

Handicap 40 ANS D'ÉVOLUTION

BILAN &
PERSPECTIVES

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOUTENUS PAR LE CCAH

1^{ÈRE} ÉDITION - 2010

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1 - BILAN ET ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES FINANCÉS	6
> Les projets financés	6
> Les établissements médico-sociaux	9
> Les services améliorant la vie quotidienne	13
2 - UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPÉE	18
> Impacts de l'évolution législative sur l'accompagnement de la personne handicapée	18
> Accueil et hébergement : vers une meilleure prise en compte du projet de vie	18
> Des professionnels au service de la personne handicapée	22
> La spécificité de l'accompagnement du vieillissement	23
> Une évaluation des pratiques pour une amélioration de la qualité des prestations	26
3 - LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN MOUVEMENT	29
> Impacts de la loi HPST sur la gestion et l'organisation des structures médico-sociales	29
> Des partenariats renforcés	32
> Quels projets pour demain ?	34
CONCLUSION	39
GLOSSAIRE	40
ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES : QUELQUES DÉFINITIONS	40

INTRODUCTION

Depuis sa création en 1971, le Comité national Coordination Action Handicap (CCAH) promeut et soutient la création de structures d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées. En outre, afin de répondre de manière plus fine aux attentes de ces personnes, l'association a étendu son action depuis 2007 aux services améliorant la vie quotidienne.

Par cette implication, les membres du CCAH, notamment les institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco et les institutions de prévoyance, ont souhaité contribuer concrètement à l'augmentation du nombre de structures d'accueil ainsi qu'au développement de solutions nouvelles favorisant la vie sociale, l'autonomie et la citoyenneté des personnes handicapées. La composition même du CCAH, cœur de réseau regroupant des partenaires aussi variés que le secteur de la protection sociale, des entreprises, des mutuelles et des associations, reflète bien cette volonté de travailler, ensemble, pour une meilleure prise en compte des besoins des personnes handicapées.

En septembre 2010, près de 1 300 projets de construction, de réhabilitation, d'équipement d'établissements ou de création de services d'accompagnement ont ainsi pu bénéficier d'un soutien financier et d'un accompagnement des membres du CCAH.

Afin de dresser un bilan de l'activité de ces structures, d'effectuer un suivi sur l'accompagnement des personnes handicapées et de mieux appréhender les besoins futurs et les projets de développement, le CCAH a réalisé une enquête auprès des établissements et services

financés par ses membres, ainsi qu'auprès des organismes gestionnaires desdites structures.

Cette étude s'appuie sur deux types de données :

- des données quantitatives portant sur l'ensemble des établissements et services financés depuis 1971, soit 1 156 établissements et 48 services,
- les réponses aux questionnaires de l'enquête transmis à l'été 2009 à ces mêmes établissements et services ainsi qu'aux 660 organismes gestionnaires. Le taux de réponses fut de 67 % pour les établissements, 79 % pour les services et 68 % pour les organismes gestionnaires.

Ainsi, à travers ce document, le CCAH a souhaité présenter un bilan des projets soutenus pendant près de 40 ans et mettre en exergue les évolutions du secteur concernant les types d'établissements et de services créés, les populations ciblées, etc.

Cette étude entend, par ailleurs, examiner avec attention les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées, définir la place des professionnels dans cet accompagnement et plus globalement souligner les évolutions mises en place dans le sens d'une meilleure prise en compte du projet de vie de la personne.

C'est dans ce secteur en pleine mutation que le CCAH se propose de présenter quelques clés pour mieux comprendre les évolutions législatives à venir et leurs conséquences sur la gestion et l'organisation des structures médico-sociales et pour anticiper les projets futurs.

Joël Delgove
Président du CCAH

1

BILAN ET ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES FINANCÉS

> Les projets financés

Aujourd'hui, on peut estimer qu'il existe en France 11 675 établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ayant une capacité d'accueil totale de 373 100 places¹.

* Au moment du lancement de l'étude en juin 2009, le CCAH avait financé 1 218 projets : 1 170 projets d'établissements

correspondant à 1 156 établissements (14 structures ayant été soutenues deux fois), et 48 services dont 23 services médico-sociaux. L'ensemble de ces projets représente 10 % des ESSMS français.

* À travers son action, le CCAH a financé 5 849 places d'accueil.

La première partie de l'étude présente l'ensemble des projets financés depuis 1971, la répartition de ces projets et des places réservataires selon le type de structures, les régions, les populations accueillies, ainsi que l'évolution des projets au cours des 40 dernières années.

■ RÉPARTITION DES PROJETS PAR CATÉGORIE ■

Si des solutions d'accompagnement existaient avant les années 1970, le secteur médico-social s'est structuré avec les lois de 1975 et grâce aux associations de personnes handicapées et de leur famille.

Les types d'ESSMS sont définis par le code de l'action sociale et des familles : il en existe plus de 25 différents, selon la lourdeur du handicap, les activités proposées (occupationnelles ou professionnelles), selon l'âge de la population accueillie, ses besoins en termes d'accompagnement, selon son handicap, etc.

Afin d'avoir une vision plus globale du type de projets financés par le CCAH, il a été décidé de répartir l'ensemble des établissements et services par catégorie :

* Adultes - Structures non médicalisées : foyer de vie, foyer d'hébergement, centre d'accueil de jour (CAJ), maison-relais, habitat regroupé, complexe médico-social.

* Emploi et formation professionnelle : Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), entreprise adaptée, centre de rééducation professionnelle (CRP), service dédié à l'insertion et à la formation professionnelle.

* Adultes - Structures médicalisées : Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisée (MAS),

complexe médico-social, centre de rééducation fonctionnelle.

* Enfance : Institut Médico-Educatif (IME), accueil petite enfance, Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP), Institut d'Education Motrice (IEM), centre de rééducation fonctionnelle, SESSAD, établissement d'éducation sensorielle.

* Prévention et accompagnement à la vie quotidienne : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), service d'aide à la

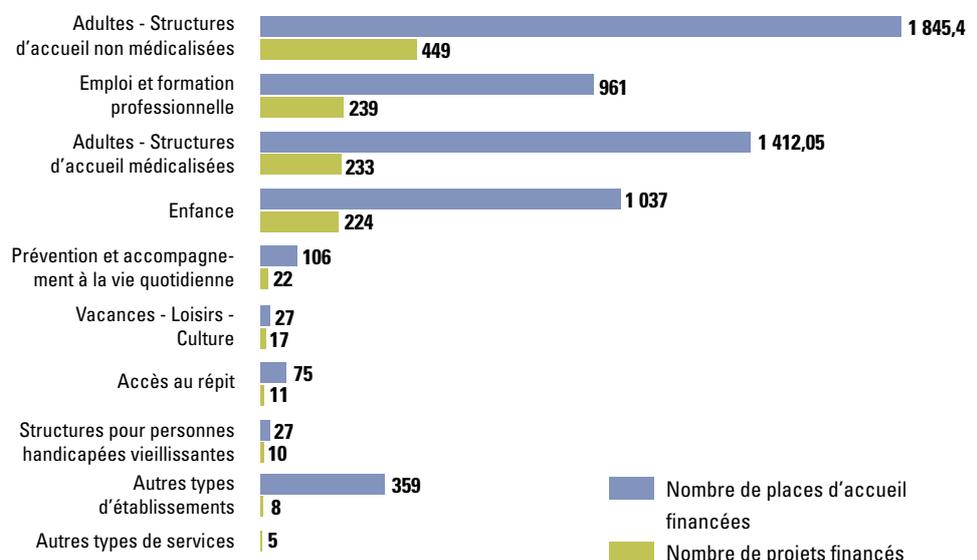
vie quotidienne.

* Vacances, loisirs, culture : centre de vacances, séjours, service d'accès aux loisirs, au sport, à la culture.

* Accès au répit : maison d'accueil temporaire, service d'aide aux aidants.

* Structures pour personnes handicapées vieillissantes : maison de retraite spécialisée, FAM et MAS pour personnes handicapées vieillissantes, Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) avec section spécialisée.

* Autres types de services : groupe de parole, colloque, communication, événement.



1 - Source : FINESS - Fichier national des établissements sanitaire et social.

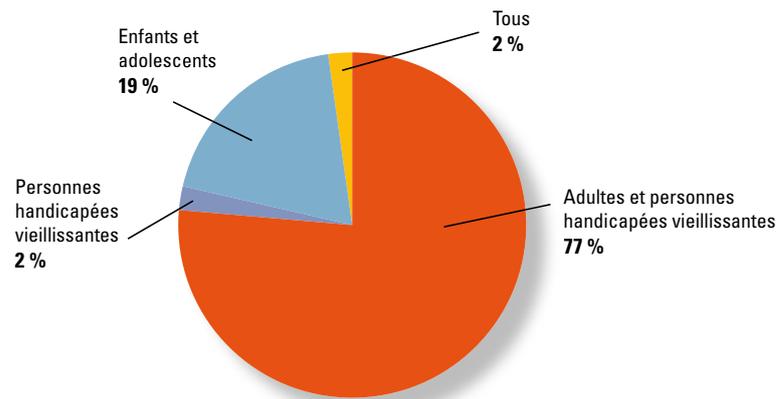
■ RÉPARTITION PAR TYPE DE POPULATION ACCUEILLIE ■

RÉPARTITION PAR TYPE DE PUBLIC

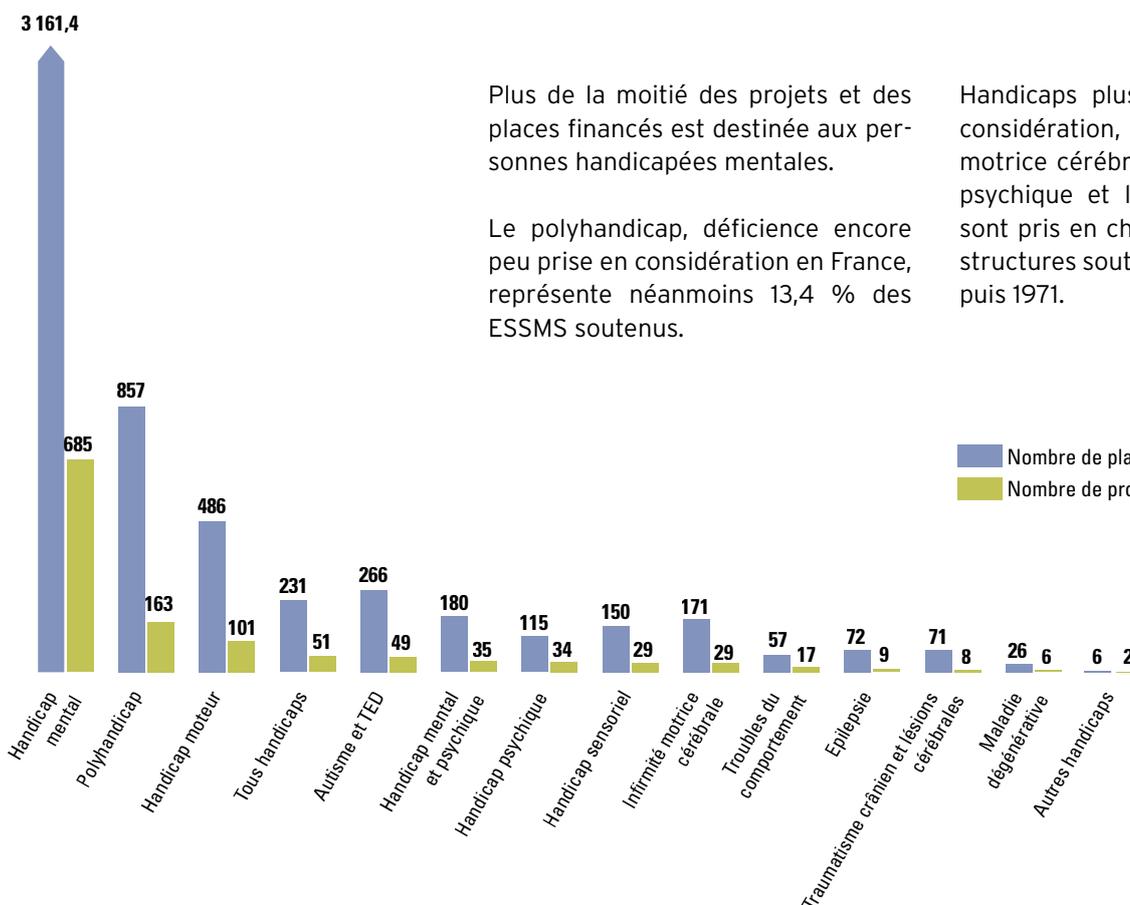
Si près de 20 % des ESSMS soutenus sont destinés aux enfants et adolescents handicapés, 77 % d'entre eux accueillent et accompagnent des adultes dès l'âge de 20 ans et, pour la plupart, jusqu'à la fin de vie. Historiquement, ces structures accompagnaient les personnes handicapées jusqu'à l'âge de 60 ans ; au-delà, elles relevaient du système destiné aux personnes âgées. Avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, cette barrière d'âge est amenée à disparaître : l'accompagnement d'une personne handicapée vieillissante diffère en effet de celui d'une personne âgée et une rupture dans l'accompagnement peut être vécue difficilement. Dans le secteur du handicap, sont considérées comme vieillissantes les personnes âgées

de plus de 45 ans, le processus du vieillissement pouvant être accéléré du fait de leurs conditions de vie et de l'évolution de leurs pathologies. Ainsi, pour répondre à cette problématique, des structures dédiées spécifiquement ou non à l'accueil et à l'accompagnement des personnes

handicapées vieillissantes se développent. Dans l'étude des données, nous avons fait le choix de distinguer les structures accueillant à la fois adultes et personnes vieillissantes des structures accueillant uniquement des personnes vieillissantes.



RÉPARTITION PAR TYPE DE HANDICAP



Plus de la moitié des projets et des places financés est destinée aux personnes handicapées mentales.

Le polyhandicap, déficience encore peu prise en considération en France, représente néanmoins 13,4 % des ESSMS soutenus.

Handicaps plus récemment pris en considération, l'autisme, l'infirmité motrice cérébrale (IMC), le handicap psychique et les lésions cérébrales sont pris en charge dans 10,4 % des structures soutenues par le CCAH depuis 1971.

> Les établissements médico-sociaux

UNE DÉFINITION

Selon l'article 312.1 du code de l'action sociale et des familles, les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées assurent un accueil et un accompagnement social, éducatif et thérapeutique. « Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat ».

L'accompagnement proposé concerne tous les domaines (emploi, loisirs, culture, hébergement, soin, accompagnement social, etc.) et existe pour tous les âges de la vie.

Ces structures sont généralement gérées par des associations ou groupements d'associations. Le Conseil Général et/ou l'Agence Régionale de Santé (ARS), selon l'agrément obtenu, versent pour leur fonctionnement un prix de journée ou une dotation globale.

Les prestations délivrées par ces établissements sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées.

■ RÉPARTITION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENTS ■

20,3 % des établissements financés favorisent l'accès à l'emploi, que ce soit par la formation (centre de rééducation professionnelle - CRP) ou l'embauche de travailleurs handicapés (entreprise adaptée ou Etablissement et Service d'Aide par le Travail - ESAT).

