

Sur les 5 axes de développement du schéma ceux qui concernent également les personnes en situation de handicap sont :

L'axe II qui est orienté vers l'organisation de la coordination locale des différents acteurs autour de la personne âgée et de la personne en situation de handicap. Cet axe s'appuie sur le réseau des 11 CLIC du département avec comme objectifs :

- Structurer le réseau de santé par pays avec une coordination médico-sociale impulsée par le CLIC
- Mettre en place un dossier type unique et accessible pour tous les professionnels.
- Mettre en place des projets de vie individualisés : définir les modalités de mise en œuvre et d'évaluation des projets développés par les SAAD et les établissements en identifiant parmi les acteurs un référent unique auprès de la personne aidée qui se chargerait du lien avec les autres professionnels.

L'axe III qui pose comme objectif de favoriser le maintien à domicile de qualité en direction des personnes âgées ou en situation de handicap.

Enfin l'**axe IV** qui propose de développer l'offre alternative à l'hébergement classique en soutien des aidants.

Au niveau du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) Midi-Pyrénées 2008-2012 les particularités liées aux personnes en situation de handicap sur l'Ariège concernent essentiellement la nécessité de redéployer les places en institution suffisantes sur le département avec :

- Des places en SESSAD pour déficients sensoriels auditifs et visuels et redéployer de la Haute-Garonne vers l'Ariège des places en SESSAD pour déficients moteurs.
- La nécessité de doter le département d'un SAMSAH non spécialisé
- Augmenter les places en SSIAD pour personnes handicapées insuffisantes sur le département.
- Poursuivre le redéploiement des moyens en places FAM et MAS.

A travers ces orientations on note que si l'offre institutionnelle est jugée comme suffisante sur le département, l'offre n'est pas suffisamment adaptée pour répondre au choix du maintien à domicile. Situation que nous rencontrons de personnes qui vivent en zone rurale et montagneuse font appels au SAAD en l'absence d'alternative à l'institutionnalisation.

Il est important de préciser que dans le cadre de la loi HPST⁴⁰ le PRIAC sera intégré dans le projet régional de santé et le schéma régional médico-social. Lors d'une conférence de l'ARS⁴¹ pour présenter le nouveau cadre institutionnel lié à la loi HPST ; les enjeux présentés concernant l'approche des populations handicapées sont :

- Apporter des réponses diversifiées et individualisées à la complexité des situations de handicap tant du point de vue quantitatif que qualitatif.
- Garantir l'équité en termes d'accès effectif à une prise en charge ou un accompagnement adapté.

Enfin il est important de citer le rôle de la CNSA qui a pour rôle de financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation. Elle soutient également les structures de maintien à domicile, notamment la section IV de la CNSA qui permet le cofinancement d'actions de modernisation et de professionnalisation avec deux accords de partenariat l'un au niveau de l'UNA l'autre avec l'OPCA Uniformation.

⁴⁰ Loi n°2009-879 du 21/07/2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22/07/2009

3.1.2 L'évolution du projet associatif comme préambule au développement des axes stratégiques du SAAD

Face aux constats des difficultés pour répondre à l'évolution constante des sollicitations d'interventions dans le cadre de la PCH et dans un contexte de renouvellement de l'agrément qualité à partir de fin 2010, j'ai reçu délégation du directeur général pour proposer des orientations à intégrer au projet associatif.

Nous avons évoqué en préambule la création de deux pôles distincts regroupant les services de « comforts » d'une part et les services médico-sociaux d'autre part. Cette distinction ne se fait pas par l'âge ou la situation de handicap des usagers mais par la notion de perte d'autonomie ou de fragilité liée à la situation de la personne.

Il m'a semblé important de soumettre à la réflexion des politiques la question des droits des usagers en tant que déclinaison des droits universels pour les personnes en situation de fragilité, ces droits ne devant pas être considérés comme un sous-droit mais bien comme le droit du citoyen bénéficiaire de services sociaux et médico-sociaux. Cette nuance permettant à l'association de revendiquer l'inadéquation des plans d'aide APA ou PCH au regard des besoins réels des personnes. Et de s'inscrire dans la logique du manifeste GR 31⁴² pour harmoniser et mieux financer les aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (annexe 8). La stratégie d'organisation du SAAD s'inscrit dans cette perspective du 5^{ème} risque.

J'ai également proposé l'adaptation des instances de l'association à travers la composition des 20 sections locales d'usagers et de bénéficiaires des services de l'association dans chacun des cantons du département. Jusqu'en 2009 ces sections locales étaient constituées de bénéficiaires des services (personnes âgées), de membre de leur famille, de militants familiaux, de professionnels de santé, d'élus locaux (en majorité). Le conseil a accepté la proposition d'évolution pour qu'au moins une personne en situation de handicap ou un représentant de ces personnes soit présent dans chacune de ces sections. A également été validé ma demande de créer une commission issue des sections locales en tant que groupe de réflexion autour de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Par délégation du directeur général j'animerai cette commission qui a pour but :

⁴¹ Séminaire des établissements Médico-sociaux de Midi-Pyrénées organisé par l'ARS le 26/05/2010 à Balma 31130 Haute-Garonne

⁴² Le GR 31 regroupe 31 organisations représentatives des PA et PH siégeant au conseil de la CNSA (annexe 8)

- De permettre lors de la révision du projet du SAAD de mieux prendre en compte les réalités de chacun des cantons et évaluer les effets de la stratégie d'adaptation de la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap.
- D'analyser les besoins locaux exprimés et l'existence ou pas d'une réponse adaptée à ces besoins, les coopérations à mettre en œuvre pour y parvenir.
- D'être actif auprès des autres instances départementales représentant l'intérêt des personnes en situation de handicap.

Enfin j'ai souligné l'importance d'intégrer au sein du projet associatif une réflexion autour de l'accompagnement des aidants en tant qu'acteurs à part entière lors des interventions dans un esprit de coopération et de complémentarité.

3.1.3 La fonction de direction et la stratégie adoptée

L'association entrant dans le champ de l'obligation légale d'un accord GPEC pour les entreprises de plus de 300 salariés⁴³ art L2242-15 du code du travail le directeur général souhaite que la démarche du SAAD serve de base à la négociation d'un accord au niveau de l'association. Plutôt que d'avoir une vision minimaliste de cette obligation avec un accord formel légaliste, il a la volonté de s'appuyer sur la démarche GPEC dans le cadre de l'adaptation du projet du SAAD pour ensuite élargir la démarche dans le cadre du futur accord GPEC Ariège Assistance.

Mes choix stratégiques dans le cadre de la délégation qui m'a été confiée par la direction générale ont un impact qui dépasse le périmètre du SAAD. L'importance du SAAD au sein d'Ariège Assistance qui est le 4^{ième} employeur du département et touche entre les bénéficiaires et les salariés 15 000 personnes soit 10% de la population Ariégeoise implique d'en tenir compte dans la conduite du changement.

« La notion de projet est primordiale pour éviter que la gestion ne dépasse la fiction. Si l'on perd de vue cette fiction on reste dans la gestion et on perd le sens, le projet ne doit pas être uniquement technique mais aussi porteur de rêve. En tant que directeur il est également indispensable de s'interroger sur la dimension éthique. L'éthique comme un ensemble de valeurs personnelles qui donnent du sens à mes actions, l'importance du sens de la responsabilité envers soi-même se traduit par l'engagement de ses valeurs. Le directeur s'engage aussi vis à vis de l'autre (association, usagers, personnel, familles) »⁴⁴.

⁴³ Loi n°2005-32 du 18/01/2005, de programmation pour la cohésion sociale, JO du 19/01/2005

⁴⁴ Cours de Bernard Paturet, philosophe, au CRFPFD à Toulouse les 2/09/2008 et 15/05/2009

Les valeurs qui étayent et soutiennent mes choix de direction sont :

Le respect de l'individu, l'usager bien sûr, en respectant son libre choix et en s'assurant de l'adaptation des prestations à ses besoins. Mais également les salariés en tant que sujets. Je reprends le principe de Bettelheim qui nous appelle à développer la qualité de sujet pour lutter contre l'assujettissement « il y a de bonnes raisons de s'intéresser à ce qui peut être fait pour que tous les individus puissent atteindre l'autonomie, une vie mentale riche et la faculté de se mettre en relation avec les autres d'une façon significative ; ce n'est pas parce qu'ils pourraient avoir désespérément besoin de tout cela, s'ils se trouvaient un jour dans une situation extrême, mais parce qu'ils en ont besoin pendant toute leur vie » (p 140)⁴⁵. En tant que directeur mon rôle est de favoriser une intelligence individuelle partant du principe que plus l'individu se connaît, plus il développe de tolérance, de compétences relationnelles et une intelligence collective pour vivre au rythme de démarches concertées et solidaires. Le droit ne doit pas faire oublier les grands principes, c'est le respect d'autrui qui doit guider mes actions et non pas le légalisme qui conduit à multiplier les précautions pour ne pas être pris en défaut et ce parfois au détriment du bon sens.

L'empathie, évaluer l'impact de mes décisions et la façon de les mettre en œuvre du point de vue des tiers (salariés, administrateurs, usagers, familles). Essayer de « se mettre à la place de » pour bien prendre conscience du poids des décisions, tout en ayant conscience de la subjectivité inhérente à cet exercice.

La rationalité complexe, cette notion renvoie aux travaux d'Edgar Morin⁴⁶ sur la complexité, elle comporte la connaissance de sa propre incomplétude et reconnaît dans l'incertain (l'irrationalisé) non pas un résidu de la mise en lois du réel mais un partenaire avec lequel affronter un réel reconnu complexe. C'est un effort tendant à l'exercice d'une dialogique entre le simple et le complexe permettant la réorganisation des représentations et des principes. En découle une éthique de la compréhension « la compréhension doit précéder le jugement, voire la condamnation » (p 115). Une éthique de la communauté, la reconnaissance de la complexité éclaire les vertus de la solidarité : « plus une société est complexe, moins sont rigides ou pesantes les contraintes qui pèsent sur les individus et les groupes, en sorte que l'ensemble social peut bénéficier des stratégies, initiatives, inventions ou créations individuelles » (p 126).

⁴⁵ Bettelheim B (1952) : *Surviving and other essays*. Traduction française (1979) : *Survivre* éd robert Laffont SA, Paris

⁴⁶ Morin Edgar 1994, *mes démons* éditions Gallimard, collection au vif Paris

Elle pose la nécessité de contextualiser en permanence toute connaissance particulière et rend la simplification nécessaire. Cette simplification indispensable à la direction ne doit pas faire oublier qu'elle est insuffisante, réductrice. Elle n'est pas la révélation d'un ordre caché ou une réalité première, alors qu'elle doit être portée avec conviction pour donner du sens à l'action.

Dans le cadre de ce projet et en m'appuyant sur Patrick Lefèvre⁴⁷ : ma conviction porte sur le fait que toutes personnes quel que soit son degré d'autonomie et son lieu d'habitation doit avoir la possibilité du choix. Ce qui me conduit à définir une stratégie de changement dans une logique médico-sociale pour prendre en charge les besoins des personnes en situation de handicap. Celle-ci s'accompagne d'une responsabilité quant à ce choix en cas de diminution de l'activité APA et PCH, je suis conscient de son impact négatif sur l'emploi. La nécessaire ouverture vers de nouveaux partenaires pour construire une coordination autour de la personne en situation de handicap m'engage à adopter une attitude de discussion, accepter les débats avec les institutions du handicap et dépasser l'à priori sur l'aide à domicile. Enfin pour appréhender au mieux la complexité de la démarche et mener à bien une partie de ma stratégie, j'ai demandé dans le cadre de mon droit individuel à la formation (DIF) de suivre un cycle de 10 jours sur la GPEC début 2010. Le coût de cette action a été pris en charge sur l'enveloppe professionnalisation d'Uniformation et n'a eu aucun impact sur le plan de formation.

Ma stratégie s'articule autour de trois axes dans la logique de la loi 2002-02:

- Une démarche de GPEC qui aura une fonction transitionnelle liant le passé du SAAD caractérisé par une culture gérontologique avec le présent, où l'évolution des compétences est nécessaire pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap et l'avenir avec l'ouverture sur de nouveaux métiers et l'anticipation de nouveaux besoins. Elle favorise : la formation et le développement des compétences, l'action par objectifs et une forme de contractualisation interne, l'innovation et le renouvellement des pratiques professionnelles, l'optimisation des ressources humaines.
- Proposer un accompagnement aux aidants familiaux qui comme nous l'avons vu sont très présents et doivent être intégrés dans notre prise en charge, cet accompagnement doit permettre d'éviter l'épuisement des aidants source de ruptures dans le maintien à domicile ou de risques de maltraitance.
- S'inscrire dans une logique de réseau et développer une stratégie de communication.

De par ma position au sein de l'organisation de l'association et de par la nature participative de la GPEC, cette démarche projet s'inscrit dans une logique de gouvernance. Etant dans le cadre d'une délégation du directeur général pour mener à bien ce projet je dois à toutes les étapes essentielles de celui-ci faire un effort de rationalisation, avec une démarche stratégique plus affinée et un souci de reporting accru. La démarche GPEC sera ensuite déclinée sur l'ensemble de l'association elle aura un impact transversal, je dois donc tenir compte des pôles multiples de pouvoir (SSIAD, EHPAD, Crèches, Ariège Services, la responsable qualité). Je me dois au-delà du groupe projet de communiquer avec mes collègues directeurs et responsables de services. Enfin l'adaptation des prestations auprès des personnes en situation de handicap ne peut se faire sans développer une stratégie de participation pour impliquer fortement les intervenantes à domicile et les responsables de secteur en les associant aux choix. Une des particularités de l'intervention à domicile étant la très grande autonomie des salariées qui sont seules aux domiciles des personnes aidées.

3.2 La démarche GPEC comme adaptation du projet de service du SAAD

Le point de départ de la démarche se sont les difficultés rencontrées sur le terrain et évoquées lors du diagnostic de la situation, ce point d'ancrage facilitera la démarche, « nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt »⁴⁸ M.Crozier.

Pour autant il est important de préciser que la GPEC est une démarche prospective et non pas prévisionnelle, je suis conscient des limites de la démarche d'anticipation dans un contexte aussi mouvant que celui du maintien à domicile. De nombreux facteurs du plan GPEC que je porte ne dépendent pas uniquement du SAAD, les objectifs que je décline ne seront donc pas immuables, je me dois de mettre en avant le caractère évolutif du projet dans la phase de communication sur le plan d'action. Plusieurs dispositifs d'évaluation déjà en place ou à développer devront jouer le rôle de réajustement et d'adéquation avec l'objectif principal qui est d'adapter la prestation du SAAD à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

La démarche qualité en place sera garante du respect des processus sans pour autant imposer un mode organisationnel bureaucratique (Max Weber), j'ai donc associé la responsable assurance qualité (RAQ) au groupe de pilotage et au groupe projet de la démarche.

⁴⁷ Cours de Mr Lefèvre Patrick au CRFPFD le 8/06/2010

⁴⁸ Cité dans guide du management stratégique des OSMS (p 183)

Ces réserves, ne remettent pas en cause l'aspect structurant de cette démarche, elle me permet de fixer une direction et donc de mettre en place une stratégie d'adaptation et d'évolution du SAAD. Les objectifs de la GPEC sont en corrélation avec les points clés du projet associatif : professionnalisation et adaptation de la prestation aux besoins des usagers.

La politique de professionnalisation jusqu'à présent était essentiellement axée sur la qualification (DEAVS, TISF, CESF) je choisis de l'orienter non plus seulement par rapport à l'emploi mais plutôt dans une logique métiers/compétences. La création des référentiels métiers/compétences rompt avec la seule approche de la qualification professionnelle et permet ainsi d'identifier les évolutions liées aux parcours professionnels sans pour autant changer de qualification en valorisant les compétences acquises. Se professionnaliser et développer des compétences spécifiques par publics ou types de handicaps ne nécessitent pas forcément d'évoluer en qualification. « D'ailleurs les titulaires du DEAVS ou du DEAMP (diplôme d'état d'aide médico-psychologique) ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées en perte d'autonomie mais ont une compétence générale....l'accompagnement des personnes en situation de handicap pose de ce fait un certain nombre de difficultés liées à la non spécialisation des diplômes entre PA et PH, mais surtout à la diversité des situations des personnes, et à la diversité des handicaps existants. »⁴⁹ Il est donc important pour les personnels qualifiés d'identifier les compétences spécifiques nécessaires à leur professionnalisation auprès des personnes en situation de handicap.

La GPEC contribuera également à faire reconnaître le métier de l'intervention à domicile dans toutes ses dimensions pas uniquement techniques les plus visibles mais surtout relationnelles qui correspondent à l'accompagnement social et au soutien au travers des gestes de la vie quotidienne.

3.2.1 Le choix de la démarche et l'importance d'adopter un langage commun

Dans un souci de clarté, en préambule à la mise en place de la démarche et pour faciliter la communication et le lancement des groupes de travail j'ai défini précisément un certain nombre de concepts clés. Ces définitions ne sont pas neutres, ni le fait de les avoir établies en amont, cette démarche s'inscrivant dans un échéancier précis et étant axée sur un objectif stratégique à atteindre je suis pour partie sur une logique de projet directive et descendante : définition des familles/métiers/emplois types (la cartographie des métiers). Ce qui ne me fait pas perdre de vue l'importance du mode participatif que je privilégierai au niveau des référentiels de compétences.

⁴⁹ DGCS, intervenants à domicile auprès des personnes en situation de handicap (annexe 18)

Pour définir les notions clés de la démarche je m'appuie sur la formation suivie dans le cadre de mon DIF à la CEGOS et des supports et outils remis suite à ce stage. Je précise qu'il existe plusieurs définitions de la compétence et différentes démarches de compétences en fonction des objectifs poursuivis. Je privilégie une définition qui s'adapte au contexte de l'intervention à domicile caractérisée par la singularité de chaque situation, l'autonomie des intervenantes exerçant seules, l'importance du réseau d'intervenants et de l'entourage.

- « La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances actives et les transforme, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente. La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité. (Zarifiant)
- Les aptitudes sont un ensemble de qualités physiques, intellectuelles et relationnelles attachées aux individus, utilisées ou non pour remplir sa tâche. Elles sont connues ou non.
- Enfin les capacités sont définies à partir des opérations mentales nécessaires pour maîtriser les savoirs et les savoir-faire. Elles ne sont pas directement observables et se déduisent à partir de l'analyse de l'action. Elles fournissent l'adaptation à l'emploi. Elles sont souvent très proches de la notion de compétence puisque cette dernière est finalement la mise en œuvre de celles-ci. Etre compétent c'est mettre en œuvre des capacités **dans un contexte donné**.
- La qualification c'est l'acquisition d'un titre, d'un diplôme d'un certificat professionnel » (support pédagogique du stage CEGOS la gestion des compétences de A à Z).

La cartographie des emplois est issue de la logique de création de deux pôles Ariège Services et Ariège Assistance qui correspond à deux familles de métiers ciblées :

Famille des métiers : Aide et accompagnement médico-social/ Services.

Métiers : Entretien du cadre de vie/Aide à la personne/ Activités sociales/ Soins

Les « Métiers d'aide à la personne » se déclinent en **emplois types** AVS, AED, AS, AMP, TISF.

Les emplois types comme AVS se déclinent **en activités** (unité de base constituée d'un ensemble de tâches) auprès des personnes âgées, personnes en situation de handicap selon les types de handicaps ou personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques lourdes.

Un salarié peut effectuer plusieurs activités, c'est la conséquence du choix de ne pas spécialiser les intervenantes par public mais plutôt sur une logique médico-sociale ou de service pour privilégier l'intervention sur l'ensemble du territoire et la possibilité de trajectoires et parcours professionnels. Ce découpage permet aux RS de repérer parmi les différents emplois types, les salariés qui ont ou pas une expérience ou des aptitudes pour tels ou tels types de public.

Cette première partie de la démarche est donc descendante, elle est directement liée à la stratégie associative, elle découle du choix de différencier au sein d'Ariège Assistance les activités médico-sociales et les activités de services. La carte des métiers servira de langage commun à l'association et sera un outil de communication et d'évaluation des parcours professionnels, d'identification des passerelles, de différenciation des tarifs de prestations, du degré de professionnalisme. Elle se détache de la seule qualification pour favoriser la mobilité.

