

HANDÉO'SCOPE



Le baromètre de l'observatoire national
des aides humaines

Ce baromètre s'adresse à tous les acteurs concernés par les aides humaines et à l'autonomie. Il permet de valoriser et de mieux connaître les politiques locales à l'égard des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD) dans le secteur du handicap.

Il s'appuie sur les schémas régionaux 2012-2016 et le dernier schéma départemental accessible sur Internet au 1^{er} juin 2016.

Schémas « handicap » régionaux et départementaux : Quelle place donnée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ?



Avec le soutien de



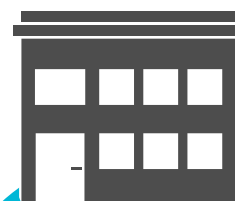
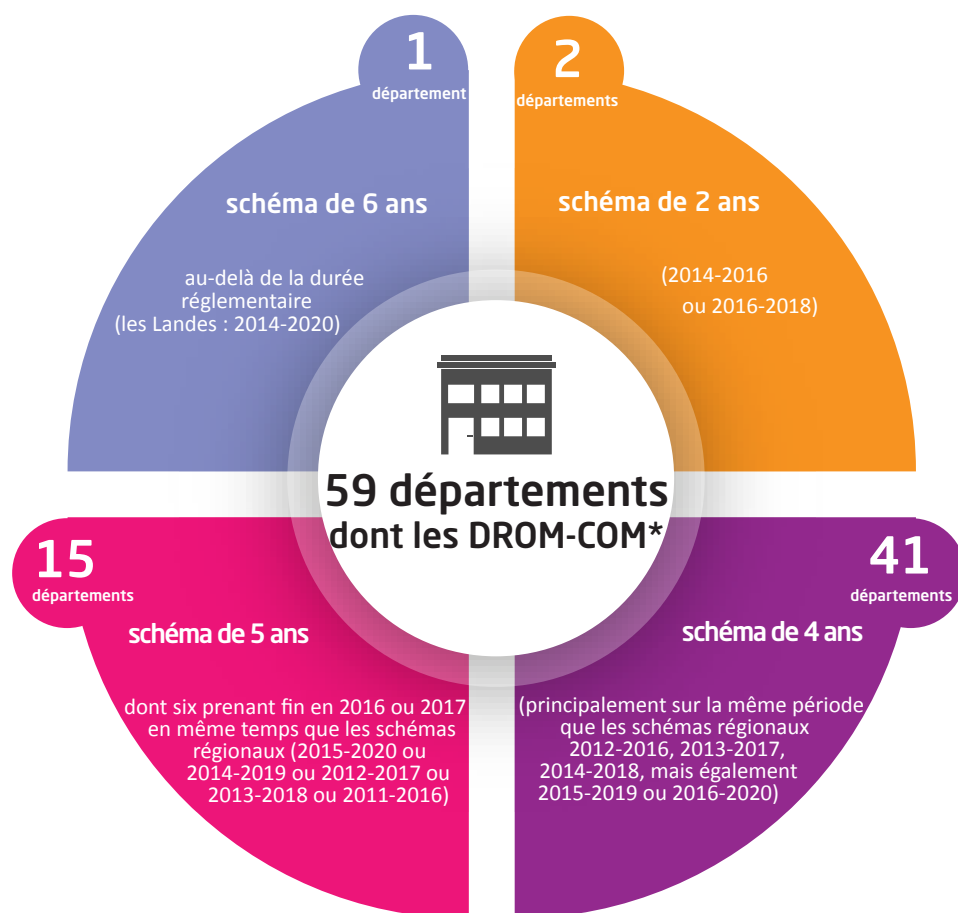
Méthodologie du baromètre thématique de février 2017



L'objectif de ce baromètre est de réaliser une analyse synthétique de la **place des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans les schémas « handicap » départementaux et régionaux.**

La première phase de l'étude a consisté à rechercher sur « google » du 1^{er} Juin 2016 au 10 juin 2016 les schémas départementaux et régionaux. Les mots clés recherchés étaient « schéma handicap départemental [nom du département] » et « schéma régional d'organisation médico-sociale [nom de la région] ».

Période de validité des schémas



38 départements (dont les DROM-COM)

indiquent sur leur site Internet des schémas qui ne sont plus en cours de validité au 1^{er} juin 2016.



3 départements

où aucun schéma «handicap» n'a été trouvé

Mayotte, Loiret, Haute-Garonne.