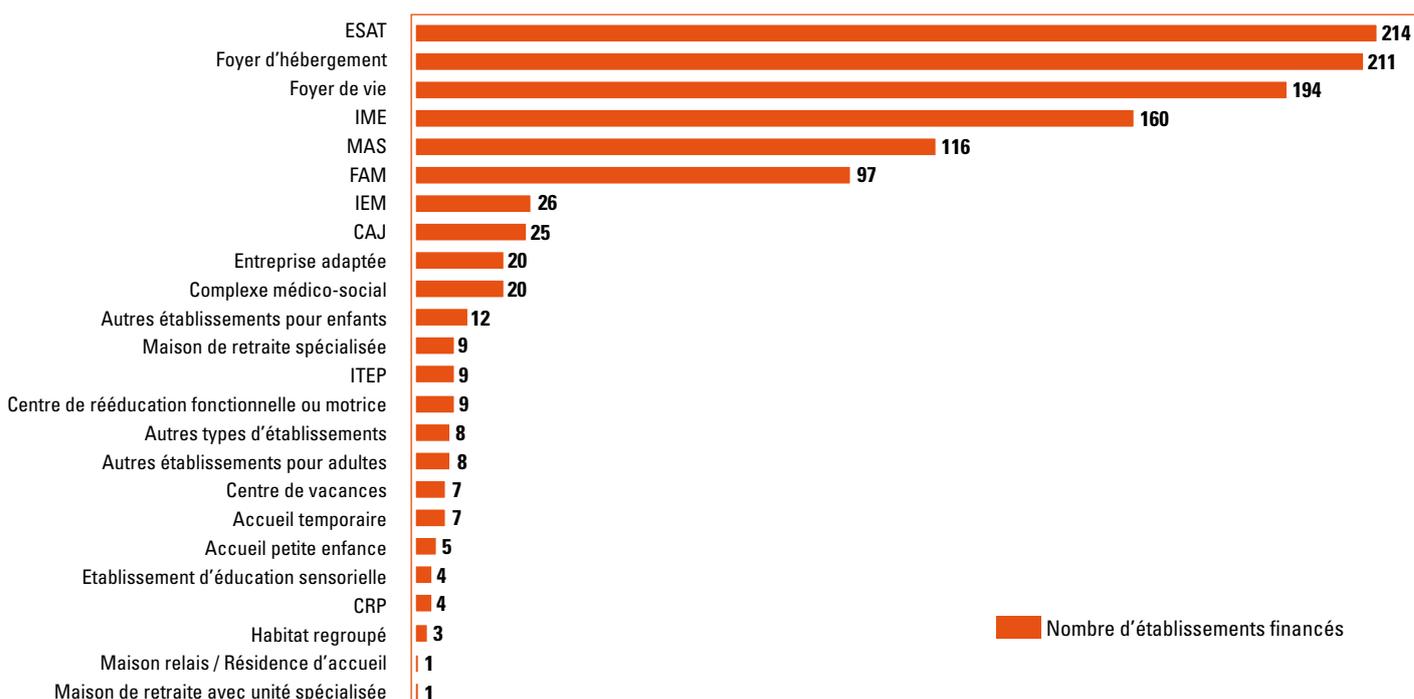
Le développement du travail en milieu protégé a été particulièrement important au cours des 40 dernières années : 18,3 % de l'ensemble des établissements financés concernent

des ESAT.

Parallèlement, afin de proposer une solution d'hébergement à ces travailleurs d'ESAT, de nombreux foyers d'hébergement ont été créés (18 % des établissements). Ce constat corrobore les résultats de l'enquête « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés » réalisée par la DREES⁴ en 2005, « Ceux [les établissements médico-sociaux] qui accueillent des personnes pouvant exercer une activité

professionnelle sont plus nombreux et offrent le plus grand nombre de places ».

Enfin, depuis une dizaine d'années, on voit émerger des complexes médico-sociaux : ces structures, détentrices de plusieurs agréments, permettent la mutualisation de moyens autour de pathologies communes et une continuité dans l'accompagnement malgré l'évolution du handicap. Il peut s'agir d'un complexe foyer d'hébergement-foyer de vie, foyer de vie-FAM, FAM-MAS, etc.



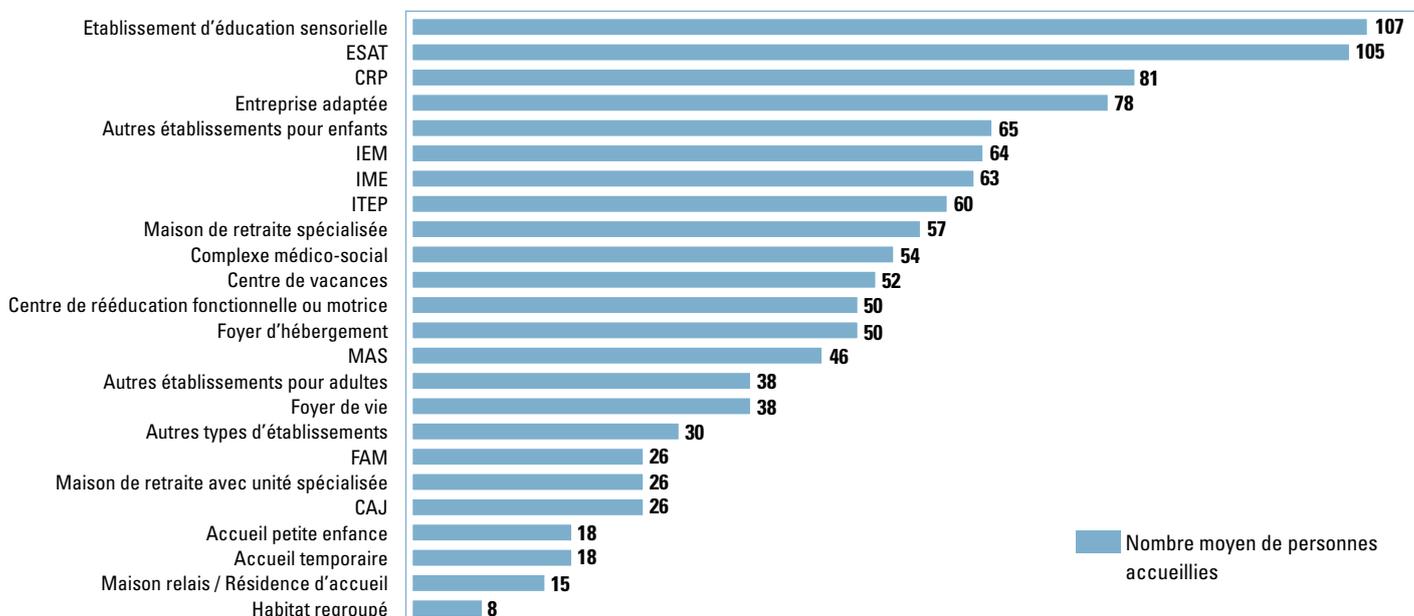
4 - DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

■ CAPACITÉ D'ACCUEIL MOYENNE DES ÉTABLISSEMENTS ■

La capacité d'accueil moyenne dans un établissement médico-social est de 48,8 personnes handicapées. Cependant, selon le type de structures et l'accompagnement proposé aux

personnes accueillies, la capacité d'accueil varie. Les structures les plus grandes sont celles pour travailleurs handicapés (entreprises adaptées, ESAT, CRP - Capacité moyenne : 88

personnes par structure) et celles accueillant des enfants et adolescents (ITEP, IME, IEM, établissements d'éducation sensorielle, autres - Capacité moyenne : 71,8 personnes).



■ TAUX D'OCCUPATION ■

Le taux d'occupation moyen est de 95 %. Malgré les besoins recensés, les établissements n'ont pas systématiquement un taux d'occupation de 100 % dans la mesure où des places

sont réservées à l'accueil temporaire ou d'urgence. Egalement, en cas d'hospitalisation d'une personne, sa place reste vacante jusqu'à son retour au sein de l'établissement.

■ ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS DE 1971 À 2010 ■

ÉVOLUTION DU TYPE D'ÉTABLISSEMENTS

Entre 1971 et 1990, il y a eu un fort développement des ESAT et des foyers d'hébergement alors qu'ils ne représentent que 10 % des structures financées ces 20 dernières années. Parallèlement, on voit émerger depuis les années 1990 de nouvelles structures comme les maisons-relais, les maisons d'accueil temporaire ou encore les habitats regroupés, plus en accord avec l'esprit de la loi du 11 février 2005 et la prise en compte du choix de vie de la personne, la recon-

naissance des aidants familiaux, le droit au répit, etc.

On constate également que, depuis 1990, près d'un quart des établissements financés sont des foyers de vie et des Centres d'Accueil de Jour (CAJ) alors qu'il y a une baisse significative de la part des Instituts Médico-Educatif (IME) créés. Les enfants des années 1970 étant les adultes des années 1990-2000, le secteur a dû s'adapter à l'évolution de cette population en créant davantage de

structures pour adultes.

Par ailleurs, on note une augmentation significative des structures médicalisées (FAM, MAS) : ces lieux de vie représentent le tiers de l'ensemble des établissements financés ces 20 dernières années. Cela s'explique par l'avancée en âge de la population adulte handicapée et par le fait que les enfants lourdement handicapés atteignent désormais l'âge adulte.

Type d'établissement	1971-1990	1990-2010
	% d'établissements financés	% d'établissements financés
ESAT	22,5 %	10,3 %
Foyer d'hébergement	22,2 %	10,3 %
IME	17 %	7,4 %
Foyer de vie	14,6 %	20,4 %
MAS	7,5 %	14,5 %
FAM	2,5 %	19,2 %
CAJ	0,9 %	4,4 %
Centre de vacances	0,1 %	1,5 %
Accueil petite enfance	-	1,2 %
Accueil temporaire	-	1,7 %
Habitat regroupé	-	0,7 %
Maison relais / Résidence d'accueil	-	0,3 %

Ce tableau présente les évolutions les plus significatives des types d'établissement au cours des 40 dernières années.

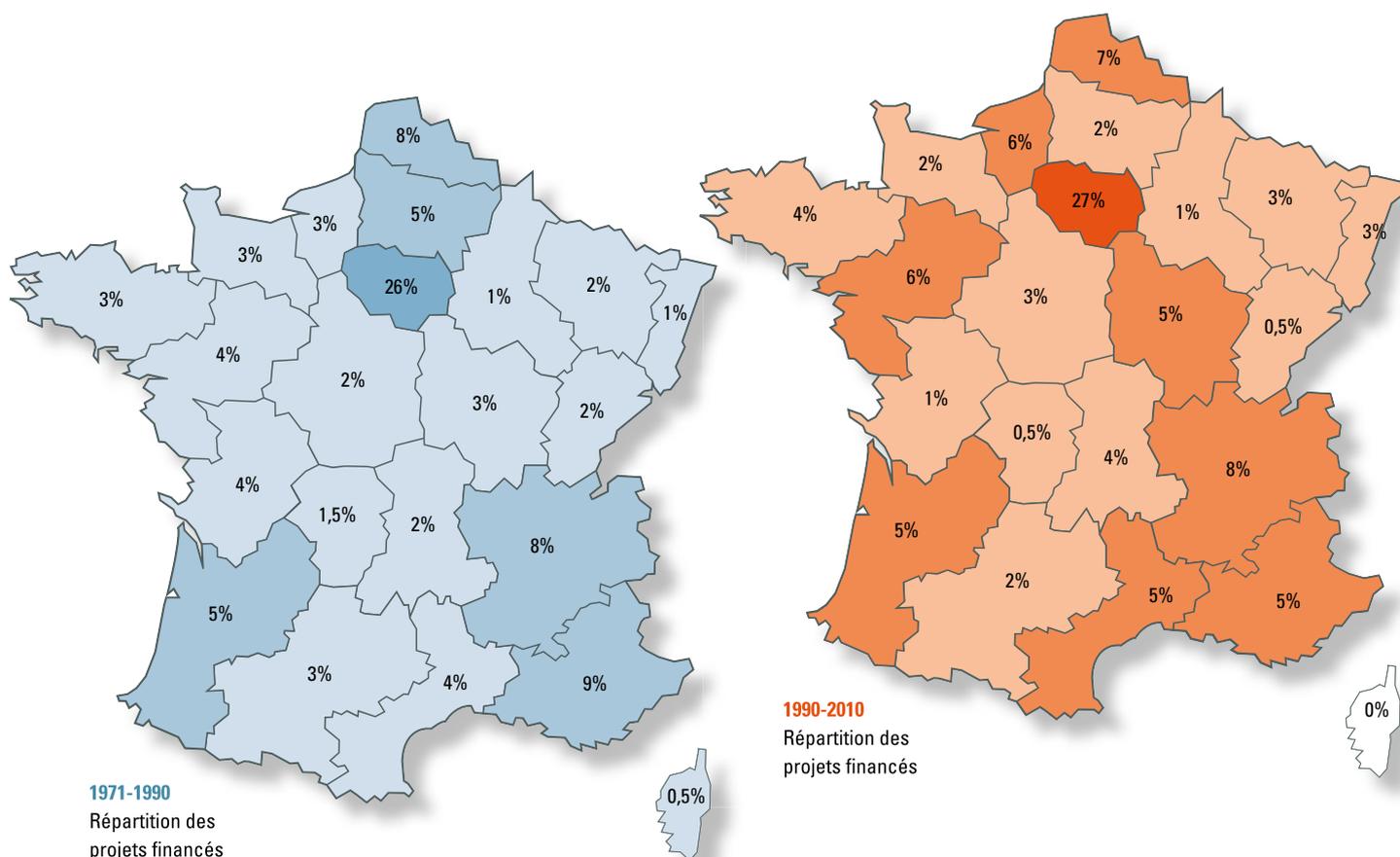
EVOLUTION DE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES ÉTABLISSEMENTS

Le développement des établissements a été important ces 40 dernières années, notamment en Ile-de-France : plus de 26 % des établissements financés par le CCAH se situent sur le territoire francilien.

La forte mobilisation des familles de personnes handicapées dans les années 1960 et l'aboutissement de la prise de conscience d'une nécessité d'accompagner les personnes handicapées expliquent l'émergence d'établissements sur l'ensemble du territoire dès les années 1970.

A partir des années 1990, le développement des établissements s'est poursuivi mais les associations gestionnaires se sont également attachées à développer de nouvelles formes d'accompagnement à travers les services ainsi que des structures pour des personnes ayant des handicaps peu pris en compte jusqu'alors. Le taux de développement dans chaque région reste sensiblement le même sur les deux périodes. On note toutefois un ralentissement en Provence-Alpes-Côte d'Azur (- 4 %), en Picardie (- 3 %),

en Poitou-Charentes (- 3 %) et en Franche-Comté (- 1,5 %). Si nous comparons cette répartition à celle proposée par la DRESS dans son étude sur « L'implantation départementale des établissements pour adultes handicapés », on constate que le CCAH soutient essentiellement les régions sous-équipées par rapport à la densité de la population : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes notamment.



ÉVOLUTION DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS DE 1971 À 2010

■ ÉVOLUTION DU TYPE DE HANDICAP DE LA POPULATION ACCUEILLIE

Si nous observons l'évolution des types de handicap pris en charge au sein des établissements financés, nous constatons que 66 % des établissements créés entre 1971 et 1990 accueillait des personnes handicapées mentales alors qu'ils ne représentent plus que 42,8 % des structures soutenues après 1990. En revanche, nous notons l'émergence de la prise en compte de nouveaux handicaps tels que l'autisme et les

troubles envahissants du développement (8,6 % des établissements depuis 1990) et le polyhandicap (17,9 %).

La proportion d'établissements pour personnes handicapées moteur ou IMC se maintient alors qu'il y a une hausse notable de la prise en compte du handicap psychique, des lésions cérébrales et des handicaps sensoriels, grâce notamment à la recon-

naissance, pour la première fois, de ces formes de handicap par la loi du 11 février 2005. Cette hausse peut également s'expliquer par une augmentation des accidents de la vie (accidents de la route, accidents domestiques...) entraînant des séquelles (cérébrales, auditives...) désormais mieux prises en charge. Enfin, certaines pathologies, telles que l'infirmité motrice cérébrale ou l'épilepsie restent encore peu prises en considération.