Elle est distincte de la convention collective nationale (CCN), mon objectif n'est pas d'impacter le système de rémunération, je dissocie la compétence de cet aspect. De même je fais le choix d'un maillage qui n'est pas le salarié, mais le métier avec une forte valeur identitaire qui prend appui sur la fiche de poste, l'objectif étant de faire évoluer collectivement les compétences. Autrement dit les salariés n'auront pas de distinction de rémunération liée à l'affiliation à Ariège Service et Ariège Assistance, la reconnaissance et le souci de professionnalisation seront identiques mais les objectifs de prise en charge définiront des compétences cibles différentes. C'est surtout l'importance de l'encadrement social, la qualification des salariés et la logique d'accompagnement médico-social qui influent sur le tarif horaire.

Pour l'instant la démarche se limite aux intervenantes à domicile du SAAD et à l'encadrement social. Elle porte sur la problématique de l'adaptation des prestations aux personnes en situation de handicap, mais elle aura des implications sur l'ensemble de l'association. Le cadre de ma délégation intègre le caractère de diffusion de la démarche aux autres services de l'association, c'est pourquoi j'ai organisé un groupe projet qui comprend le directeur général, la RAQ, la directrice Administrative et Financière, les autres directeurs et responsables de services de l'association. Ce groupe est un lieu de communication et d'échanges sur les avancées de la démarche, il permet une réflexion partagée en anticipation de sa généralisation.

Je fixe 18 mois comme échéancier pour mener à bien cette démarche GPEC « ciblée sur la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap », initiée par les

aménagements du projet associatif en janvier 2010 je dois aboutir à sa mise en œuvre en juin 2011.

Une fois le cadre posé c'est le mode participatif qui doit être privilégié, la démarche s'appuie sur un groupe de pilotage dont je suis l'animateur avec la participation, de deux RS, la RAQ, la directrice administrative et financière, un membre du CA, un représentant des personnes en situation de handicap très actif dans son rôle de militant au niveau du département.

Des groupes de travail seront mobilisés sur l'élaboration des référentiels compétences à raison d'un groupe de trois personnes 1 RS et deux intervenantes à domicile exerçant auprès d'une personne en situation de handicap AVS et AED. Ces groupes se réuniront trois fois pour élaborer un référentiel.

Pour le référentiel qui concerne les RS je participerai au groupe de travail avec 3 RS représentatives de chaque type de secteur : urbain, rural ; montagnard étant concernées par la prise en charge de personnes en situation de handicap. Je considère ma participation comme indispensable, du fait de l'importance de la délégation managériale et de partenariat que je confie aux RS, le référentiel aura un impact direct sur la délégation.

L'avancée des travaux sur le référentiel des RS sera reprise lors des réunions mensuelles avec l'ensemble de l'encadrement social, la réussite de la démarche est fortement conditionnée à l'adhésion des RS puisque se sont elles qui la mettront en œuvre.

De manière synthétique les grandes étapes de la démarche GPEC sont :

- L'analyse de la situation qui a abouti à une évolution du projet associatif qui nous fixe un cadre pour la démarche.
- Le plan de communication avec la consultation des instances représentatives du personnel (IRP), la mise en place des différents groupes, la présentation des enjeux dans la lettre info Ariège Assistance adressée à l'ensemble des salariés et des usagers.
- L'identification des emplois et des compétences tenant compte des spécificités des personnes en situation de handicap (annexe 9).
- L'élaboration d'un référentiel de compétences cibles par les groupes de travail.
- L'identification des compétences actuelles et l'analyse des écarts par le biais des entretiens annuels priorisés sur les intervenantes auprès des personnes en situation de handicap.
- Le choix d'un scénario et la mise en œuvre d'un plan d'action.
- L'élaboration d'un plan de communication externe.

Les indicateurs de réajustement seront :

- Les entretiens professionnels qui se déroulent tous les deux ans pour chaque salarié et qui ont lieu de septembre à novembre. Cette année, seront prioritaires les 48 intervenantes auprès des PSH en sus des salariés qui ont suivi leur dernier entretien en 2008. Ils seront l'occasion pour les RS d'expérimenter les référentiels de compétences et d'avoir après traitement une première lecture des compétences identifiées dans leur secteur.
- Les retours des formations mises en place dès fin 2010 pour permettre l'évolution vers les compétences cibles, permettront d'ajuster les objectifs ou de redéfinir le profil des stagiaires.
- Les retours des enquêtes de satisfaction ciblées sur les personnes en situation de handicap, ces enquêtes sont aujourd'hui envoyées à tous les usagers.
- Les retours de la commission issue des sections locales.

Pour appuyer la démarche et en assurer la pérennité je prévois l'acquisition d'un outil informatique appuie indispensable à une GPEC portant sur 400 salariés en septembre 2011. Je m'oriente vers le développement d'un applicatif simple d'usage et qui réponde aux besoins du SAAD, pour établir un cahier des charges précis et tenir compte de cette expérimentation qui cible 48 salariés j'attendrai la fin de la démarche projet.

La GPEC est une démarche avant tout et pas un outil même si elle est outillée. Elle permet de fixer les compétences à atteindre ce qui constitue l'objectif immédiat, mais elle permet également de repérer les compétences déjà acquises et d'analyser leurs répartitions par secteur. Sur la base de cette analyse des compétences, il est possible de quantifier les besoins futurs et de favoriser l'intégration de nouveaux métiers.

Elle permet également de favoriser la mobilité en lui donnant un sens, elle devient liée à une compétence qui fait défaut sur un autre secteur ponctuellement. Elle facilite l'identification des salariés tuteurs. Enfin elle permet de définir un plan de formation en tenant compte des besoins au plus près des secteurs.

3.2.2 Définir les compétences cibles nécessaires à la prise en charge des personnes en situation de handicap

Pour déterminer les compétences cibles j'ai donc mis en place des groupes de travail qui sont partis des difficultés rencontrées, les RS ont bénéficié en sus des résultats d'une étude à laquelle le SAAD a collaboré en 2009 commanditée par Uniformation⁵⁰.

⁵⁰ Étude métier responsable de secteur Uniformation, DIRECTE, Conseil régional Midi-Pyrénées consultable sur le site www.uniformation.fr en octobre 2010

Les compétences seront classifiées en quatre domaines : domaine technique, organisationnel, relationnel et de management et leur formalisation sera différente selon que l'on se situe au niveau famille, emploi type, ou activités.

Elles se déclinent en savoirs, savoir-faire et savoir-faire relationnels. Je souhaite adjoindre à chaque compétence un degré de maîtrise à quatre niveaux :

- notion : le salarié en a entendu parler, il peut en parler, il découvre
- application : le salarié l'exerce, il fait, il pratique, il construit cette compétence
- maîtrise : le salarié maîtrise cette compétence sans difficulté, il l'exerce dans des situations variées auprès de publics différents
- expertise : il peut transférer à d'autres personnes, à d'autres situations, il peut exercer un rôle de tuteur.

La logique de trajectoire se trouve dès lors favorisée, les salariés pouvant matérialiser l'évolution de leur maîtrise des compétences cibles mais également au sein de chaque compétence leur degré de maîtrise.

Dans les différents domaines : technique, organisationnel, relationnel et de management les compétences « génériques » qui ont été identifiées par les groupes de pilotage sont :

Pour le domaine **technique** : la connaissance des différents types de handicap, les principes fondamentaux de la loi de 2005, les structures intervenantes dans le champ du handicap, la maîtrise des gestes de premiers secours, les gestes de manutention et les gestes techniques indispensables à certaines prises en charge.

Pour le domaine **organisationnel** : adapter l'analyse des besoins au contexte informationnel de la PCH et aux différents types de handicaps, adapter les interventions à un environnement et au rythme de vie des personnes en situation de handicap, développer les compétences réseaux et s'inscrire dans un travail d'équipe pluri professionnelle, développer son autonomie et ses capacités d'adaptation.

Pour le domaine **relationnel** : adapter son comportement aux situations délicates, développer la relation d'aide, prendre en compte la famille et l'entourage dans l'intervention, établir une relation de confiance.

Pour le domaine **managérial** qui concerne les RS : réguler les situations difficiles, savoir poser les limites de l'intervention, être à l'initiative de partenariats, avoir un rôle de référent auprès des intervenantes, rechercher et partager les informations dans le cadre du respect des droits de l'utilisateur.

Les différents groupes de travail déclineront ces macro compétences sur les emplois types AVS et AED, ce qui me permettra ensuite avec l'encadrement social d'élaborer une nouvelle fiche d'évaluation support des entretiens professionnels qui auront lieu en fin d'année. Les entretiens professionnels permettront au niveau individuel d'identifier les

écarts de compétence en référence aux compétences cibles, ce qui constituera le point de départ à la mise en place des parcours d'évolution individuels. La procédure des entretiens permet à l'intervenante de s'auto évaluer dans un premier temps puis la RS reprend cette auto évaluation durant l'entretien professionnel et pose son avis. Sur la base de ces diagnostics conjoints, j'obtiendrai la liste des besoins des salariées intervenantes auprès des personnes en situation de handicap. C'est à partir de ce recensement des besoins que je mettrai en place les stages de formation. Je planifie une session en décembre pour un groupe de 12 intervenantes puis 3 sessions de janvier à juin 2011. Ces entretiens seront également l'occasion de repérer les salariées qui souhaiteraient s'inscrire dans un parcours de formation leur permettant d'évoluer vers une qualification d'AMP.

Je prévois également une formation à la fonction tutorale, l'objectif étant de former une intervenante référente par secteur sur les gestes techniques et la manutention des personnes en situation de handicap. Celle-ci pourra dès lors faire évoluer les savoir-faire auprès de ses collègues lors des prises en charge lourdes qui nécessitent l'intervention de 3 à 4 AVS. Seront privilégiés, selon l'accord senior de l'association, les salariés de plus de 45 ans sur cette fonction tutorale.

Au-delà de l'identification des différents éléments de formation : connaissance des personnes en situation de handicap, les techniques de manutention et les gestes techniques. Le groupe de pilotage insiste sur la priorité à donner aux aspects relationnels et psychologiques de la relation d'aide sur la connaissance des pathologies et l'apprentissage des gestes techniques, les besoins relevant plus du savoir-être que du savoir-faire. Je pose comme limite à cette priorisation les contraintes budgétaires et la question de la sécurité de certaines des interventions au cours desquelles les intervenantes peuvent être amenées à réaliser un geste technique comme les aspirations endotrachéales.

Les RS auront un rôle très actif sur cette partie du plan de formation 2010/2011, en amont du départ en stage elles valideront le projet au regard des priorités de leur secteur. Elles amèneront l'intervenante si tel n'était pas le cas lors de l'entretien professionnel à identifier ses besoins pour faciliter l'appropriation du projet de développement de leurs compétences. Elles anticiperont la mise en pratique de la formation en organisant des interventions ciblées sur les situations en adéquation avec le contenu des stages.

Au retour de la formation pour évaluer la qualité de la prestation et son adéquation aux besoins, elles définiront des objectifs d'application motivants avec les intervenantes en liens avec leurs difficultés antérieures. Je m'appuierai sur cette démarche pour revoir si nécessaire la prestation des organismes de formation ou compléter les parcours de

formation. Enfin leur rôle sera également de favoriser la capitalisation de l'expérience acquise par l'intervenante en lui permettant d'échanger avec ses collègues.

Pour les RS le groupe de travail que j'anime a mis en évidence le besoin de revoir la procédure d'évaluation des besoins en s'orientant vers l'outil d'évaluation DESIR qui, en tenant compte de la globalité de la prise en charge des personnes aidées, répond mieux à l'évolution du projet du SAAD.

La relation triangulaire (RS/AVS/personne en situation de handicap) socle des valeurs professionnelles partagées implique également une adaptation des compétences des RS. Le groupe a mis en évidence l'évolution des compétences cibles autour de la connaissance des différents types de handicaps, la logique de travail en réseau autour de la personne en situation de handicap, les limites de l'intervention, mais aussi sur l'accompagnement du changement.

L'orientation affichée du SAAD vers une logique d'accompagnement médico-social sur différents publics complexifie l'intervention et exacerbe les questionnements déontologiques, le rôle de soutien de la responsable auprès des intervenantes impose que celles-ci prennent conscience de l'ensemble des difficultés rencontrées ; il apparaît indispensable de proposer aux RS des groupes d'analyse des pratiques et de doubler les réunions mensuelles. L'absence d'entretiens individuels destinés aux RS ne peut plus perdurer dans la logique de la démarche, il est impératif de construire sur la base de ce projet une grille d'évaluation adaptée à l'encadrement, je m'engage donc à ce que chaque année les RS bénéficient d'un entretien.

Les compétences collectives vont réorganiser les relations entre les individus et le collectif pour faire face à l'évolution des publics et de l'environnement. Sur ces compétences collectives : capacité de travail en réseau, articulation des interventions autour des projets individualisés d'aide et d'accompagnement des personnes en situation de handicap, développement des logiques de partenariats, analyse des pratiques, je ne privilégie pas les actions de formation, à l'exception de la formation à l'outil d'évaluation DESIR, le plan d'action que je prévois de mettre en œuvre est plus organisationnel.

3.2.3 Soumettre à l'avis des instances représentatives du personnel le plan d'action

La consultation repose sur une démarche de transparence avec un rappel des enjeux pour le SAAD, une présentation de l'esprit de la démarche comme un dispositif collectif d'anticipation qui permet de mettre en place un dispositif individuel d'accompagnement.

Le rappel de l'évolution du projet associatif qui scinde les activités d'Ariège Assistance en deux pôles Ariège Services et Ariège Assistance. Dans un contexte concurrentiel de plus

en plus fort la démarche GPEC contribuera à objectiver la qualité et favorisera le maintien de l'activité en valorisant les coûts des prestations pour situer le comparatif concurrentiel sur le « mieux disant ». Le maintien de cette activité dans le cadre de l'autorisation nécessite l'adaptation des prestations aux besoins des usagers, elle passe donc par une évolution des compétences des salariés du SAAD.

Ce plan d'action entre dans le cadre d'une délégation de la direction générale qui envisage ensuite une généralisation de la démarche sur l'association, ce point est délicat en effet le rôle du comité d'entreprise (CE) du SAAD n'est pas de substituer au comité central d'entreprise (CCE) de l'association pour la signature d'un accord GPEC. La démarche du SAAD part d'une problématique précise, le plan d'action du SAAD se distingue de l'accord GPEC qui sera négocié au niveau du CCE, mais il constitue une référence tant du point de vue de la direction générale que des représentants du CCE.

Les difficultés identifiées lors des interventions du SAAD auprès des personnes en situation de handicap sont partagées avec les IRP. Le CE soutien depuis la mise en place de l'APA la démarche de professionnalisation et constate que celle-ci s'est surtout orientée vers les personnes âgées, il approuve l'intégration des spécificités liées aux nouveaux publics pris en charge par le SAAD. Il note également que les référentiels ou études servant de base à notre réflexion ont été élaborées dans un cadre paritaire et souhaiterait donc être associés aux groupes de travail en tant que représentant du personnel.

Le volet individuel du plan GPEC a un impact très important sur le plan de formation du SAAD en 2010 et surtout 2011. Cet axe du projet sur l'évolution des compétences individuelles pour répondre aux difficultés actuelles rencontrées par les intervenantes est consensuel, il fait l'unanimité au sein du CE. D'autant plus que les coûts de ces actions seront pris en charge dans le cadre du projet CNSA porté par Uniformation à hauteur de 70% , seuls les 30% restants impacteront notre enveloppe budget formation.

Ces parcours de formation spécifiques aux personnes en situation de handicap ont été l'occasion de définir une politique de DIF prioritaires du SAAD, pour les intervenantes n'étant pas à ce jour en charge de personnes en situation de handicap, mais qui souhaiteraient se positionner sur ce public, je considère ces demandes au titre du DIF comme prioritaires.

Par contre sur le volet collectif (organisation du travail, management et partenariats) si les membres du CE valident la démarche dans sa globalité ils expriment leurs inquiétudes, réserves et vigilance sur le volant des nouveaux métiers (AMP), du travail de nuit et des effets de la création des deux pôles d'Ariège Assistance sur l'emploi et la qualification. Ils

s'interrogent également sur le coût de la démarche. Les incidences budgétaires font l'objet dans ce travail d'un développement (point 3.4) et seront présentées au CE.

Les principales réserves concernent l'organisation du travail tant du point de vue de l'amplitude des interventions que du travail de nuit. La mise en place en 2009 de la modulation du temps de travail a permis au SAAD une plus grande flexibilité tout en garantissant aux salariés une stabilité des revenus. Dans ce contexte la question d'une plus grande adaptabilité pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap est délicate. Certes la modulation permet au SAAD de répondre à l'adaptation en fonction des besoins des personnes sur un secteur. Mais cette adaptation ne résout pas pour autant la question des prises en charges les plus lourdes 24h/24, surtout sur la plage horaire 21h à 7h du matin. L'annonce d'une procédure de négociation collective pour qu'un accord sur le travail de nuit soit formalisé et signé d'ici juin 2011 ne reçoit pas un accueil favorable de la part des délégués syndicaux. Ce point m'oblige à envisager une solution alternative pour éviter un blocage interne. D'autant plus que la convention collective unique de l'aide à domicile, qui devrait être entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2012 (au mois de janvier suivant la date de publication au journal officiel de son arrêté d'extension), prévoit un ensemble de dispositions sur l'organisation du temps de travail qui vont dans le sens de la continuité des prises en charge. Notamment le travail de nuit basé sur le volontariat selon deux modalités : l'intervention sédentaire de nuit qui correspond à une présence constante auprès de l'utilisateur et l'intervention itinérante de nuit soit plusieurs séquences auprès d'un ou de plusieurs usagers sans passer la nuit auprès d'eux.

Le volet sur la prévention des risques psycho sociaux pour les salariés reçoit également l'approbation du CE, les réserves portent sur la question de l'indépendance d'une psychologue salariée de l'association pour mener les réunions ou entretiens d'analyse des pratiques. Sur la question de la prévention des risques professionnels, je propose au CE la création d'un groupe de travail sur l'élaboration des référentiels de compétences qui n'existent pas à ce jour au niveau du SAAD. Je leur confie pour répondre à leur demande de participer à la démarche de constituer ce groupe de travail avec 2 RS et 4 intervenantes à domicile sur la base du volontariat. Ce groupe proposera les compétences cibles en partant du référentiel proposé par la mission nationale de prévention des risques dans les métiers de l'aide et du soin à domicile (annexe 10). Je mettrai en place également avec ce groupe une réunion dont l'objectif sera d'élaborer une procédure de droit de retrait qui organise et encadre la réaction des intervenantes à domicile face à des situations où leur sécurité est remise en cause lors de l'intervention (art 86 de la CCN).

J'organise le suivi de la démarche avec les IRP en réservant un point à l'ordre du jour de chaque réunion du CE sur l'avancée du projet. Je propose également les indicateurs suivants de suivi de la démarche : le nombre de demande de « DIF prioritaires » déposée, le nombre de salariés formulant leurs craintes d'intervention auprès de personnes en situation de handicap, le nombre de partenariats locaux sur les secteurs et au niveau départemental, la mobilité inter secteur.

3.3 Accompagner la réorganisation du service

La démarche GPEC permet de développer les compétences individuelles, la réorganisation du service sera quant à elle axée sur le développement des compétences collectives du SAAD. Ce travail me permettra de mettre en avant les spécificités du service et son appartenance au secteur médico-social.

3.3.1 La création d'un nouveau service : spécialisation ou polyvalence des intervenants

Le projet associatif est de favoriser le maintien à domicile sur l'ensemble du département de l'Ariège en privilégiant la professionnalisation des intervenantes. La spécialisation d'une équipe concentrerait les compétences de prise en charge des personnes en situation de handicap sur une zone géographique restreinte. Ce qui est le cas des structures spécialisées existantes telles les SAVS et SAMSAH qui n'interviennent pas sur l'ensemble du département. Cette logique n'est pas en cohérence avec notre projet de service, l'objectif étant d'apporter une réponse adaptée sur l'ensemble du département, cela passe par la spécialisation non pas d'un service mais d'une RS par secteur.

