

## **Nouvelles activités liées à la politique d'intégration des personnes handicapées en milieu de vie ordinaire**

**Quels professionnels mobilisés ? quelles compétences recherchées ? quelles formations développées ?**

**Laure Gayraud**

SPIRIT-Science Politique Relations Internationales Territoires/  
Céreq

**Chantal Labruyère**

Céreq

**Anne-Lise Ulmann**

CEDAET-Conseil Etude et Developpement Appliqué  
aux Entreprises et aux Territoires

Ce document est présenté sur le site du Céreq afin de favoriser la diffusion et la discussion de résultats de travaux d'études et de recherches. Il propose un état d'avancement provisoire d'une réflexion pouvant déboucher sur une publication. Les hypothèses et points de vue qu'il expose, de même que sa présentation et son titre, n'engagent pas le Céreq et sont de la responsabilité des auteurs.

Novembre 2008



## SYNTHÈSE

---

Lors des discussions à l'Assemblée Nationale sur la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, s'est exprimé le souci de faire adopter un plan des métiers ayant « *pour ambition de favoriser la complémentarité des interventions médicales, sociales, scolaires au bénéfice de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant. Ce plan des métiers répondra à la nécessité de reconnaissance des fonctions émergentes, l'exigence de gestion prévisionnelle des emplois et le souci d'articulation des formations initiales et continues dans les différents champs d'activités concernés. Il tiendra compte des rôles des aidants familiaux, bénévoles associatifs et accompagnateurs* ».

Cette synthèse présente les résultats d'une étude réalisée par le Céreq pour le compte de la DGAS, dans la perspective d'alimenter la réflexion de ceux qui ont en charge l'élaboration de ce plan métier, qui devra également prendre en compte les propositions de structuration et de professionnalisation des services contenues dans le « Plan de développement des services à la personne », un grand nombre de services pris en compte ici relevant naturellement de ce secteur, bien étudié par ailleurs. Il s'agissait de mettre à leur disposition un panorama aussi large que possible de l'ensemble des emplois, connus ou en émergence, que cette politique d'intégration a déjà généré sur le terrain, dans un ensemble de champs professionnels assez hétérogènes. Et de rendre compte des politiques de recrutement et de formation mises en œuvre, sur le terrain, par les opérateurs qui se trouvent confrontés aux défis posés par la loi, en s'attachant à faire apparaître les éventuels désajustements entre les qualifications existantes et les besoins des opérateurs fournissant de nouveaux services.

On soulignera d'emblée que la mise en œuvre de la loi a un impact non seulement sur les emplois relevant de l'accompagnement des personnes, dans toutes sortes de situations de la vie ordinaire, mais aussi sur les emplois relevant de la production des conditions matérielles d'intégration des personnes handicapées, à savoir le développement de l'accessibilité, des logements, des équipements collectifs, des moyens de transports etc., au regard des différents types de handicaps. Ce qui justifie que ce champ soit compris dans la commande initiale du travail, qui émanait du Secrétariat d'état aux personnes handicapées, avant d'être relayée par la DGAS.

Sur le champ de l'accompagnement des personnes, on notera que si la mise en œuvre de la loi se traduit par le développement, en volume, de différentes catégories d'intervenants, « en milieu de vie ordinaire » (à domicile, dans l'école, dans les entreprises ..), l'ambition qu'elle manifeste (« assurer la promotion des personnes handicapées dans la société »), traverse depuis longtemps déjà le contenu des activités et des compétences des professionnels travaillant en « établissement ». Assurer cette promotion et travailler à leur « sortie » de l'établissement dans des conditions satisfaisantes d'autonomie, est en effet une posture professionnelle qui a conduit un grand nombre d'établissements à créer et développer, en leur sein ou à leur marge, des équipes et des services chargés d'assurer des prestations de soins et/ou ou d'accompagnement social après la sortie ou en lieu et place d'une prise en charge en établissement. Nous avons naturellement inclus ces services dans notre exploration, sans remonter pour autant aux établissements qui les avaient initialement portés. Il n'était pas prévu en effet dans la commande de s'interroger sur les évolutions des emplois générés par ces derniers, des travaux d'importance ayant été menés dans les années 2000 sur les emplois du secteur médico-social, à l'initiative conjointe des branches et de l'État, dans le cadre d'un Contrat d'étude prospective.

Compte tenu de l'objectif initial, qui n'était pas de creuser en profondeur tel ou tel champ d'intervention, mais d'opérer un repérage de premier niveau de la diversité des activités et des emplois générés par cette politique publique, nous avons pris le parti de consacrer l'essentiel de nos investigations à enquêter auprès

des responsables de structures ou de services, interrogés sur les politiques de recrutement concernant les intervenants de premier rang (profils, formation initiale, expérience) et sur les stratégies de professionnalisation mises en œuvre, plutôt que d'enquêter auprès des intervenants de terrain eux-mêmes.

Les constats relatifs aux types de qualifications nécessaires pour réaliser ces interventions, et aux éventuels désajustements entre les profils de certains professionnels et les compétences requises par les nouvelles activités développées, sont donc pour l'essentiel la traduction du point de vue de ces acteurs. Des compléments d'investigations, sur les segments les plus problématiques de ces nouveaux services, seraient nécessaires pour éclairer plus finement la réalité des compétences mises en œuvre par intervenants de terrain, et apporter des informations complémentaires sur leur parcours de professionnalisation, avant leur recrutement et dans leur nouvelle activité. Cette deuxième étape du travail, envisagée dès 2006, reste à construire.

Les résultats de nos investigations sont restitués dans ce rapport selon une architecture en 8 grands domaines d'intervention des professionnels, balayés successivement, mais ce type de découpage présente d'évidentes limites, aucun des domaines n'étant étanche, certains types d'activités, décrites dans l'un des domaines, pouvant se révéler très proches d'interventions développées dans d'autres domaines.

Interventions liées à :

- 1- L'aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne
- 2- L'accompagnement social et éducatif à l'autonomie
- 3- L'éducation et à la formation générale et professionnelle
- 4- L'accès à l'emploi ordinaire et à la professionnalisation
- 5- L'accessibilité des transports de voyageurs et des espaces publics
- 6- La réalisation d'activités artistiques, culturelles, sportives, touristiques ...
- 7- L'aménagement des espaces privés et le recours aux interfaces de communication
- 8- L'accueil et l'information du public et l'élaboration des plans de compensation

## **1 - Activités liées à l'aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne**

Les professionnels affectés à la population des personnes handicapés, dans les services classiques d'aide à domicile, ne se distinguent pas de ceux affectés aux personnes âgées, du point de vue des caractéristiques d'âge ou de qualification : les recrutements s'effectuent en général sans condition de diplôme, mais une formation de base dans le sanitaire et social est appréciée (BEP CSSS, BEPA service), ainsi qu'une expérience préalable auprès du monde du handicap, qu'elle soit personnelle ou institutionnelle. La professionnalisation se fait sur le tas, les associations proposant généralement quelques modules de formation un peu génériques à leur personnel (geste et posture, connaissance des handicaps..), parfois complétés par des modules très spécialisés selon les pathologies des personnes aidées (troubles du comportement, autisme par exemple).

### ***Vers des organisations du travail plus favorables à la professionnalisation***

Si l'accès au DEAVS par la VAE est favorisé par la branche de l'aide à domicile, certaines associations préfèrent professionnaliser le personnel via le DEAMP, notamment pour le public handicapé moteur, voire via le DETISF lorsqu'elles se spécialisent dans les publics affectés de troubles d'ordre psychiatriques.

Lorsqu'elles font le choix d'autonomiser l'activité en direction des personnes handicapées, le mode d'intervention des structures se rapproche de celui des SAVS, sans pouvoir cependant mettre en place un véritable fonctionnement de service, avec des réunions régulières, du fait de leur mode de financement.

Ces défauts d'organisation ont des conséquences importantes en matière de professionnalisation, celle-ci dépendant en large partie des possibilités offertes aux intervenantes d'échanger sur leurs pratiques, d'explicitier les solutions qu'elles ont trouvées pour gérer des situations difficiles, de confronter leurs conceptions de l'éthique de leur métier etc.. Ces temps de travail collectif sont aussi indispensables pour lutter contre le processus d'usure professionnelle que ces métiers peuvent générer, du fait de la solitude professionnelle dans laquelle sont plongés ces salariés dans leur quotidien de travail.

## **2 - Activités liées à l'accompagnement à la vie sociale**

Les nouveaux cadres juridiques d'intervention, très ouverts, autorisent non seulement des projets de service très variés, mais aussi des choix en matière de constitution d'équipe très différenciés. Si nombre de SAVS, souvent issus d'associations appartenant au monde médico-social, organisent plutôt leur équipe autour d'intervenants qualifiés à niveau III de la filière socio-éducative (Éducateurs, CESF), toutes sortes de mixages de profils sont possibles, faisant appel à la totalité des niveaux de qualification, même si le niveau IV y est peu représenté.

### ***Des taux d'encadrement très hétérogènes, en quantité et en niveau de qualification***

Une autre catégorie de services, plutôt issus du monde de l'aide à domicile, semble plus encline à parier sur les nouvelles compétences reconnues aux auxiliaires de vie sociale, ou à celles de même niveau (V), de la filière socio-éducative (AMP). La notion d'équipe pluridisciplinaire y est moins manifeste, même si les métiers de la filière socio-éducative sont présents au niveau de l'encadrement du service. Plusieurs exemples montrent cependant qu'un intérêt se fait jour, dans ce type de service, pour la qualification de TISF (IV), en particulier pour intervenir auprès de personnes atteintes de troubles psychiques. Le cœur de métier de ces professionnels, centré sur la dimension éducative, en matière d'apprentissage de la vie autonome, au plan de la gestion du quotidien, semble en effet bien adapté à certains projets de service et types de publics.

Sans remettre en cause la diversité de choix de service, on peut s'interroger cependant sur la diversité des taux d'encadrement par niveau de qualification constatés sur le terrain. Le choix exclusif du niveau V (AMP / AVS) pour assumer les fonctions « d'accompagnateurs » auprès de personnes atteintes d'autisme ou de troubles psychiques, semble notamment en décalage assez fort avec les qualifications mobilisées en établissement, pour ce même public. Quant au dispositif expérimental de type GEM, l'existence d'un binôme mixant compétence socio-éducative et compétence d'animation semble une condition de réussite, mais la posture particulière, très peu directive, attendue de ces professionnels est sans doute encore à travailler, pour éviter les dérives vers une prise en charge plus « institutionnelle » des groupes aidés.

### ***Des professionnels issus de filières techniques appréciés comme maîtres de maison***

Pour les résidences d'accueil, le référentiel récemment élaboré par la branche médico-sociale pour les fonctions de « maître de maison » semble en bonne adéquation avec les besoins du terrain, pour une partie des intervenants au moins, plutôt positionnés à niveau V. Il constitue un bon support de professionnalisation, dans le cadre de la formation continue, pour les salariés en poste, parfois issus des personnels des services généraux d'établissements, ou recrutés avec des profils techniques sans lien direct avec le secteur médico-social. Dans ce dernier cas de figure cependant, compte tenu du niveau de certains recrutements effectués (technicien ou technicien supérieur), le développement des partenariats externes peut accroître la dimension gestionnaire des postes, ce qui correspondrait plutôt, *in fine*, à des profils de techniciens en économie sociale

et familiale. L'ancrage antérieur de ces maîtres de maison dans une autre culture professionnelle est plutôt considéré comme un atout (à préserver), pour mener à bien la mission d'ouverture vers le milieu ordinaire de ce mode d'hébergement.

### **3 - Activités liées à l'éducation et à la formation générale et professionnelle.**

L'accueil d'enfants handicapés est prévu dans les différentes crèches du milieu ordinaire mais celles-ci ne semblent pas le mettre en avant comme une finalité de leurs services. La plupart ne sont confrontées que de façon épisodique à des demandes d'accueil d'enfants. Quand cette situation se présente, si le handicap de l'enfant ne nécessite pas de soins médicaux ou rééducatifs particuliers, les compétences réunies dans ces structures permettent l'accueil de l'enfant. En revanche, le profil des personnels des établissements spécialisés tend à se médicaliser et à se spécialiser de plus en plus pour répondre aux besoins liés à la prise en charge des poly-handicaps.

L'articulation entre les différentes structures qui prennent en charge l'enfant est indispensable pour que les parents puissent construire le projet de vie de leur enfant. Afin que l'intégration de l'enfant se déroule au mieux il est nécessaire également que le milieu ordinaire puisse bénéficier d'un soutien. Il est apporté notamment à la maternelle par des Emplois de vie scolaire (EVS) ayant une fonction d'aide aux élèves handicapés (ASEH). Il paraît indispensable que le volet formation prévu dans le cadre des contrats aidés sur lesquels sont souvent recrutés ces intervenants (CA ou CAE) soit mis en place en début de contrat pour les aider à remplir leur mission auprès des enfants et de l'équipe éducative. Ces formations pourraient s'inspirer de certains modules du CAP petite enfance vers lequel ces intervenant pourraient être orientés à l'issue de leur contrat, mais aussi de certaines unités de la formation d'AMP.

#### ***Former les auxiliaires de vie scolaire à leur mission et les aider à valoriser leurs acquis***

Pour ce qui concerne l'accès à la formation générale et professionnelle, on retiendra de que malgré le renforcement significatif des moyens mis en œuvre ces dernières années, beaucoup reste à faire pour que l'intégration d'un nombre beaucoup plus important d'enfants et de jeunes handicapés au sein du système éducatif « ordinaire » se réalise dans des conditions satisfaisantes pour tous les acteurs. Au delà de la question des créations d'emplois que cela suppose, au sein de l'Éducation nationale pour développer le nombre des « enseignants spécialisés », la question prioritaire pour de nombreux acteurs est bien sûr celle de la professionnalisation des auxiliaires d'intégration scolaire. Mais « professionnaliser » ces intervenants supposerait d'inscrire leur activité dans la durée, considérer qu'il y a là les bases d'un métier, ce que pouvait suggérer l'élaboration d'un référentiel d'emploi et de formation, ou la définition de profils de postes et de recrutement.

Ce qui n'est pas l'option actuellement retenue par les pouvoirs publics qui considèrent les emplois « d'assistant d'éducation », et encore plus les emplois « de vie scolaire », comme des emplois d'attente, des passerelles vers d'autres types d'emploi. Dans ce contexte, seules des formations « d'adaptation au poste » sont possibles, telles que les prévoient d'ailleurs les circulaires en vigueur. L'avenir professionnel de ces auxiliaires, à l'issue de leurs contrats, reste donc largement à construire, dans le cadre de dispositifs concertés articulant validation des acquis et formation, entre l'Éducation nationale et les autres certificateurs.