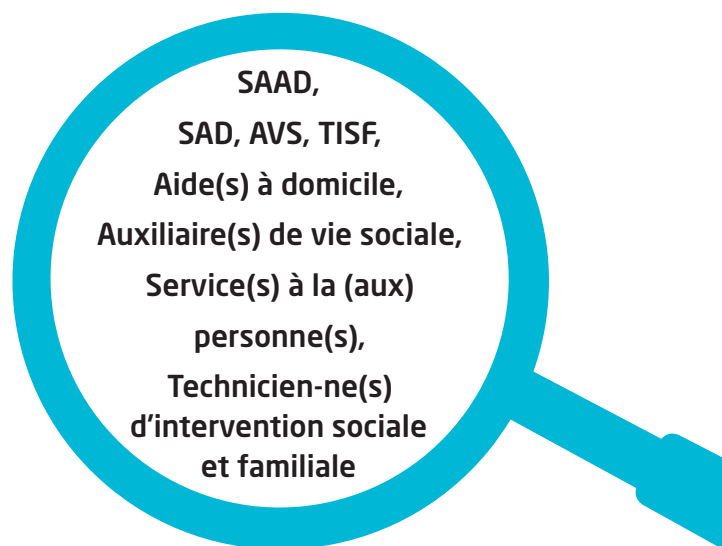
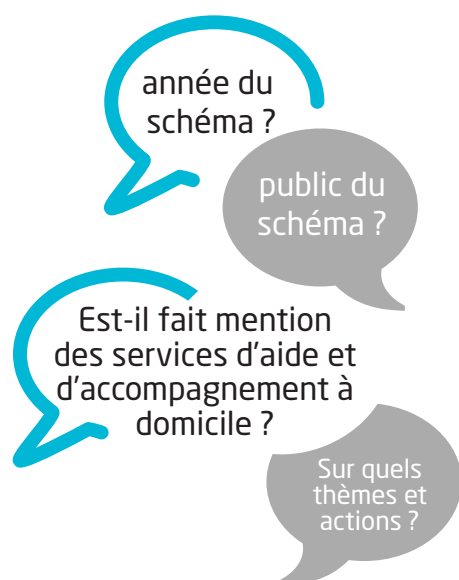
***59 départements** (dont les Drom-Com) indiquent sur leur site Internet un **schéma en cours de validité au 1^{er} Juin 2016** (ou a transmis à l'Observatoire national des aides humaines un schéma en cours de validité). Chacun de ces schémas peut avoir une durée de validité maximum de cinq ans et être révisé à tout moment par le Conseil Départemental.



26 schémas régionaux (anciennes régions) 2012-2016 ou 2012-2017 ou 2013-2017 ont été trouvés

Dans chaque schéma, l'Observatoire national des aides humaines a recherché les informations suivantes :

Les mots clés privilégiés pour identifier si le schéma faisait mention de ces services ont été :



Point de vigilance méthodologique :



Certains schémas départementaux « handicap » peuvent dissocier le public adulte et enfant/adolescent. Cependant, il n'a pas été trouvé de département où ces deux schémas pouvaient être conjointement en cours de validité au 1^{er} juin 2016 et accessibles sur Internet. En 2010, l'ANCREAI avait identifié 13 départements dans cette situation¹.

Schémas « Enfance et Famille » :



D'autres départements ont inclus **une fiche action ou un axe de travail sur les enfants/adolescents en situation de handicap dans les schémas « enfance et famille »**. Cependant, ceux en cours de validité ne mentionnent pas directement les SAAD. Lorsqu'ils le font, ils le font par l'intermédiaire des TISF et le lien avec le handicap n'est pas précisé. En outre, ces schémas proposent une entrée très spécifique pour envisager le handicap car ils le font sous l'angle de la protection de l'enfance. Ces schémas n'ont donc pas été pris en compte dans l'analyse.

¹ ANCREAI, « Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale », Juin 2011