Au niveau des aides à domicile, se sont prioritairement les AVS qui interviennent auprès des personnes en situation de handicap pour des raisons de prise en charge (PCH) et de niveau de qualification. Je ne souhaite pas créer une équipe au sein des AVS qui se spécialiserait pour plusieurs raisons :

- Favoriser la complémentarité des compétences à mettre en œuvre auprès des personnes handicapées et des personnes âgées.
- Éviter un épuisement des intervenantes en leur permettant d'avoir des publics dont l'accompagnement peut-être moins sollicitant en matière de relation d'aide.
- Éviter en fonction des besoins d'un secteur une diminution des heures d'intervention et une précarisation des intervenantes ayant fait l'effort de développer leurs compétences auprès des personnes en situation de handicap.
- Limiter l'augmentation des temps de déplacement et des temps de trajet qui ont déjà une incidence budgétaire importante du fait de la topographie du département.

J'opte donc pour une polyvalence des intervenantes sur tous les secteurs qui auront bénéficiées d'un parcours de développement des compétences pour intervenir auprès des personnes en situation de handicap.

Pour autant, l'approche globale de la personne défendue dans le cadre de notre projet et les limites évoquées entre accompagnement et soins, m'amènent à proposer la création d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) conformément aux modalités prévues dans le décret du 25 juin 2004 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du SSIAD⁵¹ et sa circulaire d'application du 28 février 2005⁵².

La création de ce service me permettrait d'élargir la collaboration mise en œuvre pour les personnes âgées entre le SAAD et les deux SSIAD de l'association aux personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire. Dans un premier temps je propose à la direction générale de faire une demande de transformation du SAAD et des deux SSIAD en SPASAD avec sur le nombre de places actuelles dédiées aux personnes âgées 10 places pour les personnes en situation de handicap. Le nombre de places restant identique, nous devrions bénéficier d'une procédure simplifiée, un arrêté conjoint du directeur général de l'agence régionale de la santé et du président du conseil général sur simple demande, pour une mise en œuvre dès 2011. Le regroupement des 2 SSIAD et du SAAD, maintienne les deux systèmes de procédure budgétaire : un financement global annuel par la sécurité sociale pour les SSIAD et le prix à l'heure d'intervention arrêté par le conseil général pour le SAAD.

Dans un second temps, je m'engage à positionner l'association sur la réponse aux appels à projets⁵³ qui concernerait les places de SSIAD sur l'Ariège en faisant valoir un projet de prise en charge globale SPASAD avec une orientation à la fois personnes âgées et personnes en situation de handicap. La circulaire DGS-DGCS/A3/2010/78 du 25/02/2010 prévoit au niveau national pour les personnes handicapées adultes 1500 places nouvelles de SSIAD et SAMSAH. Elle attire l'attention des ARS pour que les périodes de transition sur la mise en place des procédures d'appels à projets ne viennent pas en ralentir la mise en œuvre. Seuls 43.5% des crédits alloués ont été consommés par rapport aux prévisions du plan 2008-2012.

Le SPASAD aura donc pour objet de regrouper au sein d'une même structure le SAAD et les deux SSIAD. Ce regroupement permettra :

⁵¹ Décret cité p 25

⁵² Circulaire N° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

⁵³ Décret n°2010-870 du 26 Juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'art L313-1-1 du CASF, JO du 27 juillet 2010

- De mettre en place un seul projet de service qui intégrera la problématique des personnes en situation de handicap.
- De mutualiser les moyens et faire évoluer les SSIAD vers les nouveaux publics.
- D'élargir le champ d'intervention des 10 AMP recrutés sur les deux SSIAD en 2005 dans le cadre d'une convention entre le conseil général, l'état et l'association sur la prise en charge des personnes Alzheimer. La culture éducative des AMP et leurs compétences éducatives apporteront une approche plus complète de l'aide à la vie sociale.
- D'organiser et d'élargir les synergies développées dans le cadre des accompagnements APA avec les deux SSIAD à la PCH.
- Une meilleure coordination des interventions, en mettant en place selon les situations une évaluation globale et conjointe, des tournées en binôme AS et AVS.
- D'aboutir à un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins élaboré par une équipe pluridisciplinaire.

En terme d'organisation interne, la perte d'une partie de l'activité du SAAD au profil d'Ariège Services et le transfert de salariés seront compensés par ce regroupement, au niveau des personnels des SSIAD il n'y aura pas de mobilité tant que le nombre de places n'augmente pas, les infirmières coordinatrices actuellement rattachées à la direction générale, seront sous ma responsabilité.

La création du SPASAD prévue pour début 2012, si elle permet de résoudre dans les cas les plus lourds la question de la limite entre aide et soins, ne résout pas la nécessaire adaptation au rythme de vie des personnes en situation de handicap et la question des interventions de nuit.

Sur le principe de la continuité des prises en charge, pour limiter le nombre d'interlocuteurs intervenants auprès des personnes, et garantir un niveau de professionnalisation adéquat. Je pose le principe que les contrats à durée déterminée ne doivent pas être utilisés pour les remplacements de congés. La période de congés principale s'étend du 1^{er} Mai au 31 Octobre et le nombre de journées prises en continu dans la période va de 12 à 24 jours ouvrables, cette période est suffisamment large pour nous permettre d'organiser les congés sans avoir recours aux contrats à durée déterminée.

La modulation du temps de travail mise en place en 2009 selon l'accord de branche signé le 30/03/2006⁵⁴ permet de s'adapter aux besoins des personnes en ajustant les horaires

⁵⁴ Accord de branche agréé le 24/07/2006, étendu le 27/12/2006

aux modes de vie, en intégrant leurs souhaits. La durée du travail du salarié peut varier d'une semaine sur l'autre en respectant une amplitude journalière maximale de 12h pour le SAAD et 13h pour le SSIAD, et des horaires qui se situent entre 6h et 21h. J'ai mis en place début 2009 dans le cadre de la planification mensuelle, une délégation aux intervenantes qui peuvent en respectant une procédure (annexe 11) réorganiser leurs interventions hebdomadaires pour faciliter les adaptations au rythme de vie des personnes en situation de handicap. Les ajustements en lien avec les besoins des personnes sont délégués aux intervenantes dans le cadre de l'annualisation du temps de travail. A ce jour le contrôle effectué par les RS ne révèle pas d'abus de la part des intervenantes, les RS notent une acceptation des contraintes liées aux changements bien plus importante. Ces contraintes seront d'autant plus acceptées que la connaissance des publics sera développée par la mise en place de la démarche de développement des compétences sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

La question de la nuit reste entière en effet en l'absence d'accord de branche sur le sujet les interventions de nuit ne peuvent être que ponctuelles et ne répondent pas à l'ensemble des besoins. Les salariés du SAAD peuvent intervenir la nuit sans être considérés comme salariés de nuit à condition de respecter les deux conditions suivantes : ne pas effectuer au moins 2 fois par semaine 3 heures de travail de nuit et pas plus de 270 heures sur ces plages sur une période de 12 mois consécutifs. En tenant compte des réserves formulées par les membres du CE et de l'intégration dans la CCN du travail de nuit à compter de janvier 2012, je ne considère pas opportun d'engager une procédure de négociation collective. Cette procédure n'aboutirait dans le meilleur des cas qu'en juin 2011, et risquerait de soulever l'incompréhension des délégués syndicaux au regard de l'accord national signé le 21 Mai dernier par les employeurs de la branche et la confédération française démocratique du travail. Dans l'attente de cet accord le SAAD sera limité dans l'organisation des interventions de nuit.

3.3.2 La place des aidants

Les aidants prennent une place très importante dans le projet de maintien à domicile des personnes en situation de handicap, c'est d'ailleurs le décret du 15/12/2005 relatif à la PCH qui donne une définition juridique de l'aidant familial : « est considéré comme aidant familial, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le bénéficiaire a conclu un pacte civil de solidarité, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4^{ième} degré du bénéficiaire ou l'ascendant..., qui apportent l'aide humaine définie en application des dispositions de l'art L245-3 du présent code (CASF) et qui n'est pas salarié pour cette aide ».

Le SAAD dans le cadre de ses missions (Décret 2004-613 du 25/06/2004) se doit d'accompagner les personnes dans le cadre de plans d'aide qui respectent leur choix de vie. Cet accompagnement fait appel à la responsabilité, à la compétence et au seuil de tolérance des acteurs proches et non professionnels impliqués dans ces situations. Il est important d'éviter l'engrenage des situations lourdes où l'épuisement physique et psychologique de l'aidant peuvent conduire à de la maltraitance.

Ainsi la préservation de la qualité de vie de la personne aidante fait partie intégrante de la réalisation du projet de maintien à domicile des personnes aidées.

Pour le SAAD il est indispensable de proposer une démarche qui prévienne ou limite les risques d'épuisement où d'isolement affectif et/ou social des aidants, pour ce faire je m'engage à :

- Mettre à leur disposition une psychologue pour des entretiens individuels téléphoniques ou des rencontres qui auront lieu soit au domicile, soit dans les bureaux locaux du SAAD pour libérer la parole de l'aidant.
- Participer en tant que SAAD, par la mise à disposition de la psychologue, à la mise en place de groupes de paroles destinés aux aidants familiaux au sein de certains des 11 CLIC du département.
- Poser comme axe de réflexion stratégique la faisabilité de la création d'une structure d'accueil temporaire pour permettre aux aidants de bénéficier de temps de répit.

Je mènerai avec l'appui de la commission issue des sections locales une analyse des besoins sur chaque secteur autour de l'aide aux aidants. Cette évaluation permettra d'identifier les besoins et les ressources disponibles qui n'auraient pas été repérés et les partenariats qui pourraient être développés.

Il est également important lors des interventions de soutenir les aidants, de prévenir les situations de jalousie et de poser ce qui sera du ressort de chacun. L'évaluation des situations individuelles est un moment crucial pour clarifier les interventions entre professionnels et aidants sur le « qui fait quoi ».

Nous devons lors de la démarche d'évaluation afin de mettre en place les interventions du SAAD, tendre vers une évaluation multidimensionnelle qui inclut l'entourage. Son rôle est important en tant qu'interprète privilégié de la fragilité de la personne, de l'évolution de son état, parfois même dans la connaissance experte du handicap. Il faut cependant être vigilant à ce que la place de l'utilisateur reste au centre des préoccupations.

3.3.3 Adapter la démarche d'évaluation des situations individuelles : la mise en place de l'outil DESIR

L'adaptation de la réponse du SAAD aux besoins des personnes en situation de handicap dans une logique médico-sociale passe par une refonte de notre démarche d'évaluation des situations individuelles sur la base de compétences spécifiques et de moyens spécifiques. À l'inverse d'une réponse de prestation de service qui renvoie à des interventions auprès de tout public (ou le cas échéant, à du public fragile mais pour une activité ne correspondant pas à une réponse médico-sociale comme l'entretien du jardin) qui elle, s'inscrit dans la réponse à la commande de l'appelant. Le processus d'évaluation de la demande va contribuer à caractériser l'approche médico-sociale du service.

La première mission du SAAD auprès des personnes en situation de handicap est donc de mettre en œuvre une évaluation qui tienne compte de l'avis de la personne et de son environnement (logement, entourage, commerces, loisirs, travail) comme facteur aggravant ou facilitant le maintien à domicile.

La formulation restrictive de la PCH et le manque d'échange d'information avec les équipes de la MDPSH rendent inadaptées la démarche d'évaluation actuelle. En complément de la démarche dévolution des compétences, je mets en place la démarche d'évaluation proposée par l'UNA, nommée DESIR⁵⁵ qui repose sur les principes suivants :

- Replacer les personnes en amont des dispositifs (PCH/APA) ; disposer d'un outil généraliste adapté aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap ; évaluer globalement la situation ; officialiser des registres de réponses auprès des partenaires ; veiller à ce que les conditions du vivre à domicile soient réunies.
- La démarche se fonde sur les concepts de fonction et d'activités définis par l'organisation mondiale de la santé dans la classification internationale du fonctionnement, ce qui permet un langage commun pour tous les professionnels des secteurs sanitaire, social, médico-social quelle que soient leur formation.
- La démarche est globale mais non exhaustive puisque son objectif pour le SAAD est de déterminer la quantité et la qualité d'aide requise pour permettre à la personne de vivre à domicile sans s'enfermer dans la prescription.

L'évaluation de la situation individuelle et l'utilisation de la démarche et de l'outil DESIR (annexe 12) ont donc comme objectif : la mise en place de réponses adéquates et pertinentes pour permettre à une personne fragilisée de vivre à son domicile, si elle en

⁵⁵ Démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse

exprime le désir, dans le respect de son autonomie et en limitant sa dépendance à autrui. Cette démarche insiste sur la reconnaissance des personnes aidées comme sujet de droit et sujet actif, la personne est considérée comme un être de désirs, de besoins et de projets. Elle permet d'insister sur l'importance de la prise en compte avant d'être dans la prise en charge.

Cette évaluation multidimensionnelle a également l'avantage de contribuer à la prévention des risques de maltraitance, l'UNA proposant un outil en complément de DESIR, le RESAM⁵⁶. Cet outil (annexe 13) propose 13 clignotants ou alertes qui permettent d'identifier les facteurs de risques de maltraitance liés à la personne, à l'aidant, au professionnel ou à l'environnement. Il aide à l'analyse approfondie pour connaître et appréhender les éléments de la situation relatifs aux facteurs de risques. Il mesure les risques pour les qualifier et si besoin les traiter.

La question de la maltraitance est accentuée par le mode d'intervention à domicile avec un risque accru d'abus de pouvoir envers la personne aidée, et un caractère intrusif de l'intervention. L'exercice individuel et autonome du professionnel au sein de l'espace privé est générateur de risque et peut provoquer de manière insidieuse des maltraitances, par omission ou par négation de la personne. Phénomène majoré en cas de handicap psychique comme le souligne l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁵⁷ en cas de réaction imprévisible de la part de la personne en situation de handicap.

Les salariés en étant les témoins de la vie intime, des relations familiales, peuvent également être confrontés à des situations de maltraitance familiales. La démarche permet de manière préventive d'identifier les facteurs de risque et d'avoir une vigilance accrue. Elle met en avant le rôle de la RS en termes de prévention, dès l'analyse de la situation, qui doit être l'occasion d'une négociation permettant de vérifier ce qui est de l'ordre de l'acceptable pour chacun. Enfin, elle est complémentaire de la procédure des réclamations et de leur suivi dans le cadre de la démarche qualité qui tend à détecter et traiter les situations à risques.

Cette nouvelle approche d'élaboration des plans d'aide, est un support de réflexion autour du difficile équilibre entre les exigences d'interventions, les attentes de la personne aidée,

⁵⁶ Référentiel d'évaluation des situations à risques de maltraitance.

⁵⁷ Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile.

de l'entourage et les contraintes d'organisation du service. Les deux outils DESIR et RESAM permettent en interne un recul et une analyse poussée des situations individuelles en donnant des supports à la démarche. Mais surtout ils permettent d'éditer des notes de synthèse qui vont faciliter ensuite, les échanges et la collaboration avec les autres professionnels intervenants auprès des personnes en situation de handicap.

Cette mise en place de l'évaluation multidimensionnelle contribue au développement d'une compétence collective source de différenciation du SAAD autour de la prise en charge des actes de la vie quotidienne (actes essentiels, activités domestiques, activités sociales et relationnelles) et de développement de partenariats sur l'approche globale de personnes en situation de handicap pour pallier au manque de lisibilité du projet de vie.

3.4 Maîtriser les incidences budgétaires

Le système de financement de l'aide à domicile basé sur un tarif horaire est en grande difficulté tant du point de vue de la tarification des structures (taux horaire ne tenant pas compte des coûts minima de fonctionnement) que du financement des prestations (diminution des durées d'intervention pour l'APA).

Les conseils généraux confrontés à l'explosion de leurs budgets sociaux dans un souci de rationalisation mettent en place une stratégie d'effet ciseau basée :

- Sur une diminution des durées d'intervention en limitant les plans d'aide ou les plans personnalisés de compensation.
- Sur une orientation implicite des personnes vers le gré à gré dont la capacité à exercer leur responsabilité d'employeur n'est pas garantie, afin de favoriser un maximum d'heures de présence, alors que le choix initial de la personne se porte sur le prestataire.

3.4.1 La situation financière du SAAD

Les fonds propres associatifs sont issus des reports excédentaires antérieurs. Les dotations aux amortissements étant anecdotiques au regard du budget d'exploitation (0.002 %), l'activité d'aide à domicile ne nécessite pas d'importantes immobilisations. Le SAAD n'a pas connu d'exercices excédentaires depuis 2004, phénomène lié à la baisse d'activité constante jusqu'en 2008. Les exercices déficitaires successifs conduisent en 2010 à des fonds propres associatifs négatifs, cette situation découle de plusieurs facteurs :

- Le prix de facturation de l'heure inférieur au prix de revient, lorsque le conseil général accepte l'idée d'une participation des bénéficiaires (Ticket modérateur), la CRAM elle refuse catégoriquement et impose un tarif plafond. On a donc un déficit pour chaque heure d'intervention financée par la CRAM (gir 5 et 6). La séparation en deux pôles va

- L'incidence de la perte du volume d'activité de 2005 à 2008 a un impact très fort sur l'équilibre de la structure des charges liées aux personnels (SAAD, encadrement social, siège) représentant 94% du budget.
- Le fractionnement des interventions lié à la double tarification AVS et AED augmente les temps de trajet, les temps de déplacement au détriment d'une prise en charge globale et génère des surcoûts qui, s'ils ne sont pas répercutés sur le taux horaire engendrent un déficit.
- La détermination du taux horaire tardive par le conseil général génère également un manque à gagner, le SAAD ne souhaitant pas à posteriori revenir sur une facturation mensuelle déjà adressée aux bénéficiaires. On peut donc fonctionner sur les premiers mois de l'année avec un prix de journée inférieur au prix de revient pourtant budgété.

La capacité d'autofinancement est donc insuffisante pour faire face aux besoins d'investissements. Je dois donc ajuster mes projets de développement aux moyens réels de l'association et penser à leurs incidences en termes de prix de l'heure de prestation pour ne pas entraîner une dégradation du volume d'activité. Pour mettre en œuvre ma stratégie de développement des compétences, il est indispensable en l'absence de fonds propres associatif de trouver des partenariats financiers. Les coûts de développement seront ainsi « externalisés », les coûts liés à la pérennisation des dispositifs entreront dans la détermination du prix de l'heure de prestation.

3.4.2 La traduction budgétaire du projet de service

Le budget prévisionnel 2010 retraduit en coût par heure de prestation est le suivant sur la base d'une activité annuelle de 512 500 heures :

| | |
|--|-----------|
| Achats et services extérieurs | 1.119 €/h |
| Autres charges (dont Dotations aux amortissements) | 0.06 €/h |
| Charges du personnel et Impôts et taxes (dont formation) | 17.16 €/h |
| Charges encadrement social | 1.84 €/h |
| Charges du siège | 1.21 €/h |
| Report à nouveau déficitaire | 0.61 €/h |
| Total | 21.99 €/h |

L'encadrement social comprend la rémunération des RS (ratio d'encadrement 1 RS suit 30 salariés) et les 0.10 €/h correspondant au recrutement d'une psychologue afin de développer l'aide aux aidants et de mettre en place des groupes d'analyse de pratique auprès des salariés et RS. Ce poste ne sera pas suffisant avec la montée en charge

progressive du dispositif, je prévois donc une deuxième psychologue au budget 2011. Les frais de siège sont constitués également à 90% par des frais de personnels : direction générale, direction du SAAD, comptabilité, service du personnel, RAQ.

Les tarifs arrêtés par le conseil général pour 2010 sont de 20.23 €/h pour les AED (60% de l'activité) et 24.65 €/h pour les AVS (40% de l'activité), pour la CRAM le tarif est unique à 20.23 €/h.

Les postes budgétaires liés au projet sont :

Les formations spécifiques au développement des compétences auprès des personnes en situation de handicap :

- Pour les intervenantes AVS 4 groupes de 12 personnes suivront une formation de 5 jours soit 22 170 € de rémunération, 4 100 € de frais annexes (repas et déplacements), 19 000 € de coût pédagogique.
- Pour les responsables de secteur un groupe de 12 personnes suivront une formation de 5 jours et 2 jours sur la démarche DESIR soit 10 584 € de rémunération, 1 450 € de frais annexes et 6 650 € de coût pédagogique.