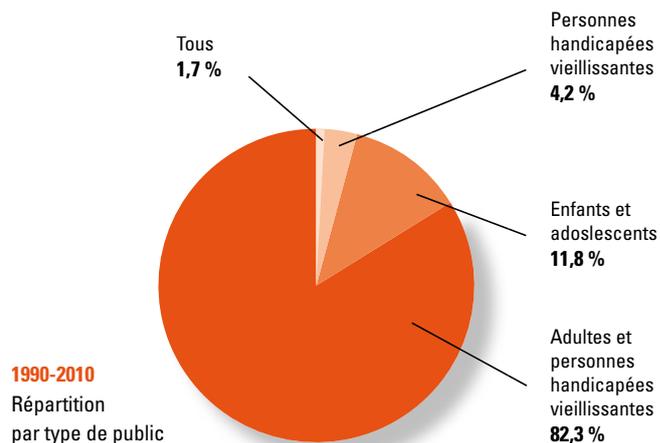
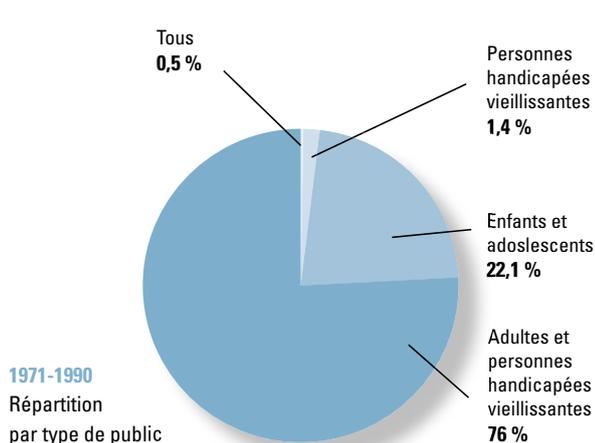
Type de handicap de la population accueillie	1971-1990	1990-2010
	% d'établissements financés	% d'établissements financés
Handicap mental	66,2 %	42,8 %
Polyhandicap	11,5 %	17,9 %
Handicap moteur	8,3 %	7,6 %
Tous handicaps	2,2 %	4,4 %
Infirmité motrice cérébrale	2,1 %	2,7 %
Autisme et TED	1,8 %	8,6 %
Troubles du comportement	1,8 %	0,7 %
Handicap psychique	1,7 %	3,4 %
Handicap sensoriel	1,6 %	3,4 %
Handicap mental et psychique	1,4 %	5,2 %
Epilepsie	0,7 %	0,7 %
Maladie dégénérative	0,3 %	0,7 %
Traumatisme crânien et lésions cérébrales	0,1 %	1,7 %
Troubles du langage et de la parole	0,1 %	-
Autres handicaps	0,1 %	-

■ ÉVOLUTION DU TYPE DE PUBLIC ACCUEILLI

Bien que les établissements pour adultes restent majoritaires sur les deux périodes (en moyenne, 78 % des établissements créés), les établissements pour enfants représentent près de 25 % des structures

créées après les années 1970 alors qu'ils représentent moins de 12 % de celles créées ces 20 dernières années. Cette diminution peut s'expliquer par l'augmentation des solutions d'accompagnement des enfants handica-

pés en milieu ordinaire (école, CAMSP, accueil temporaire, SESSAD...). Nous constatons également une augmentation progressive et notable des structures pour personnes handicapées vieillissantes.



> Les services améliorant la vie quotidienne

Les attentes des personnes handicapées sont aujourd'hui mieux entendues et reconnues, elles évoluent et s'inscrivent désormais dans le cadre d'un projet de vie individuel. Les réponses à leurs besoins ne relèvent plus uniquement de la création de places d'accueil en établissement mais doivent également s'adapter aux évolutions de la société. Des services d'aide à domicile, de transport et d'accompagnement, d'intégration scolaire et professionnelle ou d'accès aux loisirs et à la culture sont ainsi de plus en plus développés en France. Ils vont dans le sens d'une

prise en compte toujours plus globale de la personne handicapée dans son environnement et d'une meilleure intégration en milieu ordinaire préconisées par la loi du 11 février 2005.

Le CCAH a toujours financé les services médico-sociaux agréés tels que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ou encore les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Cela représente 51 % des services financés.

En 2007, le CCAH a décidé de soutenir également des services émergents

ayant vocation à améliorer la vie quotidienne des personnes handicapées et de leurs familles. Ces services ont une véritable utilité sociale et contribuent fortement à la citoyenneté et à la participation à la vie sociale des personnes handicapées.

Depuis 2007, l'ensemble des services financés représente 21 % des projets soutenus par le CCAH.

■ LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE SERVICES ■

SERVICES MÉDICO-SOCIAUX SOUMIS À AUTORISATION

Les services médico-sociaux soumis à autorisation sont financés par des fonds publics. Généralement gérés par une association, ils ont un rôle de prévention, d'accompagnement à la

vie sociale, d'aide à l'autonomie au quotidien et s'adressent à un public ayant généralement un même type de handicap.

Le fonctionnement des services

médico-sociaux est assuré par le Conseil Général, l'ARS ou par un financement conjoint de ces deux autorités.

TYPE DE FINANCEMENT

Type de services médico-sociaux	Financement
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	Conseil Général
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	Conseil Général et ARS
Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)	Conseil Général et ARS
Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)	ARS
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)	ARS
Service d'Accompagnement aux Aidants Familiaux (SAAF)	Conseil Général

SERVICES NON SOUMIS À AUTORISATION

Souvent gérés par une association, parfois par une entreprise, ces services couvrent tous les aspects de la vie : scolarité, vie sociale, emploi, loisirs, culture, transport...

Les services à la personne délivrant des prestations aux personnes handicapées ont pour obligation d'obte-

nir l'agrément qualité. Cet agrément est une autorisation administrative donnant droit au service d'intervenir auprès de publics fragilisés ; son obtention est soumise à des conditions strictes d'exercice de l'activité de services à la personne.

Sur les 22 services soutenus non sou-

mis à autorisation, 15 ont répondu à la question relative au financement des prestations.

Ce financement varie selon le service. Il peut être assuré par le client lui-même mais aussi par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), le Chèque Emploi Service Universel (CESU), les Centres Communaux

d'Action Sociale (CCAS), les institutions de retraite complémentaire, l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)

ou encore le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP). Selon la nature du service, les prestations peuvent être cofinancées.

Enfin, 27 % des services financent une partie de leurs prestations grâce au mécénat d'entreprises.

■ LES DOMAINES D'INTERVENTION ■

Les services couvrent tous les âges de la vie et tous les domaines. Sont présentés ici différents domaines dans lesquels ils peuvent s'inscrire.

SERVICES D'AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE

L'objectif principal est d'assurer le maintien en milieu ordinaire des personnes handicapées en favorisant l'autonomie au quotidien et l'accès aux services offerts par la collectivité.

Dans tous les cas, selon les besoins de la personne, l'accompagnement peut être permanent, temporaire ou séquentiel. Autonomes ou rattachés à un établissement, les services d'aide à la vie quotidienne regroupent différents types de services : service d'aide à domicile, transport adapté, etc.

SERVICES DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT

Destinés aux enfants et adultes handicapés vivant en milieu ordinaire, ces services médico-sociaux ont un rôle de prévention, de dépistage et d'évaluation des besoins dans un premier temps, puis d'accompagnement et de soutien dans la vie quotidienne ensuite.

Ils favorisent l'apprentissage de l'autonomie à tous les âges de la vie et ont pour objectif de trouver des solutions (éducatives, sociales...) en milieu ordinaire.

Il peut s'agir de CAMSP ou de SES-SAD pour les enfants et, pour les adultes, de SAVS, de SAMSAH ou encore de Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

SERVICES D'AIDE AUX AIDANTS

Ces services ont pour vocation de soulager les familles d'enfants ou d'adultes handicapés en prenant le relais auprès de la personne handicapée.

Ils peuvent prendre plusieurs formes comme la garde ponctuelle par exemple, accordant ainsi aux familles un temps de répit. Ils évitent l'épuisement des aidants et permettent de rompre leur isolement.

INSERTION ET FORMATION PROFESSIONNELLE

Se regroupent dans ce domaine tous les services favorisant l'accès à l'emploi, que ce soit en milieu ordinaire, en milieu protégé ou par le biais d'une formation.

SPORT, LOISIRS ET CULTURE

Ce domaine rassemble tous les services favorisant l'accès au sport, aux

loisirs et à la culture (musique, théâtre...) que ce soit en milieu ordinaire ou au sein d'établissements médico-sociaux. Cela peut prendre la forme de prestations de loisirs adaptés, de mise à disposition de matériel de sport, d'intégration de personnes handicapées au sein d'une activité sportive ou culturelle, etc.

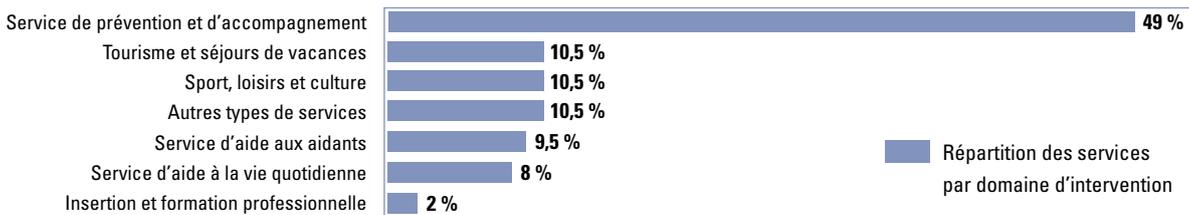
TOURISME ET SÉJOURS DE VACANCES

Ces services permettent de développer l'accès aux vacances des personnes handicapées, à travers l'organisation de séjours adaptés ou le développement d'une offre touristique adaptée.

AUTRES TYPES DE SERVICES

D'autres services ayant pour vocation d'améliorer la vie quotidienne des personnes handicapées et de leur famille proposent l'organisation de groupes de parole ou d'événements favorisant l'accès à l'information, par exemple.

RÉPARTITION DES SERVICES PAR DOMAINE D'INTERVENTION



49 % des services relèvent de la prévention et de l'accompagnement : 17 % sont des SAVS, 13 % des SESSAD, 13 % des CAMSP et 6 % des GEM. Ces données correspondent bien à l'évolution des formes d'accompagnement des personnes handi-

capées. Les principes de compensation du handicap et de l'accessibilité généralisée tels que définis par la loi du 11 février 2005 favorisent ces dernières années le maintien à domicile et l'intégration en milieu ordinaire. C'est dans ce même mouvement

que s'inscrivent par ailleurs les services d'accès au sport, aux loisirs, à la culture ou aux vacances (20 % des services financés).



LE CCAH A SOUTENU

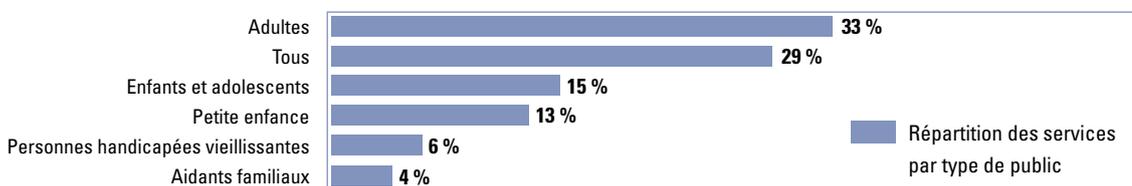
VIE DANS LA VILLE / Sortir et faire du sport dans les Hauts-de-Seine

Porté par l'ADAPEI des Hauts-de-Seine, « Vie dans la ville » est un service proposé depuis septembre 2008 aux personnes handicapées souhaitant être accompagnées lors d'une sortie culturelle (cinéma, théâtre, etc.) ou sportive (tennis, escalade, etc.). Dans un premier temps, une évaluatrice du service rencontre la personne et précise son aptitude par rapport au sport ou au loisir choisi. Si la per-

sonne handicapée souhaite pratiquer un sport, « Vie dans la ville » se met en relation avec un prestataire spécialisé qui mettra à disposition un accompagnateur ou éducateur sportif. Lorsque la personne souhaite se rendre au cinéma, au théâtre, ou à une manifestation sportive, le service fait appel au bénévolat.

■ LA POPULATION CIBLÉE ■

RÉPARTITION DES SERVICES PAR TYPE DE PUBLIC



Si un tiers des services est destiné aux adultes, 29 % sont en direction de tous les publics et 28 % pour les enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.

Nous notons l'émergence de services en direction de personnes handicapées vieillissantes (6 %) ainsi que de services favorisant le répit des aidants familiaux (4 %).

L'accès au répit des aidants familiaux

Sous l'impulsion du mouvement associatif, la loi du 11 février 2005 a reconnu l'aidant familial qui dispose désormais d'un statut. Cette reconnaissance du rôle de l'aidant constitue une avancée importante. Les aidants se mobilisent en effet considérablement autour de la personne handicapée ; ce soutien peut avoir des impacts sur la vie des proches entraînant parfois isolement, épuisement physique et fatigue morale.

Les solutions de répit permettent de prendre le relais

des aidants, de les soutenir et de prévenir un épuisement. Celles-ci sont multiples, la principale étant aujourd'hui la mise en place de maisons d'accueil temporaire ou de places d'accueil temporaire au sein d'établissements médico-sociaux. Ainsi, parmi les organismes gestionnaires d'établissements ou de services ayant déclaré avoir mis en place des moyens pour développer l'accès au répit des aidants familiaux (57 % des organismes interrogés), 73,5 % ont créé des structures ou des places d'accueil temporaire.

Moyens mis en place pour développer l'accès au répit des aidants	%
Création de structures ou de places d'accueil temporaire	73,5 %
Groupe de parole avec les familles	41,2 %
Service d'écoute des aidants	15,1 %
Service d'accueil familial	13,0 %
Service de relais à domicile	12,6 %
Création de structures de répit pour les aidants	10,9 %
Soutien, accompagnement, formation des aidants	3,8 %
Développement de services à domicile et d'accompagnement à la vie sociale	3,8 %
Développement de l'accueil de jour	3,4 %
Loisirs, sorties : organisation et/ou accompagnement des personnes handicapées	2,5 %
Accompagnement des personnes handicapées durant les vacances	1,3 %
Mise en place d'un accueil ponctuel ou séquentiel	0,8 %
Autre	1,3 %

Réponses multiples autorisées

Ces solutions, favorables aux aidants familiaux, sont aussi bénéfiques aux personnes handicapées. Elles peuvent en effet s'accorder un temps de rupture avec le quotidien, découvrir un nouvel environnement et de nouvelles personnes ou partir en vacances.



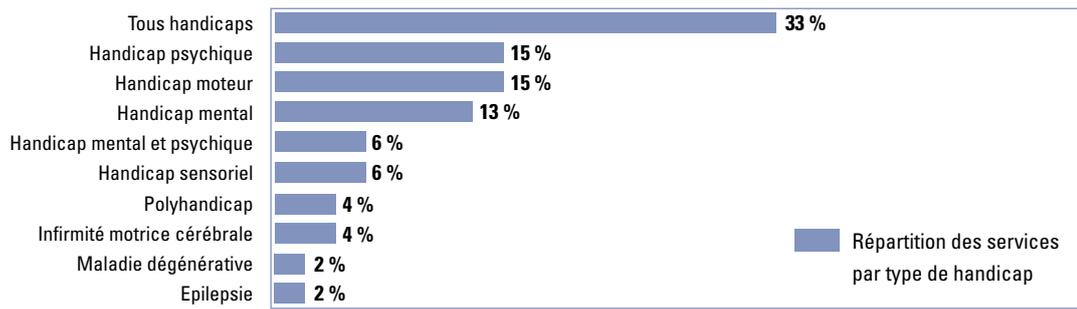
LE CCAH A SOUTENU MAISON D'ACCUEIL TEMPORAIRE L'ESCALE

Gérée par l'association d'Aide aux Personnes À Handicap Moteur (APAHM), l'Escale a ouvert ses portes en mars 2009 et accueille des adultes handicapés moteur ou plurihandicapés (maladies neurologiques évolutives ou neuromusculaires, lésions cérébrales, infirmité motrice cérébrale,...). Cette maison d'accueil temporaire offre 16 places d'accueil de jour et 6 places d'internat qui bénéficient tout au long de l'année à près de 100 personnes.

Le projet d'établissement se développe dans le cadre d'apprentissages visant à favoriser la plus grande autonomie. La matinée est orientée vers des activités et animations collectives conduites par l'équipe,

l'après-midi s'ouvrant à l'accueil des bénévoles, à des rencontres et sorties. Pour les personnes profitant de l'hébergement, les activités au réveil et le soir sont davantage portées sur le développement des capacités de chacun dans les actes de la vie quotidienne. Instrument déterminant de la politique de maintien à domicile, l'accueil temporaire permet d'offrir aux aidants des moments de répit et pour la personne handicapée d'expérimenter un accueil en institution, de permettre un retour progressif au domicile, de maintenir ses acquis entre deux prises en charge, de s'éloigner d'un environnement familial parfois tendu, de se sociabiliser ou de rompre avec le quotidien.

RÉPARTITION DES SERVICES PAR TYPE DE HANDICAP



Une grande proportion de ces services est ouverte à tous les publics, quel que soit leur handicap. Néanmoins, sous l’impulsion associative et en raison de la singularité de certains handicaps, des services sont spécifi-

quement dédiés à une forme de handicap. Par ailleurs, la part importante des services destinés à des personnes souffrant de troubles psychiques (15 % des services) peut s’expliquer par l’intégration et la reconnaissance

récente de ce public dans le secteur médico-social (auparavant, ces personnes étaient généralement accompagnées par le secteur hospitalier) et par le déficit important de structures d’accompagnement.

2

UNE NOUVELLE APPROCHE DE L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

> Impacts de l'évolution législative sur l'accompagnement de la personne handicapée

Au fil des ans, le regard porté sur le handicap et les personnes handicapées a évolué et guidé l'ensemble des changements législatifs en la matière.