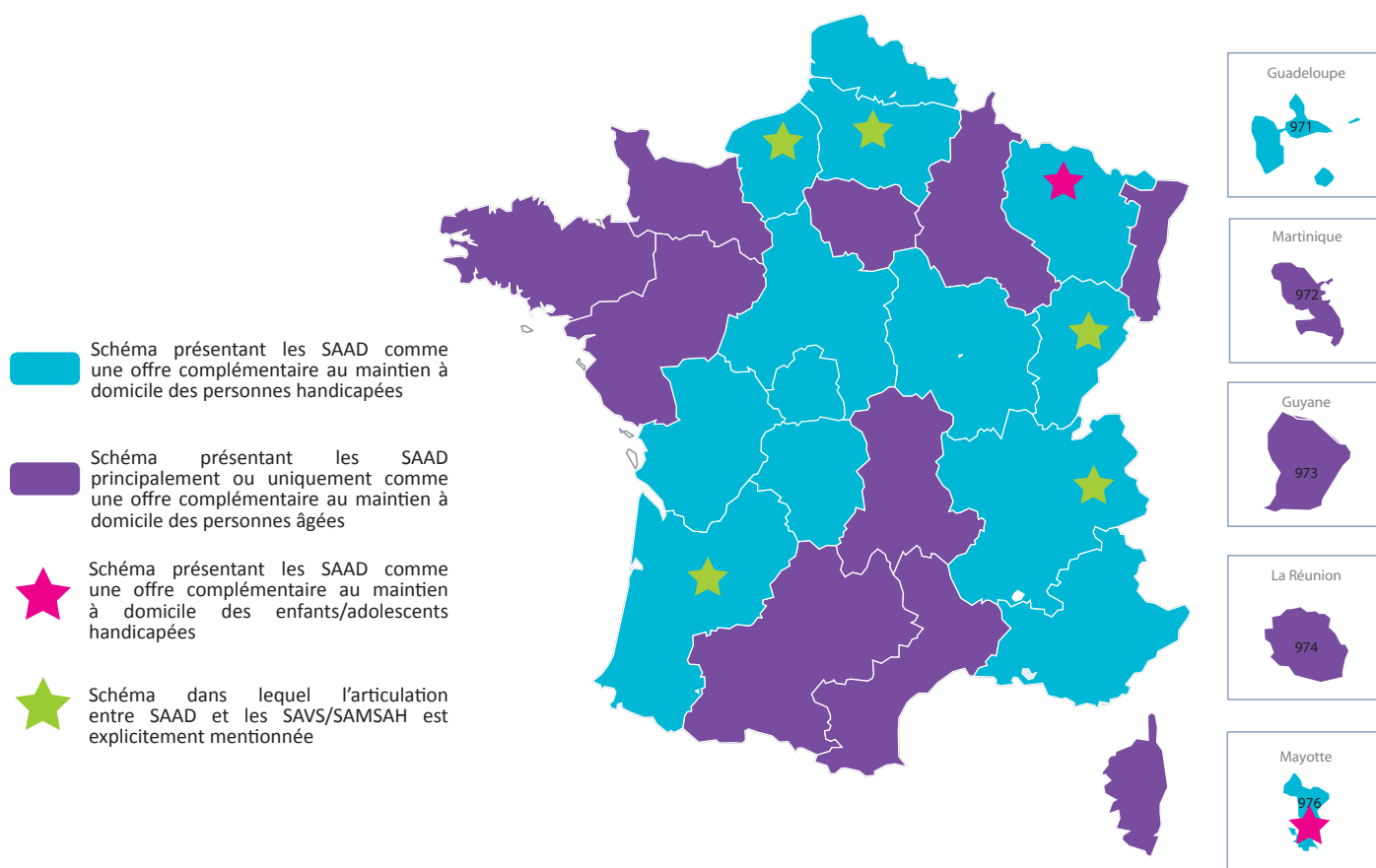


Les SAAD dans les schémas régionaux

Au niveau régional, le dossier technique 2013 de la CNSA, « **SROMS, Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016** » indique que :

- « une seule ARS semble avoir fixé un objectif spécifique en matière de mise en place d'actions de prévention en direction des personnes handicapées à domicile en lien avec les SAAD ».
- « les ARS s'engagent à construire avec les conseils généraux les bases de protocoles de coopération entre les services d'aide à domicile (SAVS, SAD) et les SSIAD »
- « Plusieurs ARS projettent de renforcer sur les territoires les capacités d'accueil en services d'accompagnement à domicile – SAMSAH, SAVS, SAD, SSIAD, mais aussi projets innovants »

Les schémas régionaux d'organisation médico-sociaux en cours de validité au 1^{er} juin 2016



Bien que l'ensemble des schémas régionaux d'organisation médico-sociale mentionnent, explicitement ou implicitement, les SAAD comme participant au maintien à domicile des personnes vulnérables (personnes âgées/personnes handicapées), on peut noter que seulement :

- **12 schémas régionaux sur 26** mentionnent précisément les SAAD comme une offre complémentaire au **maintien à domicile des personnes en situation de handicap**
- **2 schémas régionaux** sur 26 mentionnent les SAAD comme une offre complémentaire pour **l'accompagnement d'enfants/adolescents en situation de handicap**

Cette offre complémentaire des SAAD ne porte pas sur toutes les dimensions et problématiques de l'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile, mais uniquement sur un aspect.