Soit un budget global de 63 954 € pour lequel nous bénéficions d'un financement dans le cadre de la convention cadre signée entre Uniformation et la CNSA à hauteur de 70% pour les AVS sur l'ensemble des postes et 70% hors rémunération pour les RS (annexe 14). Ainsi 37 359 € sont couverts par Uniformation les 26 595 € restants seront imputés au budget formation du SAAD s'élevant à 103 000 €, le plan de formation 2010 n'est pas limité à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

La formation au tutorat pour un groupe de 12 AVS sur 2 jours soit un coût total de 5 572 € dont 3 900 € sont couverts par Uniformation et le solde 1 672 € par le budget formation.

La mise en place de la GPEC au sein du SAAD représente en « journée homme » entre les différents groupes de travail, le comité de pilotage, le groupe projet les coûts suivants : 210h AVS soit 2 772 €; l'encadrement social 525h soit 9 450 €; l'équipe de direction 140h soit 5 320 €. Ce montant global de 17 542 € ne sera pas directement pris en charge, mais il me permet dans le cadre d'une convention CNSA/UNA de valoriser 50% du temps passé sur la démarche pour financer un accompagnement conseil. Cette enveloppe de 8 771 € contribuera à financer le développement de l'application informatique pour le suivi des compétences.

L'impact du développement du projet sur le coût horaire reste très limité de part les partenariats financiers avec l'UNA et Uniformation.

3.5 Une stratégie de communication au service du projet

3.5.1 Développer les partenariats

Comme le prévoit l'axe II du schéma gérontologique⁵⁸ je suis porteur d'un projet de création d'une plateforme d'évaluation⁵⁹ et d'un espace ressource de coordination de concertation qui associe 3 CLIC, les 2 SAVS et les 2 SAMSAH du département. L'intérêt est de déconnecter la fonction d'évaluation de la prestation sociale APA ou PCH et donc d'affirmer l'expertise des structures constituantes de la plateforme au regard de l'évaluation individuelle des besoins. En rassemblant des professionnels d'horizons différents autour de concepts validés, et contribuer à l'élaboration des PPC. Cette plateforme concernera les personnes en situation de handicap et devra permettre de développer les collaborations avec les partenaires institutionnels MDPSH et conseil général. L'autre objectif sera de coordonner les différents intervenants afin de mieux cerner et de mieux répondre aux besoins et attentes des publics en situation de handicap sur le département. Deux réseaux existent déjà sur le département auxquels le SAAD est associé : « Echosanté » qui regroupe des professionnels de santé, les SAAD, le CLIC pour coordonner la prise en charge de la dépendance sur le Couserans depuis 2003 et « Accords 09 » réseau départemental de soins palliatifs et de prise en charge de la douleur. Mais aucun des deux ne s'intéressent spécifiquement aux personnes en situation de handicap.

A ce jour la question du statut de cette plateforme groupement d'employeur, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sociale et médico-sociale, ou convention de partenariat, n'est pas tranchée. Le choix aura une incidence directe sur le personnel qui sera soit dédié à la fonction d'évaluation ou constitué de salariés mis à disposition, les outils de travail et les modalités de coordination. A ce stade du projet, les éléments sur lesquels je m'appuie pour présenter cette plateforme aux partenaires sont les suivants :

- Le circuit de fonctionnement de la plateforme doit reprendre la gestion de la demande, les délais d'intervention et les modalités de constitution du dossier : réception de la demande d'évaluation, identification et information de l'évaluateur sur le secteur concerné, réception de la proposition de plan d'aide et recherche d'intervenants ou de services correspondants aux besoins identifiés, information du service devant assurer la prestation et le suivi, facturation des évaluations (130 à 175 € en fonction des situations et des déplacements).

⁵⁸ Axe II développé à la page 49 dans le paragraphe 3.1.1 de ce travail

⁵⁹ Adaptées de l'expérimentation CNAV circulaire du 2/02/2007

- La mise en place d'un tableau de suivi, de coordination et d'évaluation avec un tableau de bord qui reprennent le nom de la personne/l'origine de la demande/la date de la demande/la date de l'évaluation/la réponse apportée/la date de mise en place de la réponse/la date de visite de suivi/la date de la facturation/la date de paiement.

Cette démarche me permet également de rentrer en contact avec les différents partenaires et de leur signifier le travail d'adaptation du SAAD entrepris auprès des personnes en situation de handicap.

3.5.2 Affirmer la vocation d'utilité sociale de l'association

Dans la logique de distinction des deux pôles de l'association, l'ensemble des supports de communication sont à revoir. En ce qui concerne le SAAD les objectifs de communication devront être orientés sur les points qui dictent la démarche d'accompagnement médico-social :

- Créer les conditions de l'expression d'une parole de la personne aidée dans le respect de sa personnalité et de ses choix avec la mise en place de DESIR.
- Participer à la mise en œuvre concrète des différents types de liens sociaux nécessaires pour faire vivre le droit de vivre à domicile en intégrant dans notre accompagnement l'entourage.
- Croiser les points de vue des différents acteurs de l'aide à domicile pour mieux comprendre les réalités vécues et les attentes exprimées en participant à la plateforme d'évaluation.
- Organiser une veille partagée sur l'accès effectif aux droits des personnes sur l'ensemble du département, sur la qualité des services rendus dans le respect des procédures d'évaluation interne.
- Se positionner comme partenaire d'une dynamique de développement local solidaire auprès des structures professionnelles ou de bénévoles en s'appuyant sur la commission issue des sections locales.
- Développer les compétences des intervenantes nécessaires à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Dans le contexte financier induit par la tarification à l'heure, la politique de communication autour des coûts est vitale pour maintenir une activité constante, permettre au conseil général d'analyser le coût de l'heure d'intervention et informer les CLIC, la MDPSH ou les usagers afin que le comparatif entre prestataires ne se résume pas à une logique du moins disant (annexe 15).

3.6 Conclusion Partielle

Le plan de GPEC comprend une part importante consacrée au repérage, puis au développement des compétences cibles nécessaires à l'intervention auprès des personnes en situation de handicap tant pour les AVS que les RS. Celles-ci me permettent d'établir ensuite un plan de formation basé sur les entretiens annuels, mais également de valoriser les trajectoires professionnelles pour les intervenantes au delà des qualifications. Il s'intéresse également à l'organisation du travail nécessaire à l'adaptation des prestations aux rythmes de vie des personnes en situation de handicap. Il me permet de traiter des conditions de travail et notamment de la prévention des risques.

La mise en place de cette GPEC axée sur la réponse à apporter aux besoins des personnes en situation de handicap au-delà de l'évolution des compétences individuelles, me permet également de renforcer les macros compétences du SAAD :

- Une capacité d'intervention sur l'ensemble du département en privilégiant la proximité, y compris en zone de montagne à habitat dispersé, basée sur la polyvalence des salariés.
- Une cohérence organisationnelle garantie par la certification Iso, mais qui ne garantit pas la cohérence entre les réponses apportées et les besoins exprimés.
- La nécessaire évolution de notre démarche d'évaluation des besoins en adoptant une démarche globale multidimensionnelle : DESIR.
- La complémentarité entre SSIAD et SAAD institutionnalisée par la création d'un SPASAD.
- Une prestation de soutien aux aidants avec le recrutement d'une psychologue.

Enfin mes démarches auprès des partenaires du champ du handicap s'appuient sur le projet de création d'un lieu de coordination autour de la personne en situation de handicap. Je suis conscient du caractère ambitieux de ce projet. Mais je considère que celui-ci est avant tout le support à une acculturation réciproque entre le SAAD et les opérateurs historiques du champ du handicap.

Conclusion

Cette démarche d'adaptation de la prestation de service du SAAD aux besoins des personnes en situation de handicap repose sur mes convictions étayées par le diagnostic présenté, le développement des compétences du personnel et la vocation médico-sociale du service. Avec un parti pris sur le fait que les publics fragiles désirant rester « chez eux » quel que soit leur âge ont besoin d'une prestation de service basée sur une relation d'aide et d'accompagnement co-construite favorisant l'autonomie et non pas une prestation de service concurrentielle les positionnant en consommateurs passifs. « Si la concurrence peut-être un aiguillon utile elle doit être régulée par : une volonté politique permettant de maintenir un minimum de cohérence ; un dynamisme institutionnel capable de faire changer les modalités de fonctionnement des structures de prises en charge, des associations et des administrations ; un professionnalisme toujours plus affirmé et affiné auprès des populations fragilisées » Miramon⁶⁰ (p41) .

Je considère le développement des compétences comme indispensable malgré les contraintes liées à la situation financière du SAAD. Situation qui reflète les difficultés actuelles de la branche de l'aide à domicile qui dénonce un système financier à bout de souffle. Cette démarche, volontariste s'inscrit dans une logique d'anticipation de la création d'un cinquième risque de protection sociale reflet de l'enjeu que constituent les questions liées au vieillissement démographique et aux revendications croissantes d'autonomie des personnes en situation de handicap.

En cohérence avec les valeurs associatives, j'inscris mon action dans une perspective de création d'un droit universel d'aide à l'autonomie quel que soit l'âge et les causes de sa perte d'autonomie. Ce nouveau droit permettant une évaluation globale des besoins d'aide à l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne de la personne et dans le maintien de sa participation à la vie sociale et l'attribution d'une prestation personnalisée de compensation. En mettant en place l'évolution des compétences des salariés au regard des besoins des publics fragiles et la démarche d'évaluation DESIR multidimensionnelle, je pose également les bases pour construire des partenariats avec les autres acteurs de la prise en charge du handicap.

⁶⁰ Miramon J-M, 2009, manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Mon choix d'apporter une réponse adaptée sur l'ensemble du département constitue un enjeu majeur au regard de la loi HPST qui souhaite au sein d'un territoire de santé développer l'hospitalisation à domicile en favorisant les partenariats entre structures sanitaires et médico-sociales. La volonté d'évolution d'un système de santé plus ouvert vers l'ambulatoire passe par les nouvelles technologies, les maisons de santé mais également une aide à l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. La démarche d'adaptation des compétences pour accompagner les personnes en situation de handicap dans leur désir de rester chez elles est transposable à la réponse que devra apporter le SAAD aux patients qui pourront exprimer le même désir en HAD.

La volonté de professionnalisation portée par l'association, son inscription dans des réseaux, le principe d'universalité des prestations sur le département, la place de l'utilisateur au centre de l'accompagnement du SAAD me permettent de justifier le coût de l'heure d'intervention. Les prestations du SAAD s'inscrivent dans une logique concurrentielle mais se différencient des SAP dans une logique de marchandisation reflet d'une économie quaternaire dont l'objectif serait une certaine industrialisation de la mise à disposition des personnes. Le principe de l'intérêt général et de l'utilité sociale sont en contradiction avec une logique de marchandisation, mais dans un secteur médico-social de plus en plus concurrentiel soumis aux effets de la réduction des déficits publics, la préservation de ces principes nécessite d'adopter une démarche « d'entrepreneuriat social ».

Bibliographie

OUVRAGES

BOUTINET JP., 2006, « *Psychologie des conduites à projet* », 4^{ième} édition, Vendôme : Que sais-je ?, 126 p.

COHEN A., SOULIER A., 2004, « *Manager par les compétences* », éditions Liaisons, 139 p.

DE BANDT J. ET GADREY J., 1994, « *Relations de services, marchés de services* », édition du CNRS chap. III, p 63 à 84.

DJAOUI E., 2008, « *Intervenir au domicile* », 2^{ième} édition, Presses de l'EHESP, 277 p.

ENNUYER B., 2006, « *Repenser le maintien à domicile* », 1^{ier} édition, St Jean de Braye : DUNOD, 278 p.

LEFEVRE P., 2003, « *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales* », 2^{ième} édition, DUNOD, 405 p.

LEFEVRE P., BOGDAN J., RODRIGUES B., VILLOTTE D., BOULAIRE E., 2006, « *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales* » DUNOD, 564 p.

LAPRIE B., MIÑANA B., BRISSONNET C., BECKER J.-C., 2008, « *Projet d'établissement : comment le concevoir et le formaliser* », ESF éditeur, 251 p.

LHULLIER J-M, 2007, « *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », éditions ENSP, 239 p.

MIRAMON J-M, 2009, « *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux* », 3^{ième} édition, Presses de l'EHESP, 149 p.

MORIN E., 1994, « *Mes démons* », éditions Gallimard, collection au vif du sujet, 340 p.

RAPPORTS ET ETUDES

CNSA, décembre 2007, « *Handicap et droit à compensation : quelles nouvelles pratiques ?* », études sur les Plan personnalisés de compensation, 44 p., disponible sur le site : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/BD_cahier_ODAS_CNSA.pdf

CNSA, Avril 2008, « *Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD* », 178 p., disponible sur le site [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD -
_CNSA-2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_COMPLET_Suivi_qualitatif_SAMSAH_SSIAD_-_CNSA-2.pdf)

DEVOLDER L. WEILL - LAVESQUE A, 2009, « *Spécificités des services d'aide à la personne destinés aux adultes en situation de handicap* », Handeo Cabinet Anaphor, 212 p., disponible sur le site <http://www.handeo.fr/component/content/article/115-specifies-sap-handicaps>

ETUDE STRATER sur le diagnostic territorial de l'Ariège domaine du sanitaire et du social, conseil régional Midi-Pyrénées, service des formations sanitaires et sociales, septembre 2009, 123 p., disponible sur internet [http://www.cariforef-mp.asso.fr/files/orefm/Diagnostics-territoriaux-sanitaire/Diagnostic Sanitaire et Social Ariege.pdf](http://www.cariforef-mp.asso.fr/files/orefm/Diagnostics-territoriaux-sanitaire/Diagnostic_Sanitaire_et_Social_Ariege.pdf) ,

GOHET P., 2007, Rapport sur le bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées, 68 p.

PASCAL T., rapport relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, assemblée nationale n°2971 du 11 Avril 2001, 160 p., disponible sur le site Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r2971.asp>

Rapport IGAS, pauvreté, précarité, solidarité en milieu rural, annexes Tome II, septembre 2009, p 27 à 42

RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., Rapport IGAS n° RM2009-035P de Juillet 2009 « *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées* », 145 p.

RIVARD T., 2006, « *Les services d'aide à domicile dans le contexte de l'Allocation personnalisée d'autonomie* », DREES, n° 460, 12 p.

ROUSSEL P., SANCHEZ J., 2008, « *Habitat regroupé et situation de handicap* », CTNERHI, [visité le 1.10.2009], 86 p., disponible sur Internet : <http://www.ctnerhi.com>

PERIODIQUES

ANDRE S., 2008, « *Le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées* », Supplément ASH, n° 2550, 109 p

ESPAGNOL P., LO SH., DEBOUT C., 2008, « *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap* » au 30 Juin 2008, DREES, n°666, 6 p.

DEBOUT C. et HY LO S., 2009, « *L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 Juin 2009* », DREES, n°710, 6 p.

AUTRES DOCUMENTS

ANESM « *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* », 64 p., disponible sur internet :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_a_domicile_anesm.pdf,

CREAI Champagne Ardennes, 2008, Journées nationales des services pour les personnes adultes handicapées, [visité le 11.10.2009], disponible sur Internet : <http://www.creahi-champagne-ardenne.fr/JourneesNationales.htm>

Guide technique n°71 de l'UNA, « *la loi du 11 février 2005 : la prise en compte des personnes handicapées* » version septembre 2006, 120 p. disponible sur le site de l'UNA espace adhérent <http://www.una.fr/adherents>

Guide technique n°72 de l'UNA, « *l'évaluation des situations individuelles* » version juillet 2007, 85 p. disponible sur le site de l'UNA espace adhérent <http://www.una.fr/adherents>

Observatoire de la branche de l'aide à domicile, 2009, « *aide à domicile : on gagne toujours à être connu* », synthèse des travaux de l'observatoire 2007/2009, 42 p., disponible sur internet : <http://www.uniformation.fr/Observatoires/Aide-a-domicile>

LOIS ET DECRETS

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, JO du 1^{er} Juillet 1975

Loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, JO du 1^{er} Juillet 1975

Loi n° 96-63 du 29 janvier 1996 en faveur du développement des emplois de services aux particuliers, JO du 21 décembre 1993

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance, JO du 25 janvier 1997

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, JO du 21 juillet 2001

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de la personne handicapée, Journal officiel, n°36 du 12 Février 2005

Loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, JO du 27 Juillet 2005

Loi n°2005-32 du 18/01/2005, de programmation pour la cohésion sociale, JO du 19/01/2005

Loi n°2009-879 du 21/07/2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JO du 22/07/2009

Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médicosociaux, JO du 2 décembre 2005

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD, des SPASAD, JO du 27 Juin 2004

Décret n°2010-870 du 26 Juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'art L313-1-1 du CASF, JO du 27 juillet 2010

Circulaire n°1575 du 24 septembre 1971 parue au Bulletin Officiel de la santé et de la sécurité sociale, n°41 du 10 octobre 1971

Circulaire N° DGAS/2C/2005/111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément « qualité » prévu au premier alinéa de l'article L129-1 du code du travail, BO ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement, 28 février 2006

Liste des annexes

| | | |
|------------------|---|---------|
| Annexe 1 | Fiche UNA « Agent à domicile » | p II |
| Annexe 2 | Fiche UNA « Employé à domicile » | p III |
| Annexe 3 | Fiche UNA « Auxiliaire de vie sociale » | p IV |
| Annexe 4 | Projet de service du SAAD | p V |
| Annexe 5 | Organigramme de l'association dans le cadre du mémoire | p VIII |
| Annexe 6 | Carte des Pays de l'Ariège | p IX |
| Annexe 7 | Carte des bureaux locaux du SAAD | p X |
| Annexe 8 | Manifeste du GR 31 | p XI |
| Annexe 9 | Spécificités des personnes en situation de handicap | p XII |
| Annexe 10 | Référentiel de prévention des risques | p XIII |
| Annexe 11 | Procédure d'adaptation du planning des interventions | p XV |
| Annexe 12 | Grille d'évaluation des situations individuelles DESIR | p XX |
| Annexe 13 | Le Référentiel d'évaluation des situations RESAM | p XXXII |
| Annexe 14 | Convention de Mise en Œuvre Uniformation/CNSA | p XXXVI |
| Annexe 15 | Tarifs horaires des SAAD autorisés | p XL |
| Annexe 16 | Extrait de l'étude responsable de secteur | p XLI |
| Annexe 17 | Exemple d'une activité au sein d'une fiche emploi-type | p XLV |
| Annexe 18 | Direction Générale de la Cohésion Sociale : intervenants à domicile auprès des personnes en situation de handicap | p XLVI |

Agent à domicile

Travaillant en autonomie sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique (le responsable de secteur), l'agent intervient au domicile afin d'assurer des activités domestiques et administratives simples auprès de personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci. Il peut intervenir de manière occasionnelle auprès de personnes dépendantes ou de publics en difficulté.

Missions

- Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant de la maison : entretien du logement, des vêtements, du linge.
- Assister la personne aidée dans des démarches administratives simples.

Formation

Aucun diplôme n'est requis pour occuper cet emploi. Cependant, au sein du réseau UNA, la formation et la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) des personnels sont fortement encouragées.

Compétences et qualités

- Capacité d'adaptation.
- Sens de l'organisation.
- Compétences techniques pour l'exercice des tâches ménagères.

Évolutions possibles

L'agent à domicile peut acquérir un diplôme soit par le biais de la formation, soit par le biais de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et devenir notamment employé à domicile ou auxiliaire de vie sociale.



Employé à domicile

Présent aux côtés des personnes qui ne peuvent plus réaliser seules les actes ordinaires de la vie courante, l'employé à domicile les aide dans les activités quotidiennes domestiques ou administratives. Il les aide également dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne.

Missions

- Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant de la maison : entretien du logement, des vêtements, du linge.
- Aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne : apporter une aide à la réalisation des achats alimentaires ainsi qu'à la préparation et à la prise de repas.
- Accompagner la personne aidée dans ses sorties : visite médicale par exemple.
- Assister la personne aidée dans des démarches administratives.

Formation

Pour exercer ce métier, il est nécessaire d'être titulaire de l'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 du particulier employeur.
- Brevet d'aptitudes professionnelles assistant animateur technique.

Ou être en cours d'accès :

- Au Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS), soit par la formation, soit par la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).
- Au Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF) par la formation ou par la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Compétences et qualités

- Capacité d'adaptation.
- Sens de l'organisation.
- Compétences techniques pour l'exercice des tâches ménagères.