#### ***Mobiliser les compétences de l'éducation spécialisée au profit des intervenants du milieu ordinaire.***

Mais cet effort nécessaire sur le renforcement des aides humaines à l'intégration ne doit pas cacher les efforts qui restent à faire en matière de formation initiale et continue de tous les enseignants, et à tous les niveaux de la scolarité, pour les familiariser avec les problématiques du handicap ou plutôt des handicaps dans leur diversité. La coopération des IUFM avec les milieux professionnels de l'Éducation spécialisée, et du secteur

médico-social plus généralement, sera sur ce point décisive. Sur ce point tous les acteurs convergent : les établissements médicaux sociaux et les formateurs de ce secteur constituent un vivier de compétences qu'il faudra mobiliser pour assurer l'effort de formation et plus largement de soutien des pratiques des enseignants du milieu ordinaire.

Enfin, les effectifs et la qualité des enseignants et formateurs référents devront être développés si l'on veut parvenir à un réel suivi du projet personnel de scolarisation, et au delà de formation professionnelle, d'un nombre croissant de jeunes handicapés. Pour réussir l'intégration dans l'emploi, enjeu majeur de la décennie à venir, l'accès à la formation professionnelle initiale sera déterminant. La mobilisation des acteurs de l'apprentissage autour de cette ambition et la formation des personnels y contribuant sont sans doute une des conditions de la réussite en ce domaine.

#### **4 - Activités liées à l'accompagnement à l'emploi et à la professionnalisation en entreprise**

Compte tenu du manque de formation des personnes handicapées et de la complexité de la législation les concernant, l'accès à l'emploi dans les entreprises ordinaires est difficile pour la majorité des personnes handicapées.

##### ***Les professionnels de l'interface***

Le rôle des conseillers de l'emploi est donc décisif pour faire évoluer les pratiques des chefs d'entreprise et réaliser des rapprochements offre-demande. Issus de filières de formation assez variées (sciences humaines, gestion, commerce ...), souvent diplômés à Bac+ 3, voire plus, les professionnels des CAP emploi ont des profils assez hétérogènes et leur professionnalisation se fait le plus souvent « sur le tas ». Des rapprochements avec les autres réseaux de conseillers à l'emploi (ANPE, ASSEDIC), préconisés par certains acteurs, pourraient favoriser l'émergence d'une réflexion plus globale sur les métiers de l'insertion professionnelle, au sein desquels des spécialisations par public pourraient avoir du sens.

Plus largement, c'est l'ensemble des professionnels participant à l'orientation professionnelle qui devrait être concernée par cette question de l'insertion dans l'emploi des personnes handicapées. Il s'avère donc essentiel que se tissent des liens entre ces différents réseaux (CIO, CIBC, ANPE, AGEFIPH, les réseaux CAP EMPLOI et les MDPH) et que des transferts de compétences aient lieu des réseaux spécialisés vers les réseaux généralistes, mais également vers le monde de la formation professionnelle.

##### ***De nouvelles fonctions au sein des grandes entreprises***

Dans les grandes entreprises (notamment celles qui ont conclu un accord) on note des manières différentes de prendre en compte cette question dans les organisations du travail : soit un nouveau métier (le référent handicap), soit une nouvelle fonction s'ajoutant au métier de responsable RH, soit un domaine nouveau qui s'intègre à d'autres questions stratégiques pour l'entreprise (gestion des âges, de la diversité, des compétences...). Dans tous les cas la prise en compte des personnes handicapées implique un travail sur les organisations qui nécessite les compétences des médecins du travail, d'ergonomes et de chargés de missions (des ARACT par exemple) en mesure d'effectuer des diagnostics organisationnels pour intervenir sur les process de travail. Elle implique aussi un travail d'information pour sensibiliser et mobiliser l'ensemble des personnels de l'entreprise et la construction de partenariats pour structurer un réseau de compétences permettant de faciliter l'intégration des personnes. Enfin un travail de suivi des actions dans la durée s'impose pour s'assurer sur le long terme de l'intégration des personnes.

## **5 - Activités liées à l'accessibilité des transports et des espaces publics**

Les activités liées à l'accessibilité vont impliquer un grand nombre de professionnels qui n'ont pas tous été sensibilisés durant leur formation initiale aux problématiques du handicap. Si aujourd'hui le cursus de formation initiale des architectes prend en compte ces questions, il reste que pour un grand nombre de professionnels dans le domaine du cadre bâti, des programmeurs de travaux, des paysagistes urbains ou des techniciens d'ambiance, cette initiation en formation initiale comme dans le cadre de la formation professionnelle continue, fait vraiment défaut et s'avèrerait tout à fait essentielle à organiser rapidement.

### ***L'accessibilité***

Sur le plan de l'accessibilité des installations de transport, les obligations inhérentes à la loi amènent tous les opérateurs à mettre aux normes leurs installations. Ces mises aux normes ne se limitent pas à adapter des installations mais impliquent fréquemment de repenser intégralement l'organisation du transport pour éviter les ruptures et les discontinuités dans le cours d'un trajet. Leurs coûts expliquent que ces transformations s'effectuent très progressivement pour les installations anciennes. Sur le plan des aménagements urbains et de l'accessibilité des bâtiments, la mise aux normes se heurte à des conflits de valeurs entre l'esthétisme d'une installation, son coût et son usage pratique. Les choix effectués ne vont pas toujours dans le sens de l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Enfin, ces nouvelles exigences d'accessibilité révèlent d'une part des besoins de compétences pour effectuer des diagnostics d'accessibilité, d'autre part des besoins d'outils (comme des référentiels) pour établir plus objectivement le niveau d'accessibilité d'une installation. Ces carences de compétences et d'outils sont sources de confusions et d'erreurs, générant parfois des conflits et des surcoûts.

### ***L'accompagnement des personnes***

La mise en accessibilité des installations ne supprime pas l'aide humaine qui se révèle plus exigeante qu'auparavant parce que le soutien à l'autonomie dans le cadre d'un transport ne s'effectue pas sans acquérir une connaissance fine des besoins des personnes et des savoirs spécifiques sur chaque type de handicap. Une étude réalisée par ICARE, dans le cadre d'un programme EQUAL, et confirmée par les différents interlocuteurs rencontrés, différencie une fonction « d'assistant de mobilité » dans le domaine du transport, du métier de chauffeur-accompagnateur. Fortement ancrée sur des dimensions d'animation et/ou de prise en charge de la personne, cette fonction d'assistant de mobilité, assimilée dans l'étude à un nouveau métier, impliquerait la mobilisation de compétences relevant d'un niveau IV. Un tel positionnement pourrait offrir un déroulement de carrière pour les chauffeurs accompagnateurs et permettre des passerelles dans les domaines de l'animation (BPJPS), du tourisme et du sanitaire et social (TISF, CEF).

Même si le choix d'un nouveau métier n'est pas établi aujourd'hui, nous pouvons néanmoins confirmer que l'accompagnement des personnes dans le cadre d'un trajet implique des compétences différentes selon qu'il s'agit de répondre aux sollicitations en respectant pleinement les personnes ou d'effectuer l'accompagnement d'une personne en intégrant des dimensions techniques, pédagogiques et relationnelles à cette relation d'aide très spécifique car d'une durée souvent courte, dans un espace complexe (bruits...) et avec des fréquences plus ou moins régulières.

## **6 - Activités liées aux domaines touristiques, culturels, et sportifs**

Comme pour le domaine du transport, l'accessibilité des installations sportives et touristiques constitue une question essentielle. Les mêmes compétences de diagnostic pour connaître et adapter l'accessibilité d'une



installation, le besoin de référentiels partagés et la mise en place de formation/information pour l'ensemble des personnes travaillant en contiguïté avec ce domaine (syndicats d'initiatives, hôteliers, responsables de petits clubs ...) sont soulignés par l'ensemble des interlocuteurs que nous avons rencontrés dans le domaine sportif comme dans le domaine des activités culturelles ou touristiques.

Concernant l'organisation d'activités touristiques, les formations actuelles aussi bien celles relevant du secteur de l'animation (BPJPS) que celles du domaine touristique (BTS tourisme) semblent donner satisfaction pour prendre en charge une personne ayant un handicap. Pour les activités touristiques des compétences proches de celles des AVS sont souvent requises (même si cette qualification n'est jamais citée) pour aider les participants à développer leur autonomie. Des activités culturelles sont d'ailleurs souvent organisées dans des structures comme les SAVS (CF chapitre II). En revanche pour des fonctions liées à la compensation de certains handicaps, comme par exemple des descripteurs de paysages pour des personnes non voyantes, il n'existe pas de formation et le recours au bénévolat dans ce domaine semble systématique.

### ***Des formations ciblées existent aussi bien à Jeunesse et sport qu'à l'université.***

Dans le domaine sportif l'incitation de la loi de 2005 conduit à des demandes de plus en plus nombreuses des usagers handicapés (adultes ou enfants). \_Ces sollicitations nécessitent d'organiser pour les structures d'accueil (clubs sportifs...) des formations pour apprendre à prendre en charge des publics ayant des handicaps. Ces demandes conduisent à reconsidérer les approches pédagogiques actuelles et semblent avoir des conséquences plus globales sur l'enseignement du sport. Les fédérations sportives de sport adapté ont été mobilisées pour élaborer des formations spécifiques qui ont conduit à la création d'un certificat de spécialisation « accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap » associé au BPJEPS, le nouveau diplôme de niveau IV de Jeunesse et Sport. Des études sont également en cours pour revoir la réglementation afin de faciliter à des sportifs handicapés de haut niveau l'accès à des diplômes d'état leur permettant de rester dans l'emploi.

Enfin dans le cadre du rapprochement des ministères de la Santé et de Jeunesse et Sports, des projets sont à l'étude pour développer une pratique sportive qui fait défaut dans les établissements de santé. Cette approche implique de sensibiliser aux questions de la pratique sportive tout le personnel médico-social. Il existe déjà au sein de la filière STAPS, une mention APA (Activité Physique Adaptée) au niveau Licence, recherchée par de nombreuses associations organisant des activités sportives à destination de personnes âgées et/ou porteuses de handicaps, pour assurer l'encadrement des personnels ; cette spécialité pourrait à l'avenir répondre également au même type de besoins dans le secteur médico-social.

## **7 - Activités liées aux aménagements et aux interfaces de communication**

La mobilisation d'interfaces de communication requiert des compétences spécifiques en fonction des handicaps. Ces spécificités conduisent au développement de nombreuses spécialisations nécessitant des niveaux de formation initiale assez élevés (niveau IV, III, voire II). Dans la plupart des cas, ces cursus ne regroupent qu'un petit nombre de professionnels (8 à 12) et sont accessibles par la VAE.

Certaines formations connaissent un développement important comme par exemple celles de transcrip-teurs de documents qui s'effectue en 2 ans après l'obtention d'une licence. La mise à disposition de livres et documents facilement utilisables par toutes les personnes ayant un handicap nécessite outre des savoirs liés aux différents domaines (scientifiques, littéraires, techniques...) des compétences spécifiques qui combinent la connaissance des handicaps et les techniques graphiques et de mise en pages. De même, la formation d'Assistant à la Vie Journalière (AVJ) réalisée en partenariat avec la Fisaf et l'université connaît aussi un fort développement. Visant à aider les personnes à développer leur autonomie dans les gestes quotidiens, cette

formation s'effectue en 1 an souvent après une formation d'éducateur spécialisé, d'instructeur de locomotion ou d'ergothérapeute.

### ***Donner plus de cohérence et de lisibilité aux spécialisations***

Si ces différentes spécialisations semblent donner satisfaction aux associations rencontrées, et bien répondre aux besoins identifiés, d'autres formations en revanche comme par exemple celle des codeurs ou des interprètes en langue des signes font l'objet de débats sur le mode de professionnalisation à mettre en place. Bien que ces formations soient adaptées aux besoins des personnes handicapées, les interlocuteurs rencontrés soulignent la nécessité de mettre en place une autre organisation générale des ces différents cursus pour donner plus de lisibilité et de cohérence à ces spécialisations qui permettent de travailler dans le domaine du handicap. Par ailleurs ils soulignent également le décalage entre les exigences de compétences requises pour ces différentes formations et leur reconnaissance sociale dans les grilles de qualification.

### **8 - Activités liées à l'accueil, l'information et la compensation**

Le fonctionnement des MDPH mobilise de nombreux types de professionnels. La très grande majorité appartient à des métiers bien identifiés, pour lesquels les formations correspondantes existent, en particulier au sein du ministère des affaires sociales (travailleurs sociaux) et de la santé (professions paramédicales), mais aussi à l'université (psychologues, pédopsychiatres, psychiatres, médecins rééducateurs..). Une partie des personnels mobilisés cependant relèvent de métiers administratifs peu définis, tenus par des personnels de catégorie C ou B de la fonction publique, qui ont appris sur le tas à exercer des fonctions d'accueil ou des fonctions d'instruction administrative de dossier. Pour faire face aux nouvelles fonctions d'information/conseil dévolues aux MDPH, qui ont été submergées de demandes d'information tous azimuts dès leur mise en place, la stabilisation et la professionnalisation de ces personnels est considérée comme prioritaire par tous les acteurs. Les Conseils généraux pourraient s'appuyer sur l'expérience d'autres réseaux confrontés à ce type de défi comme les CAF par exemple, pour construire des actions de formation continue, tout en utilisant les compétences de l'Éducation nationale, ou de l'AFPA en matière de VAE pour accompagner ces personnes vers des certifications existantes leur permettant d'évoluer au sein de leur structure.