La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées marquait le passage d'une prise en charge auparavant fondée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant largement sur la notion de solidarité. Cette loi a marqué profondément le secteur avec l'introduction de la notion d'accessibilité, de l'obligation d'éducation, de l'accès à l'emploi et de la garantie d'un minimum de ressources et de soins. Toutefois, elle n'a pas prévu de dispositif de contrôle. Ainsi, si les premiers mouvements d'intégration apparaissent à l'école, dans la formation et l'emploi, ils restent malgré tout isolés. Des établissements ont été créés mais en nombre insuffisant, et leur

répartition géographique sur le territoire français n'a pas garanti l'égalité d'accès.

En replaçant la personne au centre des dispositifs et actrice de son propre projet de vie, la loi du 11 février 2005 accompagne et affirme une évolution profonde des perceptions et encourage une évolution des pratiques professionnelles. Le handicap est désormais appréhendé comme une situation dépendant de facteurs non seulement individuels mais également environnementaux, sociétaux, techniques et institutionnels. Ainsi, la loi du 11 février 2005 renforce le dispositif législatif, instaure le droit à la compensation des conséquences de son handicap en fonction de son projet de vie et le concept d'accessibilité généralisée, et institue un guichet unique avec la création des Maisons Départementales des Personnes

Handicapées (MDPH)⁵.

Cette notion de projet de vie, dont se sont saisies progressivement les MDPH, nous invite d'ailleurs à reconsidérer le parcours de vie de la personne handicapée. Le tout-établissement ou le tout-domicile n'est plus forcément considéré comme la solution la plus appropriée à l'accompagnement de la personne.

Ainsi la mise en œuvre progressive de solutions d'accueil évolutives et d'une offre de services de qualité permet de favoriser l'autonomie quel que soit le niveau de dépendance, ainsi que la participation sociale et les parcours de vie de chacun.

> Accueil et hébergement : vers une meilleure prise en compte du projet de vie

La vie en institution, maillon d'un dispositif global d'accompagnement, se doit désormais de répondre aux besoins de la personne handicapée tels qu'ils peuvent être définis avec elle dans le cadre d'un projet indivi-

dualisé. La mise en place des outils institués par la loi du 2 janvier 2002⁶ (contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement, projet d'établissement, conseil de la vie sociale, etc.) et la mise en œuvre d'une

démarche d'évaluation de la qualité sont autant d'éléments visant à repositionner la personne handicapée au cœur des dispositifs.

5 - Créées par la loi du 11 février 2005, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Elles ont pour missions l'information, l'accueil et l'écoute, l'évaluation des besoins de compensation, l'élaboration du plan de compensation, l'attribution des prestations, l'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle, le suivi des décisions, la médiation et la conciliation.

6 - La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise notamment la reconnaissance des droits des usagers au sein des établissements et services dédiés.

L'architecture au service de la personne handicapée

S'il apparaît souvent complexe de respecter toutes les fonctions de l'habitat au sein d'un établissement médico-social, notamment du fait de la vie collective, la place de l'accompagnement, le projet de vie, le respect de l'intimité, l'autonomie de déplacement, l'intégration sociale sont autant d'éléments aujourd'hui généralement intégrés dans les réflexions précédant toute conception architecturale.

Ainsi, au lieu d'aménager de grands espaces de vie conçus sur la base d'une prise en charge collective - dortoirs ou longs couloirs jalonnés de petites chambres individuelles, sanitaires collectifs, grandes salles d'animations - tels qu'ils ont été créés dans les années 1970 pour répondre à un besoin criant d'accueil, se développent désormais les petites structures favorisant un accompagnement de proximité et répondant aux besoins d'intimité des résidents. Pour les personnes autistes et certaines personnes souffrant de troubles psychiques, les grands espaces de vie sont, par exemple, particulièrement anxiogènes. Ainsi, l'aménagement de petites unités de vie au sein de grandes structures ou la construction de structures médico-sociales à taille humaine permet à chacun d'évoluer dans un environnement repérable plus sécurisant. La mise en place de zones de retrait au sein de ces structures vient également atténuer les peurs.

L'aménagement de studios avec cuisine au sein d'établissements médico-sociaux permet à la personne handicapée, si elle le souhaite, de recevoir famille ou amis dans son lieu de vie et de partager un repas. Egalement, le

développement d'appartements de Type 2 ou le regroupement de studios mitoyens au sein de ces structures rend possible la vie en couple.

La création de logements accessibles et domotisés dans un ensemble d'habitations ordinaires, encourage la vie autonome. Grâce aux prestations de compensation du handicap, les personnes peuvent y bénéficier de services d'accompagnement adaptés à leurs besoins.

La forme de l'habitat influe ainsi directement sur la vie quotidienne et relationnelle de la personne handicapée.

Afin de mieux prendre en compte certaines gênes liées au handicap, l'environnement direct de la personne n'est plus uniquement pensé en termes d'accessibilité mais également de confort, et ce notamment dans les nouvelles constructions. Pour exemple, le bruit génère de l'inconfort et favorise les troubles du comportement chez la personne cérébro-lésée. Grâce à des isolations acoustiques, à l'utilisation de matériaux résilients et à des équipements limitant les résonances, notamment dans les lieux de vie (salles à manger, salle d'activité...), les effets sonores sont atténués, permettant d'améliorer largement les conditions de vie.

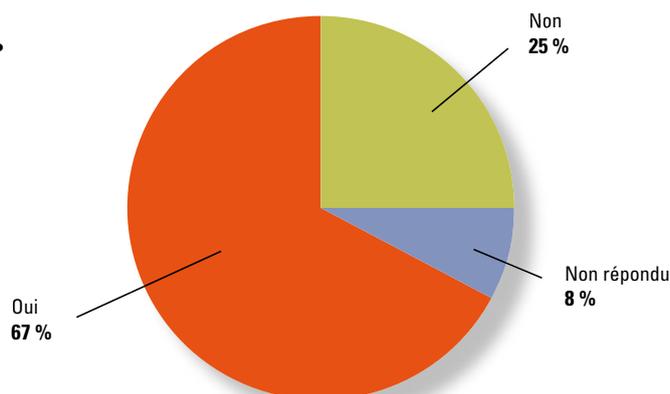
Ainsi parmi les structures ayant déclaré avoir mis en place une démarche de développement durable (75 % des structures interrogées), 28 % d'entre elles disent avoir travaillé sur le confort hygrothermique, acoustique, visuel et/ou olfactif.

Démarche de développement durable mise en place dans la construction et/ou dans la gestion de la structure	%
Tri des déchets	81,0 %
Equipements visant les économies d'énergie	43,9 %
Santé des usagers (qualité sanitaire, de l'air, de l'eau)	43,5 %
Confort (hygrothermique, acoustique, visuel, olfactif)	28,0 %
Equipements visant les économies d'eau	23,8 %
Eco-construction (relation du bâtiment avec son environnement, produits et matériaux utilisés, chantier à faible impact environnemental)	10,2 %
Autre	4,1 %

Réponses multiples autorisées

LES RÉSIDENTS SONT-ILS RÉPARTIS PAR UNITÉ DE VIE ?

Au sein des établissements proposant de l'hébergement (73,5 % des structures interrogées), l'accueil est généralement organisé en unité de vie.



Permettant un accueil de type familial, l'unité de vie favorise également un accompagnement de proximité. Si la capacité globale moyenne des établissements soutenus est de 48,8 personnes, les unités de vie regroupent au sein de ces structures en moyenne 10,6 résidents. On compte 12,2 résidents par unité au sein des structures accueillant des person-

nes handicapées moteur, alors que les établissements accueillant des personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement font globalement le choix d'unités de vie plus petites : 8,3 personnes par unité.

Au sein de ces structures, les résidents disposent d'une surface privati-

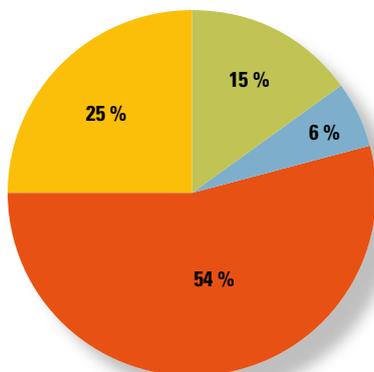
ve (chambre, salle de bain individuelle, espace salon privatif) moyenne de 17,6 m² par personne. Celle-ci dépend toutefois largement de l'âge de la personne accueillie. Selon l'étude menée auprès des établissements soutenus par le CCAH, il apparaît en effet que le nombre de m² privés dont dispose chaque personne augmente avec l'avancée en âge.

SURFACE PRIVATIVE MOYENNE PAR RÉSIDENT

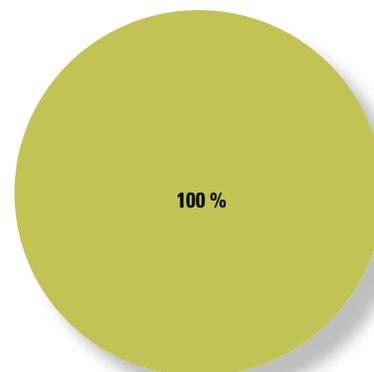
Etablissements par type de population	Nombre de m ²
Etablissements pour enfants et adolescents	12,0
Etablissements pour enfants et adultes	15,0
Etablissements pour adultes	18,1
Etablissements pour adultes et personnes handicapées vieillissantes	20,2
Etablissements pour personnes handicapées vieillissantes	20,4
Tous	17,6

MODE D'HÉBERGEMENT PAR TYPE DE POPULATION

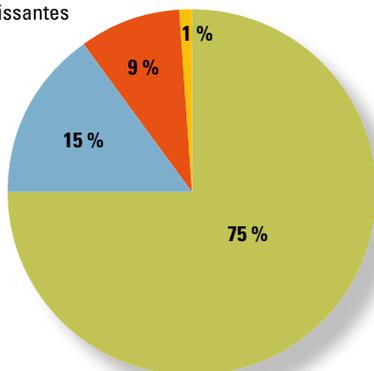
Etablissements pour enfants et adolescents



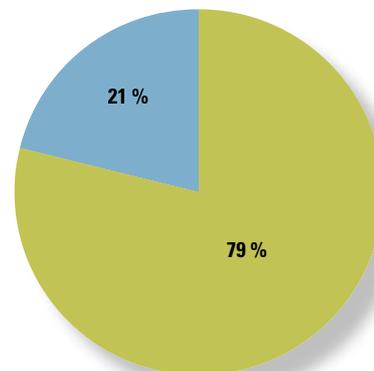
Etablissements pour enfants et adultes



Etablissements pour adultes ou pour adultes et personnes handicapées vieillissantes



Etablissements pour personnes handicapées vieillissantes



- Aucune chambre individuelle
- Moins de 50 % de chambres individuelles
- Plus de 50 % de chambres individuelles
- Chambres individuelles uniquement

Lecture : dans 54 % des établissements pour enfants et adolescents, moins de la moitié des chambres sont des chambres individuelles.

Alors qu'au sein des établissements pour adultes et/ou personnes handicapées vieillissantes, la part des établissements proposant des chambres individuelles uniquement est supérieure à 75 %, elle n'est que de 15 % au sein des établissements recevant des enfants et/ou des adolescents.

Si le partage d'un espace de vie intime peut sembler admissible et même sécurisant pour des enfants, cela devient plus contestable à l'âge adulte. Le respect de l'intimité passe en effet par l'octroi d'un espace préservé, d'autant que ces personnes sont aujourd'hui amenées à vivre dans ces structures pendant de nombreuses années. Selon l'enquête ES 2006 « Etablissements sociaux et médico-sociaux » menée par la DREES en 2006, l'ancienneté moyenne au 31 décembre 2006 était de 10,3 ans dans les établissements centrés sur l'hébergement.

25 % des établissements pour adultes uniquement ou pour adultes et personnes handicapées vieillissantes ne disposent pas de chambres individuelles pour toutes les personnes accueillies. Toutefois, dans les établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes uniquement, a minima 60 % des personnes accueillies (64,4 % en moyenne) disposent d'une chambre individuelle. Du fait d'un développement plus tardif de ce type de structures, le respect de l'intimité de la personne a en effet plus souvent été pris en compte lors de la conception.

De même, les établissements accueillant à la fois adultes et enfants - établissements d'accueil temporaire - sont des structures relativement récentes et l'hébergement exclusivement de type individuel y a été pensé dès la création de la structure.

Au sein des chambres collectives, le nombre moyen de résidents par chambre est relativement constant quel que soit l'âge de la population accueillie. En effet, on compte en moyenne 2,4 résidents par chambre collective, de 2 résidents par chambre dans les établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes à 2,8 au sein d'établissements accueillant uniquement des adultes. Ces chiffres prennent bien sûr en compte les structures plus anciennes construites dans un souci d'accueil de masse. Les constructions récentes prévoient presque systématiquement des chambres individuelles pour toutes les personnes. Quelques chambres, studios ou appartements sont toutefois parfois prévus pour des couples ou pour des personnes particulièrement angoissées par le fait d'être seules.

Etablissements par type de population	Nombre moyen de personnes par chambre collective
Etablissements pour enfants et adolescents	2,6
Etablissements pour adultes	2,8
Etablissements pour adultes et personnes handicapées vieillissantes	2,1
Etablissements pour personnes handicapées vieillissantes	2,0
Tous	2,4

Si dans 66,7 % des établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes les résidents disposent généralement d'une salle de bain individuelle, ce chiffre chute à 52,8 %

dans les établissements - souvent plus anciens - accueillant des adultes uniquement.

Peu d'établissements pour enfants et adolescents disposent de salles

de bain individuelles (8,8 %). Les constructions récentes prévoient généralement une salle de bain commune à deux enfants ou adolescents.

Etablissements par type de population	Salles de bain individuelles
Etablissements pour enfants et adolescents	8,8 %
Etablissements pour adultes	52,8 %
Etablissements pour adultes et personnes handicapées vieillissantes	64,9 %
Etablissements pour personnes handicapées vieillissantes	66,7 %

> Des professionnels au service de la personne handicapée

■ LES PROFESSIONNELS DES ÉTABLISSEMENTS ■

Au sein des établissements financés, les taux d'encadrement varient fortement selon le type d'établissements. S'il est de 0,23 Equivalent Temps

Plein (ETP) pour 1 personne au sein d'un ESAT et autour de 0,8 ETP pour 1 personne en IME ou en foyer de vie, il est supérieur à 1 pour 1 dans les

structures médicalisées accueillant des personnes lourdement dépendantes ayant besoin d'une assistance pour tous les actes de la vie quotidienne.

Type d'établissements	Direction	Administration et services généraux	Personnel médical et paramédical	Personnel socio-éducatif	Autres	Taux d'encadrement moyen réel par établissement
MAS	4,0%	15,9%	39,4%	37,20%	3,5%	1,31
FAM	3,8%	18,9%	34,2%	38,1%	5,0%	1,22
Centre de rééducation fonctionnelle ou motrice	2,3%	22,0%	67,0%	8,7%	0,0%	1,20
Complexe médico-social : FAM et foyer de vie	3,5%	19,1%	15,7%	59,2%	2,5%	1,10
Accueil temporaire	6,9%	20,9%	34,6%	34,2%	3,5%	1,06
Complexe médico-social : foyer de vie, FAM et MAS	3,5%	11,7%	26,4%	54,1%	4,2%	1,05
IEM	4,5%	23,1%	31,9%	38,0%	2,6%	0,98
Foyer de vie	4,5%	22,0%	8,9%	60,1%	4,5%	0,85
IME	4,4%	20,6%	15,2%	56,6%	3,2%	0,82
Etablissement d'éducation sensorielle	6,3%	26,7%	24,0%	35,5%	7,4%	0,76
ITEP	7,6%	19,7%	7,9%	48,6%	16,3%	0,73
Maison de retraite spécialisée	1,6%	17,0%	59,0%	22,1%	0,3%	0,59
Accueil petite enfance	6,5%	9,4%	15,8%	62,5%	5,8%	0,58
Complexe médico-social : foyer d'hébergement et foyer de vie	6,6%	17,6%	2,7%	70,8%	2,3%	0,56
Foyer d'hébergement	6,5%	26,5%	3,3%	57,3%	6,4%	0,56
CAJ	8,2%	20,9%	9,6%	59,8%	1,4%	0,39
CRP	11,5%	26,4%	4,9%	53,2%	3,9%	0,38
ESAT	8,9%	18,6%	4,0%	61,2%	7,3%	0,23
Entreprise adaptée	16,1%	63,9%	0,0%	9,0%	11,0%	0,13

Dans la plupart des établissements, le personnel socio-éducatif rassemble les fonctions les plus représentées au sein de la structure. Il peut s'agir d'un personnel travaillant à l'accompagnement au travail au sein des ESAT et des entreprises adaptées ou à l'accompagnement à la vie quotidienne et à l'éducation dans les structures d'accueil de jour ou d'hébergement.