Évolutions possibles

L'employé à domicile peut devenir auxiliaire de vie sociale après obtention du Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) par la formation ou par la Validation des Acquis de l'Expérience.

Il peut également exercer le métier de technicien de l'intervention sociale et familiale ou d'aide-soignant après obtention du diplôme correspondant.



Auxiliaire de vie sociale

L'auxiliaire de vie sociale intervient auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées ou des familles. Il « aide à faire » en stimulant, en accompagnant ou « fait à la place » de la personne qui se trouve dans l'incapacité provisoire ou durable d'assumer seule les tâches et les actes essentiels de la vie quotidienne.

Missions

- Accompagner et aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne : se lever, s'habiller, s'alimenter, se laver.
- Accompagner et aider dans les tâches de la vie quotidienne : réalisation des courses, élaboration des repas, entretien du linge, entretien du logement.
- Accompagner et aider dans les activités de la vie sociale et relationnelle : sorties, loisirs, démarches administratives.

Formation

Pour exercer ce métier, il est nécessaire d'être titulaire de l'un des diplômes suivants :

- Le DEAVS (Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale).
- Le CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile).
- La MCAD (Mention Complémentaire Aide à Domicile).

Sont dispensées de cette condition, les personnes titulaires du Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF) qui justifient d'une expérience professionnelle dans un emploi d'intervention à domicile d'au moins six mois.



Compétences et qualités

- Autonomie.
- Discrétion.
- Sens de l'organisation.
- Capacité d'adaptation.
- Connaissance des publics et des pathologies.
- Savoir aider et accompagner les personnes en stimulant leur autonomie.

Évolutions possibles

Les auxiliaires de vie sociale peuvent suivre une formation conduisant au Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF) en bénéficiant d'allègements de formation importants.

Les diplômés d'état d'auxiliaire de vie sociale bénéficient également d'allègements dans la préparation du Diplôme d'État d'aide-soignant.



ANNEXE 4

Projet de service

Aide et accompagnement de personnes fragiles à domicile

(loi du 2/01/2002)

Notre Histoire

Ariège Assistance est une association à vocation départementale à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 qui a notamment pour objet de proposer **des services à domicile** répondant aux besoins des personnes âgées, handicapées et des personnes atteintes de pathologie chroniques.

Créée en 1960 à l'initiative de militants familiaux, l'association avait pour objet de favoriser l'intégration sociale des familles en difficulté et d'assurer l'éducation populaire des jeunes filles en recherche d'emploi. Peu à peu son champ d'intervention s'est ouvert aux personnes âgées (1962) et aux personnes à mobilité réduite (1981).

Nos valeurs

Depuis sa création, Ariège Assistance s'efforce de respecter la déontologie du secteur qui affirme que le client est « une Personne » quels que soient sa situation, sa santé physique et psychologique, son niveau d'intégration sociale, selon 3 principes fondamentaux :

- Une attitude générale de respect
- Une intervention individualisée
- Une relation triangulaire (client – intervenant – référent représentant l'association)

Nous considérons l'usager comme un citoyen acteur et non pas comme un consommateur dans le respect des droits fondamentaux de la personne dont la **Charte des Droits et Libertés de la personne âgée accueillie (J.O. du 9 octobre 2003) est une déclinaison.**

Les bénéficiaires du service

- 1 - **Personnes âgées de plus de 60 ans** fragilisées, ayant des degrés de dépendance physique et mentale plus ou moins importants, certains atteints de pathologies récurrentes et vivant dans des situations précaires (isolement géographique, rupture familiale et sociale).
- 2 - **Personnes handicapées** âgées et jeunes. Cette dernière catégorie correspond à de jeunes handicapés en situation de réinsertion.
- 3 - **Les personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques lourdes ou présentant une affection de longue durée**

Nos missions actuelles visent à apporter une aide matérielle, morale et sociale auprès d'un public qui ne peut plus faire seul, ou avec de grandes difficultés, les actes de la vie quotidienne.

Le service a une mission d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil auprès de ces personnes et de leur entourage.

Il permet à la personne aidée de vivre et de rester chez elle dans le respect de sa personnalité et de ses choix de vie.

Il permet d'accompagner la personne, dans la limite de ses compétences, jusqu'à la fin de sa vie si cela est possible.

Il développe la prévention en matière de santé, par le maintien et la stimulation des capacités des personnes aidées.

Il a pour mission d'aider et de soutenir les aidants naturels afin de prévenir les difficultés relationnelles qui peuvent survenir au sein de la famille (et qui dans certains cas, peuvent être les prémices de la maltraitance).

Dans chaque pays :

- Pays de Foix et de la Haute Ariège
- Couserans
- Pays d'Olmes
- Pays des portes d'Ariège

Le service d'intervention à domicile se compose de plus de 500 salariés qui interviennent auprès de personnes sur l'ensemble du département aussi bien en milieu urbain que dans les zones rurales de haute montagne. Une organisation de proximité est mise à la disposition des bénéficiaires des services.

Les intervenants à domicile sont encadrés par des responsables et cadres de secteur (16 au total) qui sont pour la majorité des travailleurs sociaux (titulaire du Diplôme d'Etat de Conseillère en Economie Sociale et Familiale et/ou du Diplôme Interuniversitaire en Gérontologie Sociale).

L'encadrement se rend au domicile des personnes afin d'étudier les besoins de chacun et proposer les interventions les plus adéquates. Ainsi le profil de l'intervenant est défini (agent à domicile, employé à domicile, Auxiliaire de Vie Sociale, ...) en fonction du degré de dépendance et des capacités à gérer seul des bénéficiaires au quotidien.

Des bureaux locaux et des lieux de permanence (Mairies) permettent au personnel social d'encadrement d'être plus proche des usagers, de leurs familles et de rencontrer les intervenants à domicile.

Cette organisation de terrain a été redessinée suite à la signature d'une **convention tripartite** avec le Conseil Général et l'Etat dans le cadre du Fond de Modernisation de l'Aide à Domicile. Notre découpage géographique est ainsi calqué sur celui des Centres Locaux de l'A.D.S. et des Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (C.L.I.C.).

De plus, nous collaborons étroitement avec les 11 Centres Locaux d'Information et de Coordination du département, les hôpitaux locaux, le secteur psychiatrique, les services sociaux, le corps médical et paramédical, les organismes de sécurité sociale et de retraite

Le service s'efforce de répondre au mieux aux besoins d'aide des personnes en effectuant lors de l'embauche des intervenants une sélection rigoureuse alliant la disponibilité, les qualités humaines et les compétences professionnelles. Un suivi régulier des intervenants est assuré ainsi que des actions de formations professionnelles ou qualifiantes.

Chaque bénéficiaire du service se voit adresser un livret d'accueil comprenant :

- L'historique de l'association
- Ses valeurs
- L'organigramme
- Les différents services proposés et leurs coordonnées
- Les agréments qualité
- La charte de l'association et la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Un règlement de fonctionnement

Evaluation de la satisfaction du bénéficiaire

Régulièrement des visites d'évaluation sont réalisées au domicile afin de mesurer l'adéquation entre les besoins et l'aide apportée. Des questionnaires de satisfaction annuels permettent aux bénéficiaires de s'exprimer librement sur la qualité des services rendus. De plus, à la demande des bénéficiaires, les responsables et cadres de secteur se déplacent à leur domicile

L'association s'est fixée les objectifs suivant :

1) De 2004 à 2006, il a été formé 10 Aides Médico Psychologique au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique. C'est une première étape pour la continuité du projet (*projet de service du 16/03/2004*) de création d'un service spécialisé dans les troubles du comportement (Alzheimer, Parkinson, dépression...).

2) Formation des personnels :

L'association axe son plan de formation vers la formation continue du personnel.

➤ Formations d'adaptation aux difficultés des publics rencontrés

- Prise en charge de la douleur
- Gestion de l'agressivité et des conflits
- Maladie d'Alzheimer
- Accompagnement du deuil
- Accompagnement de personnes en fin de vie
- Dépendance et conduites addictives
- Manutention de personne à mobilité réduite

➤ Formations pour l'amélioration de la qualité du service rendu pour les débutants (Agents et Employés à Domicile)

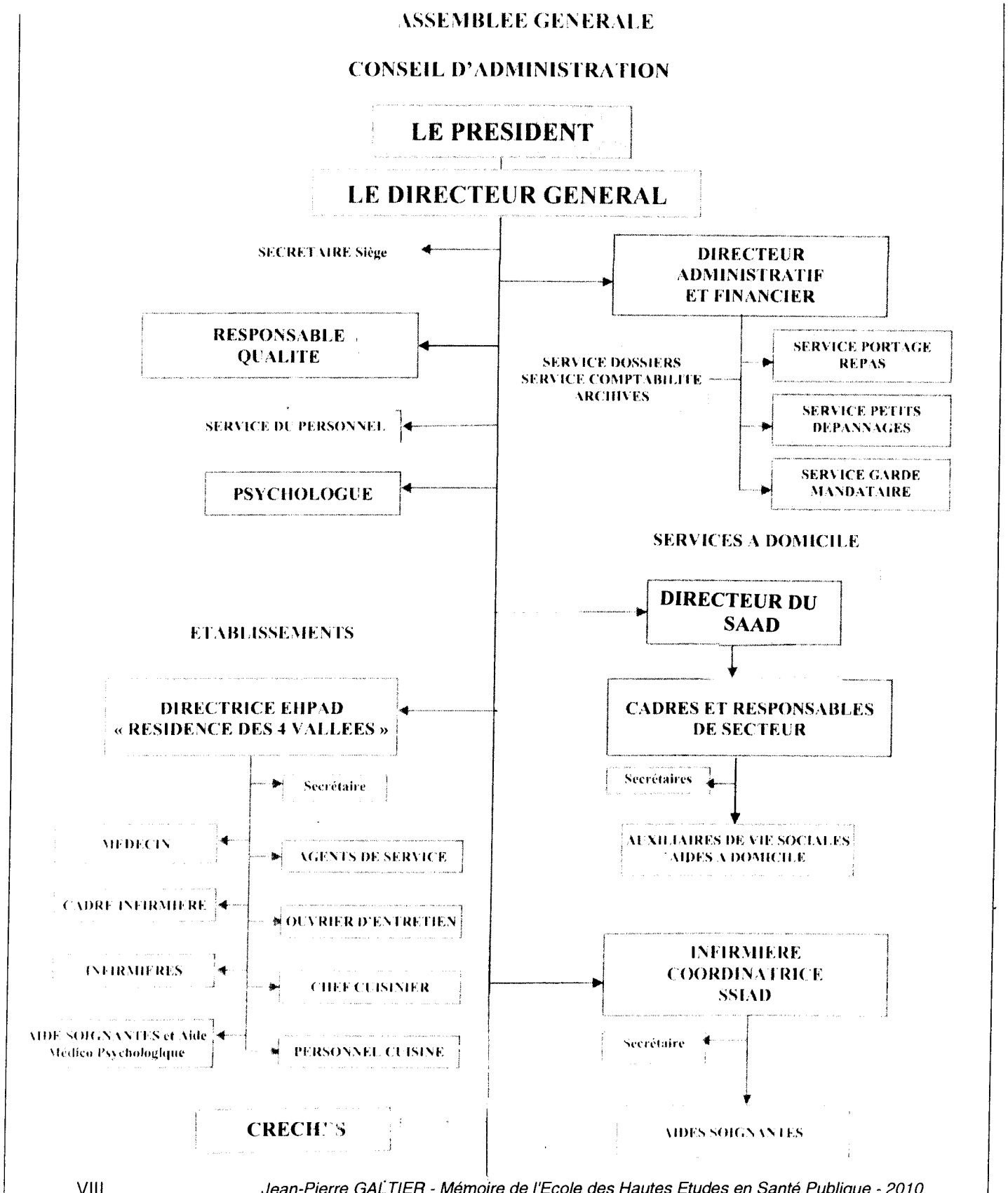
- Préparation des repas
- Maintenance et hygiène des locaux
- Entretien du linge
- Connaissance de la personne âgée
- Gestes et postures

➤ Formation pour l'encadrement

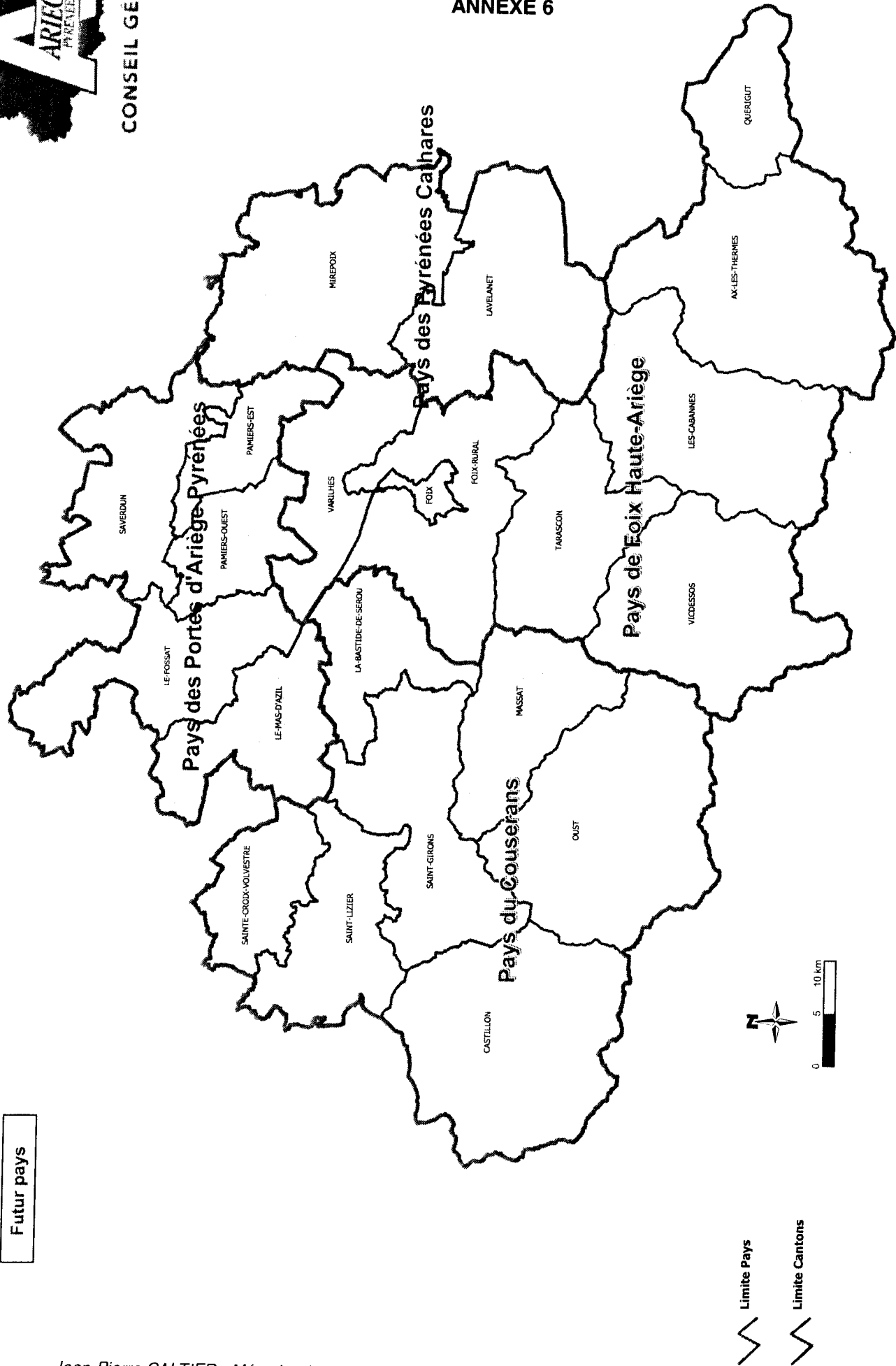
- Animer son équipe au quotidien

ANNEXE 5

ORGANIGRAMME DE L'ASSOCIATION dans le cadre de ce mémoire



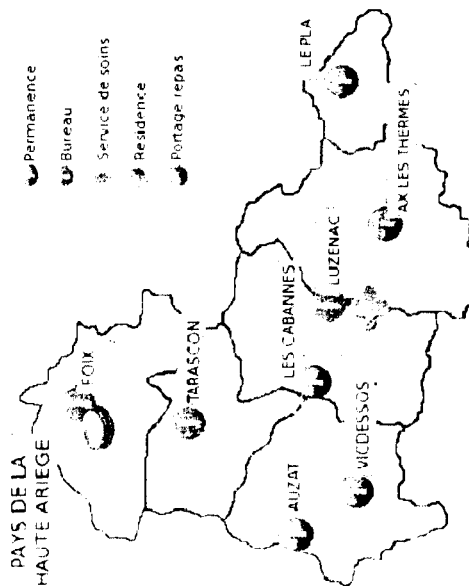
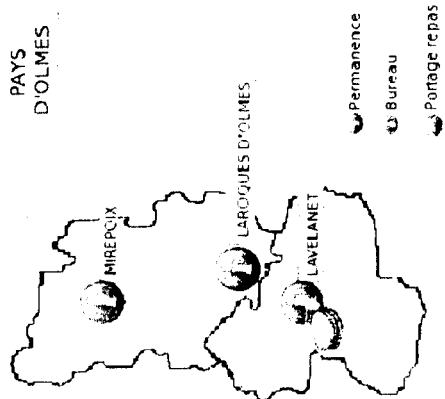
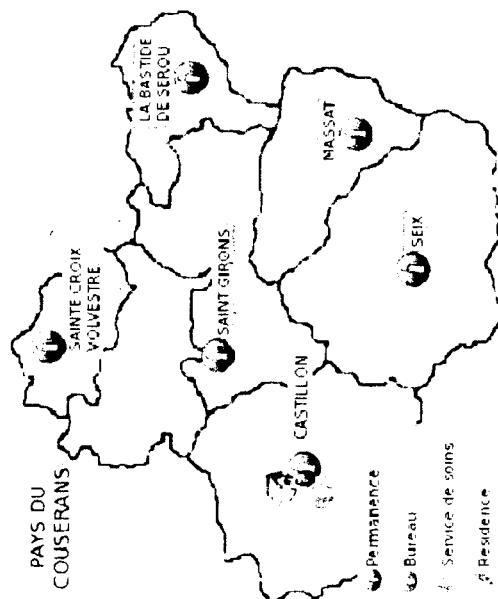
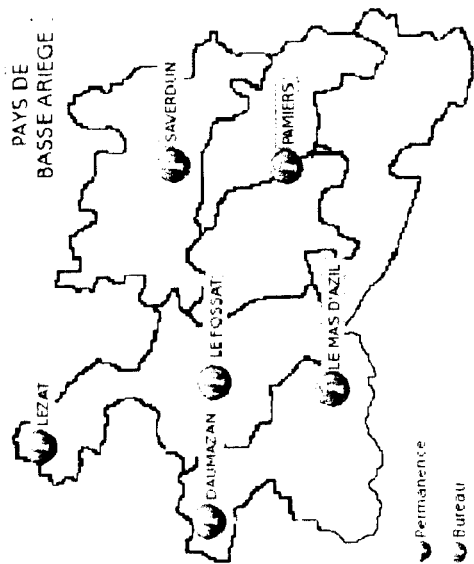
ANNEXE 6



Réalisation : DIM - Pôle NTIC
 Source : Conseil Général 09
 Fonds : BDtopo pays IGN-Paris-2001 licence n°2001/CUBA/0421
 Mars 2002 (reproduction interdite)

ANNEXE 7

Carte des bureaux locaux du SAAD par pays



ANNEXE 8

MANIFESTE GR 31*

Harmoniser et mieux financer les aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

L'aide à l'autonomie répond à des enjeux éthiques envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, mais aussi économiques car les moyens financiers à dégager seront un puissant facteur de croissance par la création de centaines de milliers d'emplois non délocalisables. Ce choix doit être fondé sur 7 principes qui permettent aux personnes ayant besoin d'aides à l'autonomie quel que soit leur âge d'être considérées de plein droit comme des assurés sociaux et des citoyens :

AUTONOMIE

Préférer la notion d'« aide à l'autonomie » à celle de prise en charge de la dépendance.

DIGNITÉ

Mobilisation de moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées à l'autonomie altérée des personnes en situation de handicap quel que soit le lieu de vie, diminuer les prix payés, et soutenir les familles des personnes à domicile et en établissement.