Cette perspective parcellaire ne concerne le plus souvent qu'une ou deux dimensions. Il peut s'agir :

- de l'articulation entre l'aide et le soin :
 - ▶ Haute Normandie
 - ▶ Aquitaine
 - ▶ Limousin
 - ▶ Franche Comté
 - ▶ Picardie Bourgogne
 - ▶ Guadeloupe
- du renforcement des compétences des SAAD
 - ▶ Rhône Alpes
 - ▶ Franche Comté
 - ▶ PACA
 - ▶ Poitou-Charentes
 - ▶ Centre Val de Loire
 - ▶ Nord Pas de Calais
 - ▶ Guadeloupe
- de la coordination et de la cohérence des actions entre les services relevant notamment des compétences de l'ARS et de ceux relevant exclusivement de celles du Conseil Départemental
 - ▶ Aquitaine
 - ▶ Rhône Alpes
 - ▶ Lorraine
 - ▶ Franche Comté
 - ▶ Bourgogne
 - ▶ Haute Normandie
- du repérage des risques de maltraitements ou d'évolution de la situation
 - ▶ Nord pas de Calais
- de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
 - ▶ PACA
- de l'accompagnement des étudiants en situation de handicap
 - ▶ PACA
- de soutenir les proches aidants
 - ▶ Lorraine
 - ▶ Guadeloupe
- de valoriser les intervenants à domicile
 - ▶ Rhône Alpes
- de créer des établissements et services médico-sociaux ressources et d'appui à la vie à domicile
 - ▶ Rhône Alpes



ZOOM sur le Label Cap'Handéo Services à la personne

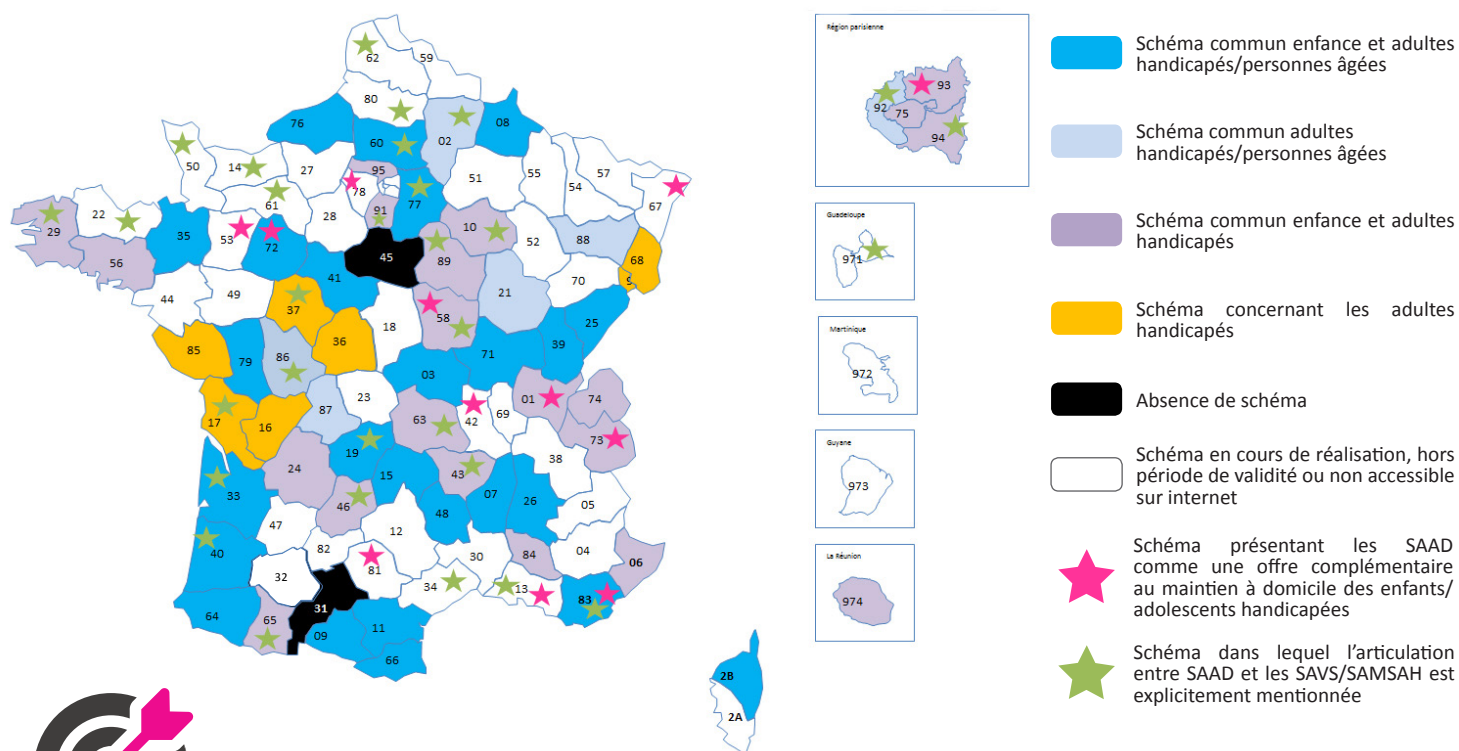
Le Programme Régional de Santé 2016-2018 des Hauts de France sur l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap dédie son action 14 à « soutenir le développement du Label Cap'Handéo Services à la personne ».