Au sein des Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite spécialisées

et centres de rééducation fonctionnelle ou motrice, le personnel médical et paramédical est celui qui constitue la part majoritaire des effectifs, puisqu'il représente respectivement 39,4 %, 59 % et 67 % du nombre d'ETP. Dans les Instituts d'Education Motrice, les structures d'accueil temporaire et les Foyers d'Accueil Médicalisé, le personnel médical et paramédical est également fortement représenté puisqu'il regroupe plus de 30 % du nombre d'ETP.

Les entreprises adaptées, entreprises relevant du marché du travail - et non plus du milieu protégé - emploient au sein de leurs effectifs au moins 80 % de travailleurs handicapés. Le taux d'encadrement repéré dans les entreprises financées par le CCAH est de 0,13 ETP pour 1 personne. Au sein de ces effectifs, la part faible du personnel socio-éducatif s'explique par une autonomie plus grande des salariés au sein de ce type de structures.

Type d'établissements	Taux d'encadrement estimé* (Enquête CCAH 2009)	Taux d'encadrement estimé* (Enquête DREES 2006)
MAS	1,27	1,21
FAM	1,22	1,08
Foyer de vie	0,81	0,69
Foyer d'hébergement	0,5	0,45
ESAT	0,22	0,22

* Taux d'encadrement estimé = Total nombre de personnes accueillies dans tous les établissements d'un même type / Total nombre d'ETP de tous les établissements de ce même type.

À noter : Le taux d'encadrement estimé des établissements financés par le CCAH est généralement supérieur à l'estimation du taux d'encadrement faite, 3 ans auparavant, par la DREES pour l'enquête « Etablissements sociaux et médico-sociaux » (ES 2006).

■ LES PROFESSIONNELS DES SERVICES ■

Les porteurs de projets et professionnels travaillant au sein des services soutenus ne sont généralement pas issus du secteur du handicap mais proviennent d'horizons professionnels variés.

Selon l'enquête du CCAH, le personnel a toutefois été formé spécifiquement

à l'accueil et à l'accompagnement des personnes handicapées dans 94 % des services.

La formation suivie est principalement destinée à une meilleure appréhension d'un public spécifique : personnes handicapées psychiques, moteur, mentales ou cérébro-lésées.

37,5 % des services ont notamment proposé une formation du personnel à l'accompagnement de la personne handicapée psychique.

Destinée au personnel effectuant des manipulations manuelles, la formation aux gestes et aux postures a été mise en place dans 18,8 % des services.

Formations	%
Accueil et accompagnement de la personne handicapée psychique	37,5 %
Accueil et accompagnement de la personne handicapée motrice	18,8 %
Accueil et accompagnement de la personne handicapée mentale	18,8 %
Gestes et postures	18,8 %
Langue des Signes Française (LSF)	12,5 %
Accueil et accompagnement de la personne cérébro-lésée	12,5 %
Bientraitance	6,3 %
Viellissement de la personne handicapée	6,3 %
Soins palliatifs	6,3 %
Addictions et toxicomanie	6,3 %
Accompagnement de la personne handicapée visuelle	6,3 %
Appréhension de la violence	6,3 %
Déglutition et alimentation	6,3 %
Atelier Mouvement, Rythme et Voix	6,3 %
Autre	18,8 %

Réponses multiples autorisées



LE CCAH A SOUTENU
SAVS ŒUVRE FALRET

Au regard des conséquences sociales qu'engendre le handicap psychique (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation), l'Œuvre Falret a mis en œuvre sur Paris un SAVS destiné à maintenir et développer les potentialités de ces personnes.

Le SAVS apporte ainsi un soutien individuel pour les actes du quotidien : démarches administratives, gestion d'un budget, aide aux courses, orientation et utilisation des transports en commun, accès aux soins, organisation de temps de loisirs seul ou en groupe, mise en place d'une alimentation équi-

librée. Au-delà de cet accompagnement individuel, l'équipe du SAVS met en place des temps de vie collectifs - repas, sorties, ateliers sur des thèmes liés à la vie quotidienne - qui encouragent l'ouverture aux autres et l'élaboration de projets communs.

Enfin, le personnel du SAVS veille à la continuité du processus de soins, qui fait partie intégrante du processus de réadaptation de la personne, et travaille ainsi en partenariat avec des structures externes pour la prise en charge médicale.

> La spécificité de l'accompagnement du vieillissement

Les personnes handicapées connaissent aujourd'hui, comme le reste de la population, une augmentation de leur durée de vie. Les courbes d'espérance de vie des personnes handi-

capées dessinent en effet des profils de mortalité tendant à se rapprocher progressivement de celles de la population générale ; et cela grâce aux progrès de la médecine mais aussi

à des accompagnements dans la vie quotidienne individualisés et plus adaptés aux pathologies et au parcours de vie de la personne handicapée.

Les conséquences de cette nouvelle longévité impliquent que nombre de personnes handicapées survivront à leurs parents. Cette évolution rapide de l'espérance de vie n'ayant pas été suffisamment anticipée, peu de structures sont aujourd'hui adaptées à l'accueil et à l'accompagnement spécifique de ces personnes.

La majorité des personnes handicapées manifesteront les mêmes expressions dues à l'âge que les personnes vieillissantes dites valides. Toutefois, un vieillissement spécifique lié aux conditions de vie peut être perçu. La prise à long terme de certains médicaments, les troubles associés tels que l'épilepsie, le manque d'activité physique, une alimentation difficile, une non-stimulation ou un isolement peuvent venir accélérer le processus de vieillissement.

La réalisation des diagnostics et des dépistages sur les personnes handi-

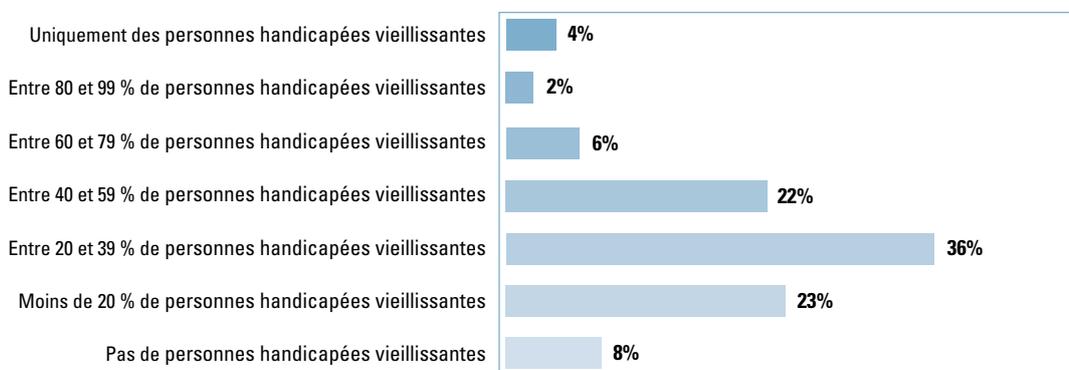
capées vieillissantes est plus tardive que sur les personnes dites valides. La présence d'une déficience intellectuelle ou de troubles psychiques peut également avoir des effets sur la prise en charge du vieillissement. Ainsi selon l'Unapei⁷, « même si la majorité des personnes handicapées manifesteront les mêmes symptômes de l'âge que ceux observés dans la population, la présence d'une déficience intellectuelle peut toutefois rendre délicate la reconnaissance de la pathologie et l'accompagnement de la personne ». La personne déficiente intellectuelle n'a pas forcément conscience de son vieillissement et des signes qui l'accompagnent. Ces personnes ayant du mal à exprimer leurs symptômes, leurs troubles sont souvent sous-diagnostiqués (notamment les affections dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques). Elles se retrouvent alors dans une situation anxiogène si le vieillissement n'est pas correctement

anticipé.

Ainsi, même si de nombreuses personnes handicapées vivent désormais au delà de l'âge de 60 ans, on peut considérer que 45 ans est un cap particulier pour cette population fragilisée, que l'on regroupe souvent sous le terme de « personnes handicapées vieillissantes ».

En France, la barrière d'âge des 60 ans tend à disparaître au sein des établissements qui accueillent toujours plus de personnes handicapées vieillissantes. Selon l'enquête du CCAH, parmi les structures accueillant des adultes handicapés, plus de 90 % d'entre elles accueillent des personnes vieillissantes. En moyenne, dans ces structures, 34,7 % des personnes accueillies ont plus de 45 ans. Et ce chiffre est en augmentation constante.

RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS SELON LA PART DE PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES SUR L'ENSEMBLE DES PERSONNES ACCUEILLIES



Lecture : 36 % des établissements pour adultes accueillent entre 20 % et 39 % de personnes handicapées vieillissantes au sein de la structure.

Selon les **recommandations du conseil de l'Europe du 10 juillet 2009**, le souhait des « personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées handicapées est de vivre leur vie avec le plus grand degré de liberté et d'autonomie possible, dans un environnement humain et physique où elles pourront bénéficier de services de soutien qui facilitent ce mode de vie au lieu de l'entraver ». Dans

ce sens, il préconise aux Etats membres de prendre des mesures pour :

- promouvoir l'autonomie, ainsi qu'une vie indépendante et active,
- améliorer la qualité des services,
- parfaire la protection juridique des personnes âgées et handicapées.

7 - Unapei : Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis.

La mise en œuvre de formes d'accompagnement adaptées devient souvent nécessaire pour répondre aux besoins émergents des personnes et faire face aux signes du vieillissement : modification de l'image de soi, perte

de force, dégradation des capacités intellectuelles ou sensorielles, perte des capacités d'autonomie, troubles du comportement, problèmes de santé plus nombreux, ancrage dans des habitudes, désintérêt pour le groupe

ou pour les activités, troubles du sommeil, lenteur, désorientation spatiale et temporelle, besoin de temps de repos de plus en plus long, sentiment d'insécurité, d'inquiétude.



LE CCAH A SOUTENU

FAM LA MAISON DE VIE MARIE-LOUISE

Le FAM « La maison de vie Marie-Louise » propose un accompagnement spécifique tenant compte du vieillissement des personnes déficientes intellectuelles.

L'objectif de l'accompagnement consiste à permettre aux résidents de conserver leur autonomie et de vivre selon leur rythme. Ainsi, des ateliers de stimulation faisant travailler la motricité, la mémoire, la créativité sont proposés, sans toutefois constituer une obligation. La stimulation passe aussi par la réalisation des actes quotidiens par la personne elle-même selon ses capacités. En raison du vieillissement des résidents, l'équipe est vigilante

à la fatigabilité de certains et apporte des soins visant à conserver au maximum les acquis.

Plusieurs partenariats sont mis en place avec les services de gérontologie pour la surveillance liée aux phénomènes du vieillissement, et les services de psychiatrie pour les problèmes liés à la maladie mentale. Le personnel y bénéficie d'une formation en gérontologie et en psychiatrie et un important travail est mené avec chaque personne sur l'accompagnement de la fin de vie.

Chaque résident dispose d'une chambre de 20,5 m² avec une salle de bain.

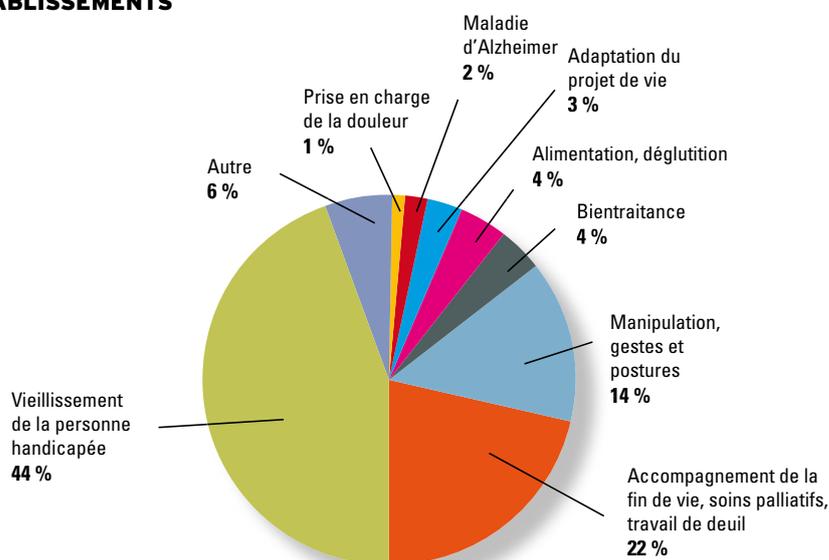
Parmi les structures accueillant des personnes handicapées vieillissantes, 81 % d'entre elles ont ainsi pensé spécifiquement l'accompagnement de ces personnes.

Adaptations mises en place pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	%
Formation des professionnels	45,0 %
Adaptation / agrandissement des locaux	30,8 %
Nouveaux équipements	27,6 %
Adaptation des rythmes	19,3 %
Adaptation et personnalisation du projet d'accompagnement	12,4 %
Création d'une unité ou d'une structure adaptée à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes	8,7 %
Adaptation des activités	8,1 %
Mise en place ou développement d'un accompagnement de jour (SAVS, CAJ, service à domicile)	3,9 %
Recrutement de personnel, réorganisation des équipes	3,4 %
Adaptation des postes (ESAT, entreprises adaptées)	3,2 %
Médicalisation, soins palliatifs	3,0 %
Groupe de paroles, prévention du vieillissement, préparation à la perte d'autonomie, à la retraite	2,8 %
Mise en place de partenariats avec le secteur gériatrique, avec des structures sanitaires	1,8 %
Mise en place d'une commission vieillissement	0,8 %
Orientation vers une nouvelle structure	0,6 %
Autre	2,4 %

Réponses multiples autorisées

45 % des établissements accueillant des personnes handicapées vieillissantes ont ainsi mis en place des formations spécifiques à destination des professionnels. 44 % de ces formations sont des formations généralistes sur le vieillissement de la personne handicapée, parfois adaptées à un type de handicap spécifique.

THÉMATIQUES DES FORMATIONS MISES EN PLACES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS



22 % des formations proposées concernent l'accompagnement de la fin de vie, les soins palliatifs et le travail de deuil. Malgré la loi Leonetti adoptée le 22 avril 2005 garantissant à toutes les personnes en fin de vie le droit à l'accès aux soins palliatifs, quel que soit le lieu de leur prise en charge, les efforts mis en place dans le secteur médico-social restent insuffisants. La mission parlementaire d'évaluation de la loi dénonçait d'ailleurs fin 2008 « un manque presque total d'informations » des professionnels et des « fins de vie souvent non accompagnées ». Tous les établissements médico-sociaux sont pourtant dans l'obligation d'intégrer un volet soins palliatifs à leur projet d'établissement, incluant des actions de formation du personnel et de coopération avec des partenaires extérieurs.

Le développement d'un accompagnement de la personne vieillissante

se passe également souvent par une transformation importante de son environnement direct. Ainsi 30,8 % des structures ont déclaré avoir adapté ou agrandi les locaux. Il peut s'agir d'un agrandissement et/ou d'une individualisation des chambres et des salles de bain, de la création d'espaces de plain-pied ou de plans inclinés, de l'amélioration de l'accessibilité et de la circulation, de la création de sections adaptées ou de pavillons dédiés, parfois médicalisés, de la mise en place d'ascenseurs, ou encore de la création de salles de soins ou de rééducation.

De nouveaux équipements sont installés dans 27,6 % des structures. Ils permettent d'améliorer le confort, d'offrir une autonomie plus grande et d'améliorer la mobilité. Entre autres, sont cités rampes, baignoires adaptées, chariots et sièges douche, lève-personnes, aménagement de rails,

lits médicalisés, chaises et fauteuils ergonomiques, fauteuils électriques, déambulateurs, verticalisateurs, monte-escaliers, domotique, appels malades, jardins à hauteur, balnéothérapie, véhicules adaptés, climatisation.