UNIFICATION - CONVERGENCE

Reconnaissance d'un droit universel à compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge (avant et après 60 ans) dans le cadre de la loi du 11 février 2005 (art.13) prévoyant la convergence des prestations de compensation pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées à l'horizon 2010.

LIBERTÉ

Respect du choix de lieu de vie entre domicile et établissement.

GOUVERNANCE

Renforcement du rôle de la CNSA dans sa structuration actuelle assortie d'une amélioration de la représentation de l'Etat.

ÉVALUATION

Mise en place, à partir d'une démarche d'évaluation individualisée et multidimensionnelle, d'un plan de compensation prenant en compte la situation, les besoins et le projet de vie de la personne quel que soit son âge et son lieu de vie.

SOLIDARITÉ

Le financement des prestations mettant en œuvre ce nouveau droit universel doit s'inscrire dans les ressources de la protection sociale et de la solidarité; ces financements excluent tout recours sur succession et toutes conditions de ressources dans l'accès au droit; la participation des produits d'assurance individuelle ou collective peut être envisagée si elle est encadrée et vient en supplément des financements publics.

* Le GR31 regroupe les 31 organisations représentatives des personnes âgées, des personnes handicapées ou œuvrant à leur égard qui siègent au Conseil de la CNSA. Il s'est donné pour mission de préparer le positionnement des organisations précitées dans les débats du Conseil de la CNSA et de contribuer à l'édification d'un nouveau risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Analyse des spécificités liées au différents types de handicap

| Spécificités | Evaluation des besoins | Organisation des interventions | Actes ménagers | Actes essentiels de la vie quotidienne | Activités sociales |
|---|---|--|--|--|---|
| Handicap Moteur | Problèmes de la non prise en compte de l'aide ménagère dans la PCH | Adaptation des horaires/ au rythme de vie de la personne | Respect des consignes Méticulosité | Bonne distance lors des gestes intimes Connaître les appareillages Techniques de manutention | Courses, activités sportives et culturelles |
| Handicaps sensoriels : auditifs et visuels | idem | idem | Respecter l'agencement du domicile Vigilance sur les risques domestiques Adapter son mode de communication | | Vigilance et sécurité |
| Handicap mental | Difficultés de faire exprimer à la personne ses besoins ou ses envies | idem temps d'intervention majoré pour favoriser la participation | Veiller à la sécurité Activités supports pour faire avec la personne | Veiller à la sécurité Activités supports pour faire avec la personne | Veiller à la sécurité Stimulation avec des jeux de sociétés ou activités culturelles |
| Handicap psychique | Evolativité de l'état de la personne et de ses besoins | Adaptation des interventions dans le temps. Coordination avec les autres services | Participation de la personne pour favoriser le maintien dans la réalité Adopter le bon comportement | Participation de la personne pour favoriser le maintien dans la réalité Adopter le bon comportement | Eviter le repli sur soi et maintenir la socialisation |
| Polyhandicap | Présence de l'entourage nécessaire à notre intervention | Continuité de l'intervention et durée importante de prise en charge | Règles d'hygiènes très importantes | Règles d'hygiènes très importantes Notion de bien être lors des actes Connaissance des appareillages Gestes de premiers secours Les actes peuvent avoir des conséquences vitales | Contribuer au maintien de la citoyenneté de la personne |
| Transverses | Place de l'entourage Connaissances du champ du handicap Connaissances des handicaps | Travail en réseau Rôle et soutien de l'entourage Limites des interventions | Importance de la dimension relationnelle Connaissances des handicaps | Relation d'aide Connaissances des handicaps Rôle de l'entourage Limites des interventions | Relation d'aide Connaissances des handicaps Spécificités du handicap Rôle de l'entourage |

compétences de l'intervenant à domicile de l'aide et du soin à domicile

ANNEXE 10

| macro compétences | compétences professionnelles | savoirs associés |
|--|---|--|
| <p>identifier les situations dangereuses liées à ses activités professionnelles, ses lieux de travail, ses déplacements ainsi que le contexte relationnel avec le bénéficiaire ou l'entourage familial et professionnel</p> | <ul style="list-style-type: none"> repérer les situations dangereuses formaliser les situations dangereuses en termes : de danger, d'exposition et de gravité des dommages potentiels différencier les phénomènes accidentels des atteintes à la santé | <ul style="list-style-type: none"> la notion de danger et de situations dangereuses les notions de la responsabilité juridique les principaux risques : <ul style="list-style-type: none"> risques liés à l'activité physique (entretien du domicile, aide à la mobilité, aide à l'hygiène et à la toilette) - cf. référentiel PRAP 3S de l'INRS. risques domestiques (qualité des équipements, configuration/disposition du domicile, animaux, produits ménagers et alimentaires) risques biologiques (infectieux/viral, parasitaire, animaux, aliments, ...) risques routiers (trajet, mission, entretien du véhicule, aide du bénéficiaire sur la voie publique) risques psychosociaux (stress, harcèlement, injonctions paradoxales, violence, dépendance affective, accompagnement de fin de vie et de pathologies graves Alzheimer, démences séniles ...) les principes généraux de prévention |
| <p>informer le bénéficiaire ou l'entourage familial et professionnel des situations dangereuses identifiées et proposer une solution simple pour une approche partagée</p> | <ul style="list-style-type: none"> analyser la situation pour trouver le bon interlocuteur créer un milieu relationnel favorable à l'échange sur le thème de la prévention engager une première démarche de négociation | <ul style="list-style-type: none"> les outils de communication adaptés les principes généraux de prévention les méthodes de persuasion et de partage des solutions d'amélioration les comportements, attitudes et langages adaptés |
| <p>alerter la hiérarchie</p> | <ul style="list-style-type: none"> rendre compte de façon explicite décrire la situation dangereuse en termes de danger, d'exposition des personnes et de gravité des dommages potentiels | <ul style="list-style-type: none"> le cahier d'incidents et/ou le cahier de liaison les processus des situations rencontrées les outils de communication adaptés |
| <p>agir et réagir lors d'une exposition à une situation dangereuse : mettre en place les premières mesures de correction</p> | <ul style="list-style-type: none"> proposer de corriger la situation dangereuse en tenant compte du bénéficiaire et de son environnement réduire les risques isoler la situation dangereuse | <ul style="list-style-type: none"> les dispositifs de coupure des énergies et des fluides (électricité, gaz et eau). les dispositions en cas d'incendie (évacuation, conduite à tenir, coupure des équipements...) |
| <p>adopter un comportement adapté en cas d'accident, incident ou dysfonctionnement.</p> | <ul style="list-style-type: none"> protéger, examiner, faire alerter, secourir | <ul style="list-style-type: none"> cf. programme Sauveteur-Secouriste du Travail |
| <p>savoir réaliser les gestes appropriés à l'utilisation d'aides techniques sans risques pour sa santé et pour celle du bénéficiaire</p> | <ul style="list-style-type: none"> observer, analyser, agir pour mettre en place des méthodes de travail sécurisantes pour la personne aidée et l'intervenant visant une efficacité maximum de l'intervention | <ul style="list-style-type: none"> les principes d'ergonomie dans le cadre de l'entretien du domicile, de l'aide à la mobilité et de l'aide à l'hygiène et à la toilette. approche des différentes aides techniques et de leur utilisation (cf référentiel PRAP3S) |

compétences du responsable de secteur / infirmier(ère) coordonnateur (trice)

1

| macro compétences | compétences professionnelles | savoirs associés |
|--|---|--|
| <p>identifier et estimer les risques d'accident et d'atteinte à la santé encourus par les salariés,</p> | <ul style="list-style-type: none"> • contribuer à l'élaboration du protocole d'évaluation des risques professionnels • estimer les risques lors de la première visite au domicile du bénéficiaire • actualiser cette évaluation des risques lors des visites ponctuelles • associer l'intervenant à domicile et la personne aidée à la validation du diagnostic | <ul style="list-style-type: none"> • les définitions des AT, MP, accident de trajet / accident de mission • les règles juridiques de la responsabilité civile et pénale, la faute inexcusable de l'employeur • le devoir d'alerte et droit de retrait • les méthodes d'évaluation des risques professionnels • les principaux risques de la branche professionnelle • la mise en œuvre de démarches participatives |
| <p>formaliser des mesures de prévention tant en correction qu'en conception des situations de travail,</p> | <ul style="list-style-type: none"> • proposer des mesures de prévention afin de : <ul style="list-style-type: none"> - supprimer les risques - réduire les risques - protéger le salarié et le bénéficiaire • appliquer les processus selon à la diversité des situations rencontrées | <ul style="list-style-type: none"> • la réglementation et les bonnes pratiques • le document unique obligatoire |
| <p>hiérarchiser et faire valider des mesures de prévention</p> | <ul style="list-style-type: none"> • associer direction, intervenants à domicile et personnes aidées aux choix des mesures de prévention • faire valider ces mesures au cours d'une visite ponctuelle | <ul style="list-style-type: none"> • la démarche de négociation • les outils de communication adaptés au public (présentations, argumentaire) • les principes généraux de prévention |
| <p>garantir la mise en œuvre des mesures de prévention validées</p> | <ul style="list-style-type: none"> • étudier la généralisation de ces mesures, aux situations de travail comparables • évaluer les besoins en formation des personnels pour assurer la stabilité de ces mesures de prévention • participer à l'élaboration et à l'actualisation du document unique | <ul style="list-style-type: none"> • les critères de choix des mesures de prévention • la formation des salariés à la S&ST dans le plan de formation • les principes de conception du document unique et de plan d'actions de mise en œuvre |
| <p>animer un dispositif de prévention</p> | <ul style="list-style-type: none"> • organiser en lien avec la direction le dispositif et mobiliser les intervenants en prenant en compte les spécificités du secteur • utiliser les démarches, méthodes et outils adaptés | <ul style="list-style-type: none"> • les notions de S&ST • les offres de formation professionnelle et leurs modalités de prise en charge • le travail en réseau et la mobilisation des acteurs, partenaires et institutionnels des secteurs d'intervention concernés • les principes d'organisation du travail dans le cadre de la prévention de risques |

Conduite à tenir en cas de risque sanitaire (Seveso, pandémie, amiante, légionellose...)

| | | | | |
|-----------|--|---------------------|---|------------------|
| ANNEXE 11 | ORGANISATION MENSUELLE ET SUIVI DES INTERVENTIONS | | | |
| | Procédure P / AD / OrgSui | Version D | Date d'application 18/04/2005 | Page 1 |

❖ **OBJET :**

Cette procédure garantit au client que sa prise en charge va être assurée en totalité et permet la continuité et la qualité des interventions.

❖ **DOMAINE D'APPLICATION :**

Cette procédure s'applique à l'activité aide à domicile, aux responsables de secteur et leurs secrétaires.


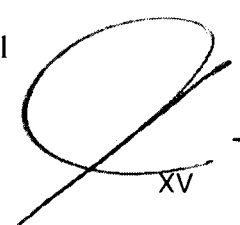
❖ **REFERENCES :**

Normes ISO 9001 (version 2000) : système de management de la qualité - Exigences
Procédure "gestion des documents qualité"

❖ **DEFINITIONS :**

RDS : Responsable De Secteur
PA : Personne Aidée
AD : Aide à domicile
AV : Auxiliaire de Vie

| Version | Date | Nature de la modification | Pages |
|---------|------------|---|--------|
| A | 15/02/2001 | Création de la procédure | Toutes |
| B | 22/10/2002 | Maj des documents | Toutes |
| C | 29/03/2004 | Création fiche intervention | 2, 4 |
| D | 18/04/2005 | modification de l'utilisation de la fiche de contrôle de l'intervention | 5 |

| REDACTION | APPROBATION |
|--|--|
| NOM : Mlle AIME Fabienne FONCTION : Responsable Qualité VISA et DATE :  18/04/2005 | NOM : Mr GUARINO Jean-Michel FONCTION : Directeur Général VISA et DATE :  18/04/2005 |

ORGANISATION MENSUELLE ET SUIVI DES INTERVENTIONS

Procédure
P / AD / OrgSui

Version
D

Date d'application
18/04/2005

Page
2

QUI?

secrétaire ou RDS

1 CONSTITUTION DE LA GRILLE MENSUELLE

secrétaire ou RDS

Grille

ETABLISSEMENT DES LISTES DES INTERVENTIONS

Liste des interventions

secrétaire ou RDS

2 ENVOI DES LISTES DES INTERVENTIONS + PLANNINGS VIERGES + AUTRES DOCUMENTS

Planning AD et AV
Liste des interventions
Fiche déplacement AD/AV
Avis de passage
Demande de remplacement

secrétaire ou RDS

3 RECEPTION DES PLANNINGS COMPLETES PAR LES SALARIES

Plannings AD et AV

secrétaire ou RDS

CORRECTION DU PLANNING

MAUVAIS

4 VERIFICATION

BON

secrétaire ou RDS

5 PLANIFICATION DES REMPLACEMENTS ET/OU NOUVELLES INTERVENTIONS

Lettre "information absence salarié"
Ordre de mission/ remplacement
Fiche intervention

secrétaire ou RDS

6 ENVOI DU PLANNING AVEC LES RELEVES HORAIRES AUX SALARIES

Planning AD et AV
Relevé horaire AD et AV
Fiche déplacement AD/AV
Avis de passage

1

ORGANISATION MENSUELLE ET SUIVI DES INTERVENTIONS

Procédure
P / AD / OrgSui

Version
D

Date d'application
18/04/2005

Page
3

QUI?

secrétaire ou RDS

secrétaire ou RDS

secrétaire ou RDS

secrétaire ou RDS

1

INTERVENTION

Voir procédure INTERVENTION

SUIVI DES INTERVENTIONS

Contrôle de l'intervention AD
Procédure d'organisation de remplacement
Procédure de renouvellement de prise en charge
Procédure mesure de la satisfaction du client
Questionnaire de satisfaction AD

6

REAJUSTEMENT ?

ACTIONS CORRECTIVES

OUI

NON

TRANSMISSION DE DOCUMENTS AU SIEGE

Planning
Fiche déplacement AD
Relevé horaire
Ordre de mission/remplmt
Bon de délégation
fiche temps mort

7

ORGANISATION MENSUELLE ET SUIVI DES INTERVENTIONS

Procédure

Version

Date d'application

Page

P / AD / OrgSui

D

18/04/2005

4

TEXTE COMPLEMENTAIRE

1

A partir des informations portées sur la grille du mois en cours, constituer une nouvelle grille qui tiendra compte des éventuelles modifications survenues en cours de mois ou prévues pour le mois suivant comme par exemple :

- modification de la prise en charge d'un bénéficiaire
- modification du contrat de travail d'un salarié
- nouveau client et/ou arrêt d'une intervention
- nouveau salarié et/ou sortie d'un salarié
- période d'absence d'un bénéficiaire (hospitalisation, départ en famille ...) ou d'un salarié (congrés, maladie ...)...etc.

Cette étape doit être réalisée en début de mois afin de ne pas retarder les étapes suivantes.

Une fois la nouvelle grille créée, sortir informatiquement la "**liste des interventions**" à réaliser le mois suivant pour chacun des salariés.

2

Envoi du "**planning**" vierge, de la "**liste des interventions**", et des documents "**demande de remplacement**", "**avis de passage**" et "**fiche déplacements**" à chacun des salariés, sauf si il s'agit d'un salarié pour lequel la responsable doit elle-même établir le planning .

Cette étape doit être réalisée **au 10 de chaque mois** pour l'établissement du planning du mois suivant.

3

Les **plannings** doivent être impérativement retournés aux RDS vers le 15 du mois par les aides à domicile.

4

- Vérifier que le nombre d'heures inscrit sur la "**liste des interventions**" soit bien respecté sur le planning pour chacun des bénéficiaires.

- Tenir compte des modifications éventuelles survenues depuis la constitution de la grille.

- Vérifier les dates des éventuelles périodes d'absence des salariés et des bénéficiaires.

- Vérifier le respect du contrat du salarié.

5

Lors des périodes de congés, envoyer aux intervenants à domicile une "**fiche d'intervention**" pour chaque bénéficiaires où ils interviennent. Ils sont chargés de compléter ce formulaire pour informer la RDS sur l'intervention.

Lorsqu'un salarié est en congé planifier son remplacement, en priorité, sur le planning des remplaçantes titulaires et éventuellement sur les **plannings** de certains titulaires. Transmettre aux salariés remplaçantes une copie des "**fiches intervention**" des bénéficiaires où ils sont chargés d'intervenir.

Envoyer une lettre **information remplacement pour PA** à la PA (au minimum une semaine avant le départ du salarié).

La RDS peut également être amenée à planifier à ce moment là de nouvelles interventions. Elle envoie alors le formulaire "**ordre de mission/remplacement**" au salarié avec le "**relevé horaire**".

6

- Faire une photocopie de chaque **planning**, garder l'original et envoyer la photocopie au salarié et les "**relevés horaires**" pour chaque personne aidée.

- Envoyer aux salariés pour lesquels la RDS a établi elle même le **planning**, les formulaires "**fiche déplacements**" et "**avis de passage**".

- Le salarié doit impérativement être en possession de son **planning** 3 jours avant la fin du mois.

- Mise en place des **planning** du mois qui commence dans un support au choix (classeur, chemises plastiques...) pour assurer le suivi des interventions par salarié

ORGANISATION MENSUELLE ET SUIVI DES INTERVENTIONS

Procédure
P / AD / OrgSui

Version
D

Date d'application
18/04/2005

Page
5

- La RDS doit effectuer en moyenne une visite à domicile par an pour chaque client, lorsque la durée de l'intervention est égale ou supérieure à un an. Lors de cette visite, la RDS complétera le formulaire "**contrôle de l'intervention**". Elle complète autant de fiches que le nombre de salariés intervenant chez la PA.

Le formulaire "**contrôle de l'intervention**" est ensuite transmis à la direction, au service du personnel pour saisie du nom des salariés contrôlés, au service qualité avant d'être transmis au service dossiers pour saisie de la date de la visite et du nom de la personne aidée. Ces fiches sont ensuite archivées dans le dossier de la PA.

- Traitement des réclamations (absences, modification de la fréquence ou du volume ou encore de la nature des interventions en cours de mois, litiges ...). Voir procédure "**mesure de la satisfaction du client**".
- Traitement des absences non prévisibles des salariés (arrêts maladie...). Voir procédure "**organisation des remplacements**".
- Renouvellement des prises en charge (voir procédure "**renouvellement des prises en charge**").
- Envoi d'un "**questionnaire de satisfaction**" à tous les clients du service par le service qualité au minimum une fois par an.
- Enregistrement sur le formulaire "**fiche de suivi**" qui se trouve accroché dans le dossier de chaque PA, de toutes les actions réalisées (traitement des réclamations, renouvellement, changement de situation...) et de toutes les informations concernant la PA.

7

- Archivage sur secteur du double des plannings du mois terminé.
- Transmission des "**plannings**" originaux du mois terminé au service du personnel accompagnés des éventuels messages et du double de la "**liste des interventions**", des formulaires "**ordre de mission/remplacement**" et pour certains salariés, transmission des "**bons de délégation**".

Les "**fiches déplacements**" doivent être transmis au service du personnel.

Si les "**relevés horaires**" sont retournés au bureau local, ils doivent être transmis le jour même de leur réception au siège de l'association après vérification.

Dans les deux cas, les relevés horaires doivent obligatoirement arriver au siège au maximum le 3ème jour ouvré du mois.

ANNEXE 12



Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles

| |
|---|
| <p style="text-align: center;">D.É.S.I.R. DÉMARCHE D'ÉVALUATION D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE ET DE RÉPONSE</p> |
|---|

| | | |
|----|--|----|
| 1. | SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE | 3 |
| a. | IDENTITE | 3 |
| b. | PREMIERE DEMANDE | 3 |
| c. | STATUT MATRIMONIAL | 4 |
| d. | MODE D'HABITATION | 4 |
| e. | SITUATION ADMINISTRATIVE | 4 |
| 2. | SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES FONCTIONS | 6 |
| a. | ORGANE DES SENS | 6 |
| b. | FONCTIONS SUPERIEURES | 6 |
| c. | COMPORTEMENT | 6 |
| d. | MEDICAL | 7 |
| e. | ACTIVITES MOTRICES | 7 |
| f. | AUTRES | 7 |
| 3. | SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES | 8 |
| a. | ACTES ESSENTIELS | 8 |
| b. | ACTIVITES DOMESTIQUES | 8 |
| c. | ACTIVITES SOCIALES | 8 |
| 4. | SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT | 9 |
| a. | ADAPTATION DU LOGEMENT | 9 |
| b. | INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS | 9 |
| c. | INTERVENTION DE L'ENTOURAGE | 9 |
| d. | RESSOURCES | 10 |
| e. | HABITUDES DE VIE | 10 |
| f. | AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE | 10 |
| 5. | SYNTHESE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE | 11 |

Date de la demande : __ / __ / ____

1. SITUATION INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE

IDENTITE

Nom :

.....