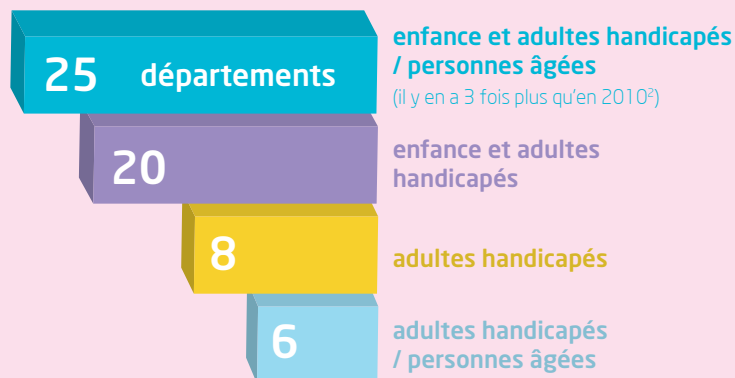
Les SAAD dans les schémas départementaux

Au niveau départemental, l'analyse de l'ANCREAI sur les schémas départementaux en cours de validité en 2010 (« Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale ») indique qu'« un renforcement des services à la personne est également envisagé dans divers schémas (Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Saône-et-Loire), que cela soit dans le cadre de la création de services (Alpes-Maritimes), d'une définition de leurs rôles et missions (Nord), d'une valorisation de l'agrément qualité (Moselle), ou d'une adaptation des interventions de ces services aux personnes handicapées (Cher) voire d'une professionnalisation (Doubs) ».

Les schémas départementaux « handicap » en cours de validité au 1^{er} juin 2016



Le public visé par les schémas départementaux



Nombre de département ayant un schéma en cours de validité au 1^{er} juin 2016.

Entre 2010 et 2016, 12 départements ont gardé le même public cible pour le schéma, mais la grande majorité des départements (46) a élargi son public. Par exemple, le Cantal avait en 2010 un schéma commun enfance et adulte handicapé. En 2016, le schéma a intégré également les personnes âgées.

Un seul département s'inscrit dans une logique inverse et a recentré son schéma sur un public plus spécifique. Le Haut-Rhin (département 68) avait un schéma commun enfance et adulte handicapé en 2010 alors que son schéma 2014-2016 est uniquement centré sur les adultes en situation de handicap.

² ANCREAI, « Comparaison nationale des schémas départementaux d'organisation médico-sociale », Juin 2011

Dans au moins 10 % des schémas en cours de validité au 1^{er} juin 2016, les SAAD n'apparaissent pas dans le diagnostic territorial comme une offre médico-sociale pouvant être proposée aux personnes en situation de handicap. En outre, plus de 80% de ces schémas ne présentent pas les SAAD comme pouvant intervenir auprès d'enfants/adolescents en situation de handicap.

Une partie des schémas communs personnes âgées / personnes handicapées mentionnent les SAAD, mais en les abordant principalement sous l'angle des personnes âgées. Par exemple, ils vont identifier un manque de reconnaissance ou de formation pour les professionnels de l'aide à domicile, mais cette problématique sera circonscrite à la maladie d'Alzheimer ou aux personnes handicapées vieillissantes.