Afin de prendre en compte l'évolution des capacités et des besoins de la personne ainsi que sa fatigabilité, un effort conséquent est aussi consacré à l'adaptation des rythmes et à la personnalisation du projet d'accompagnement. Les personnes handicapées vieillissantes sont ainsi souvent regroupées dans des unités spécifiques plus fortement encadrées et disposent d'un accompagnement axé sur les temps de nursing (soins d'hygiène, de confort, prévention, surveillance de l'alimentation, suivi relationnel) et sur des activités visant le maintien des acquis.

> Une évaluation des pratiques pour une amélioration de la qualité des prestations

■ INTÉGRATION DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ■

Si la loi du 2 janvier 2002 a institué une obligation d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, les ESSMS concernés⁸ ne se sont approprié cette démarche que très récemment, du fait de freins économiques, conceptuels ou culturels.

Selon cette loi, l'évaluation interne (tous les 5 ans) doit venir préparer une évaluation externe (2 évaluations sur la période d'autorisation de 15 ans) dont les résultats conditionnent le renouvellement de l'autorisation de fonctionner de l'établissement. Cette démarche entend interroger le sens du travail social et favoriser l'évolution des pratiques professionnelles. Elle vise ainsi l'amélioration continue de la qualité des services apportés aux personnes accueillies et à leur

entourage, celle de l'organisation du travail et celle des relations entre les acteurs, leurs partenaires et leur environnement.

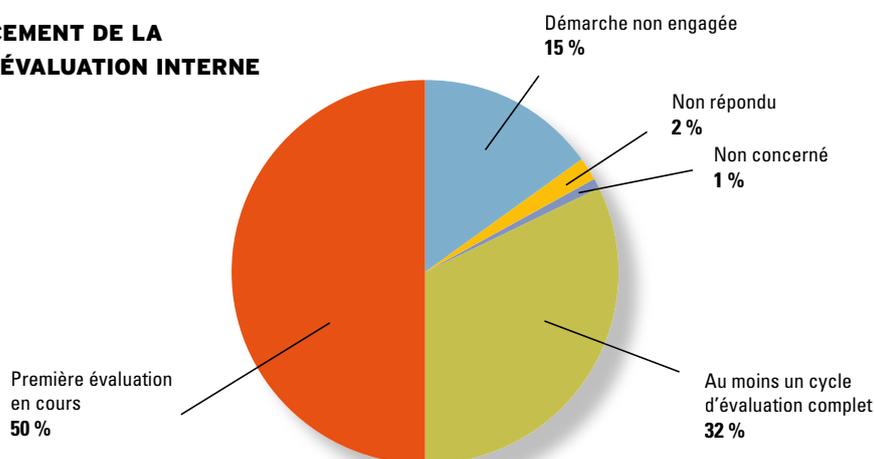
L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), installée en mai 2007, a pour mission d'accompagner les structures dans la mise en œuvre, la consolidation et l'appropriation de ce dispositif institutionnel. Dans ce sens, l'Anesm a habilité des organismes à procéder à l'évaluation externe des ESSMS et poursuit la diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment sur l'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service, la conduite de l'évaluation interne, la

prévention et le traitement de la maltraitance, la bientraitance, etc.

Il apparaît d'ailleurs que 2008 et 2009 ont constitué des étapes dans la mise en œuvre de ces évaluations. Ainsi, selon la deuxième enquête nationale de l'Anesm relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne, 66 % des structures s'étaient engagées en 2009 dans une démarche d'évaluation interne (60 % en 2008). Dans le champ du handicap, cela concerne 80 % des structures (72 % en 2008).

De même, 82 % des structures financées par le CCAH déclarent avoir engagé une démarche d'évaluation interne et parmi eux, 32 % ont finalisé un cycle d'évaluation. 15 % des établissements déclarent ne pas avoir engagé de démarche d'évaluation.

ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION INTERNE



Cette démarche est le plus souvent menée par un comité de pilotage regroupant professionnels de qualifications diverses. 27,5 % des établissements concernés font appel à un prestataire externe.

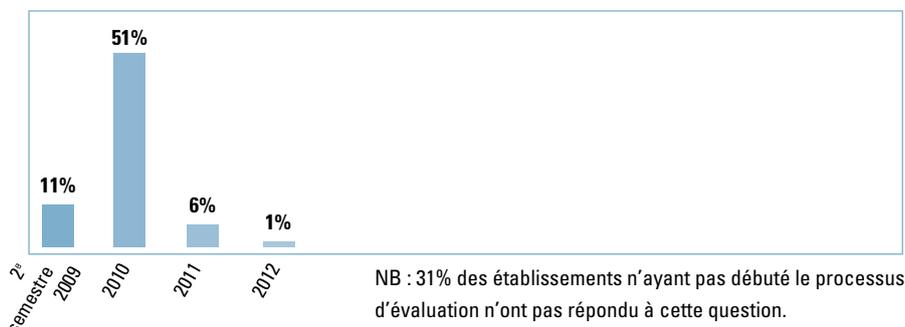
Pilotage de la démarche d'évaluation interne	%
Un comité de pilotage	55,8 %
Le directeur et/ou l'équipe de direction	44,5 %
Un prestataire externe	27,5 %
Un responsable qualité	27,0 %

Réponses multiples autorisées

8 - Établissements et services visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Les entreprises adaptées, structures du milieu ordinaire, ne sont pas soumises à cette démarche d'évaluation.

Parmi les structures n'ayant pas engagé le processus d'évaluation interne en juillet 2009 (date d'envoi de l'enquête), plus de 60 % ont prévu de le démarrer d'ici fin 2010.

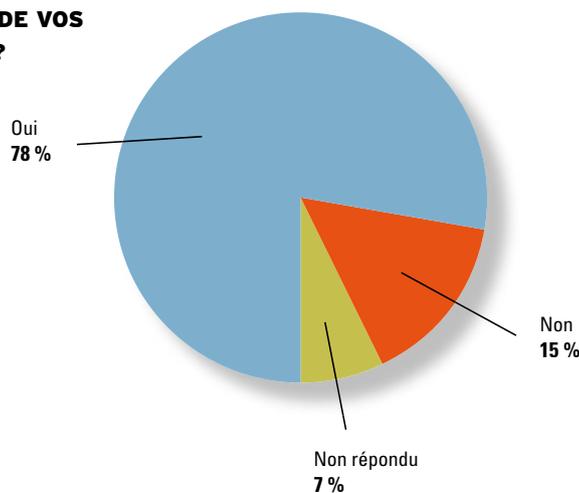
SI LE PROCESSUS D'ÉVALUATION INTERNE N'A PAS ÉTÉ ENGAGÉ, QUELLE EST LA DATE DE DÉMARRAGE PRÉVUE ?



■ EVALUATION DES PRESTATIONS AU SEIN DES SERVICES ■

Parmi l'ensemble des services, 78 % déclarent avoir mis en place une évaluation des prestations auprès de ses clients ou usagers.

EFFECTUEZ-VOUS UNE ÉVALUATION DE VOS PRESTATIONS AUPRÈS DE VOS CLIENTS OU DE VOS USAGERS ?



Parmi les services effectuant une évaluation de leurs prestations, 63 % des structures interrogées ont recours à des enquêtes de satisfaction auprès des clients ou des usagers

afin de mieux évaluer les prestations proposées. 22 % des services ont mis en place une démarche d'évaluation de la qualité. Il s'agit des services médico-

sociaux (SAVS, SESSAD, SAMSAH, etc.) soumis à l'obligation d'évaluation interne et externe.

Type d'évaluation	%
Enquête / questionnaire de satisfaction	63,0%
Démarche qualité	22,2%
Réunions / entretiens avec les usagers	14,8%
Conseil de la vie sociale	11,1%
Contrôles	7,4%
Bilan annuel	7,4%
Livret de suivi	7,4%

Réponses multiples autorisées

3 LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN MOUVEMENT

> Impacts de la loi Hôpital Patients Santé Territoire sur la gestion et l'organisation des structures médico-sociales

La loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, qui s'inscrit dans le cadre de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et de la réorganisation des services de l'Etat, restructure profondément les secteurs médico-social et sanitaire.

* Cette loi positionne le niveau régional comme le niveau de décision et de relais de l'Etat. La région devient le lieu de la mise en œuvre des politiques publiques et de leur pilotage. La

création des Agences Régionales de Santé (ARS) en est la concrétisation.

* La loi se donne pour objectif l'organisation d'un schéma régional coordonné pour les soins, décloisonnant les soins de ville, les soins hospitaliers, l'accueil et l'accompagnement médico-social. L'idée est de définir de manière plus cohérente un parcours de santé adapté à la personne. Le but est ainsi d'associer le parcours de vie de la personne à son parcours de santé avec l'intention de conjurer

prévention, accompagnement médico-social, médecine ambulatoire et hôpital.

* Cette nouvelle répartition des champs de compétences de chacun modifie les méthodes de travail de tous : appels à projets, signature de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), convergence tarifaire, mutualisation, nouveaux modes de gouvernance associative, etc.

■ LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ ■

Au 1^{er} avril 2010, les ARS ont officiellement vu le jour. Désormais les 26 agences créées font office, au même titre que les MDPH pour les personnes handicapées, de guichet unique pour les professionnels du sanitaire privé, public et du médico-social.

Concrètement, les ARS rassemblent :

- * Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH),
- * Les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS),
- * Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM),

* Le volet hospitalier des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et du Régime Social des Indépendants (RSI),

- * Les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP),
- * Les Missions Régionales de Santé (MRS),
- * Les services de sécurité sanitaire.

Les agences sont placées sous le contrôle d'un conseil national de pilotage. Chaque agence signe donc un CPOM pour une première période 2011/2013 avec les ministères prési-

dant ce conseil national (ministères de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées, des personnes handicapées).

Concernant plus spécifiquement le secteur sanitaire et médico-social, l'ARS doit notamment promouvoir la qualité des formations des professionnels, autoriser la création et les activités des établissements et services relevant de la tarification de l'Etat et de l'assurance maladie, et contrôler les ESSMS relevant de son champ de compétences.

Compétence des ARS pour les établissements d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées

IME - IMP - IMPro - ITEP - ESAT - SESSAD - CAMSP - SSIAD - FAM - MAS - établissements et services expérimentaux

Face à l'ampleur et à la complexité des missions des ARS, de leur organisation et leur récente opérationnalité, nous avons choisi d'interroger les ESSMS sur deux aspects de la mise en œuvre des ARS, la procédure d'appel à projets et les CPOM, deux outils impactant les modes d'organisation, de gestion et de travail des associations gestionnaires d'établissements et de services.

■ LA PROCÉDURE D'APPEL À PROJETS ■

L'article 124 du chapitre III de la loi HPST prévoit que, désormais, tout projet de création, de transformation ou d'extension d'établissement et service qui sollicite totalement ou partiellement une aide publique est soumis à un nouveau régime d'autorisation : la procédure d'appel à projets.

Au-delà d'une modification structurelle du secteur, la procédure de l'appel à projets modifie la conception que les acteurs peuvent avoir de l'évolution

des besoins sur un territoire et de leur prise en compte.

En effet, une des premières conséquences est un basculement de l'initiative vers les autorités administratives. L'association gestionnaire qui jusqu'alors déposait un nouveau projet selon les besoins qu'elle recensait sur son territoire, en lien avec les Priac, doit aujourd'hui répondre à un appel à projet défini par les autorités administratives. L'ordonnance

du 23 février 2010 a ainsi mis fin au système de fenêtres de dépôt des demandes d'autorisation, et les Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) sont supprimés depuis le 1^{er} juillet 2010.

Les compétences en matière d'autorisation sont donc réparties entre le directeur général de l'ARS et le président du Conseil Général selon les types d'établissements, et donc selon leurs types de financeurs.

Autorisations de création, transformation, extension

CAMSP, IME, ESAT, MAS, SSIAD, projets innovants → Directeur général de l'ARS.

Foyer de vie, foyer d'hébergement, SAVS → Président du Conseil Général

FAM, SAMSAH → Président du Conseil Général et Directeur général de l'ARS

Les avis divergent sur cette procédure :

Les principaux atouts :

* Cette coordination entre l'ARS et le Conseil Général favorise l'émergence d'une véritable planification des besoins et permet une programmation financière plus juste.

* Les appels à projets permettent une prise en compte des vrais besoins sur le territoire, avec l'assurance pour les projets retenus d'être financés.

Les principales limites :

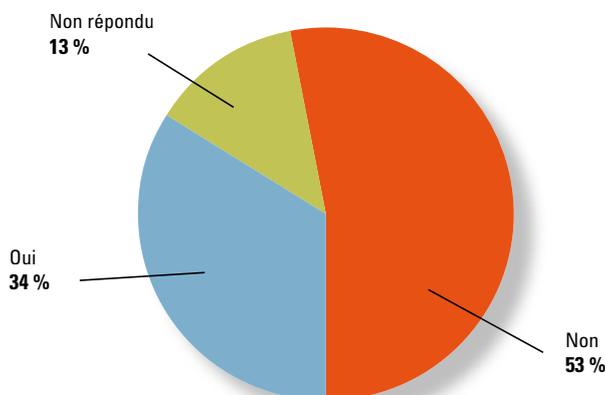
* Cette procédure fragilise les petites associations qui n'ont pas les moyens (humains, logistiques) de répondre

aux appels à projet.

* Les projets innovants risquent d'être moins soutenus.

* La représentation des associations dans les nouvelles instances de décision est considérée comme faible pour certains et ne garantit donc pas une prise en compte des demandes et besoins des associations.

INSCRIPTION DES FUTURS PROJETS DANS LE CADRE DES APPELS À PROJETS



La question posée dans l'enquête du CCAH concernant l'inscription des projets dans le cadre de la nouvelle procédure d'appel à projets pourrait sembler inutile, la procédure étant obligatoire. Cependant, il nous a sem-

blé intéressant, au stade de l'envoi du questionnaire en 2009, de voir comment les associations gestionnaires avaient anticipé ces nouvelles règles du jeu.

Les futurs projets s'inscrivent pour

près de 40 % des associations interrogées dans le cadre des appels à projets, ce qui montre une anticipation assez forte de règles d'autorisation applicables presque une année plus tard.

■ LES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS ■

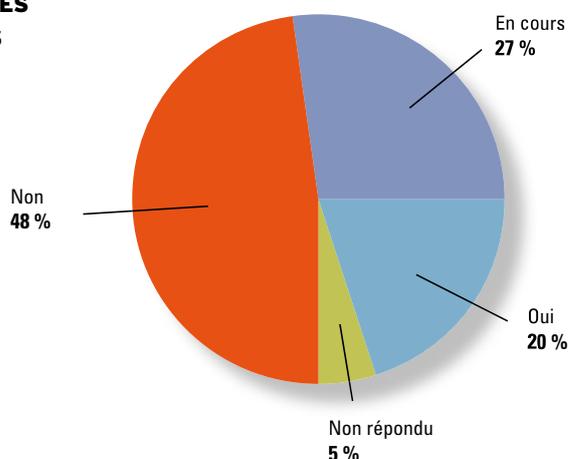
Depuis la loi du 2 janvier 2002, la pluriannualité budgétaire est possible pour les établissements médico-sociaux. Cependant, c'est l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 (art. L.313.11 du Code de l'action sociale et des familles) qui a institué les CPOM. La loi HPST vient rendre cette pratique obligatoire pour des établissements d'une certaine taille. Un décret fixant les seuils minimum au-delà desquels

la signature d'un CPOM sera obligatoire est en attente de publication. A titre d'information, le niveau des seuils envisagés serait égal à trois fois les critères de nomination d'un commissaire aux comptes, soit 12 millions d'euros de produits de tarification, 3 millions d'euros de total de bilan et de 100 à 150 salariés.

Le contrat consiste à trouver un ac-

cord entre les autorités de tarification et une association gestionnaire liée, notamment, à l'organisation et la gestion des établissements. Il peut tout autant porter sur les moyens financiers que sur le management, les ressources humaines, les services aux usagers ou la démarche qualité. La durée maximum de ce contrat est de 5 ans.