Prénom :

Age :

Sexe :

Adresse :

.....

.....

Téléphone :

Fax :

e-mail :

Personnes à contacter :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Médecin :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

Tuteur :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

PREMIERE DEMANDE

Nom du demandeur :

Lien avec la personne concernée :

Termes de la demande :

.....

.....

.....

Commentaires :

Situation socioprofessionnelle :

.....

Présence d'autres adultes au foyer :

| Lien de parenté | Nombre |
|-------------------------------------|--------|
| Enfants majeurs | |
| Enfants mineurs | |
| Grands-parents | |
| Parents | |
| Autres (à préciser) : | |
| Sans lien de parenté (à préciser) : | |

Enfants mineurs :

(Pour les adultes en situation de handicap)

Nombre d'enfants total présents ou non au foyer :

Commentaires :

d. MEDICAL

Connaissance de :

- Problème cardiaque
- Problème respiratoire
- Problème digestif
- Problème allergique
- Problème d'incontinence

Expression de la personne sur :

- Douleurs
- Fatigue
- Autres

Existence de maladie(s) chronique(s) :

.....

Points nécessitant une (des) préconisation(s) particulière(s) :

e. ACTIVITES MOTRICES

Membres supérieurs :

- Utilisation des bras : défectueuse aucune
- Utilisation des mains : défectueuse aucune

Mobilité du Tronc : avec difficulté aucune mobilité

Membres inférieurs :

- Marche : difficulté appareillée ne marche pas

f. AUTRES

3. SITUATION INDIVIDUELLE À PARTIR DES ACTIVITES

(liste non exhaustive qui appelle des suppléments ou commentaires)

a. ACTES ESSENTIELS

Difficulté pour :

- Toilette : partielle totale
Habillage : partielle totale
Transferts : partielle totale
(se lever, se coucher, s'asseoir, se mettre debout)
Déplacement intérieur : partielle totale
Alimentation : partielle totale
Aller aux toilettes : partielle totale
Prendre ses traitements : partielle totale
Assurer sa sécurité : partielle totale
Communiquer : partielle totale
-

Commentaires :

b. ACTIVITES DOMESTIQUES

Difficulté pour :

- Entretien du logement : partielle totale
Entretien du linge : partielle totale
Courses : partielle totale
Préparation des repas : partielle totale
Démarches administratives : partielle totale
Gestion du budget : partielle totale
-

Commentaires :

c. ACTIVITES SOCIALES

Difficulté pour :

- Déplacement extérieur : partielle totale
Utilisation des transports : partielle totale
Vie relationnelle chez soi : partielle totale
Se rendre sur les lieux de vie sociale : *(Travail, loisirs, formation)*
 partielle totale
-

Commentaires :

4. SITUATION AU REGARD DE L'ENVIRONNEMENT

Cette partie devrait permettre d'affiner les éléments de contexte pour mieux adapter les préconisations tout en prenant en compte l'avis de la personne concernée.

a. ADAPTATION DU LOGEMENT

Nombre de pièces :

Accessibilité extérieure : difficile

Accessibilité intérieure : difficile

Espaces de vie (sanitaires, cuisine) :

inadaptés

Equipements spécifiques (barres d'appui,...) : inadaptés

Précisez si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. INTERVENTION D'AUTRES PROFESSIONNELS

| <i>Profession</i> | <i>Activités compensées</i> |
|-------------------|-----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

c. INTERVENTION DE L'ENTOURAGE

| <i>Lien avec l'entourage</i> | <i>Activités compensées</i> |
|------------------------------|-----------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

d. RESSOURCES

.....
.....
.....
.....

e. HABITUDES DE VIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

f. AVIS DE LA PERSONNE SUR SA SITUATION ET SA DEMANDE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

La visite à domicile a révélé que Madame, Monsieur*

a un problème de

.....

Il / elle ne peut plus faire seul(e)

.....

.....

.....

Il / elle vit dans un logement adapté / inadapté*

Son fils/fille, époux/épouse, entourage non professionnel (préciser)*

Fait

.....

D'autres professionnels interviennent pour

.....

.....

Il / elle dit

qu'il/elle souhaite

.....

- qu'il/elle ne souhaite pas

.....

.....

- ne s'exprime pas*.

c. Proposition de projet d'accompagnement

Les propositions devront être en adéquation avec la situation individuelle de la personne, en tenant compte de son avis, de son environnement, de ses ressources et de l'existence de dispositifs adéquats.

Elles devront être argumentées et détaillées et sont le fruit d'une négociation entre le demandeur et l'évaluateur.

PRÉCONISATIONS DANS LES SIX REGISTRES DE RÉPONSES

- Médical
.....
- Soins
.....
- Habitat
.....
- Aides techniques
.....
- Aide humaines
.....
- Aide aux aidants
.....

LES OUTILS D'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

RESAM : un extrait

Le repérage des situations à risque de maltraitance peut susciter et soulever de nombreuses interrogations pour le professionnel qui les identifie. En effet, il renvoie à des sujets sensibles, où la prise de distance avec la personne évaluée est complexe. Avant d'utiliser un outil tel que RESAM, la structure doit déterminer la place de cette évaluation et former spécifiquement les professionnels à l'évaluation des situations individuelles et à l'évaluation des situations à risque de maltraitance.

De ce fait, nous vous proposons dans ce guide technique un extrait de l'outil RESAM. Pour toutes informations complémentaires, veuillez contacter le Pôle santé/action sociale d'UNA :

➤ e.richard-nam@una.fr

Extrait de l'outil RESAM

DONNEES GENERALES

Nom de la personne en charge de l'évaluation :

Fonction :

Structure :

Nom de la personne faisant l'objet d'une évaluation :

SEXE : MASCULIN FEMININ

Age : (année de naissance)

Adresse :

Date de l'évaluation :

Situation matrimoniale :

Marié(e), PACS, Concubinage

Divorcé(e)

Veuf – Veuve

Célibataire

Enfants : oui non

Si oui, combien?.....

Réfèrent de la personne (personne de confiance) :

.....

Circonstance de l'évaluation : (Contexte, origine, ...)

CLIGNOTANT 7 : EPUISEMENT DE L' Aidant Familier

Nous allons essayer de qualifier les situations à risques liées l'épuisement de l'aidant familial.

Pour qualifier les situations à risques, nous vous proposons des questions fermées pouvant appeler des précisions, des échelles de risques et un espace pour annoter, le cas échéant, les commentaires de l'évaluateur ainsi que l'expression de la personne sur sa situation.

Trois types de risque peuvent être identifiés :

- Le risque nul, qui correspond à une situation ne présentant aucun risque;
- Le risque modéré, qui correspond à une situation nécessitant une vigilance;
- Le risque élevé, qui correspond à une situation dont le risque est à traiter.

| | | | |
|---|--------|-----------|----------|
| Qui sont le(s) aidant(s) familial? | | | |
| ▪ Famille | ▪ Amis | ▪ Voisins | ▪ Autres |
| Quelle(s) tâche(s) réalise(nt)-il(s) | | | |
| | | | |
| Quelle est l'ancienneté de l'accompagnement? | | | |
| | | | |

EVALUATION DE LA SITUATION PERSONNELLE

| Situation | Oui | Non | Ne sait pas |
|-------------------------------------|-----|-----|-------------|
| La personne est-elle incontinente ? | | | |

ANNEXE 14

CONVENTION DE MISE EN ŒUVRE D' ACTIONS COFINANÇÉES PROFESSIONNALISATION DES SALARIÉS DE L'AIDE À DOMICILE MIDI - PYRÉNÉES

ENTRE :

L'Organisme Collecteur Paritaire Agréé UNIFORMATION de l'Economie Sociale
43, Boulevard Diderot - BP 80057 - 75560 PARIS CEDEX 12

Représenté par son Directeur Général, Monsieur Thierry DEZ

ET :

Ci-après désigné l'établissement bénéficiaire : ARIEGE ASSISTANCE AMFPA

Adresse : 20 rue du Lieutenant Delpech
09000 FOIX

Statut : N° SIRET : 77665630800025

Représenté par : Monsieur GUARINO

ARIEGE ASSISTANCE AMFPA en qualité de Directeur

Vu le règlement (CE) n°363/2004 de la Commission du 25 février 2004 modifiant le règlement (CE) n° 68/2001 concernant l'application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides à la formation

Vu le règlement (CE) n°800/2008 de la Commission du 6 août 2008 modifiant déclarant certaines catégories d'aide compatibles avec le marché commun en application des articles 87 et 88 du traité CE aux aides à la formation

Vu la décision d'attribution de la Commission Paritaire de Gestion de la section 1 d'UNIFORMATION en date du 10 mars 2009

Vu l'accord cadre 2009-2011 entre UNIFORMATION et la CNSA,

Sous réserve de la convention financière de la Caisse Nationale de Soutien à l'Autonomie

VU l'Accord cadre régional 2009 - 2010 d'actions de développement de l'emploi et des compétences dans le secteur de l'aide à domicile en Midi-Pyrénées du 9 décembre 2009,

Vu La délibération n°09/12/08.14 en date du 3 décembre 2009 de la commission permanente de la Région Midi-Pyrénées portant sur une convention de financement 2009-2010,

Vu les règles de gestion définies dans le règlement intérieur de l'OPCA UNIFORMATION,

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Uniformation SUD
Régions : Languedoc-Roussillon / Midi-Pyrénées
2 chemin du Pigeonnier de la Cèpière
B.P. 33 626
31036 TOULOUSE Cedex
Tél. : 0820 205 206
Fax : 05 34 63 77 01
unifitoulouse@uniformation.fr

ARTICLE 1 : OBJET

La présente convention a pour objet de définir la nature et le coût des actions à réaliser dans le cadre du projet dénommé PROFESSIONNALISATION DES SALARIES DE L'AIDE A DOMICILE MIDI-PYRENEES et les modalités de la participation de la CNSA (Caisse Nationale de Soutien à l'Autonomie), du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES à ce projet.

Les actions à réaliser sont décrites dans l'**annexe n°1** qui fait partie intégrante de la présente convention et devront être réalisées entre le 01 janvier 2010 et le 31 décembre 2010.

Dans le cadre d'actions pluriannuelles, cette convention ne couvre que l'année en cours.

ARTICLE 2 : COUTS ET FINANCEMENT DES ACTIONS

Le coût total maximal éligible et les participations financières sont mentionnés dans l'annexe 1.

Les montants mentionnés dans l'annexe 1 sont prévisionnels dans la mesure où ils peuvent varier en fonction des réalisations. Les montants définitifs de l'aide de la CNSA, du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES et d'UNIFORMATION seront calculés en fonction des dépenses totales réelles éligibles pour les actions effectivement réalisées. Le calcul de l'aide définitive pourra prendre en compte plusieurs paramètres :

- ✓ Il est impératif que **l'entreprise bénéficiaire soit à jour de ses cotisations annuelles** pour pouvoir bénéficier des aides CNSA, CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES et UNIFORMATION prévues dans ce projet
- ✓ respect des engagements en ce qui concerne les bénéficiaires et actions prioritaires
- ✓ pourcentage de réalisation du plan annexé en heures stagiaires
- ✓ pourcentage en coût réel des actions réalisées

Attention : la participation privée restant à la charge du budget plan de formation devra s'imputer sur l'exercice 2010 uniquement. En conséquence cette participation ne pourra être remboursée sur le budget plan 2011.

L'OPCA UNIFORMATION financera jusqu'à concurrence de la participation prévisionnelle de la CNSA et du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES, les dépenses de formation prévues et décrites en annexe 1 et en demandera le remboursement à l'Etat et à la Région.

Aucune modification des actions de formation retenues (dans leur nature ou contenu) ne peut se faire sans accord préalable. L'entreprise doit saisir directement l'OPCA UNIFORMATION par écrit de toute demande de modification argumentée. Après consultation des co-financeurs UNIFORMATION notifiera la décision par écrit.

ARTICLE 3 : MODALITES DE PAIEMENT

Les demandes de remboursement des actions de formation éligibles réalisées en tout ou partie sur l'année 2010 doivent parvenir à l'OPCA au fur et à mesure du déroulement de vos actions et au plus tard **avant le 14 janvier 2011**. Au delà de cette date, l'entreprise ne pourra plus bénéficier de l'aide de la CNSA, du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES et d'UNIFORMATION au titre de son plan de formation annuel.

A l'issue de chaque action de formation, un dossier de remboursement devra être constitué comprenant :

- Un imprimé de demande de règlement indiquant les coûts réels de l'action,
- La fiche justificative des remboursements au titre de la rémunération et des frais annexes récapitulant par stagiaire les rémunérations et les frais annexes relatifs à la réalisation de l'action de formation. (**annexe 2**).
- La convention de formation signée par l'organisme de formation et l'employeur qui mentionne s'il y a lieu les heures de stage pratique,
- La facture originale de l'action de formation acquittée,
- Les attestations de présence signées par l'organisme de formation ainsi que par les stagiaires,

Pour le remboursement des frais annexes, UNIFORMATION paiera les coûts réels certifiés dans la limite des barèmes plafond d'UNIFORMATION.

ARTICLE 4 : CONTROLE ET SUIVI

L'entreprise a été informée par l'OPCA UNIFORMATION de la possibilité d'être soumis à un contrôle par les différentes instances publiques concernées ainsi que par les organes nationaux de contrôle.

L'Entreprise doit conserver les pièces justificatives des dépenses mentionnées dans l'annexe 2 (particulièrement les bulletins de salaire des bénéficiaires de formation).

L'entreprise s'engage, en cas de contrôle opéré par toute autorité nationale et habilitée, à présenter toutes les pièces justificatives qu'il devra conserver durant **10 ans après le dernier paiement**.

ARTICLE 5 : FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE

L'entreprise bénéficiaire s'interdit de solliciter, relativement aux actions de formation faisant l'objet de la présente convention, une aide complémentaire non prévue (cf. article 2).

ARTICLE 6 : PUBLICITE

L'entreprise s'engage à indiquer à tous les bénéficiaires et au public concerné la participation de la CNSA et du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES.

Toute publication ou communication relative au projet cofinancé devra faire mention de la CNSA et du CONSEIL REGIONAL MIDI-PYRENEES.

ARTICLE 7 : PROPRIETE INTELLECTUELLE

Toute utilisation à des fins commerciales ou non des travaux, études, résultats, sous quelques supports que ce soit, subventionnés par la CNSA, doit recevoir l'accord exprès préalable de l'administration.

ARTICLE 8 : REVERSEMENT, RESILIATION ET LITIGE

En cas de non respect des clauses de la présente convention et en particulier de la non exécution totale ou partielle de l'opération, de l'utilisation des fonds non conforme à l'objet de la présente convention ou de refus par l'organisme de se soumettre aux contrôles, l'Etat peuvent mettre fin à l'aide. L'OPCA pourra exiger le reversement des sommes versées, s'il y a lieu.

L'entreprise qui souhaite abandonner son projet peut demander la résiliation de la convention, il s'engage alors à reverser à UNIFORMATION les sommes indûment perçues dans les plus bref délais.

ARTICLE 9 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention prend effet à compter du 1er janvier 2010 et se termine le 31 décembre 2010.

Fait à Toulouse, le 17 juin 2010

En deux exemplaires

Pour : ARIEGE ASSISTANCE AMFPA
Le Directeur Général

Monsieur GUARINO

Signature et cachet

Pour UNIFORMATION
La Déléguée Inter Régionale

Michèle DELCOURT

Signature et cachet

PLAN DE FORMATION CO-FINANCE 2010

ANNEXE 1

| DEPARTEMENT | Entreprises | CODIFICATION FORMATION | ACTIONS DE FORMATION | EFFECTIF STAGIAIRE | TOTAL HEURES STAGIAIRES (théorie + pratique uniquement et stage hors employeur) | COÛTS PEDAGOGIQUES | Hébergement, Repas, Déplacements | REMUNERATION STAGIAIRES si remplacement | COÛT TOTAL DE L'ACTION | CNSA | CONSEIL REGIONAL | UNIFORMATION Dispositif Professionnalisatio | ENTREPRISE |
|-------------|-------------------|------------------------|--|--------------------|---|--------------------|----------------------------------|---|------------------------|-----------|------------------|---|------------|
| 09 | Ariège Assistance | MCAD | Mention Complémentaire d'Aide à Domicile | 7 | 5 243 | 28 053,00 | 13 000,00 | 61 836,51 | 102 889,51 | | 34 338,16 | 47 973,45 | 20 577,90 |
| 09 | Ariège Assistance | MCAD | Mention Complémentaire d'Aide à Domicile | 2 | 1 498 | 8 015,00 | 5 500,00 | 17 760,98 | 31 275,98 | | 11 314,08 | 13 706,70 | 6 255,20 |
| 09 | Ariège Assistance | DEAS | Diplôme d'Etat d'Aide Soignant | 2 | 1 260 | 3 072,96 | 5 500,00 | 16 300,00 | 24 872,96 | | | 22 680,00 | 2 192,96 |
| 09 | Ariège Assistance | DEAS | Diplôme d'Etat d'Aide Soignant | 1 | 595 | 1 451,12 | 2 500,00 | 7 735,00 | 11 686,12 | | | 10 710,00 | 976,12 |
| 09 | Ariège Assistance | DEAS | Diplôme d'Etat d'Aide Soignant | 5 | 3 150 | 7 682,40 | 12 000,00 | 40 000,00 | 59 682,40 | | | 56 700,00 | 2 982,40 |
| 09 | Ariège Assistance | FONCTION TUTORALE | Formation tuteur | 12 | 168 | 3 196,00 | 360,00 | 2 016,00 | 5 572,00 | 3 900,00 | | | 1 672,00 |
| 09 | Ariège Assistance | HANDICAP | Formation handicap AVS | 48 | 1 680 | 19 000,00 | 4 100,00 | 22 170,00 | 45 270,00 | 31 689,00 | | | 13 581,00 |
| 09 | Ariège Assistance | HANDICAP | Formation handicap RS | 12 | 420 | 4 750,00 | 1 036,00 | 7 560,00 | 13 346,00 | 4 050,00 | | | 9 296,00 |
| 09 | Ariège Assistance | EVALUATION | Formation DESIR | 12 | 168 | 1 900,00 | 414,00 | 3 024,00 | 5 338,00 | 1 620,00 | | | 3 718,00 |

| | |
|-------------------------|---------|
| COÛT TOTAL | 299 933 |
| CNSA | 41 259 |
| CONSEIL REGIONAL | 45 652 |
| UNIFORMATION | 151 770 |
| ENTREPRISE | 61 252 |
| | 14% |
| | 15% |
| | 51% |
| | 20% |