Il pourra également s'agir d'une ellipse qui sera faite sur l'articulation qui peut exister entre les SAAD et les SESSAD / IME pour l'enfance/adolescence ou entre les SAAD et les SAVS / SAMSAH pour le secteur adulte ou de l'absence de précisions sur le rôle des SAAD dans la remontée des informations qui peut être faite sur l'évolution de la situation de la personne.

Ces différents éléments traduisent une forme d'« invisibilité sociale » des SAAD dans les politiques locales d'accompagnement du handicap, et en particulier des mineurs. L'invisibilité sociale est une notion utilisée dans le milieu universitaire à partir de 1949 pouvant décrire un processus de dissimulation, d'éviction, d'exclusion ou de discrimination³.

Malgré cette invisibilité sociale, la grande majorité des départements (y compris certains ne présentant pas les SAAD comme une offre médico-sociale) proposent des orientations et des actions à destination des SAAD dans leur schéma.

Parmi les 59 schémas en cours de validité au 1^{er} juin 2016, les SAAD ont pu être abordés à travers 6 grands types d'orientation :

■ L'amélioration de la qualité du service (formation, label, amplitude horaire, etc.)

- L'action principalement envisagée est le **soutien à la formation** ou la **mise en place de formation**. Certains départements précisent les thématiques à privilégier : les enfants (l'Ain), le handicap psychique (Cantal, Vendée), les écrits (Ardennes), le handicap « spécifique » (Territoire de Belfort).

La formation peut également prendre la forme de **sensibilisation** aux repérages des situations vulnérables (Cantal, Charente Maritime, Loire et Cher, hautes Pyrénées), à l'éducation de la santé (Alpes Maritimes, Sarthe, Deux Sèvres) à la prévention des risques professionnels (Ardèche, Deux Sèvres), à l'éthique et à la bientraitance (Nièvre, Pyrénées atlantiques, Territoire de Belfort).



³ Thomas J., « La notion d'invisibilité sociale ». Cultures et Sociétés, n° 16, 2010, pp. 103-109. La notion d'invisibilité sociale avait également été utilisée par Serge Ebersold et Anne Laure Bazin pour caractériser l'absence de reconnaissance des parents d'enfants en situation de handicap (Le temps des servitudes. La famille à l'épreuve du handicap, 2007, Edition PUR).

- Cette orientation peut également prendre la forme de **partage d'expérience, de groupes d'analyse de la pratique ou de soutien des professionnels** par la mise en place d'équipe pluridisciplinaire venant en appui des SAAD ou de tutorat. Par exemple, le schéma de l'Aisne précise que le département facilitera cette action par l'intégration de ces temps dans la tarification des services « autorisés ».
- Bien que les schémas l'explicitent rarement, l'amélioration de la qualité passe également, pour les SAAD, par **une meilleure prise en compte et implication des personnes en situation de handicap (et le cas échéant, de leurs proches aidants) dans leur propre accompagnement** (l'Aisne, la Gironde).
- La qualité passe également par l'intervention des SAAD dans des **zones non couvertes** (Ardennes, Ariège, Territoire de Belfort), par **l'élargissement des amplitudes horaires** pour intervenir la nuit ou plus tôt le matin par exemple (Ariège, Gironde, Ille et Vilaine, Pyrénées Atlantiques, Haute Savoie) ou par le **développement et la diversification des prestations** proposées (Ille et Vilaine Morbihan, Pyrénées Atlantiques, Seine et Marne, Seine Saint Denis, La Réunion). Le développement de cette offre peut notamment permettre de renforcer l'accompagnement à la vie sociale, l'inclusion sportive, culturelle et citoyenne (Gironde, Deux Sèvres, Ain).
- Cette orientation peut également prendre la forme de **soutien aux démarches qualités engagées par le service** ou à la mise en place de démarches qualités telles que des chartes ou labels par le Département (Aude, Landes, Pyrénées Orientales, Saône et Loire, Vienne). Il peut également s'agir de soutenir la mise en conformité avec les outils de la loi 2002-2 (Paris).

Z m sur le Label Cap'Handéo



Ce baromètre analyse uniquement les schémas départementaux en vigueur au 1^{er} juin 2016. Certains départements n'ayant pas de schéma en cours de validité à cette période ont néanmoins formalisé une convention avec la CNSA. C'est le cas par exemple de l'Eure (27), qui prévoit par exemple une « sensibilisation de 12 structures sur le label handéo et un accompagnement à la qualité » (convention 2016-2018). On peut également citer les Pyrénées-Atlantiques (64) qui ont un schéma départemental en cours de validité et qui ont formalisé une convention avec la CNSA 2016-2018 notamment pour « inciter les services intervenants auprès de personnes handicapées à entrer dans le processus de labellisation (HANDEO) ». De même pour la Drôme (26) qui propose « d'accompagner les services d'aide à domicile à la certification ou labellisation » dans le cadre de leur convention CNSA 2013-2016.