# SOMMAIRE

---

<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>9</b>
<b>PRÉAMBULE</b> .....	<b>13</b>
<b>1. ACTIVITÉS LIÉES À LA RÉALISATION DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE</b> ..	<b>17</b>
<b>1.1. Au plan réglementaire et conventionnel</b> .....	<b>17</b>
1.1.1. Les services .....	17
1.1.2. L'emploi direct.....	18
<b>1.2. Les métiers « de l'aide à domicile », des métiers bien identifiés</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3. Constats de terrain</b> .....	<b>19</b>
1.3.1. Des compétences plus techniques recherchées pour intervenir auprès de personnes ayant un handicap moteur .....	19
1.3.2. Des capacités d'analyse plus fortes requises pour intervenir auprès de personnes handicapées du fait d'une maladie mentale ou psychique .....	20
1.3.3. De nombreux services choisissent la polyvalence sur tous les types de public. ....	20
1.3.4. Certains services ont fait le choix de la spécialisation .....	21
<b>Quelques chiffres</b> .....	<b>23</b>
<b>2. ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ÉDUCATIF À L'AUTONOMIE</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1. Au plan réglementaire et conventionnel : création des services d'accompagnement à la vie sociale, ancré dans le médico-social</b> .....	<b>24</b>
2.1.1. La définition de ces nouveaux services.....	24
2.1.2. Des professionnels plutôt issus du monde médico-social .....	25
<b>2.2. Les constats de terrain</b> .....	<b>26</b>
2.2.1. Sur le volet « accompagnement pour tout ou partie des actes de la vie quotidienne » .....	26
2.2.2. Sur le volet « accompagnement social et éducatif à l'autonomie » .....	27
<b>2.3. Des expérimentations en cours : les GEM et les résidences d'accueil</b> .....	<b>29</b>
2.3.1. Le principe du GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle).....	29
2.3.2. Entre animation et autogestion, une posture difficile à trouver pour les professionnels des GEM .....	29
2.3.3. Le principe des résidences d'accueil.....	30
2.3.4. Professionnaliser des maîtres de maison recrutés en dehors du champ médico-social .....	31
<b>Quelques chiffres</b> .....	<b>32</b>
<b>3. ACTIVITÉS LIÉES À L'ÉDUCATION ET À LA FORMATION GÉNÉRALE ET PROFESSIONNELLE</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1. La petite enfance</b> .....	<b>34</b>

3.1.1.	Cadre général de la prise en charge de la petite enfance porteur de handicap .....	34
3.1.2.	Prise en charge du petit enfant porteur de handicap.....	34
3.1.3.	L'accueil à l'école maternelle .....	37
<b>3.2.</b>	<b>La scolarisation des enfants handicapés.....</b>	<b>38</b>
3.2.1.	Données de cadrage sur les dispositifs de prise en charge .....	38
3.2.2.	Le rôle des SESSAD .....	40
3.2.3.	La structuration de l'aide à la vie scolaire, une avancée de la loi de 2005 .....	43
<b>3.3.</b>	<b>Accueil étudiant à l'université.....</b>	<b>51</b>
<b>3.4.</b>	<b>La formation professionnelle .....</b>	<b>52</b>
3.4.1.	La formation professionnelle initiale .....	52
3.4.2.	Le développement de l'apprentissage .....	53
3.4.3.	La formation des adultes en reconversion professionnelle .....	54
<b>3.5.</b>	<b>Le dispositif d'orientation professionnelle .....</b>	<b>54</b>
	<b>Quelques chiffres ...</b> .....	<b>55</b>
<b>4.</b>	<b>ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCÈS À L'EMPLOI ET À LA PROFESSIONNALISATION EN ENTREPRISE .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1.</b>	<b>L'accès à l'emploi.....</b>	<b>56</b>
4.1.1.	Du côté des organismes de placement spécialisés .....	56
4.1.2.	Du côté des entreprises .....	57
<b>4.2.</b>	<b>Le maintien dans l'emploi .....</b>	<b>60</b>
4.2.1.	Aménager les postes de travail.....	60
4.2.2.	Vaincre les réticences encore marquées à l'embauche de personnes handicapées .	61
<b>5.</b>	<b>ACCESSIBILITÉ DES TRANSPORTS DE VOYAGEURS.....</b>	<b>63</b>
<b>5.1.</b>	<b>La mise en accessibilité des infrastructures .....</b>	<b>63</b>
5.1.1.	Les constats .....	63
5.1.2.	Des besoins nouveaux.....	64
<b>5.2.</b>	<b>Les fonctions d'accompagnement des voyageurs .....</b>	<b>64</b>
5.2.1.	Les constats .....	64
5.2.2.	Les métiers émergents et les besoins de formation .....	66
<b>5.3.</b>	<b>Sur le volet aménagement des espaces publics .....</b>	<b>66</b>
<b>6.</b>	<b>RÉALISATION D'ACTIVITÉS ARTISTIQUES, CULTURELLES, SPORTIVES, TOURISTIQUES.....</b>	<b>68</b>
<b>6.1.</b>	<b>Une inflation de la demande de pratique de loisirs .....</b>	<b>68</b>
<b>6.2.</b>	<b>Les infrastructures.....</b>	<b>68</b>
<b>6.3.</b>	<b>L'accompagnement .....</b>	<b>69</b>
<b>7.</b>	<b>ACTIVITÉS LIÉES À L'AMÉNAGEMENT DES ESPACES PRIVÉS ET RECOURS AUX INTERFACES DE COMMUNICATION.....</b>	<b>71</b>
<b>7.1.</b>	<b>Les aménagements de l'espace et les adaptations techniques .....</b>	<b>71</b>
<b>7.2.</b>	<b>Les interfaces de communication.....</b>	<b>71</b>
7.2.1.	Les interfaces techniques .....	71

7.2.2. L'assistance de professionnels spécialisés .....	72
<b>8. ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCUEIL ET À L'INFORMATION DU PUBLIC, À L'ÉLABORATION DES PLANS DE COMPENSATION .....</b>	<b>74</b>
<b>8.1. Les Maisons départementales des personnes handicapées .....</b>	<b>74</b>
<b>8.2. Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) .....</b>	<b>75</b>
<b>Quelques chiffres .....</b>	<b>77</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>78</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>80</b>



## PRÉAMBULE

---

Lors des discussions à l'Assemblée Nationale sur la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, s'est exprimé le souci de faire adopter un plan des métiers. Ce plan « *aura pour ambition de favoriser la complémentarité des interventions médicales, sociales, scolaires au bénéfice de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte présentant un handicap ou un trouble de santé invalidant. Ce plan des métiers répondra à la nécessité des reconnaissances des fonctions émergentes, l'exigence de gestion prévisionnelle des emplois et le souci d'articulation des formations initiales et continues dans les différents champs d'activités concernés. Il tiendra compte des rôles des aidants familiaux, bénévoles associatifs et accompagnateurs* »<sup>1</sup>.

Ce "plan métiers" qui vise à accompagner la mise en œuvre de la loi se doit d'être articulé avec le Plan de développement des services à la personne (présenté en février 2005), et sa traduction dans la loi du 26 juillet 2005<sup>2</sup>, dans la mesure où un grand nombre de services, plus ou moins nouveaux, destinés au public handicapé vivant en milieu ordinaire, vont relever assez naturellement des mécanismes de structuration et de professionnalisation des services à la personne, bien étudiés par ailleurs. Dans le cadre de ce travail spécifique, le Céreq avait donc pour ambition de compléter les approches assez généralistes développées par ailleurs, par différents zooms sur les spécificités des services ayant pour cible particulière les personnes handicapées vivant à leur domicile<sup>3</sup>. Il s'agissait de mettre à la disposition de ceux qui avaient à élaborer ce plan métier, un panorama aussi large que possible, de l'ensemble des emplois, connus ou en émergence, que cette politique d'intégration a déjà généré, sur le terrain, dans un ensemble de champs professionnels assez hétérogènes. Et de rendre compte des politiques de recrutement et de formation mises en œuvre, sur le terrain, par les opérateurs qui se trouvent confrontés aux défis posés par la loi, en s'attachant à faire apparaître les éventuels désajustements entre les qualifications existantes et les besoins des opérateurs fournissant de nouveaux services.

On soulignera d'emblée que la mise en œuvre de la loi a un impact non seulement sur les emplois relevant de l'accompagnement des personnes, dans toutes sortes de situations de la vie ordinaire, mais aussi sur les emplois relevant de la production des conditions matérielles d'intégration des personnes handicapées, à savoir le développement de l'accessibilité, des logements, des équipements collectifs, des moyens de transports etc. , au regard des différents types de handicaps. Ce qui justifiait que ces champs soient compris dans la commande initiale du travail, qui émanait du Secrétariat d'état aux Personnes handicapées, avant d'être relayée par la DGAS.

Sur le champ de l'accompagnement des personnes, on notera que si la mise en œuvre de la loi se traduit par le développement, en volume, de différentes catégories d'intervenants, « en milieu de vie ordinaire » (à domicile, dans l'école, dans les entreprises ..), l'ambition qu'elle manifeste (« assurer la promotion des personnes handicapées dans la société »), traverse depuis longtemps déjà le contenu des activités et des compétences des professionnels travaillant en « établissement ». Assurer cette promotion et travailler à leur « sortie » de l'établissement dans des conditions satisfaisantes d'autonomie, est en effet une posture professionnelle qui a conduit un grand nombre d'établissements à créer et développer, en leur sein ou à leur marge, des équipes et des services chargés d'assurer des prestations de soins et/ou ou d'accompagnement

---

1 Article 32 nonies du projet de loi.

2 On peut également considérer que ce plan métier devra prendre en compte certaines des orientations contenues dans l'avis adopté par le Conseil économique et social à l'issue des débats autour du rapport de Y.Veroll et publié en janvier 2007 sur le même thème.

3 Ce parti pris explique que nous ayons exclu du champ de l'enquête, en accord avec le commanditaire, l'ensemble des prestations strictement sanitaire réalisées à domicile, et donc celles offertes par les SIAD, dans la mesure où n'existe pas, dans ce domaine, de spécialisation par type de publics, les mêmes équipes pouvant intervenir auprès de personnes nécessitant des soins, qu'elles soient âgées, handicapées ou malades. Par ailleurs ces services sont rendus par des professionnels dont l'exercice est réglementé par la possession d'un diplôme d'Etat et pour lesquels l'intervention au domicile du patient est ancienne et très encadrée, que ce soit sur le mode libéral ou sur le mode prestataire (les premiers textes sur les SIAD datent des années 80).

social après la sortie ou en lieu et place d'une prise en charge en établissement. Nous avons naturellement inclus ces services dans notre exploration, sans remonter pour autant aux établissements qui les avaient initialement portés. Il n'était pas prévu en effet dans la commande de s'interroger sur les évolutions des emplois générés par ces derniers<sup>4</sup>, des travaux d'importance ayant été menés dans les années 2000 sur les emplois du secteur médico-social, à l'initiative conjointe des branches et de l'État, dans le cadre d'un Contrat d'étude prospective.

Concernant ces nouveaux services d'accompagnement, des travaux conduits au début des années 2000, comme l'étude menée en Rhône Alpes et en Îles de France par des équipes du CEDIAS et du CREAI<sup>5</sup>, avaient permis d'explorer les activités développées par des associations pour répondre à une demande grandissante des familles de prise en charge des personnes handicapées, enfants et adultes, en milieu ordinaire. Ils n'avaient cependant accordé que peu de place à la caractérisation des intervenants réalisant ces missions. Un retour sur ces nouveaux services, dont le cadre réglementaire d'exercice a d'ailleurs été progressivement stabilisé par une série de décrets et d'arrêtés, était donc indispensable, avec cette fois un regard centré sur les intervenants, leurs profils, leur formation, leurs compétences professionnelles et leurs perspectives de mobilité professionnelle. Mais au delà de ces nouveaux services, en cours d'institutionnalisation, l'ambition de l'étude était également de tenter de repérer l'ensemble des activités et des compétences générées par cette politique, dans tous les domaines de la vie sociale, quelque soit le mode de gestion de ces activités et le cadre réglementaire dans lequel elles se développent.

Il est à noter que nos investigations, qui se sont déroulées pour l'essentiel entre octobre 2006 et juin 2007, c'est à dire à peine deux ans après le vote de la loi du 2 février 2005 et des décrets qui l'ont accompagné, ont montré que les réaménagements prévus dans les modes de gestion, les cadres institutionnels et les pratiques des acteurs en charge du public handicapé n'étaient pas achevés partout, loin s'en faut. Si les compétences en matière de compensation du handicap et d'élaboration de projets individuels de vie sont désormais prises en charge par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.), la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), sous tutelle administrative et financière des Conseils généraux a été progressive<sup>6</sup> et le regroupement fonctionnel de tous les professionnels chargés de l'accueil du public, de l'instruction des demandes et de l'évaluation des besoins est trop récent (quand il est effectif), pour que les besoins de « professionnalisation » de ces nouvelles structures émergent clairement. Certaines difficultés ou interrogations soulevées par nombre de nos interlocuteurs relèvent donc sans doute d'une appropriation encore fluctuante de ces nouveaux cadres réglementaires et de leurs conséquences en termes de répartition des rôles et des missions entre différents types d'organismes ou de services.

Il est à noter enfin que l'étude avait plutôt pour ambition de développer une approche transversale des problématiques de professionnalisation des intervenants, quels que soient les types de handicap, de manière à éviter une trop grande segmentation des métiers et des formations et de favoriser, à terme, la mobilité des professionnels concernés. Bien que soucieux de prendre en compte la diversité des missions et des contenus d'emploi au regard des types de déficience à compenser, nous n'avions donc pas pour objectif d'explorer de manière systématique la totalité des services spécialisés sur tel ou tel segment du public handicapé.

---

4 Ont été exclus également, de ce fait, les établissements ou services proposant des activités professionnelles à un public exclusivement constitué de personnes handicapées, faisant l'objet d'une prescription par les commissions spécialisées (ex COTOREP) : ESAT, entreprises adaptées. Ce parti initial, validé par le commanditaire, a fait l'objet de discussions au sein du Comité de pilotage, qui a souligné que la mission d'accompagnement de ces salariés particuliers vers le milieu ordinaire, désormais mise au premier plan, aurait mérité qu'on s'intéresse aux compétences des personnels qui les formaient et encadraient sur leur lieu de travail.

5 Les services d'aide à domicile et d'accompagnement à la vie sociale, Haut de Seine/Isère ; Déc 2003 ; CEDIAS ; ANCREAI IDF, CREAI RA

6 Le récent rapport de Patrick Goet, DIPH, (Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 – Aout 2007) fait le même constat : « La mise en œuvre des MDPH et des CDAPH ne peut être que progressive. Là encore pour tous les acteurs il faut s'approprier une nouvelle culture, une nouvelle organisation, de nouveaux modes de fonctionnement, de nouvelles procédures (...) nous sommes à mi-parcours de la mise en œuvre effective des MDPH ... » (p 41)



Rappelons avant d'aller plus loin, la définition du handicap, ou plutôt du processus handicapant, que nous avons pris en compte dans ce travail, puisque c'est celle qui désormais est énoncée par la loi : « *constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »<sup>7</sup>.

## Méthodologie et échantillon

Après une phase de cadrage au cours de laquelle nous avons rencontré des institutionnels, des têtes de réseau, des responsables de grandes entreprises ..., « *pour situer le contexte professionnel de chaque domaine d'activité au regard de la problématique de l'intégration, de manière à tenir compte des différents enjeux socioéconomiques dans lesquels s'insère cette problématique, et à identifier les entreprises ou organismes dans lesquels il apparaît plus pertinent de procéder à l'enquête de terrain* »<sup>8</sup>, nous avons constitué progressivement, avec l'aide de ces premiers contacts, et du Comité de pilotage sollicité en ce sens, un échantillon d'une dizaine d'opérateurs par domaine, en moyenne, que nous avons interviewé en face à face, ou parfois au téléphone. Les entretiens étaient centrés sur les attributions et les profils des différents intervenants, ainsi que sur les besoins en formation identifiés par les responsables de service. « *Il s'agissait de dégager la spécificité des différents emplois tout en les situant les uns par rapport aux autres dans une cartographie traduisant les relations ou les complémentarités qui les relie, le cas échéant.* »<sup>9</sup>

L'équipe étant constituée de trois structures implantées chacune dans une région différente, nous avons convenu de réaliser le maximum d'investigations de terrain sur ces trois régions (Iles de France, Aquitaine et Paca), sans exclure a priori de faire quelques incursions ailleurs si des initiatives intéressantes nous étaient signalées ailleurs.