SIGNATURE D'UN CPOM PAR LES ORGANISMES GESTIONNAIRES

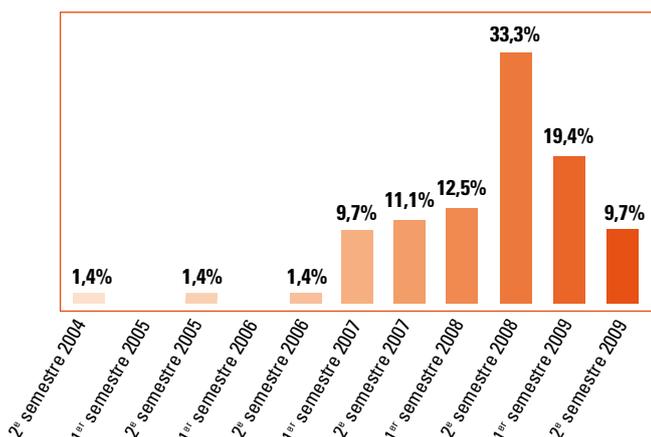


20 % des organismes gestionnaires ont déclaré avoir signé un CPOM. Parmi ces contractualisations, on constate un pic de signatures fin 2008 et début 2009, laissant penser que les associations qui avaient entamé de manière précoce les négocia-

tions pour la signature d'un CPOM, en 2006 et 2007, ont conclu leurs négociations une à deux années plus tard. Ainsi ces contrats ont été en quelque sorte signés par des précurseurs. A ce stade de la mise en place des CPOM, une période d'observation de

la part des gestionnaires peut expliquer la baisse constatée dès 2009. Néanmoins, 27 % d'entre eux nous ont tout de même déclaré être en cours de négociation avec leur autorité de tarification.

DATE DE SIGNATURE DES CPOM



Concrètement les CPOM permettent :

- * Une contractualisation entre les gestionnaires et l'administration publique replaçant chacun sur son cœur de mission. En clair, la gestion pour les associations, l'évaluation pour les pouvoirs publics.

- * Une modernisation des règles budgétaires avec la fixation pluriannuelle du budget, des procédures budgétaires allégées, une garantie de prise en charge des surcoûts.

- * Un mode de gouvernance donnant un nouveau poids aux administrateurs. Il est en effet de leur pouvoir de définir et fixer des objectifs stratégiques et des orientations politiques.

giques et des orientations politiques.

Il ne faut cependant pas oublier que la mise en place des CPOM s'inscrit dans un contexte d'incitation des pouvoirs publics à restructurer le secteur afin de réduire fortement le nombre d'interlocuteurs, maîtriser les dépenses publiques et créer le nouveau cadre institutionnel initié par la loi HPST.

Ainsi, certains questionnements et inquiétudes des acteurs du secteur médico-social apparaissent :

- * La place réelle de la convergence tarifaire au regard d'une dérive possible vers un tarif unique.

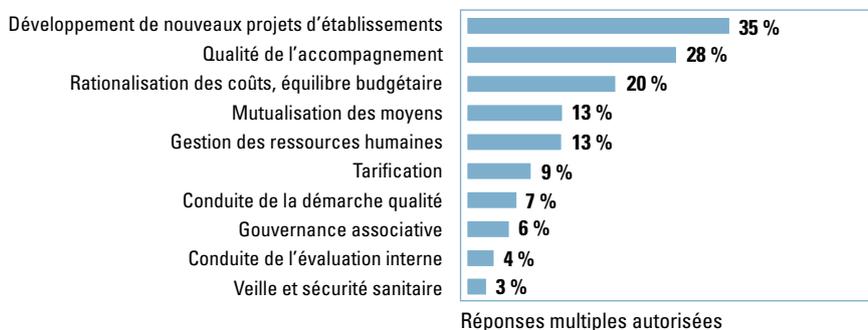
sible vers un tarif unique.

- * La possibilité ou non d'opposabilité des engagements pluriannuels des financeurs.

- * Le renforcement de l'encadrement des associations gestionnaires en direction des établissements et services gérés.

Malgré ces inquiétudes, ou en conséquence de celles-ci, les objectifs fixés dans les CPOM par les associations gestionnaires sont ambitieux, larges et couvrent souvent de nombreux champs d'activités.

OBJECTIFS FIXÉS DANS LES CPOM



On observe cependant des tendances plus fortes et notamment trois domaines d'intervention :

- * Pour 35 % : la formulation de projets de création, de rénovation ou d'extension des établissements et services d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées.

- * Pour 28 % : la volonté d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées. De nombreuses associations citent ainsi dans ces contrats les notions de « respect de la personne », « respect du résident », « bientraitance » ou « qualité de service ».

- * Pour 20 % : la rationalisation des coûts, l'équilibre budgétaire. Certaines associations emploient ainsi les termes de « qualité de gestion », « réduction des déficits », « harmonisation des coûts et des moyens », « sécurisation des financements » ou même de « budgets contraints ».

> Des partenariats renforcés

Le secteur médico-social a toujours travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires techniques, financiers ou politiques, de manière formalisée ou non.

Les évolutions législatives de ces dernières années ont cependant créé de nouvelles structures juridiques favorisant la création de réseaux et de structures de coopération. Ce nouvel arsenal juridique répond bien sûr également aux souhaits des pouvoirs publics de structurer et resserrer le secteur médico-social et de dé-

cloisonner les secteurs sanitaire et médico-social.

Les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) sont un des outils de ces nouveaux modes de collaboration, clarifié avec la loi du 11 février 2005.

Entrés réellement en vigueur depuis leur décret d'application en 2006, ces groupements permettent notamment entre membres :

- * des interventions communes des professionnels du groupement, mais

aussi des secteurs médico-sociaux, sanitaires, des professionnels associés au groupement,

- * de créer et de gérer des équipements et des services d'intérêt commun,
- * d'exercer directement des missions et prestations des ESSMS,

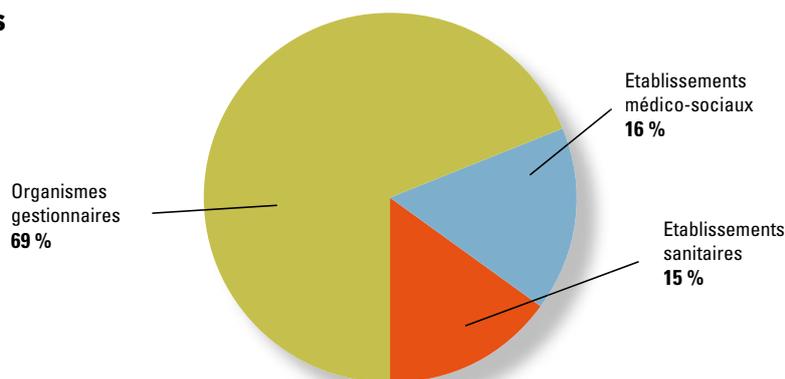
- * d'être chargé de procéder à des regroupements ou à des fusions,

- * de faciliter les évaluations de leurs pratiques,

- * d'améliorer la qualité du service rendu,

- * de proposer des actions de formations de leurs personnels ou de leurs membres.

TYPE DE PARTENARIATS DE COOPÉRATION



Si les partenariats au sens large font partie intégrante de la vie des ESSMS, la collaboration spécifique avec d'autres associations gestionnaires est certes majoritaire (69 %) mais peut encore progresser.

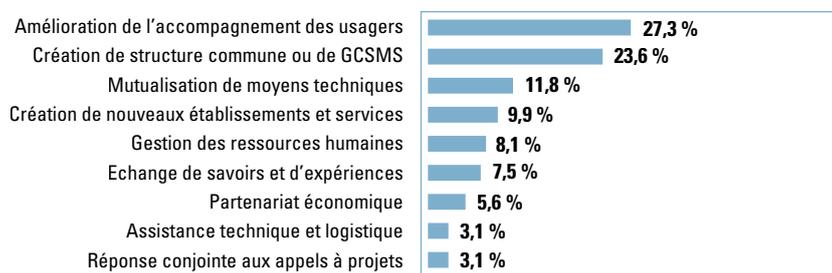
On observe que 24 % des partenariats mis en place entre associations gestionnaires ont pour objectif la constitution formelle d'un GCSMS.

L'objectif principal (27 %) est cependant celui au cœur même des missions des ESSMS : l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers. Cela est rendu possible grâce à la mise en place d'une réponse globale, qui peut se traduire, par exemple, par une diversification des modes d'accueil, une continuité des soins et des services, le développement de complémentarités professionnelles

avec un réel partage des compétences.

La mutualisation des moyens techniques, pour près de 12 % des partenariats, peut également s'interpréter comme la volonté, au-delà des économies d'échelle, de mutualiser des moyens pour assurer une continuité des soins.

QUEL EST L'OBJECTIF PRINCIPAL DU PARTENARIAT DE COOPÉRATION ?



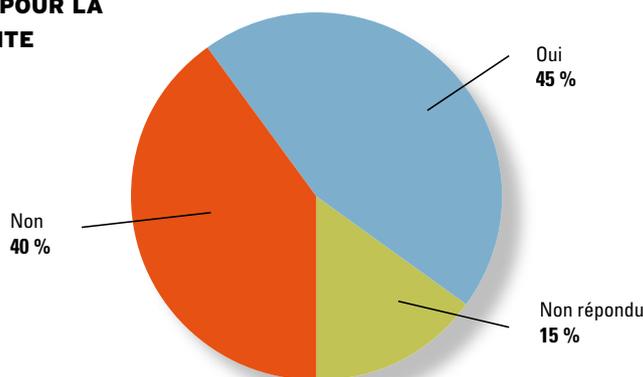
De la même manière, la formalisation de partenariat entre MDPH et établissements, notamment pour la gestion de leur liste d'attente, peut être un bon indicateur de cette évolution des modes de collaboration entre acteurs

d'un même territoire.

Lorsqu'une place se libère au sein d'un établissement, 45 % des structures interrogées répondent qu'il existe un partenariat réel avec la MDPH

pour analyser, ensemble, les nouvelles candidatures en attente. A contrario, encore 40 % des établissements travaillent seuls sur ces questions ou au cas par cas avec la MDPH sur des situations spécifiques.

PARTENARIAT AVEC LA MDPH POUR LA GESTION DE LA LISTE D'ATTENTE



> Quels projets pour demain ?

■ PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES ■

66 % des établissements et services ont déclaré avoir un projet de développement de leur structure.

■ Dans le champ médico-social, ces projets concernent le plus généralement une extension de la capacité d'accueil, une réhabilitation ou un agrandissement de locaux existants, ou encore l'acquisition de nouveaux équipements.

Projets de développement des établissements financés	%
Extension : augmentation de la capacité d'accueil	37 %
Réhabilitation/Agrandissement des locaux	30,3 %
Equipement	12,4 %
Changement d'agrément	5,3 %
Développement ou transformation de l'offre d'accueil*	3,4 %
Création de nouveaux établissements	3,1 %
Fusion	0,7 %
Diminution de la capacité d'accueil	0,4 %
Accueil de populations nouvelles	0,4 %
Autre	0,5 %

Réponses multiples autorisées

* Pour les structures d'accueil et d'accompagnement : développement de l'accueil de jour, création d'appartements externalisés, chambres pour couples
Pour les ESAT et entreprises adaptées : développement de nouveaux métiers, mises à disposition en entreprise

37 % des établissements ont un projet d'augmentation de leur capacité d'accueil. Sur l'ensemble des établissements ayant des projets d'extension, 80 % ont précisé le nombre de places qu'ils envisageaient de créer ; cela représente un total de 2 244 places. Les projets d'extension permet-

traient ainsi de créer en moyenne 11 places par structure.

Parmi ces projets, 27,4 % concernent des créations de places médicalisées (FAM, MAS et complexes médico-sociaux médicalisés).

Les foyers de vie et les ESAT repré-

sentent respectivement 18,4 % et 14,9 % des projets d'extension. Ces taux reflètent l'activité de financement du CCAH qui a fortement soutenu ces types d'établissements pendant 40 ans.

Types de projets d'extension prévus	%
Foyer de vie	18,4 %
ESAT	14,9 %
FAM	12,5 %
IME	11,8 %
MAS	9,8 %
Foyer d'hébergement	6,3 %
Complexe médico-social médicalisé	5,1 %
Accueil temporaire	4,3 %
CAJ	3,1 %
SESSAD	2,7 %
SAMSAH	2,4 %
IEM	1,6 %
SAVS	1,6 %
Maison de retraite	1,2 %
Accueil petite enfance	1,2 %
ITEP	0,8 %
Autres établissements pour adultes	0,4 %
Autres établissements pour enfants	0,4 %
CRP	0,4 %
Entreprise adaptée	0,4 %
Etablissement d'éducation sensorielle	0,4 %
Habitat regroupé	0,4 %

- * 83 % des projets d'extension concernent la création de places disposant du même type d'agrément que la structure d'origine.
- * 17 % prévoient la création de places disposant d'autres types d'agréments. Il peut s'agir de l'ouverture de

places d'accueil de jour ou d'accueil temporaire, ou également de places médicalisées pour des personnes vieillissantes ou voyant leur pathologie évoluer.
De nombreux IME ou IEM prévoient, quant à eux, la création de places de SESSAD. La loi du 11 février 2005

posant prioritairement le principe de l'inscription des jeunes porteurs de handicap dans un établissement scolaire ordinaire, la création de services d'accompagnement vient ainsi soutenir cette démarche d'intégration scolaire.



LE CCAH A SOUTENU
IME HOME DOMINIQUE

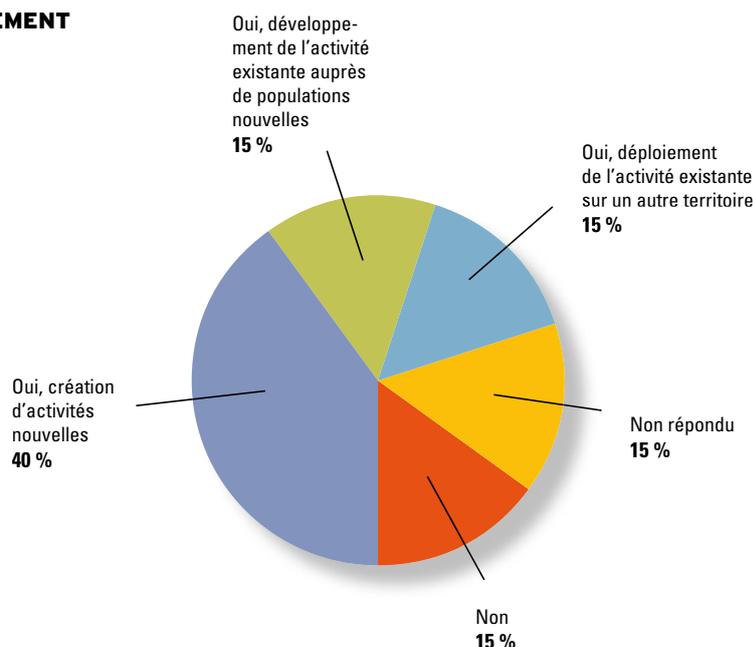
Géré par l'association Marie-Hélène, l'IME accueille depuis novembre 2009 des enfants polyhandicapés. Les enfants et adolescents accueillis présentent une association de déficiences graves auxquelles s'ajoutent des handicaps secondaires d'ordre orthopédique, viscéral ou sensoriel, certains troubles autistiques ou du comportement. Ils ont en commun une grande dépendance pour tous les actes de la vie quotidienne et un besoin de soins constants. La difficulté de la prise en charge ne provient pas tant de la somme

des handicaps multiples mais de l'interaction des différents handicaps entre eux qui met en échec les techniques conventionnelles.
Ouvert 365 jours par an, l'IME offre aux enfants et à leur famille un accompagnement adapté et le choix du type de prise en charge : semi internat à temps partiel, internat, accueil temporaire ou d'urgence pour répondre aux situations les plus critiques.

■ Concernant les services n'intervenant pas dans le champ médico-social, 70 % déclarent avoir des projets de développement. Pour une majorité d'entre eux, ces projets ont pour objectif la création de nouvelles activités.

PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

(hors champ médico-social)

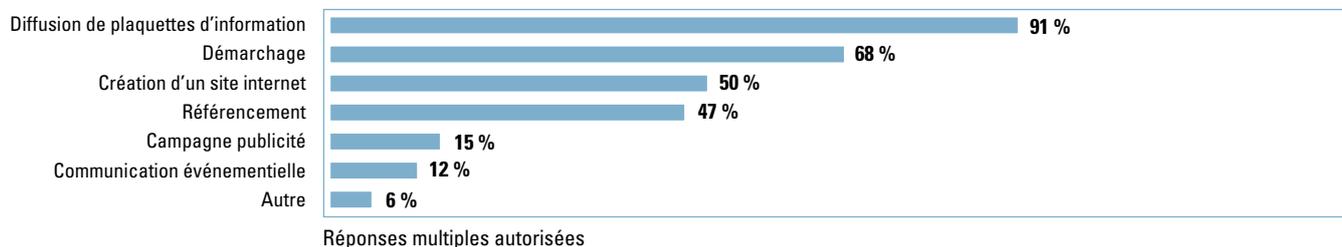


Afin de promouvoir leurs actions, 91 % diffusent des plaquettes d'information auprès des usagers ou clients potentiels. 68 % vont présenter la

structure auprès d'autres organismes susceptibles d'orienter les personnes. Les services viennent en effet souvent compléter l'action de structures

opérant dans les champs sanitaire ou médico-social et permettent ainsi de développer la participation à la vie sociale des personnes.