- Certains départements proposent de développer la mise en place de **temps de répit à domicile de type « baluchonnage »** (Aube, Oise, Val de Marne).

■ Le renforcement de l'accompagnement d'un public spécifique



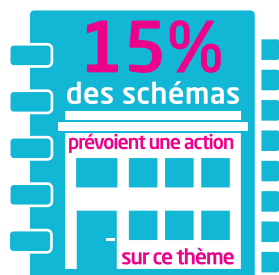
40% des départements souhaitent améliorer la qualité de l'accompagnement des SAAD auprès d'un public spécifique. Il s'agit le plus souvent des personnes handicapées vieillissantes, des personnes handicapées psychiques et/ou des proches aidants (40% à 50% des schémas proposant une fiche action incluant les SAAD dans l'accompagnement d'un public spécifique). Il peut également s'agir de l'accompagnement d'enfants/adolescents (6 occurrences), de personnes avec un trouble du spectre autistique (2 occurrences), de handicap moteur (2 occurrences), de handicap mental (1 occurrence), de handicap complexe (1 occurrence).

■ Le contrôle et le suivi de la qualité de l'accompagnement



10 % des départements souhaitent formaliser des CPOM ou des conventions et mettre en place des modalités d'évaluation ou un système de télégestion avec les SAAD. Cette orientation peut également se traduire en fiche action qui aura pour objectif d'**améliorer l'articulation entre les politiques publiques handicap, personnes âgées, enfance et d'inclusion sociale**.

■ La valorisation du métier d'aide à domicile



15% des départements prévoient de lutter contre « l'invisibilité sociale » des SAAD dans le champ du handicap et d'**améliorer leur image auprès du grand public et/ou des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire**. Un département (la Charente) propose également de mettre en place un groupe de travail, associant le Conseil Départemental, des représentants du secteur du handicap et des représentants du secteur de l'aide à domicile, afin d'élaborer une procédure qui permettrait aux personnes en situation de handicap de recourir plus facilement aux services d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette meilleure visibilité peut également passer par la formalisation d'un annuaire (par exemple Charente Maritime).



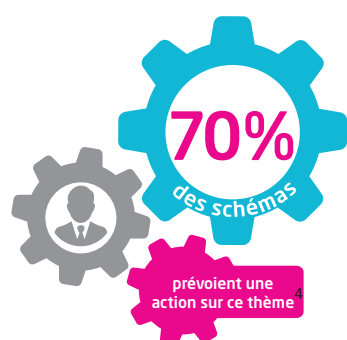
■ L'expérimentation ou le développement d'habitat partagé/regroupé



Au moins 25 % des schémas proposent une fiche action permettant de proposer ce type d'accompagnement (associée ou conditionnée éventuellement à la réalisation d'une étude).

■ La coordination et la coopération des SAAD avec les autres acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Les acteurs visés :



- L'**articulation envisagée est le plus souvent entre les SAAD et les SSIAD, les SAMSAH et les SAVS**. Eventuellement il peut s'agir du lien en SAAD et HAD ou les services hospitaliers. Un département pointe notamment une incompatibilité entre la PCH et la HAD (l'Ain).
- Cette orientation peut également passer par la **promotion de SPASAD** (SAAD+SSIAD), mais cette action est plus souvent promue pour accompagner des personnes âgées. La fiche action peut d'ailleurs viser explicitement une meilleure cohérence entre le champ des personnes en situation de handicap et les personnes âgées (par exemple la Vendée).
- Plus rarement (moins de 5% des schémas), la fiche action peut viser explicitement **une meilleure coordination avec le champ de la santé mentale** (par exemple la Sarthe, la Seine et Marne ou le Territoire de Belfort) ou une **meilleure cohérence des parcours pour les enfants/adolescents** en situation de handicap (notamment SESSAD, CAMSP et IME). Par exemple, le schéma du Var propose la formalisation d'un guide de bonnes pratiques qui précisera les articulations entre les différentes interventions à domicile auprès d'enfant (TISF, AVS, CESF, éducateur, etc.).