Domaines	Nombre de structures /opérateurs	Nombre de personnes interviewées	Régions représentées
1- Aide à la vie quotidienne	7	8	Paca /IDF
2- Accompagnement social	12	16	Paca /IDF
3- Éducation - Formation	20	22	Aquitaine
4- Insertion professionnelle	15	20	Aquitaine /IDF
5- Transport/accessibilité	13	15	IDF
6- Sports et loisirs	9	9	IDF
7- Interfaces de com.	8	8	IDF
8- Information conseil	3	4	Paca/Aquitaine

Les résultats de nos investigations sont restitués ici en reprenant les grands domaines d'intervention répertoriés dans le projet, en tenant compte des reformulations proposées lors du 1<sup>er</sup> comité de pilotage (9 janvier 2006) :

<sup>7</sup> In CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (partie législative). Chapitre IV : Personnes Handicapées. Article L114. (Inséré par Loi n°2005-102 du 11 février 2005. Journal Officiel du 12 février 2005)

<sup>8</sup> Cf. annexe méthodologique à la convention, p 16

<sup>9</sup> Idem, p 16

- 1- Aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne
- 2- Accompagnement social et éducatif à l'autonomie
- 3- Scolarisation et accès à la formation professionnelle initiale
- 4- Insertion professionnelle (formation continue et accès à l'emploi)
- 5- Accessibilité des transports de voyageurs et des espaces publics
- 6- Réalisation d'activités artistiques, culturelles, sportives, touristiques ...
- 7- Aménagement des espaces privés et recours aux interfaces de communication
- 8- Mises en œuvre des politiques publiques

# 1. ACTIVITÉS LIÉES À LA RÉALISATION DES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

---

Identifié en tant que tel dans le projet, ce domaine comprend en fait deux sous domaines :

- des activités d'aide à l'entretien personnel et aux déplacements des personnes<sup>10</sup> (se déplacer, se nourrir, se changer, faire sa toilette ..)
- des activités d'aide aux activités de la vie domestique<sup>11</sup> (ménage, entretien du linge, course, préparation repas ...).

## 1.1. Au plan réglementaire et conventionnel

### *1.1.1. Les services*

Deux types de services pouvaient proposer ce type d'activité avant 2005 et la plupart de ceux qui le faisaient continuent à le faire dans les mêmes conditions. Cependant, nous verrons au chapitre suivant que certains de ces opérateurs ont ajouté à leur palette des services nouveaux (SAVS et SAMSAH, décret du 11 mars 2005), qui peuvent également délivrer des prestations pour partie identiques.

Cette première catégorie de services, qu'on appellera « traditionnels », pour les distinguer des « nouveaux » services, se répartissent donc en deux catégories :

- Des services d'auxiliaires de vie autorisés, exclusivement prestataire (article 312-1.I du Code de l'action sociale -
- Des services aux personnes agréés, (agrément qualité - article L 129-1 du Code du travail- délivré par la préfecture après avis du Conseil général). Le service rendu dans ce cas peut l'être en prestataire ou en mandataire, une partie, difficile à évaluer, du public handicapé préférant assurer le rôle d'employeur direct, même lorsqu'il s'adresse à une association pour l'aider dans ce rôle.

En 2004 un décret<sup>12</sup> a donné une dénomination officielle aux services prestataires d'aide à domicile, désormais services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et créé des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) mais ces modifications réglementaires ne sont pas encore appropriées par tous les responsables associatifs de terrain.

Quelque soit le cadre choisi, la très grande majorité de ces services<sup>13</sup> sont gérés par des associations et se rattachent, conventionnellement et culturellement, au monde de l'aide à domicile (accord de branche de

---

10 Dans le décret de mars 2005 sur les SAVS, ces activités sont dites « d'assistance ou d'accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence » voir page 6

11 Dans le même décret ces activités sont qualifiées « d'assistance, d'accompagnement ou d'aide dans l'accomplissement des activités de la vie domestique ».

12 Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et d'accompagnement à domicile. Il précise que ces services interviennent auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes, et des personnes âgées de moins de 60 ans présentant un handicap ou souffrant de maladies chroniques.

13 Ils peuvent être gérés aussi par des collectivités territoriales, via leurs CCAS, ou plus récemment par des entreprises de services aux personnes, à condition qu'elles aient également obtenu leur agrément qualité.

l'aide à domicile –BAD), même si certains de leurs salariés, pour les activités réalisées en mandataire relèvent de la convention collective des salariés du particulier employeur.

Les investigations de terrain montrent que, en dépit de propos récurrents des acteurs de la branche Aide à domicile, sur la nécessité de professionnalisation du personnel pour ce type d'intervention auprès du public handicapé, les salariés affectés à ces activités peuvent être positionnés, dans la grille des classifications, de manière assez indifférenciée, sur l'un des trois niveaux de qualification prévus (A « employé à domicile » B : « aide à domicile » ou C « auxiliaire de vie sociale »). Si le terme générique d'aide à domicile est le plus fréquemment utilisé pour désigner ces personnels, on trouve encore en usage sur le terrain le terme d'aide ménagère pour désigner une partie de ces intervenants, alors qu'une partie des structures et des personnels s'approprie le terme plus valorisé d'auxiliaire de vie sociale (AVS), qui correspond à la qualification supérieure de la grille. Or cette position n'est accessible que lorsque l'intervenant possède l'un des diplômes requis, dont le plus connu<sup>14</sup> est le Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), délivré par le ministère en charge des Affaires sociales. Pour les structures spécialisées dans l'intervention auprès du public handicapé, la systématisation de l'usage de cet intitulé d'emploi est facilitée par l'existence d'un dispositif ancien de financement de « forfaits d'auxiliaires de vie ».<sup>15</sup> Pour notre part nous sommes efforcés, dans la suite du propos d'utiliser l'intitulé générique « d'aide à domicile », dans la mesure où une part importante des intervenants ne détient pas la certification correspondant à la catégorie C de la grille.

### ***1.1.2.L'emploi direct***

Ces activités peuvent également être réalisées par des professionnels salariés directement par les personnes handicapées elles-mêmes, qui dès lors deviennent des « particuliers employeurs » devant appliquer la convention collective du même nom<sup>16</sup>, qu'ils utilisent ou non le Chèque emploi service universel (CESU) pour rémunérer leur salarié.

Dans ce contexte d'emploi direct, ces professionnels devraient être classés, selon leur activité et leur niveau de qualification, soit comme « employé familial polyvalent », soit comme « assistant de vie », pour ceux notamment qui détiennent un CQP de la branche. Plus rarement comme « Employé de maison » lorsqu'ils réalisent exclusivement des activités d'aide aux activités de la vie domestique.

## **1.2. Les métiers « de l'aide à domicile », des métiers bien identifiés**

Très largement étudiés ces dernières années, les emplois générés par le développement des services à la personne ont fait l'objet de nombreux descriptifs sous forme de référentiels d'activité et/ou de certification, qu'il s'agisse :

- de démarches initiées du côté de l'offre de formation : création/rénovation des diplômes d'AVS, de TISF (ministère des affaires sociales) d'ADVF (ministère de l'emploi), de la mention complémentaire aide à domicile (Éducation nationale), du titre homologué d'employé familial polyvalent de maison ou du CQP d'assistante de vie (FEPPEM), sans oublier les diplômes du ministère de l'agriculture (CAPA et BEPA services)
- ou de référentiels de qualification produits dans le cadre des négociations des grilles de classification. (Catégories A/B/C/D/ de la filière « intervention » de la CC de l'aide à domicile.).

Nombre de ces référentiels font allusion au public handicapé comme l'une des cibles possibles d'intervention de ces professionnels, ce public étant intégré dans la catégorie générique des personnes dites « fragilisées ou

---

14 Mais pas le seul, puisque la Mention complémentaire « aide à domicile » délivrée par l'Éducation nationale donne accès également à cette qualification.

15 Ce mode de financement a été instauré en 1981, par la circulaire DGAS du 29/06/1981 et a été régulièrement remise à jour. Pour 2007, 55 millions d'euros ont été inscrits dans la loi de finance au titre de ce dispositif.

16 Souvent désigné, par les protagonistes de terrain, par le vocable « CC des employés de maison »

sensibles », caractéristique souvent avancée pour justifier du besoin de qualification attestée un diplôme d'état (DEAVS, MC) ou a minima par un titre (TPADV) ou un CQP (AV). Ces référentiels ne comportent cependant aucune précision quant à la spécificité éventuelle des compétences mobilisées dans le contexte particulier du handicap.

C'est sur ce point que nous avons centré nos entretiens avec les responsables et les intervenants de service d'aide à domicile ou d'auxiliaire de vie rencontrés (voir tableau de balayage).

### **1.3. Constats de terrain**

Au delà d'un discours récurrent sur l'importance des compétences relationnelles attendues de ces intervenants, selon la nature du handicap l'accent sera mis sur des aspects différents de la compétence professionnelle recherchée :

#### ***1.3.1. Des compétences plus techniques recherchées pour intervenir auprès de personnes ayant un handicap moteur***

Dans ce cas, la prestation portera fréquemment sur les deux volets évoqués précédemment (assistance pour les actes essentiels de la vie et aides aux activités domestiques), que le service soit rendu par la même personne ou par des personnes différentes. Ainsi une association des Bouches du Rhône a créé un service spécialisé dans les tournées du matin et du soir, dont le personnel ne fait que le lever et le coucher des bénéficiaires. Dans ce cas l'accent sera mis sur les compétences techniques dans la manutention pour les transferts (lit/fauteuil, fauteuil/douche...), l'aide à la toilette et l'utilisation des équipements spécialisés pour certains actes de la vie quotidienne.

La présence d'ergothérapeutes dans une équipe, comme celle de ce gros service polyvalent parisien (SPASAD), permet à la fois d'intervenir auprès des personnes aidées, dans une perspective d'apprentissage d'un certain nombre de manipulations techniques de leurs équipements, mais également comme animateurs de formation des équipes d'aide à domicile, en interne, sur les gestes et postures adaptées aux manutentions, les techniques d'utilisation des différents équipements utilisés au domicile des personnes, des techniques de ré-éducation à mettre en œuvre auprès de ces mêmes personnes etc. Dans ce cas précis, il leur arrive également d'établir un premier diagnostic de besoin d'aménagement d'un appartement d'un nouveau bénéficiaire, ou d'un bénéficiaire dont le niveau de dépendance évolue défavorablement, en lien en général avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH chargée désormais d'établir ce type de diagnostic.

Lorsque les personnes handicapées sont actives la question de la *fiabilité* des intervenants devient essentielle car l'organisation de leur journée dépend de l'aide à domicile qui vient le matin. De bonnes aptitudes relationnelles complétées par des formations techniques bien ciblées peuvent « *suffire à faire dans ce cas de bonnes auxiliaires de vie* » nous a indiqué un responsable d'association, signifiant par la même que la possession d'un diplôme d'AVS n'était pas indispensable pour tenir ces postes.

Mais par ailleurs ces adultes là sont également en attente de capacités de flexibilité du service pour leur permettre de gérer des imprévus dans leur quotidien (aller au cinéma un soir avec des copains, faire la grasse matinée parce qu'on est en congé etc...), ce que les services gestionnaires ne peuvent pas toujours offrir, compte tenu de la complexité de la gestion des plannings dans ce type de structure. C'est d'ailleurs en raison de ce besoin de flexibilité que certaines personnes préfèrent établir une relation directe d'employeur avec leur intervenant, la question du coût du service pouvant aussi entrer en ligne de compte.

### ***1.3.2.Des capacités d'analyse plus fortes requises pour intervenir auprès des personnes handicapées du fait d'une maladie mentale ou psychique***

Dans ce cas de figure, la prestation sera essentiellement centrée sur le volet « aide aux activités domestique », la personne ne pouvant pas toujours assumer seule l'entretien de son cadre de vie. Mais l'intervention sera dans ce cas moins réalisée dans un esprit de substitution que dans une perspective de soutien et d'apprentissage. Pour ce type d'intervention, l'accent sera mis sur la capacité d'analyse de la situation, de décodage des variations dans les consignes données, d'interpellation des encadrants du service avant d'adopter une position face à une consigne inadaptée etc. Cette plus grande capacité d'analyse relève a minima, selon les responsables, d'une formation de type DEAVS. En effet, la question de la posture de l'intervenant devient ici décisive : même s'il s'agit d'accompagner vers l'autonomie, en matière d'activités domestiques, le professionnel devra adapter en permanence son mode d'intervention en fonction des variations dans l'état psychique des personnes, et savoir à quel moment il doit seulement aider à faire et à quel moment il devra faire à la place de. La responsable d'un service de ce type à Marseille a tenu à souligner la bonne adaptation de la formation de TISF à ce type de mission et de public.

Plusieurs responsables de service intervenant principalement auprès de ce public nous ont signalé la nécessité pour l'intervenant, de savoir faire face à deux difficultés spécifiques qui justifient une formation particulière :

- d'une part la capacité à travailler avec les personnes de façon discontinue, sans pour autant perdre la relation instaurée, notamment en raison des risques d'hospitalisation assez longs,
- d'autre part, une capacité à ne pas limiter leurs interventions à la personne ayant le handicap, mais à savoir faire participer l'entourage, d'où une capacité de diagnostic à comprendre la situation globale et surtout une capacité à repérer le plus en amont possible des moments qualifiés pour un de nos interlocuteurs de « décrochage ».

### ***1.3.3.De nombreux services choisissent la polyvalence sur tous les types de public.***

Il faut noter que dans nombre de services d'aide à domicile dits « polyvalents », la distinction entre les différents publics ne fait pas l'objet d'une spécialisation des intervenants, à la fois pour des raisons d'organisation du travail (le nombre de prise de charge ne permettrait pas d'assurer un volume horaire suffisant aux intervenants) et pour des raisons de maintien d'une certaine diversité des interventions supposée éviter l'usure professionnelle.