UNIFORMATION SUD

ANNEXE 15

Foix le 8 juin 2010

TARIF DE REFERENCE DEPARTEMENTAL POUR LE CALCUL DES PLANS D'AIDE DANS LE CADRE DE L'APA 2010 applicable en 2010

DOCUMENT A DIFFUSION INTERNE EXCLUSIVEMENT Y COMPRIS CLIC ET E.M.S. CHIVA

| ORGANISMES PRESTATAIRES | | | | |
|---|--------------------------------|---------|--|----------------------------------|
| SERVICES PRESTATAIRES AUTORISES | ARRETE TARIFS HORAIRES 2010 | | TARIF APA (85 % du tarif avec plafond) | |
| | AED | AVS | aides ou employés à domicile (AED) | auxiliaires de vie sociale (AVS) |
| Association Ariège Assistance | 20 € 23 | 24 € 65 | 16,63 € | 20,47 € |
| CCAS de Mazères | 13 € 66 | 13 € 87 | 11,61 € | 11,79 € |
| Association La Lausada La Bastide/L'Hers | 17 € 45 | 20 € 04 | 14,83 € | 17,03 € |
| AJE-PRO | 17 € 31 | 20 € 42 | 14,71 € | 17,36 € |
| Association Bleu Printemps | 16 € 77 | 19 € 72 | 14,25 € | 16,76 € |

| SERVICES PRESTATAIRES (agrément qualité) | TARIFS HORAIRES 2010 | | TARIF APA (85 % du tarif le moins élevé pour les services agréés avec plafond) | |
|---|-------------------------|---------|--|----------------------------------|
| | AED | AVS | aides ou employés à domicile (AED) | auxiliaires de vie sociale (AVS) |
| Association Couserannaise de Maintien à Domicile (A.C.M.A.D.) | 17 € 61 | 19 € 40 | 14,97 € | 16,49 € |
| Association Le Cantou – Tarascon | 15 € 80 | 17 € 80 | 13,43 € | 15,13 € |
| SARL Bouillotte et chaudron | 19 € | 21 € 35 | 16,15 € | 18,15 € |
| Association intermédiaire AAPRE | 16 € 36 | 18 € 40 | 13,91 € | 15,64 € |
| Association « T'Accompanhi » - Vicdessos | 17 € 85 | 19 € 47 | 15,17 € | 16,55 € |
| Entreprise Générations Domicile | 18 € 85 | 19 € 12 | 16,02 € | 16,25 € |
| Entreprise A.A.S.A.P. LEZAT | 19 € 30 | 24 € 12 | 16,41 € | 20,47 € |
| Sarl CAPAD adhap services | 21 € 36 | 23 € 82 | 16,63 € | 20,25 € |
| Sarl IM-CO Services | | 23 € 80 | | 20,23 € |

| TARIF APA EMPLOI DIRECT | Emplois non qualifiés | Emplois qualifiés |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|
| organismes mandataires agréés | 10,50 € | 12,00 € |
| emplois directs (gré à gré) | 9,45 € | 10,00 € |

| Services divers | TARIF APA |
|---|---|
| Tarif nuitée | 39 € (255,82 F) par nuit |
| Téléassistance | 21,21 € par mois |
| Portage de repas | 80 € (524,77 F) par mois maximum pour une personne seule ou un couple maxi 100 € (655,96 F) par mois |
| Prise en charge du matériel à usage unique pour incontinence (couche et alèse) | |
| Accueil temporaire | prix de journée de l'établissement plafonné à 45 € (295,18 F) |
| Accueil de jour | prix de journée de l'établissement limité à 23 € la journée ou 10 € la demi-journée limitée à 9 jours de prise en charge mensuelle |
| Famille d'accueil | tarif des services rendus (y compris sujétions particulières) par les accueillants familiaux agréés par le Conseil Général, en fonction du contrat d'accueil |
| Transport spécialisé | limité à 20 € (131,19 F) par mois |
| Tarif de jardinage | limité à 20 € (131,19 F) par mois |
| Soins esthétiques | (seul le déplacement de l'intervenant au domicile de la personne âgée est pris en charge) : 15 € (98,39 F) par mois |
| Aides techniques ou habitat | au cas par cas pour un montant maximum de 1525 € (10 003,34 F) , au delà de cette somme, utiliser les aides classiques déjà existantes (PACT, Sécurité Sociale, caisses de retraites...) |
| Autres dépenses concourant à l'autonomie du bénéficiaire | en fonction de devis. |

Annule et remplace le tarif de référence départemental du 11 mars 2010

La directrice adjointe de l'ADS, Valérie PIQUEMAL



ANNEXE 16

EXTRAIT de l'ÉTUDE SUR LE METIER
DE RESPONSABLE DE SECTEUR
DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT
À DOMICILE

Document de synthèse

Patricia BOHOLLO
Conseil et Formation en Management par les compétences
et Développement des Ressources Humaines

REFERENTIEL D'ACTIVITES ET DE COMPETENCES

| | ACTIVITES CENTRALES | ACTIVITES PERIPHERIQUES |
|--|--|---|
| RECEPTION ET MISE EN PLACE DE LA PRESTATION | <ol style="list-style-type: none"> 1. Réceptionner et analyser la demande afin de définir la prestation adaptée ainsi que la démarche à suivre. 2. Préparer la mise en place de l'action en relation avec l'intervenant(e) à domicile et le bénéficiaire. | |
| SUIVI DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS | <ol style="list-style-type: none"> 3. Superviser le déroulement de l'intervention et, le cas échéant, résoudre les difficultés et problèmes rencontrés. 4. Suivre l'évolution des besoins des bénéficiaires et ajuster la prestation en relation avec les organismes compétents. | <ol style="list-style-type: none"> 7. Evaluer la satisfaction des clients. 8. Identifier les situations à risque chez des bénéficiaires et alerter les services compétents. |
| MANAGEMENT D'EQUIPE | <ol style="list-style-type: none"> 5. Planifier les interventions et organiser l'activité des personnels d'intervention, en intégrant au fur et à mesure les événements imprévus. 6. Coordonner l'activité. | <ol style="list-style-type: none"> 9. Recruter les personnels d'intervention. 10. Apprécier le travail des personnels d'intervention. 11. Favoriser le développement des compétences des personnels d'intervention. 12. Valider les informations nécessaires sur les temps de travail des personnels d'intervention pour la paie et la facturation. |
| DEVELOPPEMENT ET RELATIONS EXTERIEURES | | <ol style="list-style-type: none"> 13. Promouvoir l'offre de service de l'association et son image. 14. Développer et entretenir des réseaux opérationnels sur son territoire |

ACTIVITES ANNEXES

- Encadrer un personnel administratif.
- Tutorer un responsable de secteur pour l'accompagner dans la prise de fonction ou un stagiaire.
- Conduire un projet organisationnel.

ACTIVITES CENTRALES

DOMAINE I

RECEPTION ET MISE EN PLACE DE LA PRESTATION

Activité 2 : Préparer la mise en place de l'action en relation avec l'intervenant(e) à domicile et le bénéficiaire.

Sous-activités

- Programmer l'intervention en fonction des besoins et souhaits du client, des disponibilités du personnel d'intervention, des contraintes réglementaires.
- Transmettre l'information et la documentation requises ou utiles au client et au personnel d'intervention.
- Elaborer la relation contractuelle (devis, contrat de prestation).

| SAVOIRS FORMALISES | SAVOIRS NON FORMALISES |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><i>Savoirs théoriques et connaissances</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Caractéristiques des publics aidés - Législation du travail, réglementation du travail annualisé - Cadre réglementaire de l'intervention à domicile <p style="text-align: center;"><i>Savoirs procéduraux et techniques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandations de la démarche qualité - Plan d'aide (s'il y a lieu) - Etat des durées de travail des salariés - Procédure de planification de l'activité du secteur - Logiciel de planification - Procédure de recrutement - Règlement interne - Procédure d'élaboration d'un contrat de prestation - Procédure de mise en place d'une première intervention - Documents de l'association à remettre au client et au personnel d'intervention | <p style="text-align: center;"><i>Savoirs pratiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repérage des conditions de réussite de l'intervention liées à la dimension relationnelle et affective <p style="text-align: center;"><i>Savoir-faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réunir les éléments utiles pour la mise en place des contrats de prestation ou de mandatement - Identifier le personnel d'intervention adapté à la nature des prestations, au type de financement, à la personne aidée et à la situation en fonction de la qualification, des compétences requises, de l'expérience, de sa disponibilité, ... - Planifier la nouvelle prise en charge - Informer le client des modalités de mise en place de la prestation (personnel d'intervention affecté, horaires, délai, rappel du cadre général de l'intervention...) - Négocier, argumenter les priorités du service - Synthétiser et transmettre (oralement et/ou à l'écrit) l'information utile sur l'intervention au personnel d'intervention - Alerter le personnel d'intervention sur les aspects délicats de l'intervention |

ACTIVITES CENTRALES

DOMAINE II SUIVI DE LA QUALITE DES INTERVENTIONS

Activité 4 : Suivre l'évolution des besoins des bénéficiaires et ajuster la prestation en alertant les organismes compétents.

Sous-activités

- Recueillir les demandes de modification ou d'ajustement de la prestation à l'initiative du bénéficiaire ou son entourage et apporter les solutions adéquates.
- Réévaluer à périodicité définie les besoins.
- Demander une modification ou un renouvellement de la prise en charge auprès des organismes compétents.
- Informer des modifications de la prestation.

| SAVOIRS FORMALISES | SAVOIRS NON FORMALISES |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><i>Savoirs théoriques et connaissances</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le financement de l'aide à domicile, les principaux acteurs, leur rôle et leur action (caisses de retraite, Conseil Général, autres financeurs) - Caractéristiques des populations âgées et des effets du vieillissement - Caractéristiques des populations handicapées - Les besoins induits par les pathologies plus fréquentes chez les personnes aidées (Alzheimer, parkinson, sida,...) - Les acteurs de l'intervention à domicile du secteur sanitaire et médico social | <p style="text-align: center;"><i>Savoirs pratiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des différents aidants, des interlocuteurs des organismes financeurs et autres partenaires |
| <p style="text-align: center;"><i>Savoirs procéduraux et techniques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédures de réévaluation des prises en charge en cas d'aggravation - Procédures de renouvellement des prises en charge (internes et externes) - Procédure interne de suivi et d'évaluation des besoins des personnes aidées - Procédure d'avenant au contrat de prise en charge - Logiciel informatique - Procédure de clôture d'une prestation client | <p style="text-align: center;"><i>Savoir-faire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecouter, questionner, reformuler - Repérer les indices d'une modification des besoins de la personne dans les comptes-rendus du personnel d'intervention ou bien dans les demandes de la personne aidée ou de la famille - Identifier les besoins ne relevant plus des attributions du personnel d'intervention et interpeler les acteurs susceptibles d'y répondre - Ajuster l'intervention en coordination avec les autres intervenants auprès de la personne et avec les financeurs - Elaborer les dossiers de demande de modification ou de renouvellement de la prise en charge - Co-évaluer une situation à la demande de partenaires instructeurs - Rendre compte ; enregistrer les modifications de la prestation |

Périmètre ; Emploi-type d'Assistant de Vie

Problématique : Professionnaliser des AVQ dans l'assistance / Handicapés psychiques

Domaine inter-métiers Ex : Domaine Relationnel / Relations externes

Domaine métier

Ex : Communication avec les intervenants à domicile

Domaine Emploi-type / Emploi Ex : Communication avec les professionnels de santé

Domaine / Fonction / Poste Ex : Communication avec les Infirmiers à Domicile

ANNEXE 17

| Activités / Tâches | Savoir | Savoir-Faire | Savoir-Etre | Résultats |
|--------------------|--------|---|---|-----------|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Posséder des notions sur la maladie psychique du bénéficiaire- Connaître les rôles respectifs des divers intervenants à domicile- .../... | <ul style="list-style-type: none">- Savoir informer les Infirmiers sur les faits significatifs perçus à l'occasion des interventions d'assistance de vie à Domicile auprès du bénéficiaire- Contribuer à l'esprit d'équipe interdisciplinaire- Rester Vigilante dans l'observation au quotidien du Bénéficiaire | |

Echelle de niveaux d'appréciation individuelle

Ex : Apprend / Réalise / Maîtrise / Domine /

Echelle de développement du Professionnalisme dans l'emploi

Ex : Débutant / Confirmé / Référent

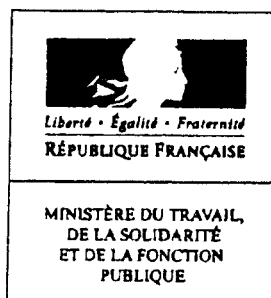
Echelle de palliers de carrière dans le métier

Ex : Pallier 1 / Pallier 2 / Pallier 3

Echelle de positionnement inter-métiers

Ex : Informer ; Echanger expliquer ; Coordonner ; .../...

ANNEXE 18



DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

INTERVENANTS A DOMICILE AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La problématique de la professionnalisation

I – Le rôle de la DGCS en matière de professionnalisation et les principes conducteurs

1- Le rôle de la DGCS dans la professionnalisation des intervenants du secteur social et médico-social

La DGCS a pour vocation le développement des politiques dans le domaine de l'aide et l'accompagnement social des personnes. Or, la formation et la qualification des professionnels du travail social constituent l'un des éléments déterminants de la qualité et de l'efficacité des actions mises en œuvre dans le cadre des politiques sociales.

Il s'agit ainsi pour la DGCS, en lien étroit avec les conseils régionaux en charge depuis la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales de définir et mettre en œuvre leur politique de formation des travailleurs sociaux, de définir des certifications qui permettent de créer de véritables métiers, et de répondre le plus efficacement possible aux besoins des personnes dont elle a la charge. D'où la recherche de l'amélioration et de l'adaptation constante des qualifications, afin d'accompagner le mieux possible les politiques publiques.

2- Les principes conducteurs

L'article L.451-1 du CASF indique que « *Les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion du droit au logement, de la cohésion sociale et du développement social. Les diplômes de travail social sont délivrés par l'Etat ..., dans le respect des orientations définies par le ministre chargé des affaires sociales..* »

Les « orientations pour les formations sociales 2007-2009 » guident cette action en proposant différents principes conducteurs :

- permettre aux professionnels d'exercer leur activité dans des champs variés afin en particulier de prévenir l'usure professionnelle : il s'agit ainsi de favoriser le décloisonnement entre social, médico-social voire sanitaire mais aussi entre établissement et domicile, afin d'offrir des perspectives d'évolution d'un lieu d'exercice à un autre, d'un public à un autre,
- prévoir systématiquement des passerelles entre les diplômes, ce qui est déjà largement le cas,
- favoriser l'accès à la qualification par toutes les voies possibles : formation initiale, continue, apprentissage, VAE....
- Considérer l'importance de la formation tout au long de la vie, afin de favoriser l'adaptation à l'emploi et l'évolution ou l'approfondissement des compétences.

Ce sont ces principes qui ont ainsi guidé la refonte des diplômes qui sont des diplômes génériques, correspondant à un véritable métier défini en grands domaines de fonctions/activités et de compétences, et qui ont pour but d'éviter d'enfermer leur titulaire dans des filières trop étroites.

II- Enjeux et problématique de la professionnalisation des intervenants au domicile des personnes en situation de handicap

Ces enjeux sont doubles :

1- Il y a tout d'abord les enjeux de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile de façon générale

Ces enjeux sont en effet importants et divers du fait des difficultés que tout le monde connaît qui caractérisent ce secteur : relative faiblesse des rémunérations, importance du temps partiel, du multi employeur, conditions de travail souvent difficiles, absence de valorisation des métiers, insuffisantes perspectives, auxquels s'ajoute un taux de qualification encore bas, bien qu'en progression.

Il est néanmoins bon aussi de rappeler que si les difficultés sont nombreuses, ce secteur a su évoluer et se structurer depuis une vingtaine d'années avec la création de la CPNE, l'OPCA UNIFORMATION, les accords salariaux etc...

Sur le plan de l'accès à la qualification et à la formation, ainsi que sur le développement de la GPEC, une évolution positive doit être soulignée, même si un certain nombre de difficultés demeurent, en particulier d'ordre financier.

- La création du DEAVS (diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale) en 2002 qui succédait au CAFAD, qui a été ouvert à la VAE dans la foulée, puis réorganisé en 2007, témoigne de l'importance que la DGCS accorde au développement du secteur de l'aide à domicile. Le DEAVS est en effet le diplôme de travail social de référence pour l'intervention à domicile des personnes fragiles.

En 2007, 3634 personnes ont obtenu le DEAVS par la voie de la formation et 4487 par la VAE.

Si le DEAVS est le diplôme le plus attribué par VAE, il n'en reste pas moins que les parcours VAE demeurent souvent longs et difficiles pour les personnes. Aussi, l'action qui est menée aujourd'hui doit viser l'accompagnement des personnes tout au long de leur

démarche VAE. Egalement l'apprentissage qui constitue une des voies d'accès au diplôme doit être développé dans ce secteur.

Il convient de souligner également le travail qui a été mené en 2008 et 2009 dans le cadre de la CPC du travail social afin de rendre les diplômes de niveau V plus lisibles. Ce travail devra être poursuivi.

- L'évolution de la section IV du budget de la CNSA, qui a succédé au Fond de modernisation de l'aide à domicile est également caractéristique de la volonté de l'Etat d'investir dans et pour le secteur de l'aide à domicile.

La section IV de la CNSA permet le co-financement d'actions de modernisation et de formation qualifiante ou non des services d'aide à domicile. Les actions de formation ainsi financées sont essentielles, visant soit l'accès au diplôme (financement de la formation mais aussi accompagnement de la démarche VAE) soit la formation continue (adaptation à l'emploi, spécialisations, formations thématiques diverses...) pour les intervenants mais aussi pour les encadrants intermédiaires. L'accord-cadre 2009-2011 signé entre la DGAS, la CNSA et l'OPCA UNIFORMATION formalise l'engagement financier de la CNSA (Le montant de l'accord-cadre est de 13 M€ pour l'année 2009).

De même sur le plan de l'organisation des structures, ont été signées en 2008 des conventions nationales avec les têtes de réseau, en particulier UNA et ADMR comportant des volets sur le développement des pratiques professionnelles et la GPEC. Les structures ont ainsi la possibilité de se moderniser et de mieux organiser le travail, ce qui rejaillit sur les conditions de travail des personnes.

- On peut enfin noter la démarche expérimentale de construction de plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes comme une bonne illustration d'une méthode qui, tout en fixant de grands objectifs nationaux (faciliter l'identification des besoins, recruter, former, valoriser les métiers...) permet en s'appuyant sur les conseils régionaux, de favoriser synergie et complémentarité des interventions et des financements. Dans chacune des trois régions expérimentatrices une ou plusieurs des actions prévues au cours de l'année d'expérimentation (2009) visait plus particulièrement le secteur de l'aide à domicile, en contribuant à la professionnalisation et à la reconnaissance du secteur, à l'amélioration des conditions de travail ou au rapprochement entre demandeurs d'emplois et employeurs du secteur. Cela s'est traduit par exemple par l'élaboration de parcours d'accès à l'emploi, la promotion du tutorat (Alsace) par le soutien à la mise en place de groupes de paroles, par des mesures d'accompagnement post VAE permettant d'obtenir une qualification complète (NPC) par des mesures d'information et de sensibilisation générale à la GPEC (Centre). Une évaluation de cette expérimentation doit être réalisée dans les semaines qui viennent.

2- Il y a ensuite les enjeux liés à l'accompagnement des personnes en situation de handicap

Comme on l'a vu, les diplômes de travail social ont été entièrement revus, en fonction d'un certain nombre de principes arrêtés par les orientations. On considère ainsi que les diplômes de travail social, au nombre de 14, du niveau V au niveau I, doivent apporter une compétence générale et non spécialisée. Les diplômes de niveau V doivent apporter des outils permettant à leurs titulaires d'apprécier la situation particulière et les besoins de la personne accompagnée, ainsi que des compétences générales permettant un accompagnement et une action éducative quelque soit la personne et son état de fragilité. En d'autres termes, les

(titulaires du DEAVS ou du DEAMP (DE aide médico-psychologique) ne sont pas spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées ou des personnes âgées en perte d'autonomie mais ont une compétence générale (même si, dans la réalité, les titulaires du DEAMP qui ont davantage vocation à travailler dans les établissements ou services, sont plus particulièrement sur le champ du handicap alors que les DEAVS, qui eux exercent en principe plutôt au domicile, vont être surtout dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes).

L'accompagnement des personnes en situation de handicap pose de ce fait un certain nombre de difficultés liées à la non spécialisation des diplômés entre PA et PH, mais surtout à la diversité des situations des personnes, et à la diversité des handicaps existants. Il est évident que l'accompagnement d'un enfant trisomique par exemple nécessite des compétences tout à fait particulières que n'aura pas forcément un titulaire du DEAVS.

Mais en même temps, la solution ne peut pas consister à créer des diplômes par type de handicap (ou de maladie), car cela aboutirait à enfermer les intervenants dans des cadres trop limités et à brouiller le panorama des formations.

D'où l'importance de considérer que toute la qualification ne peut être apportée uniquement par le diplôme et qu'il convient de développer la formation continue ou d'adaptation à l'emploi. Ceci constitue pour nous un nouveau défi, essentiel pour améliorer la qualité du service rendu.

Fabienne Hiegel
Chargée de mission
DGCS bureau des professions sociales