ACTIONS DE COMMUNICATION ET DE PROMOTION DU SERVICE



■ NOUVEAUX PROJETS DE DÉVELOPPEMENT DES ORGANISMES GESTIONNAIRES ■

RÉPARTITION DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT PAR TYPE DE STRUCTURES

Afin d'obtenir un spectre plus large des projets de développement du secteur, le CCAH a également souhaité interroger les organismes gestionnaires sur l'ensemble de leurs pro-

jets futurs. Si la procédure d'appels à projets remplace désormais l'initiative de création ou de développement de structures dans les mains des autorités administratives, nous pouvons

toutefois prendre en considération ces données comme une évaluation des besoins faite par les organismes gestionnaires.

Projets de développement des organismes gestionnaires	Nombre de projets	%
FAM	122	20,3 %
Foyer de vie	71	11,8 %
MAS	61	10,1 %
SESSAD	40	6,6 %
CAJ	31	5,1 %
SAVS	29	4,8 %
Foyer d'hébergement	29	4,8 %
ESAT	28	4,7 %
Autres types d'établissements	26	4,3 %
SAMSAH	25	4,2 %
IME	20	3,3 %
Habitat regroupé	18	3,0 %
Complexes médico-sociaux	18	3,0 %
Accueil temporaire	16	2,7 %
Aide à domicile	8	1,3 %
Accueil petite enfance	7	1,2 %
Maison relais / Résidence d'accueil	6	1,0 %
Maison de retraite / EHPAD avec unité spécialisée	6	1,0 %
Service d'aide aux aidants	5	0,8 %
Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)	5	0,8 %
Loisirs et culture	5	0,8 %
Service d'aide à la vie quotidienne	5	0,8 %
Foyer d'hébergement	4	0,7 %
Maison de retraite spécialisée	3	0,5 %
Insertion et formation professionnelle	3	0,5 %
CAMSP	3	0,5 %
Tourisme et séjours de vacances	2	0,3 %
ITEP	2	0,3 %
Transports	1	0,2 %
Recherche et ingénierie sociale	1	0,2 %
IEM	1	0,2 %
Centre de vacances	1	0,2 %

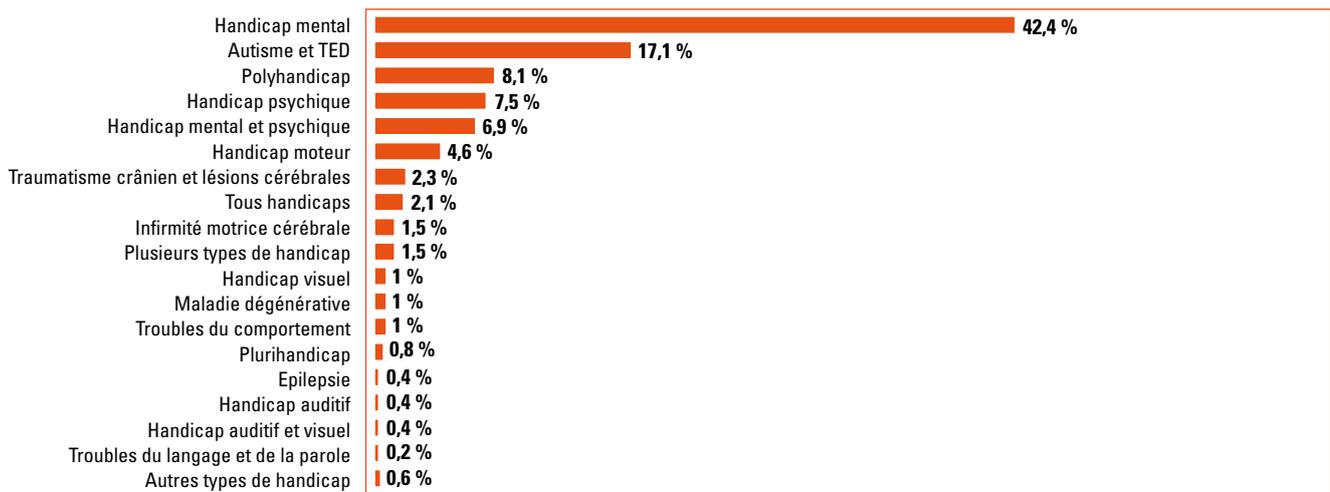
Les projets de développement vont dans le sens d'une évolution globale de la prise en compte de la personne handicapée au sein de la société. La création de projets de CAJ, de SESSAD ou de SAMSAH (16,5 % des projets de développement) participe ainsi à la politique de maintien à domicile et en milieu ordinaire de

scolarité.

Alors que les foyers de vie et d'hébergement ont toujours représenté une part importante des structures financées, on constate une réelle diminution de ce type de projets dans les axes de développement des organismes gestionnaires.

En revanche, les créations de structures médicalisées (FAM, MAS et complexes médico-sociaux médicalisés) constituent toujours une priorité importante de ces organismes, puisqu'elles concernent 33,4 % des projets de développement.

RÉPARTITION DES PROJETS DE DÉVELOPPEMENT PAR TYPE DE HANDICAP



Tout comme les projets financés depuis 1990, plus de 42 % des projets de développement sont à destination des personnes handicapées mentales.

La prise en compte de la spécificité des besoins des personnes atteintes

d'autisme ou de troubles envahissants du développement semble se confirmer (17,1 % des projets de développement). Egalement, le déploiement de réponses aux problématiques des personnes handicapées psychiques semble faire partie des grandes pré-

occupations des organismes gestionnaires. A contrario, les projets de développement en direction des personnes handicapées sensorielles restent minoritaires (1,8 %).

CONCLUSION

En près de 40 ans, autant la manière de concevoir le handicap que l'approche de l'accompagnement de la personne handicapée et les pratiques professionnelles ont fortement évolué. Soutenues par des avancées législatives, les associations, les familles et les personnes elles-mêmes ont participé pleinement à la mise en place de solutions adaptées à des besoins individuels. Les membres du CCAH, grâce à leur implication forte et porteuse de sens, soutiennent durablement la mise en œuvre de ces projets.

Pour autant, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la participation sociale pleine et entière des personnes handicapées. Certaines formes de handicap, du fait d'une reconnaissance tardive, d'une approche complexe, restent insuffisamment prises en charge. La mise en accessibilité généralisée de notre société, légalement prévue pour 2015, ne s'opère que très lentement. Parallèlement, les problématiques liées au vieillissement des personnes handicapées, peu anticipées, représentent un des défis majeurs des années futures.

Par son positionnement original au cœur d'un réseau regroupant à la fois partenaires privés et associations

nationales du secteur handicap, le CCAH souhaite poursuivre son action au plus près des besoins et des souhaits des personnes handicapées. Cette fonction d'interface offre la chance et la richesse d'être aux avant-postes des évolutions des pratiques en action sociale et des nouvelles attentes des personnes, et permet d'avoir l'ambition de proposer et d'anticiper des solutions nouvelles. Cette fonction de promoteur d'actions interroge cependant de manière plus globale nos valeurs, nos convictions, notre manière d'envisager notre société pour demain ; société plus humaine pour tous où la question n'est pas seulement la prise en charge de la personne mais son accompagnement, où la question ne devrait pas être son intégration mais la nécessité qu'elle puisse faire partie de notre société et y trouver toute sa place. Les textes législatifs, si importants soient-ils, doivent en effet être accompagnés d'un changement de mentalité pour être efficaces. C'est ainsi à l'aune de ces changements de comportements et de pratiques que le progrès pourra se mesurer.

GLOSSAIRE

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CAJ : Centre d'Accueil de Jour

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESU : Chèque Emploi Service Universel

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CRP : Centre de Rééducation Professionnelle

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissement et Service Social et Médico-Social

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

IEM : Institut d'Education Motrice

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

IME : Institut Médico-Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire (Loi HPST)

LSF : Langue des Signes Française

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MRS : Mission Régionale de Santé

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

Priac : Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

RSI : Régime Social des Indépendants

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

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TED : Troubles Envahissants du Développement

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ETABLISSEMENTS

ETABLISSEMENTS

Centre d'Accueil de Jour (CAJ) : Etablissement médico-social accueillant en journée des personnes handicapées ne pouvant pas ou plus travailler en milieu protégé, mais disposant toutefois d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle.

Centre de Rééducation Professionnelle (CRP) : Etablissement médico-social d'évaluation, d'orientation, de réentraînement à l'effort et d'apprentissages adaptés en vue d'une réinsertion professionnelle et sociale.

Entreprise Adaptée (EA) : Entreprise du milieu ordinaire du travail employant au moins 80 % de travailleurs handicapés, lesquels pouvant exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ces structures bénéficient d'aides de l'Etat.

Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP) : Etablissements médico-social accueillant des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie.

Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) : Etablissement médico-social offrant des activités productives et un soutien médico-social à des adultes handicapés dans l'impossibilité de travailler dans un autre cadre. Le travailleur handicapé intégré à un ESAT n'a pas le statut de salarié.

Etablissement d'éducation sensorielle : Etablissement d'éducation spécialisée accueillant des jeunes atteints d'une déficience visuelle et/ou auditive.

& SERVICES : QUELQUES DEFINITIONS

Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) : Etablissement médico-social accueillant des adultes lourdement handicapés inaptes à une activité professionnelle et dans l'obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne.

Foyer de vie : Etablissement médico-social accueillant des adultes handicapés qui ne peuvent pas travailler en milieu protégé mais qui disposent d'une certaine autonomie.

Foyer d'hébergement : Etablissement médico-social assurant l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité professionnelle pendant la journée en ESAT, entreprise adaptée, ou en milieu ordinaire.

Habitat regroupé : Appartements individuels adaptés, situés en milieu ordinaire, et dont les locataires bénéficient d'un service d'accompagnement de proximité.

Institut d'Education Motrice (IEM) : Etablissement médico-social accueillant des jeunes atteints d'une déficience motrice et assurant soins et éducation spécialisée.

Institut Médico-Educatif (IME) : Etablissement médico-social accueillant des enfants et adolescents de 3 à 20 ans et proposant une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique. Les objectifs sont le développement de l'enfant ou de l'adolescent, l'acquisition de l'autonomie, les apprentissages scolaires ou pré-professionnels.

Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) : Etablissement médico-social accueillant des jeunes souffrant de difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'inten-

sité des troubles du comportement, perturbe la socialisation et l'accès aux apprentissages et nécessite la mise en œuvre de moyens éducatifs spécialisés.

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : Etablissement médico-social recevant des adultes handicapés ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Maison Relais : Habitat communautaire de petite taille associant la jouissance de logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Un hôte ou un couple d'hôtes est chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité.

Résidence Accueil : Maison relais dédiée à des personnes handicapées psychiques suivies par un service d'accompagnement (Accompagnement social, SAVS ou SAMSAH).

SERVICES

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) : Service ayant un rôle de prévention, de dépistage et d'évaluation des besoins d'enfants des premier et deuxième âges pour lesquels il y a une suspicion de déficits sensoriels, moteurs ou mentaux.

Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) : Lieu d'accueil ayant pour mission de rompre l'isolement des personnes handicapées psychiques en leur proposant de réaliser ou d'organiser des activités de loisirs, des sorties et des rencontres. Les GEM ont pour particularité d'être gérés par une association d'usagers.

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) : Service proposant assistance et accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne et un suivi médical en milieu ordinaire avec pour objectif l'apprentissage de l'autonomie en milieu ouvert.

Service d'aide à domicile : Service concourant au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : Service contribuant à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par une aide dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Il vise l'apprentissage de l'autonomie et favorise le maintien ou la restauration des liens sociaux.

Service d'Education Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) : Service proposant l'accompagnement et le soutien à l'intégration scolaire en milieu ordinaire d'enfants handicapés. Les professionnels du SESSAD interviennent auprès de certains élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective. Ils apportent à la fois soutien scolaire et accompagnement thérapeutique.



QUI SOMMES-NOUS ?

- Association reconnue d'utilité publique, le CCAH rassemble des groupes de protection sociale, des mutuelles, des entreprises et des comités d'entreprise, et les associations nationales les plus représentatives du secteur handicap. Véritable cœur de réseau, le CCAH participe à l'élaboration de réponses concrètes pour l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées.
- Le CCAH finance des structures d'hébergement et des services destinés aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap (moteur, sensoriel, mental, psychique, polyhandicap). En 2010, près de 10 millions d'euros de subventions ont été accordés.
- Riche de son expérience, le CCAH intervient en qualité de formateur, de conseil et d'expert auprès de toute structure, publique ou privée, engagée dans une démarche liée au handicap.

**Pour en savoir plus sur la composition, les actions
et le fonctionnement du CCAH :**

www.ccah.fr

Le CCAH remercie l'ensemble des personnes ayant répondu
aux questionnaires de bilan et de perspectives.

Rédacteurs : Alice Duquoc, Claire Dupuy, Karine Reverte

Réalisation : Armelle & les crayons

Depuis 40 ans, le CCAH soutient la création de structures et de services permettant l'amélioration des conditions de vie des personnes en situation de handicap. Près de 1 300 établissements et services ont ainsi été soutenus.

Destinée à toutes celles et ceux qui souhaitent mieux appréhender le secteur du handicap, l'étude « Handicap, 40 ans d'évolution - Bilan et perspectives » dresse un bilan des projets soutenus pendant près de 40 ans, souligne les évolutions mises en place dans le sens d'une meilleure prise en compte du projet de vie de la personne handicapée et se propose de présenter quelques clés pour mieux comprendre les évolutions législatives à venir et leurs conséquences.

HANDICAP 40 ANS D'ÉVOLUTION

LES MEMBRES DU CCAH

LES GROUPES

DE PROTECTION SOCIALE

/ AGRICA / AG2R LA MONDIALE /
APICIL / APRIONIS / AUDIENS / B2V
/ D&O / IRCEM / IRP AUTO / LOURMEL
/ MALAKOFF MEDERIC / MORNAY
/ NOVALIS TAITBOUT / PRO BTP /
RÉUNICA / VAUBAN HUMANIS /

LES MUTUELLES

/ CNG-MG MUTUELLE DE LA GEN-
DARMERIE / LA MUTUELLE GENE
RALE / MAI / MGET / MIP / MMJ /
MNH / MUTUELLE DU PERSONNEL

DU GROUPE SOCIETE GENERALE
/ MUTUELLE INTEGRANCE /
MUTUELLE RENAULT / MUTUELLE
DU TRESOR / SMAR /

LES ENTREPRISES, COMITES D'ENTREPRISE, CAISSES D'ACTION SOCIALE ET AUTRES ORGANISMES

/ ACAS du CEA / ASSOCIATION
DES ANCIENS ELEVES ET DIPLOMES
DE L'ECOLE POLYTECHNIQUE /
AFEH DE LA POSTE ET DE FRANCE
TELECOM / ANCV / BANQUE DE
FRANCE / BNP PARIBAS / CAES du
CNRS / CCAS / CCE AIR FRANCE /

CNBF / CREDIT AGRICOLE SA /
CREDIT FONCIER / OCIRP / RATP /
REGIME SOCIAL DES INDEPEN-
DANTS ILE-DE-FRANCE / SNCF /

LES ASSOCIATIONS NATIONALES

/ ANAÉ / ANCREAI / APF /
ASSOCIATION VALENTIN HAÛY /
CESAP / CNAPE / CROIX ROUGE
FRANCAISE / FAF / FEDERATION DES
APAJH / FEDERATION D'AIDE A LA
SANTÉ MENTALE CROIX-MARINE /
HANDICAP INTERNATIONAL /
L'ADAPT / ORDRE DE MALTE FRANCE /
UNAFAM / UNAFTC / Unapei /
U.N.A.P.H. / UNIOPSS / UNISDA /



CCA H / COMITÉ NATIONAL COORDINATION ACTION HANDICAP

7, rue Treilhard - 75008 Paris - Tél. : 01 42 27 78 51 - Fax : 01 44 40 44 05 - www.ccah.fr