Plusieurs responsables de services polyvalents ont souligné par ailleurs que leurs aides à domicile étaient de plus en plus sollicités pour des soins palliatifs, nombre de personnes âgées ou de patients atteints de pathologies lourdes (SIDA, cancer ..) souhaitant désormais être accompagnés dans leur fin de vie, à leur domicile. Outre qu'ils peuvent impliquer des techniques de travail ergonomiques pour la manipulation des personnes devenues trop faibles pour se mouvoir, ces accompagnements nécessitent que soient mis en place des dispositifs de soutien des professionnels, au sein de l'association (groupes de paroles ou entretiens individuels) pour les aider à supporter le stress de ces situations.

Même dans le cas de figure d'une spécialisation complète d'une partie des auxiliaires de vie auprès du public handicapé (voir plus bas) ces problématiques d'accompagnement en fin de vie devraient devenir plus courantes, du fait du maintien à domicile jusqu'au bout de personnes handicapées du fait d'une maladie évolutive invalidante.

De nombreuses associations gèrent également, en parallèle de leurs services d'aide à domicile (SAAD), des services de soins à domicile (SIAD) mobilisant essentiellement des aides soignantes, ou des SPASAD qui

peuvent mobiliser des aides médico-psychologiques (AMP) au sein de leur pluridisciplinaire<sup>17</sup>. Cette co-existence, au sein d'une même association, de ces différents types de service permet d'offrir à un certain nombre de salariés des possibilités d'évolution professionnelle. Jusqu'à une période récente, ces mobilités étaient assimilées à une progression dans la hiérarchie des métiers, du secteur l'aide à domicile à celui du médico-social (AMP et Aide soignante). Aujourd'hui, après la revalorisation salariale des emplois d'auxiliaires de vie sociale diplômées, il semble que cette hiérarchisation des métiers ne soit plus aussi évidente sur le terrain : la restriction du champ d'intervention des aides soignantes et dans certains cas de figure un peu spécifiques, des AMP<sup>18</sup>, aux activités de « soins à la personne »<sup>19</sup>, peut en effet se traduire par la juxtaposition tout au long de la journée de prestations de même nature, très calibrées dans leur durée et au final assez répétitives. Par contraste, la palette d'intervention des auxiliaires de vie sociale peut apparaître comme plus variée et devenir un véritable atout pour ce métier. Certaines professionnelles diplômées le mettent en avant spontanément, comme cette jeune femme titulaire d'un DEAS, qui au terme d'une expérience en service d'aide à domicile vient de se faire valider un DEAVS pour évoluer au sein de cette filière de « l'accompagnement social », parce qu'elle ne souhaite pas travailler en établissement, ni effectuer uniquement des soins dans le cadre d'un SIAD.

Il est fréquent d'entendre les responsables de services regretter par ailleurs la trop faible collaboration entre ces différents types de professionnels quand ils appartiennent à des services différents (SAAD et SIAD), au sein d'une même association, alors que cette collaboration permettrait une prise en charge des personnes plus cohérente, ce qui devrait être le cas des SPASAD. Mais avant même que l'existence de ce type de service mixtes ait été effective sur le terrain, un autre cadre réglementaire d'exercice a été adopté (les SAMSAH), pour proposer le même type de service, comme on le verra dans le chapitre suivant.

#### *1.3.4. Certains services ont fait le choix de la spécialisation*

Nous avons rencontré deux associations ayant fait le choix d'autonomiser clairement, au plan fonctionnel, leur service d'aide à domicile destiné aux personnes handicapées. Tous les deux positionnés au départ sur le public atteint de déficiences motrices, ils ont été assez rapidement amenés à prendre en charge d'autres types de handicap, relevant en particulier des troubles psychiatriques. Les choix dans le recrutement du personnel n'ont pas été tout à fait identiques : l'un des services a recruté beaucoup de jeunes sortant de la filière sanitaire et sociale de l'Éducation nationale ou de l'agriculture, repérés à l'occasion d'un stage, et les a orientés ensuite vers la formation d'AMP quand des opportunités de formation se sont présentées. L'autre a plutôt recruté des jeunes adultes ayant déjà connu une expérience de travail auprès de personnes handicapées en établissement, puis les a orientés vers le DEAVS puis aujourd'hui le DETISF, notamment pour prendre en charge les personnes traitées pour des troubles d'ordre psychiatriques. L'une des associations a été amenée cependant à créer récemment un service « de nuit », destiné exclusivement à des personnes atteintes de déficiences motrices, pour lequel le service rendu est essentiellement une aide au coucher et au lever à des horaires décalés, afin de permettre à ces personnes de mener une vie personnelle « normale » (rentrer tard le soir ou se lever tôt le matin pour aller au travail ou en déplacement...). Pour ce type de mission, elle a recruté exclusivement des Aides soignants, dont plusieurs hommes.

---

17 Le décret du 25 juin 2004 détaille la composition de l'équipe pluridisciplinaire qu'ils peuvent mobiliser : « des infirmiers coordinateurs, infirmiers, aide-soignants, aide médico-psychologique, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychologues (pour le personnel du SSIAD) et d'aide à domicile, auxiliaire de vie sociale, responsables de secteur (pour le SAAD) ». Cette équipe procède à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne.

18 Il arrive que certains services restreignent en effet le champ d'intervention des AMP à la dimension « aide à la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne », comme s'ils s'en tenaient strictement à la première phrase de la définition de la profession du référentiel de diplôme : « il exerce une fonction d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne (...) auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes en situation de handicap », alors que la suite du descriptif laisse ouverte une conception plus large de leur rôle qui se « situe à la limite entre l'éducatif et du soin : il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs ».

19 Ces activités d'aide à la personne (aide au lever et au coucher, toilettes, soins du corps ...) étaient considérées comme plus nobles que les activités d'intervention sur le cadre de vie (ménage, préparation des repas, courses ..).

La montée en compétence de ces SAV spécialisés, identifiée à travers le processus de qualification de leurs intervenants, se traduit aussi sur le terrain par une conception plus large de leur mission, qui déborde assez naturellement sur le volet « accompagnement social et éducatif à l'autonomie », comme l'a souligné une responsable : « *Les auxiliaires de vie interviennent pour l'accompagnement aux actes essentiels de la vie (aide au lever, à la toilette etc.) mais également en accompagnement à la vie sociale : projet de sorties cinéma, concerts, baptême de l'air, sorties ou ski avec l'appui du CG et associations spécialisées etc. ... Les personnes handicapées sont dans la vie, (à la différence des personnes âgées dépendantes), on peut les accompagner pour élaborer un projet de vie. .. Quand elles sont hébergées dans leur famille, il faut être attentif à laisser sa place à la famille tout en évitant que la famille se substitue à la personne handicapée pour élaborer son projet, organiser son temps ses sorties .. c'est délicat car ça peut bousculer des équilibres intra familiaux ..* ».

Cet élargissement correspond d'ailleurs parfaitement à la nouvelle définition du métier « d'auxiliaire de vie sociale », telle que la propose le référentiel de diplôme<sup>20</sup>. Et les nouvelles diplômées aspirent donc à cet élargissement, ce que reconnaît d'ailleurs le décret du 25 juin 2004 sur les SAAD qui précise que ce type de service a aussi pour mission de concourir « au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. »

Certains SAV fonctionnent donc de fait déjà comme des SADD, et ou comme des SAVS (voir chapitre suivant), pour lesquels cette mission d'accompagnement social est clairement identifiée. Mais ils ne bénéficient pas des mêmes possibilités d'élargissement de l'équipe d'intervenants à des profils plus qualifiés du secteur socio-éducatif, du fait de leur mode de financement<sup>21</sup>. D'une manière générale le financement à l'heure d'intervention ne permet pas la mise en place des temps de travail collectif qui seraient nécessaire aux équipes pour échanger sur les stratégies d'intervention, pour faire le point sur l'évolution des personnes aidées et sur les modalités d'intervention les plus adaptées à leur projet de vie. Dans ces conditions, la référence au collectif que représente « le service » est difficile à instaurer, ce qui conduit les intervenants à assumer de manière très individuelle la relation de travail avec la personne aidée. On verra que la situation, de ce point de vue, est très différente dans les SAVS. La distinction des missions et des modalités de financement entre SAV et SAVS sera-t-elle tenable, à terme, compte tenu du nouveau positionnement des aides à domicile diplômées ? La question mérite sans doute un examen particulier de la part des pouvoirs publics et notamment des financeurs de ces services.

---

20 Sur les 6 unités de compétences évaluées (appelées « domaines de compétences dans le référentiel de certification), une unité (D3) s'intitule « accompagnement dans la vie sociale et relationnelle », et une autre unité (D5) s'intitule « participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé ». De ce point de vue le diplôme se rapproche de celui d'AMP qui indique que l'AMP accompagne les personnes « tant dans les actes essentiels de la vie quotidienne que dans les activités de vie sociale et de loisirs. »

21 D'après la responsable d'un service spécialisé, le tarif fixé par le Conseil général au 1<sup>er</sup> avril 2007, à savoir 16,95 € est 3€ en dessous du coût de revient de la prestation servie par l'association. Il interdit donc tout recrutement de personnel plus qualifié, et même l'option de qualification du personnel à niveau IV est remise en cause par cette tarification. La question de la pérennité de ce service est d'ailleurs posée.



## Quelques chiffres

### **Estimer les emplois spécifiquement liés au public handicapé : une démarche impossible avec les données publiées par la statistique publique.**

- Pour les personnels relevant de la branche des employés de maison (FEPEM), les données annuellement fournies par la DARES<sup>22</sup> sur les services à la personne n'établissent pas de distinction entre les différents types de publics aidés, à l'exception des jeunes enfants. Il est donc impossible d'estimer, au sein des quelques 250 000 emplois équivalents temps plein (EQTP), correspondant aux 850 000 salariés déclarés en 2005 -hors garde d'enfants, a part qui est générée par l'aide aux personnes handicapées.
- Pour les services prestataires (catégorie à laquelle appartiennent les SAV et SADD que nous avons enquêtés), la DARES indique que 60 % de leur activité relève de « l'assistance aux personnes âgées et dépendantes ». Si l'on applique ce taux aux 89 500 EQTP, correspondant aux 210 000 salariés déclarés en 2005, on peut estimer à environ 54 000 le nombre d'emplois EQTP globalement générés par les besoins de ce public « dépendant ».

Les statistiques publiées par l'observatoire de la branche médico-sociale<sup>23</sup> ne sont pas plus précises en ce qui concerne la répartition des emplois selon le type de public.

Si l'on s'en tenait aux emplois strictement dédiés à cette population dans les politiques sociales de l'Etat, on pourrait considérer que 5500 postes à minima sont clairement identifiables dans les associations qui bénéficient de l'attribution des « forfaits auxiliaires de vie »<sup>24</sup>. Mais la réalité est bien au-delà de ces chiffres, puisque les modalités de financement de l'aide à la vie quotidienne, via la prestation de compensation versée par les Conseils généraux « solvabilise davantage les bénéficiaires et leur permet d'exercer leur libre choix entre les différentes modalités d'intervention de la tierce personne »<sup>25</sup>. Une étude partant des montants de prestations versées pourrait sans doute donner des indications sur le volume d'emploi ainsi solvabilisés. C'est ce type de démarche qui avait permis, en 1994, à la DAS, d'estimer à environ 40 000 le nombre des emplois nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées à domicile.<sup>26</sup>

22 Les services à la personne en 2005 : poussée des entreprises privées. Première synthèse, Mai 2007, n° 20.1 DARES

23 Démarche de profil de branche. Première approche. Document de travail Uniformation ; Observatoire de la branche aide à domicile ; 2006

24 Circulaire DGAS/PHAN/3A/N°2004/72 du 18 février 2004

25 Le social en textes, ASH du 20 avril 2007

26 C. Grosjean et P. St Martin : le développement possible des emplois d'auxiliaires de vie , DAS/ déc 1994, p. 17

## 2. ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET ÉDUCATIF À L'AUTONOMIE

---

Dans le projet nous avons distingué le premier domaine (aide à la vie quotidienne), de celui de « l'accompagnement social et éducatif à l'autonomie », ce dernier renvoyant plus pour nous à des activités proches de celles développées en établissement, par les personnels socio-éducatifs (aide médico-psychologique, moniteur éducateur, CESF, éducateur spécialisé, ..) bien représentés dans les établissements du secteur médico-social (en particulier ceux, majoritaires, relevant de la CC 66<sup>27</sup>.) Or il se trouve que figurent explicitement ces deux dimensions de l'aide dans les missions des nouveaux services d'accompagnement à la vie sociale relevant du décret du 11 mars 2005.

### 2.1. Au plan réglementaire et conventionnel : création des services d'accompagnement à la vie sociale, ancré dans le médico-social

Le décret de mars 2005 prévoit la création de deux types de service d'accompagnement social, SAVS et SAMSAH, (le second pouvant prendre en charge également, en complément, « *des soins coordonnés et réguliers et un accompagnement médical et para-médical en milieu ouvert* ») qui relèvent tous deux du code de l'action sociale et d'une procédure d'autorisation de création de service auprès des Conseils Généraux.

#### 2.1.1. La définition de ces nouveaux services

«- Les SAVS prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

« a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;

« b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. »

Cette double mission se traduit ensuite dans le décret par une gamme large de « prestations » que ces services peuvent proposer aux PH, en fonction du projet associatif et des besoins des PH :

« Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

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

---

27 Cf. tableau C6 du document de la DREES, déjà cité, sur les établissements

Ce qui conduit le législateur à autoriser ces services à mobiliser un large éventail de professionnels, positionnés à des niveaux divers de qualification (de V à II) pour assurer ces prestations sur le terrain :

« Les prestations sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

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

Sont même ajoutés certains professionnels de santé (« Des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ; Des aides-soignants. ») Dans le cas de services médico-sociaux (SAMSAH) relevant du même décret mais proposant en sus « des soins réguliers et coordonnés et/ou un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. » A noter que cette mission complémentaire peut entraîner des zones de recoupement non négligeables avec le champ d'intervention des SSIAD, évoqués au point 1, qui relèvent du code de l'action sociale mais sont rattachés eux aussi, conventionnellement, au secteur de « l'aide à domicile ».

### ***2.1.2. Des professionnels plutôt issus du monde médico-social***

Bien que cette liste de métiers contribue probablement à conditionner assez largement le choix des intervenants recrutés pour exercer ces missions, le texte n'enferme pas totalement les gestionnaires dans une conception de la pluridisciplinarité restreinte aux seuls métiers du secteur médico-social, puisqu'un alinéa, en fin de décret précise :

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

Du fait de leur positionnement comme service relevant du code de l'action sociale, et de la création d'un nombre significatif d'entre eux par des associations traditionnellement gestionnaires d'établissements médico-sociaux, ou par des professionnels de ce milieu ou du milieu hospitalier (pour la maladie mentale), ces nouveaux services sont fréquemment gérés dans le cadre de la convention de 66 (ou plus rarement 51), et leurs références en matière de qualification sont naturellement celles de cette convention. On a rencontré cependant quelques exceptions, lorsque ces services étaient créés par des associations d'aide à domicile. Dans ce cas le nouveau service est également couvert par la convention collective de l'aide à domicile, ce qui peut d'ailleurs poser quelques problèmes de recrutement compte tenu de certaines différences dans les conditions de rémunération, à qualification identique, mais aussi en matière de temps de travail annuel (congé, récupérations ...), accès à la formation etc.