Les actions proposées :

- Les fiches actions concernant cette orientation proposent par exemple de mieux **définir le rôle, le public, la complémentarité et les limites d'intervention de ces services** (par exemple l'Aube, la Charente Maritime, la Haute Loire, l'Yonne). Dans le cas des SAAD et des SSIAD (ou SAMSAH), il s'agit notamment de mieux définir la frontière et l'articulation entre ce qui relève du soin et de l'aide (notamment pour la Haute Saône et la Seine et Marne). Un département (l'Allier) souhaite formaliser des fiches de poste permettant notamment de préciser les limites d'intervention des auxiliaires de vie sociale.
- Il peut également s'agir de **formaliser un référentiel de pratiques** des différents services (Puy de Dôme, Charente Maritime).
- Des schémas proposent de **présenter les différents acteurs du handicap aux SAAD** et de **favoriser une connaissance mutuelle** (Charente, Indre, Oise, Val de Marne),
- Des départements souhaitent favoriser des **rapprochements entre les SAAD et les SAVS ou les SAMSAH** par l'intermédiaire de convention, de plateforme de services, d'outils partagés ou de mutualisation de moyens (Aisne, Corrèze, Essonne Landes, Hauts de Seine, Hautes Pyrénées, Pyrénées Orientales, Var).
- Un département (le Morbihan) mentionne le fait de prendre en compte l'**impact du temps de coordination dans la tarification**.

⁴ A noter que le CREA-ORS Languedoc Roussillon ont réalisé une Étude-action sur le développement de coopérations territoriales entre établissements pour personnes âgées, pour personnes handicapées et services d'aide à domicile dans l'Hérault (phase 1, Juin 2015).



Méthodologie du baromètre HANDÉO'SCOPE

Le baromètre HANDÉO'SCOPE est une photographie issue des données existantes et disponibles à un moment donné. Il est également alimenté par les travaux de l'Observatoire national des aides humaines qui permettent de mieux comprendre les attentes et les besoins des personnes en situation de handicap vivant à domicile.

Et ce quels que soient l'origine du handicap (de naissance, acquis, liée à l'âge), le statut de l'aide humaine (familiale, professionnelle, bénévole) et le lieu d'habitation.

L'Handéo'Scope publie quatre baromètres par an :

- Un baromètre annuel sur le triptyque « handicap - aides humaines - domicile »
- Trois baromètres thématiques à partir des enquêtes réalisées par l'Observatoire

L'Observatoire national des aides humaines

Les situations de handicap peuvent survenir à la naissance, être acquises avant 60 ans ou après, présenter des différences selon le degré d'autonomie, le type de déficience (moteur, sensoriel, mental, cognitif ou psychique, polyhandicap), la pathologie (Alzheimer, Parkinson, VIH, Huntington, cancer, myopathie, psychose, etc.) et être évolutives.

Au regard de cette diversité, l'objectif de l'Observatoire est de réaliser **des études qui fournissent aux personnes en situation de handicap** (et à leurs proches aidants) **des connaissances** sur les aides humaines et sur l'autonomie afin de renforcer leur pouvoir d'agir.

En mesurant les écarts entre l'offre de prestations favorisant l'accessibilité de la vie dans la cité et les besoins des personnes handicapées vivant à domicile, l'Observatoire est aussi **un outil de gouvernance pour les services d'aide à domicile** ou les services contribuant à la qualité de vie en favorisant l'inclusion dans la cité (aides au transport, aides techniques, etc.), **les fédérations et réseaux** du secteur du domicile et du handicap, le secteur institutionnel médico-social et sanitaire et **les pouvoirs publics**.

L'Observatoire favorise la structuration et le développement d'une **offre adaptée et compétente** à partir d'une réflexion collective associant une pluralité de points de vue sur les actions à développer et à valoriser au regard des contraintes et des enjeux, parfois en tension, entre aides humaines, domicile et handicap.

C'est pourquoi l'Observatoire est conçu comme **un espace collaboratif et coopératif** associant les différents acteurs du secteur, et comprend deux instances : **le Comité d'orientation et le Conseil éthique et scientifique**. Le Comité d'orientation définit le programme pluriannuel de recherche, tandis que le Conseil éthique et scientifique veille à la rigueur méthodologique et au respect de l'éthique.

Membres de l'Observatoire





bien vivre
chez soi
et dans
la cité



Retrouvez-nous sur les réseaux sociaux !



OBSERVATOIRE PORTÉ PAR HANDÉO
www.handeo.fr