Qu'en est-il des pratiques sur le terrain ?

## 2.2. Les constats de terrain

### 2.2.1. Sur le volet « accompagnement pour tout ou partie des actes de la vie quotidienne »

Une partie de l'activité de ces services renvoie donc au domaine précédant (aides à la vie quotidienne), comme le permet l'énoncé de leurs missions (cf. plus haut), mais parmi les SAVS rencontrés, tous n'ont pas fait ce choix de les assurer en interne, en les intégrant au projet d'accompagnement à l'autonomie.

On a rencontré en effet des associations qui ont maintenu une distinction entre des prestations d'aide à domicile réalisées par un autre service, soit durablement, soit plus fréquemment ponctuellement (pour accompagner un retour à la maison après une phase d'hospitalisation..) et des prestations d'accompagnement à la vie sociale. Lorsqu'il y a un partenariat avec un SAV ou un SAD, voir le chapitre précédant, pour ce qui concerne le type de personnel mobilisé.

Pour celles qui se sont positionnées sur l'ensemble des missions, on a constaté que le volet « accompagnement aux actes essentiels de la vie » est pris en charge soit par des « auxiliaires de vie », recrutées comme telles au sein d'équipes pluridisciplinaires, soit par des « accompagnateurs », de formation variée (AMP, TISF, CESF, éducateurs ...) intégrant, dans leur activité d'accompagnement, l'aide à la réalisation de certaines tâches, dans une perspective éducative (ou rééducative).

- Pour les personnels de type « auxiliaires de vie », nos interlocuteurs ont insisté sur la nécessité d'avoir un parcours professionnel qui permette de travailler en prenant des initiatives en fonction des demandes des personnes. Il est souvent mis en avant que le rajeunissement de la population entraîne des demandes un peu différentes : il ne s'agit plus seulement de bien faire les repas ou le ménage, ou différentes tâches matérielles mais de savoir accompagner les personnes à faire ces tâches pour développer leur autonomie. On peut même dire que dans les services rencontrés, ce qui prédomine dans le projet du service, c'est bien la mission d'accompagnement vers l'autonomie, qui se traduit dans l'adoption par le professionnel, d'une posture éducative, et se traduit par le « faire avec » plutôt que « faire à la place de ». Plus les personnes prises en charge sont jeunes, plus cette posture est importante, car l'étayage proposé par ces services n'est pas envisagé sur toute la durée d'une vie.
- Il est souvent souligné une capacité à faire face aux humeurs difficiles des personnes. Beaucoup d'échecs dans le recrutement sont illustrés par ces questions de prises de distance dans des situations conflictuelles. Ces difficultés impliquent une présence forte de l'encadrement, sollicité pour résoudre rapidement les conflits quand ils éclatent. Si ces difficultés ne sont pas spécifiques aux interventions auprès des personnes ayant un handicap, elles semblent néanmoins plus délicates à tenir avec des personnes souffrant de troubles psychiques, le rapport pathologique à la propriété étant notamment très difficile à appréhender de manière « professionnelle » par les aides à domicile. L'existence d'un véritable fonctionnement en collectif de « service », avec un encadrement qualifié, le plus souvent dans la filière socio-éducative, constitue de ce point de vue, un cadre de travail qui permet aux intervenants de se sentir épaulés et d'être aidés dans la gestion de la relation interpersonnelle qui tend à s'instaurer à domicile. La référence à au « service » auxquels ils appartiennent, systématiquement impliqué dans les décisions relatives au contenu de l'intervention ou à ses modalités, est d'ailleurs un leitmotiv qui apparaît dans les entretiens réalisés auprès des intervenants eux-mêmes<sup>28</sup>.

---

28 A noter que dans le cas de ces intervenants, une réunion d'équipe hebdomadaire est instituée et fonctionne régulièrement (alternativement sur les projets et sur les aspects cliniques), bien que le service intervienne sur une aire géographique large (le département).

Lorsque les SAVS ont intégré complètement cette dimension « aide aux actes de la vie quotidienne » à leur activité (trois SAVS sur les huit rencontrés), la tendance semble plutôt être de constituer l'équipe essentiellement autour de professionnels de niveau V de qualification, avec soit des profils AVS (un cas à Paris), soit des profils AMP (un cas dans les BDR), soit avec un mixe de niveau V (AVS) et IV (TISF). Si dans le premier cas le service est très lié au milieu professionnel de la psychiatrie de secteur, dans le second c'est le résultat d'un partenariat entre un établissement spécialisé, habitué au profil AMP et une association d'aide à domicile. Le troisième service est clairement rattaché au secteur de l'aide à domicile et connaît bien les formations de ce secteur, dont celle de TISF.

Dans les trois cas cependant on peut noter que si la référence des responsables est celle de qualifications précises (AVS, AMP, TISF), en revanche dans les politiques de recrutement la possession du diplôme correspondant est appréciée mais ce n'est jamais un pré-requis. Les directions semblent plus attentives au parcours des futurs intervenants et à l'expérience qu'ils ont pu avoir du handicap, au plan professionnel ou personnel, soulignant leur intérêt pour des parcours atypiques, souvent dans les domaines du social ou de l'humanitaire. Cette politique ouverte de recrutement se traduit depuis quelques années par le développement important de la validation des acquis, en priorité pour l'accès au DEAVS.

On constate également leur intérêt pour des candidats ayant un niveau de formation initial au moins égal au bac, voir plus (BTS, DEUG ..) mais désireux de se reconverter dans le social, auxquels elles offrent une première insertion sur des postes de niveau V. Dans le second cas (profils « AMP + » à l'entrée), plusieurs de ces intervenants ayant une expérience conséquente ont été encouragés à accéder au diplôme d'éducateur spécialisé par la VAE, ce qu'ils ont fait avec succès, ce qui laisse supposer que les activités exercées au sein de ce service sont reconnues par les professionnels comme très proches de celles d'un éducateur spécialisé, positionné à niveau III, alors que les postes occupés sont de niveau V, et financés comme tels par le Conseil général. A noter également l'intérêt de ces services pour des profils d'étudiants avancés dans un cursus de psychologie (licence/maîtrise), à la recherche d'une expérience professionnelle conséquente pour asseoir un projet de formation du côté de la psychologie clinique.

### ***2.2.2. Sur le volet « accompagnement social et éducatif à l'autonomie »***

Cinq des huit SAVS/SAMSAH rencontrés ont fait au contraire le choix d'équipes pluridisciplinaires, majoritairement composées de professionnels de niveau III ou plus (éducateurs spécialisés, CESF, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, chargés d'insertion), parce qu'elles situaient leur mission essentiellement sur le plan de l'accompagnement socio-éducatif visant la socialisation des personnes dans leur quartier et le développement de leur autonomie dans la gestion de leur relations aux différents milieux professionnels participant à leur prise en charge médicale (équipe de psychiatrie de secteur), et sociale (travailleurs sociaux de secteurs, tuteurs ..). En dehors des contraintes liées à la réglementation des emplois pour la dimension « soins » des SAMSAH (infirmiers ou aides soignants), les responsables rencontrés soulignent souvent que les choix de recrutement de tel ou tel profil résulte autant du hasard (sollicitation de places de stage par des écoles de telle ou telle spécialité, demandes individuelles de stage, candidatures opportunes ...) que d'une stratégie délibérée basée sur le sentiment d'une adéquation parfaite d'un profil avec les missions du service. Pour ces professionnels là, contrairement à ceux de niveau V évoqués précédemment, la possession du diplôme professionnel semble être un critère de recrutement, l'expérience du handicap psychique ne constituant pas, dans ce cas, un critère vraiment discriminant. Une exception semble être faite cependant pour des jeunes diplômés de psychologie (à bac + 4/5), embauchés assez facilement pour tenir des postes « d'accompagnateur » avec des statuts d'emploi d'éducateurs spécialisés.

On notera l'écart important du niveau de qualification ciblé, entre le niveau V d'un côté et le niveau III et plus de l'autre, alors que les missions effectives peuvent apparaître très proches, malgré des affichages un peu différents dans les projets des services. Et l'absence totale de professionnels de niveau intermédiaire

(IV), de type moniteur éducateur ou animateur (BPJEPS), à l'exception de quelques TISF présents dans deux des services.

Deux associations en effet ont fait des choix un peu différents, et expérimenté un profil de niveau IV, non répertorié dans le décret, celui de TISF, pour assurer cette mission d'accompagnement social, cherchant des personnes avec des compétences spécifiques permettant d'accompagner de façon plus individualisée les personnes sur une dimension particulière de l'acquisition de l'autonomie, celle qui concerne la gestion du quotidien pour les patients atteints de troubles psychiatriques. Selon la responsable de l'association lyonnaise qui a fait le choix d'intégrer dans l'équipe une TISF, ce profil serait préférable, dans certains cas, à celui de CESF, largement représentée pourtant dans l'équipe. En effet le cœur de métier du TISF relève plus de l'apprentissage de comportements adaptés à travers une aide individuelle en situation réelle, que de l'éducation à l'économie familiale à travers l'animation d'atelier ou le suivi individualisé de la gestion du quotidien réalisé dans les locaux d'une institution, pratiques plus habituelles des CESF. Certains considèrent même que les CESF risquent de se trouver déstabilisés par un travail individualisé, hors cadre institutionnel (services polyvalents de secteurs, centres sociaux ..), contrairement aux TISF, formés principalement pour travailler au domicile des personnes. Et contrairement à l'orientation « famille » que ce métier suggérerait précédemment (quand on formait des « travailleuses familiales »), le référentiel d'activité du TISF aujourd'hui est très ouvert et fait référence explicitement au travail auprès de personnes handicapées<sup>29</sup>.

Dans l'autre cas, le service a fait le choix de constituer le cœur de son équipe avec ce type de professionnels de l'aide à domicile. Il faut dire que ce sont des profils qu'il connaît bien puisque l'association gère également en parallèle un service d'aide aux familles. Il est à souligner d'ailleurs que deux des quatre TISF de ce service sont des hommes, ce qui est assez rare dans la profession. Mais comme pour les professionnels de niveau V, le recrutement réalisé concerne pour moitié des non diplômés embauchés dans le cadre de contrats d'avenir et formés en alternance.

De ce point de vue, on constate donc que la « recommandation » contenue dans le décret de 2005 « *Les membres de l'équipe pluridisciplinaire des services mentionnés aux articles D. 312-155-5 et D. 312-155-9 possèdent les diplômes ou les titres à finalité professionnelle nécessaires à l'exercice de leurs compétences.* » n'est pas appliquée de manière homogène selon le niveau de qualification.

Dans la mesure où la population requérant des aides semble de plus en plus jeune, les associations développent des activités de séjours (parfois à l'étranger) ou de loisirs, notamment les week-end. Les personnels en charge de ces activités sont souvent les AVS, parfois mais plus rarement des animateurs, diplômés ou pas. Lorsque ces associations gèrent des séjours de vacances, elles sont amenées à recruter des animateurs saisonniers, qui sont généralement des étudiants, comme dans le reste du tourisme social. Les étudiants des filières du travail social sont particulièrement recherchés pour ce type de mission. Nous reprendrons ces sujets dans le chapitre 6 consacré à l'accès aux loisirs (sports, culture ..) et aux vacances.

Dans la grande majorité des cas l'encadrement de ces services est confié à des travailleurs sociaux expérimentés (souvent des CESF ou des éducateurs spécialisés de formation, parfois des TISF) qui constituent des personnes ressources ou des référents pour les différentes activités (coordonnateurs, responsables de secteur géographique, responsables de services ...). De plus en plus souvent ces responsables sont dotés de certifications de niveau II ou I (CAFERUIS, CAFDES), acquis soit par la formation continue soit par la VAE.

---

29 « Ils accompagnent les familles, les personnes en difficulté de vie ou sociale, les personnes âgées, malades ou handicapées. Ces interventions s'effectuent au domicile, habituel ou de substitution ... Ils élaborent le cadre de leur intervention avec la personne aidée, en collaboration avec l'équipe de travail.. Le projet d'intervention ainsi élaboré définit et hiérarchise les objectifs de cette intervention, il précise les moyens devant être utilisés pour les atteindre. .. Les activités de vie quotidienne constituent le support privilégié de l'intervention des TISF ... Ils ont un rôle d'accompagnement social des usagers vers l'insertion... » (extraits du référentiel professionnel du TISF)

## **2.3. Des expérimentations en cours : les GEM et les résidences d'accueil**

### ***2.3.1. Le principe du GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle)***

Concernant les personnes ayant un handicap psychique, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, prévoit également des « Groupes d'Entraide Mutuelle » (G.E.M.), pour des personnes « *souffrant de troubles psychiques, tant au titre de la prévention que de la compensation des conséquences du handicap* ». Ces groupes ont fait l'objet d'expérimentations. La circulaire de la DGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005, fixe les modalités de conventionnement et financement de chaque groupe. Ce dispositif nouveau concerne prioritairement les personnes ayant un handicap psychique, même si elles ne font pas l'objet de prises en charge par la MDPH, est défini dans cette circulaire, comme « *un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité* ». Il doit aussi être ouvert « *à des personnes qui ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance de leur handicap* ».

Dispositifs nouveaux, mais s'appuyant néanmoins sur le savoir-faire d'associations travaillant depuis longtemps à soutenir des personnes ayant des handicaps mentaux ou des maladies psychiques très invalidantes, les GEM proposent et étayent des modalités innovantes de socialisation qui soutiennent les adhérents dans toutes les démarches et les activités qui les conduisent à davantage d'autonomie. Se fondant largement sur les principes théoriques de la psychothérapie institutionnelle, qui s'attache à impliquer les patients dans leur propre prise en charge, ces expériences révèlent des besoins spécifiques d'accompagnement des personnels, notamment pour impulser ce guidage souple vers une socialisation plus développée.

### ***2.3.2. Entre animation et autogestion, une posture difficile à trouver pour les professionnels des GEM***

Les personnes rencontrées qui travaillent dans ces espaces professionnels nouveaux insistent sur la nécessité de préparer les personnels sur deux points importants :

- d'une part une connaissance non pas des maladies mentales mais de leurs conséquences sociales (humeurs difficiles, moment d'absence, d'isolement, parfois violence...) pour savoir réagir justement sans affolement ;
- d'autre part, une posture professionnelle nouvelle qui favorise l'autonomie ou la prise en charge des personnes par elles-mêmes ou avec le soutien des autres adhérents. Cette posture implique que les professionnels ne se substituent pas aux personnes pour l'organisation des activités et de la vie au sein du GEM.

Les GEM fonctionnent avec une mini équipe, souvent de 2 personnes, correspondant à 1,5 ETP et possédant des compétences différentes et complémentaires. Dans le réseau rencontré, il s'agit souvent d'une personne avec une formation correspondant à un métier classique du social (psychologue, éducateur spécialisé, AS, CESF...) et d'une autre avec des compétences d'animation. Dans ce cas, le fonctionnement repose sur ce binôme de compétences complémentaires appelé « parrain » qui s'étaye mutuellement pour parrainer et accompagner les participants à faire vivre par eux-mêmes leur GEM.

A la différence des activités qui se trouvent organisées classiquement dans des espaces plus structurés et repérés institutionnellement, il ne s'agit pas ici de faire faire des activités, pour occuper les personnes, mais d'inciter le plus possible les participants du GEM à prendre en charge et organiser par eux-mêmes leurs activités ou simplement leurs moments d'échanges. Certains GEM impliquent leurs adhérents dans la vie institutionnelle de la structure qui offre ces espaces nouveaux, en faisant participer d'anciens malades au

parrainage du groupe, ou en impliquant directement les adhérents dans la gestion financière ou dans le processus de recrutement de leurs parrains.

Le principe sous-jacent, qui structure les modalités de travail avec les professionnels est que l'adhérent du GEM est un acteur potentiellement à égalité de tous les autres professionnels qui encadrent les activités. Ce principe oblige le professionnel à repenser sa place et sa fonction, notamment pour ne pas faire à la place des participants mais les encourager à réaliser leurs projets.

Pour le recrutement des « parrains », il est souvent souhaité des personnes, quels que soient leurs profils (animation ou travail social) qui savent travailler sans un cadrage trop précis, qui acceptent une certaine insécurité et qui savent créer des liens avec l'entourage.

Au sein d'associations importantes, ou de réseaux d'associations, peut émerger une fonction d'encadrement des GEM, qui semble essentielle à leur réussite. L'encadrant des parrains suit plusieurs GEM avec souvent pour missions : les recherches de financements complémentaires, le suivi des budgets, des plannings des personnels. Il impulse au sein de l'association la philosophie des projets et tisse des liens avec l'entourage des lieux où les GEM sont implantés. Enfin il suit professionnellement les équipes dans le cadre de réunions organisées régulièrement pour faire le point sur la cohérence des projets de chaque GEM et pour s'assurer que les parrains ne se substituent pas aux adhérents du GEM. En effet comme nous l'avons souligné plus haut, la posture professionnelle des parrains est relativement inhabituelle pour les personnes venant du travail social, et la faire respecter dans la durée implique un suivi rigoureux des professionnels, qui mobilise beaucoup ces encadrants.

Certains GEM fonctionnent avec des bénévoles, souvent des proches de personnes atteintes de maladies mentales. Dans ce cas, ces personnes suivent une formation organisée par l'association qui consiste principalement à expliquer les conséquences de certaines pathologies, faire comprendre les principes pédagogiques et de fonctionnement des GEM, donner des informations sur les ressources institutionnelles.

Nos entretiens nous conduisent à constater le caractère novateur de telles expérimentations qui visent à accompagner progressivement et selon des formes diversifiées la re-socialisation de ces personnes sans que les modalités de cette socialisation soit artificiellement pré-organisée par des activités qui n'émanent pas des participants. Cette posture professionnelle foncièrement nouvelle nécessite des « parrains » une capacité à savoir travailler dans un cadre institutionnel souple qui facilite la prise en charge des personnes sans la décider en fonction de points de vue déterminés. L'apprentissage de cette souplesse de fonctionnement constitue le principal point d'achoppement, la dérive vers une prise en charge plus structurée étant sans doute plus rassurante pour ces professionnels. Nous avons constaté au cours de nos entretiens que cet apprentissage reposait essentiellement sur les responsables de ce GEM, qui effectuent très régulièrement des bilans pour aider ces professionnels à analyser le sens de leurs interventions.

### ***2.3.3. Le principe des résidences d'accueil***

Les ***résidences d'accueil***, viennent compléter le dispositif émanant de la circulaire du 10 décembre 2002 sur les maisons relais, et propose « *une offre nouvelle de logements adaptés pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, ayant un handicap psychique. Ces résidences qui relèvent du champ du logement social présentent trois caractéristiques essentielles : une présence d'un hôte, un accompagnement social, un accompagnement sanitaire.* » (CF note d'information N°DGAS/PIA/PHAN/2006/523 du 16 novembre 2006). Cette triple caractéristique vient ici interroger non seulement les compétences professionnelles et la formation des personnes faisant fonction d'hôte, mais aussi les modes de professionnalisation de cette équipe travaillant sur des champs disciplinaires différents.



### ***2.3.4. Professionnaliser des maîtres de maison recrutés en dehors du champ médico-social***

Dans des maisons d'accueil, la fonction de maître de maison constitue une nouvelle manière d'accompagner les personnes habitant dans ces logements. Il semble que le référentiel d'activité élaboré par Unifaf sur les fonctions de maître de maison et de surveillant de nuit, identifie parfaitement les activités mises en œuvre par les personnels pour une partie des intervenants au moins, plutôt positionnés à niveau V. Il constitue un bon support de professionnalisation, dans le cadre de la formation continue, pour les salariés en poste, notamment ceux issus des personnels des services généraux d'établissements, ou recrutés avec des compétences techniques sans lien direct avec le secteur médico-social (lingères, cuisinières ..). On a vu que certains de ces recrutements externes visaient des profils plus qualifiés de techniciens ou techniciens supérieurs dans diverses spécialités, et que dans ce cas on enregistrait le développement des partenariats externes et un accroissement de la dimension gestionnaire des postes. On peut penser que dans ce cas on est plus proche du référentiel métier des techniciens en économiste sociale et familiale (niv III).

Pour les structures que nous avons investiguées, les personnels ont des profils très variés (hôtellerie, commercial, animations, bâtiment...) et développent une habileté à répondre à des besoins très variés et de façon innovante. Leurs compétences initiales constituent donc une ressource utile, mobilisées de façon un peu décalée de manière à ne pas enfermer ces professionnels dans un seul mode d'intervention. Il est en effet attendu d'eux une capacité à innover, à répondre aux demandes sans se substituer aux résidents, à faciliter leur autonomie, et à identifier leurs moments difficiles pour être en mesure de prévenir les professionnels de santé qui travaillent dans l'équipe. C'est principalement le « *souci de l'autre et de son bien-être* » que les responsables de ces maisons d'accueil recherchent chez ces hôtes. Ils sont donc attentifs à la manière dont ces derniers décoreront leur intérieur, organiseront des espaces conviviaux et noueront des relations avec les différents résidents pour faciliter leur intégration dans leur appartement.

Il est noté à plusieurs reprises le fait que ces personnes ne soient pas des professionnels du champ de la santé constitue un atout non négligeable pour permettre aux participants de tisser des liens d'une autre nature avec leur entourage. Dans le milieu ordinaire ces personnes ont besoin de liens avec des « *personnes ordinaires* ». Avec le temps cependant, apparaissent les limites d'un travail avec des personnes n'ayant pas de formation spécifique *dans le domaine social*. En effet si dans un premier temps, il est très intéressant de constater que des liens d'une autre nature se nouent entre ces maîtres de maison et les résidents, la difficulté de ces professionnels à élaborer un projet dans et par l'action est soulignée après quelques temps d'exercice. L'implication de l'encadrant est alors nécessaire pour aider à cette prise de recul et favoriser une réflexion sur le sens des actions mises en œuvre. *La prise de recul sur l'action s'avère donc indispensable après un temps de pratique.*

La professionnalisation (accompagnement sur les postes de travail) est donc considérée comme essentielle. Elle fait toujours l'objet d'une forte préoccupation. Le travail en équipe pluridisciplinaire très fréquemment organisé dans les différentes associations semble constituer la base de cette professionnalisation. C'est dans l'échange avec les autres (tuteurs, AS, médecins...) et dans la découverte organisée d'autres espaces professionnels (par les CHRS) que les AVS comme l'ensemble des personnels sollicités se préparent et apprennent à faire face à la complexité des situations rencontrées. Ces instances de paroles et de concertations permettent la transmission de savoirs entre professionnels et un guidage dans les pratiques. Ce mode de fonctionnement semble particulièrement mis en avant pour travailler auprès de personnes ayant un handicap notamment mental.

## Quelques chiffres

L'existence trop récente de ces nouveaux types de service ne permet pas de disposer, dans la statistique publique<sup>30</sup>, ni dans celle de la branche médico-sociale, de données relatives aux emplois qu'ils génèrent. Tout au plus peut-on proposer d'établir quelques ratios d'encadrement à partir de quelques cas fouillés de manière plus précise dans les entretiens conduits. Ils pourraient être mis en regard des ratios établis par la DREES pour les établissements correspondant au même type de public.

Le tableau ici est construit à partir de données recueillies oralement auprès des responsables de terrain, non recoupées avec les documents de gestion. Elles doivent être considérées simplement comme simplement indicatives de la diversité des situations rencontrées, aussi bien au niveau du taux global que de la structure des qualifications.

Nous n'avons retenu ici que les personnels intervenants directement au domicile des personnes handicapées, pour des missions d'accompagnement très concrètes, à l'exclusion des personnels d'encadrement de service ou des praticiens spécialisés (médecins ou psychologues cliniciens).

### Taux d'encadrement estimés, par niveau de qualification, dans les services enquêtés

(effectifs de professionnels pour 100 bénéficiaires (places agréées))

Services	Niv III	Niv IV	Niv V	Ensemble
SAVS 1	16			16
SAVS 2	8	1		9
SAVS 3			33	33
SAVS 4	11	3	5	19
SAVS 5			7	7
SAMSAH	4	4	11	19
SAVS 6		3	14	17

---

30 Le dernier rapport disponible sur les « établissements pour adultes handicapés » date de 2004 et ne fait aucune place aux services expérimentaux déjà présents sur le territoire à cette époque.

Pour information :

**Taux moyens d'encadrement des établissements pour adultes handicapés**

(étude DRESS, 2004 – situation au 31-12- 2001)

Rubriques Personnel pédagogique, éducatif et social + paramédical diplômé

Établissement	Niv III	Niv IV	Niv V	Ensemble
Foyers de vie (occupat)	6	6	19	31
Foyers d'hébergement	7	7	7	21

Rubrique personnel des services généraux (hors administration et encadrement)

Établissement	Niv III	Niv IV	Niv V	Ensemble
Foyers de vie (occupat)			15	15
Foyers d'hébergement			10	10

### **3. ACTIVITÉS LIÉES À L'ÉDUCATION ET À LA FORMATION GÉNÉRALE ET PROFESSIONNELLE**

---

#### **3.1. La petite enfance**

##### ***3.1.1. Cadre général de la prise en charge de la petite enfance porteur de handicap***

Dans le secteur de la petite enfance, deux décrets ont largement contribué à sensibiliser les établissements à l'accueil de l'enfant handicapé :

- décret n° 2000-762 du 1<sup>er</sup> août 2000 (relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans) dans lequel l'accueil des enfants handicapés est spécifié comme une mission des structures d'accueil petite enfance ;
- décret n° 2006-1753 du 23 décembre 2006 relatif à l'accueil des jeunes enfants des bénéficiaires de certaines prestations sociales et à la composition de la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants.

Le décret n° 2007-230 du 20 février 2007, détaille quant à lui les profils professionnels ayant en charge l'accueil des enfants de moins de six ans :

- Diplôme d'État de puéricultrice ou puériculteur
- Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants
- Diplôme d'État d'infirmier
- Diplôme professionnel ou certificat d'auxiliaire de puériculture.

Ce même décret indique la proportion des professionnels diplômés devant assurer l'accueil des enfants : elle est au moins égale à la moitié de l'effectif du personnel placé auprès des enfants dans les établissements d'accueil collectif.

##### ***3.1.2. Prise en charge du petit enfant porteur de handicap***

Il est difficile de connaître les besoins en accueil de ce public car c'est la période au cours de laquelle se déclarent de nombreux handicaps.

Dans cette phase de prise en charge précoce, l'hospitalisation est souvent la première réponse à travers notamment le Centre de Santé Mentale et Infantile (CSMI) et les Centres d'Action Médico-Sociaux Précoces (CAMSP<sup>31</sup>).

Lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans, le CAMSP a pour principale mission d'établir un dépistage et un diagnostic précoce, aussi précis que possible, des troubles du développement du jeune enfant. Une fois le diagnostic établi, il assure la rééducation de l'enfant et

---

<sup>31</sup> Il existe environ 200 CAMSP en France, implantés en général dans des grosses agglomérations. Pour les parents, après notification de la CDAPH, l'accès aux soins du CAMSP est gratuit.

l'accompagnement parental, dans ses locaux. Le CAMSP dispose d'une équipe pluridisciplinaire associant diverses professions : pédiatre, pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste, éducateur spécialisé et enseignant, etc. Selon la nature du handicap, ils peuvent également orienter la famille vers d'autres services et équipes spécialisés compétents.

De part sa primo intervention, le CAMSP<sup>32</sup>, est souvent la structure qui va être à l'origine de l'orientation d'un petit enfant vers une structure d'accueil et/ou de suivi adaptée. Le choix de la structure est fonction de la nature du handicap et des actions de soin et de rééducation qui y sont ou non associées. A titre d'exemple, le CAMSP de l'hôpital de Bordeaux est le principal « orientateur » d'enfants handicapés vers le jardin d'enfants « Arc en ciel » qui a un statut d'établissement d'éducation motrice. Le public accueilli est polyhandicapé (handicap associant une déficience motrice et mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception d'expression et de relation). Les professionnels présents doivent être en mesure d'apporter des soins à l'enfant et d'assurer leur rééducation.

Les services du CAMSP peuvent être articulés à une prise en charge dans une structure d'accueil ordinaire ou spécialisée si elles ne disposent pas de personnel médical spécialisé.

### *Une offre de lieux d'accueils différents*

Les entretiens réalisés mettent en évidence l'importance de la nature du handicap dans le type de structures d'accueil qui prend en charge l'enfant. On trouve des structures prenant en charge un profil type d'enfant porteur de handicap et les professionnels qui y interviennent ont des compétences spécifiques pour assurer le volet rééducation de l'enfant.

Ces interventions regroupent « l'ensemble des actions et mesures (sociales, médicales, psychologiques et éducatives) nécessaires à entreprendre auprès des enfants et de leurs familles afin de répondre aux différents besoins des enfants présentant un risque de retard ou des retards avérés dans leur développement »<sup>33</sup>

A titre d'exemple, on peut citer l'action du SAFEP (Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce) spécialisée dans la prise en charge des enfants déficients sensoriels de 0 à 3 ans. Le SAFEP a pour objet d'intervenir auprès des enfants de la naissance à l'école maternelle dans le cadre de l'éducation précoce, et auprès des parents pour l'accompagnement familial. Il a pour rôle de conseiller, informer et soutenir les familles avec un jeune enfant présentant une déficience visuelle ou une cécité. Il aide également l'enfant à développer son autonomie dans son quotidien en interaction avec sa famille. Enfin, il prépare et soutient les enfants à l'entrée progressive dans la vie sociale : crèche, garde par assistante maternelle, entrée à l'école...

D'autres structures sont spécialisées dans l'accueil d'enfants ayant des troubles du comportement et psychologiques. L'enquête menée dans un grand centre urbain (Bordeaux), met en évidence la bonne articulation entre la MDSI (Maison de la Dépendance, et de la Solidarité et de l'Insertion), le CSMI (Centre de Santé Mentale Infantile) et la crèche spécialisée (cf. *infra* tableau comparatif des compétences). Certains de ces enfants sont accueillis à temps partiel à l'école maternelle et, l'enseignant référent peut faire appel aux compétences de la directrice de la structure spécialisée pour informer les enseignants des comportements à avoir (ainsi qu'à interpréter ceux de l'enfant).

---

32 Il existe environ 200 CAMSP en France, implantés en général dans des grosses agglomérations. Pour les parents, après notification de la CDAPH, l'accès aux soins du CAMSP est gratuit.

33 Agence européenne pour le développement des personnes ayant des besoins particuliers, 2003.

## *L'accueil en crèche du milieu ordinaire*

Le milieu ordinaire d'accueil regroupe les institutions et services d'accueil de la petite enfance en général : crèches, halte garderies, jardins d'enfants, écoles maternelles. En milieu ordinaire, si les textes encouragent l'accueil d'enfants porteurs de handicap, toutes les situations ne sont pas jugées gérables par le personnel d'une crèche du milieu ordinaire, en particulier si l'accompagnement médical ou rééducatif est évalué trop important.

L'accueil des enfants porteurs de handicap en crèche du milieu ordinaire semble reposer sur la posture préalable du directeur de structure<sup>34</sup> : si certaines crèches posent explicitement en projet d'établissement l'accueil d'enfants porteurs de handicap, la majorité traite au cas par cas chaque situation qui se présente.

Un certain nombre des personnels des crèches ont les compétences nécessaires par le biais de la formation initiale à l'accueil des enfants porteurs de handicap (puéricultrices, auxiliaires puéricultrice, éducatrice jeunes enfants, infirmière), avec cependant des limites quant à la gravité de ce handicap. Parmi les profils d'enfants les plus souvent cités, on retrouve les enfants porteurs d'une trisomie, d'une déficience intellectuelle, certains handicaps moteurs.

D'autres enfants, de part la nature des soins et de la rééducation dont ils ont besoin, nécessitent un personnel avec des qualifications plus spécialisées et diversifiées que celles rencontrées en crèche du milieu ordinaire.

Certaines structures, ayant plutôt ciblé au départ l'accueil d'enfants malades, ont fait de l'accueil des enfants handicapés un projet spécifique. C'est le cas de cette « pouponnière à caractère sanitaire », qui a choisi cependant d'accueillir aussi des enfants valides

La crèche "La Maison des Poupies" a ouvert ses portes en 1993. A son origine, des personnels hospitaliers. En effet, les parents d'enfants ayant subi une hospitalisation en néonatalogie étaient confrontés, à la sortie de l'enfant, à de grandes difficultés de garde. Difficile de trouver une crèche ou une nourrice acceptant de garder un enfant malade, et difficile d'accorder sa confiance. Depuis le début, la Maison des Poupies a imposé un principe immuable : la mixité entre enfants valides et enfants en difficulté.

De son côté, le directeur d'un établissement de rééducation motrice souligne que si son personnel comporte encore quelques auxiliaires de puéricultrices, cette qualification ne fait plus actuellement partie des profils recrutés. Ces profils sont aujourd'hui remplacés par des aides psychologiques et des aides soignantes. Auxquels s'ajoutent des éducateurs jeunes enfants, éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs.

Pour gérer la dimension soin, l'établissement dispose de : psychomotriciens ; orthopédistes ; ergothérapeutes ; kinésithérapeute ; ainsi que trois postes de médecins : Pédopsychiatre, médecin de rééducation, médecin généraliste.

Ce bref balayage montre comment différentes « contraintes » en lien avec la nature du handicap influent directement sur les profils professionnels présents dans les structures (ce tableau n'est pas exhaustif, il a valeur d'exemple) :

---

34 Entretien avec la responsable des crèches de la mairie de Bordeaux.

<b>Crèche « classique »</b>	<b>Crèche spécialisée</b>	<b>Jardin d'enfants</b>
<b>Public accueilli</b>		
Enfants valides	Essentiellement des enfants diagnostiqués comme autistes	Enfants polyhandicapés dépendants
<b>Personnel</b>		
Direction : puéricultrice (le poste peut être aussi tenu par des éducateurs jeunes enfants)	1 Psychologue	Les auxiliaires de puériculture :
1 infirmier	1 auxiliaire de puériculture	sont progressivement remplacés par des :
1 auxiliaire de puériculture	1 animatrice	AMP, aides soignantes, EJE,
1 CAP petite enfance	1 BEP sanitaire et social	éducateurs spécialisés, moniteur éducateur
		+ sur dimension soins :
		Psychomotriciens, orthopédistes
		Ergothérapeutes, kinésithérapeute
		Pédopsychiatre, médecin de rééducation, médecin généraliste.

### **3.1.3.L'accueil à l'école maternelle**

L'arrivée à l'école est souvent une des premières expériences de socialisation dans une collectivité nombreuse. À cet égard, en amont de l'aide que pourrait apporter un auxiliaire de vie scolaire en matière d'apprentissage, l'Aide à la Scolarisation des Élèves Handicapés (ASEH) à l'école maternelle doit permettre de garantir l'attention particulière dont ces jeunes élèves ont besoin.

Cette aide à la scolarisation est une aide attribuée à l'équipe pédagogique et ne qui ne préjuge pas, comme risquerait de le faire une aide individuelle apportée à l'élève, de la future décision de la commission : « Cette aide doit permettre une évaluation plus exacte des besoins de l'élève dans l'attente d'une décision de la CDES. (...) Chez des enfants de 3 à 4 ans, il est trop tôt pour appréhender avec précision leurs besoins en matière d'aide aux apprentissages proprement scolaires et donc déterminer des modalités spécifiques d'intervention de l'AVS ». C'est la raison pour laquelle il est demandé aux IA-DSDEN de mobiliser préférentiellement, notamment dans les classes de petite et moyenne sections d'école maternelle, des personnels recrutés sur des CAE pour assurer les fonctions d'ASEH<sup>35</sup>.

A l'inverse des Assistants d'éducation, faisant fonction d'AVS (voir plus loin), il n'y a pas de diplôme minimum requis ni de limite d'âge pour postuler à des fonctions d'ASEH. Elles sont tenues par des personnes recrutées sur des contrats aidés (CAE ou CA<sup>36</sup>) sous l'intitulé « Emploi de vie scolaire » (EVS), intitulé

35 La circulaire n°2005-129 du 19-8-2005 a apporté des précisions en ce qui concerne le rôle des ASEH, en CAE.

36 Les Contrats d'Accompagnement dans l'emploi et les Contrats d'Avenir ont été créés respectivement par les Décrets n° 2005-243 et 2005-242 du 17 mars 2005 (JO du 18 mars 2005). Le CAE est un contrat à durée déterminée de 6 mois renouvelable deux fois dans la limite de 24 mois ; le CA est un contrat à durée déterminée de 2 ans minimum

générique qui peut recouvrir d'autres types de missions<sup>37</sup>. Les emplois proposés et les candidatures sont recueillis par l'ANPE. Les Inspecteurs d'Académie et les Recteurs mettent en place des commissions chargées de retenir les candidats.

"La contribution de ces nouveaux personnels recrutés sur des fonctions d'ASEH doit permettre de conforter les missions propres aux AVS pour accompagner les élèves présentant un handicap dans les niveaux élémentaire et secondaire de la scolarité. " Cependant, ces postes d'EVS-ASEH tendent à remplacer les AVS particulièrement à l'école maternelle. La question de la formation de ce personnel devient alors centrale pour leur permettre d'assurer leurs fonctions.

### 3.2. La scolarisation des enfants handicapés<sup>38</sup>

#### 3.2.1. Données de cadrage sur les dispositifs de prise en charge

Le parcours des enfants handicapés est marqué par une diminution progressive de la scolarisation en milieu ordinaire avec l'avancée en âge. La proportion d'enfants scolarisés en établissement scolaire est de 80% à 6-7 ans et de 30% à 19-20 ans<sup>39</sup>.

#### Nombre d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
<b>Nombre d'enfants scolarisés</b>	106 897	133 838	151 523
<b>Progression</b>	+ 24 %	+ 25 %	+ 13 %

Niveaux d'enseignement	Établissements scolaires et d'enseignement supérieur (milieu ordinaire)					
	Total	Scolarisation individuelle				Scolarisation collective dans des CLIS (1 <sup>er</sup> degré) et UPI (2 <sup>nd</sup> degré)
		Total	Enseignement dans des classes ordinaires	Enseignement adapté		
			dont SEGPA <sup>3</sup>	dont EREA <sup>4</sup>		
<b>Premier degré</b>	<b>104 800</b>	<b>65 000</b>	<b>65 000</b>			<b>39 800</b>
Préélémentaire	19 800	17 600	17 600			2 200
Primaire	85 000	47 400	47 400			37 600
<b>Second degré</b>	<b>46 700</b>	<b>39 000</b>	<b>31 200</b>	<b>6 300</b>	<b>1 500</b>	<b>7 800</b>
Indifférencié						
<b>Total 1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré</b>	<b>151 500</b>	<b>104 000</b>	<b>96 200</b>	<b>6 300</b>	<b>1 500</b>	<b>47 600</b>
Supérieur <sup>2</sup>	7 600					
<b>Total</b>	<b>159 100</b>	<b>104 000</b>	<b>96 200</b>	<b>6 300</b>	<b>1 500</b>	<b>47 600</b>

37 • aide aux élèves handicapés (ASEH) ; assistance administrative, notamment aux directeurs d'école primaire ; aide à l'accueil, à la surveillance et à l'encadrement des élève ; participation à l'encadrement des sorties scolaires; aide à la documentation ; aide à l'animation des activités culturelles, artistiques ou sportives ; aide à l'utilisation des nouvelles technologies.

38 Outre les entretiens réalisés, nous avons tenu compte des constats et questionnements du rapport Geoffroy (mission parlementaire, sept 2005) et des 6 comptes-rendus des ateliers organisés par la DIPH au printemps 2006 sur le thème « complémentarité et collaboration éducation ordinaires/éducation spécialisée ».

39 DREES, Etudes et Résultats, n° 564, mars 2007.



1. Enfants scolarisés toute l'année.  
2. Étudiants recensés à la rentrée 2004-2005 par la Direction générale de l'enseignement supérieur (DGES) : universités, IUFM, STS, CGPE, écoles d'ingénieurs des universités. Ce champ ne recouvre pas l'ensemble de l'enseignement supérieur : sont exclus notamment les établissements et formations supérieurs privés (écoles de commerce etc.).  
3. SEGPA : section d'enseignement général et professionnel adapté.  
4. EREA : les établissements régionaux d'enseignement adapté. 8 EREA accueillent exclusivement des enfants handicapés. *Stricto sensu*, ils devraient à ce titre être classés avec les structures de la scolarisation collective. Toutefois, afin de simplifier la lecture, les effectifs des EREA ont été regroupés.  
**Champ** • Métropole et départements d'outre-mer (DOM), public et privé.  
**Sources** • Enquêtes n° 3, 12 et 32 (DEPP) ; DGES.

*DREES – Etudes et Résultats – n° 564 – mars 2007*

Au total, 64 678 élèves handicapés étaient accueillis individuellement dans le premier degré pour l'année scolaire 2005-2006 et 38 794 dans le second degré. A ceux-ci s'ajoutent 39 759 enfants handicapés accueillis en classe d'intégration scolaire (Clis) et 7 773 en unités pédagogiques d'intégration (UPI). Au total, sur l'ensemble de la législation 2002-2007, le nombre d'enfants handicapés scolarisés à l'école ordinaire a progressé de plus de 80 %<sup>40</sup>.

Ce qui caractérise la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire<sup>41</sup> est le nombre de dispositifs différents mis en place pour répondre à la diversité des situations. Ces différents dispositifs peuvent être soit collectifs, individuels ou bien en réseau. A chaque dispositif proposé est associé un nombre plus ou moins important de professionnels dont le rôle est de permettre à l'enfant de poursuivre sa scolarité.

### *Les dispositifs mis en place par l'Éducation nationale*

L'éducation nationale a créée depuis longtemps des modes de scolarisation adaptés à la prise en charge d'enfants présentant certains types de handicaps, à travers notamment les classes d'intégration scolaire (CLIS). Héritière des classes de perfectionnement (loi du 15 avril 1909), et des classes intégrées (circulaires de mars 82 et 83), les CLIS (circulaire du 10 novembre 1991), accueillent des élèves présentant un handicap mental, auditif, visuel ou moteur, mais pouvant tirer profit, en milieu scolaire ordinaire d'une scolarité adaptée à leur âge, à leur capacité et à l'importance de leur handicap.<sup>42</sup> Pour enseigner dans ce type de classe, les enseignants acquièrent généralement une formation complémentaire de deux ans qui débouche sur la délivrance du certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (CAPA- SH)<sup>43</sup>.

Les unités pédagogiques d'intégration (UPI) sont des dispositifs ouverts au sein de collèges ou de lycées ordinaires afin de faciliter la mise en œuvre des projets personnalisés de scolarisation des élèves qui ne peuvent s'accommoder des contraintes parfois lourdes de la scolarisation individuelle. Ouvertes dès 1995 en collège pour les élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives, les UPI ont été étendues en 2001 (Circulaire n° 2001-035 du 21 février 2001) à des élèves présentant des déficiences sensorielles ou motrices. Leur implantation en collège a dans un premier temps été privilégiée, l'urgence étant de remédier aux ruptures de parcours scolaires encore trop fréquentes à l'issue de la scolarité élémentaire. Leur développement en lycée, et notamment en lycée professionnel, est actuellement favorisé. L'orientation en UPI est proposée par la CDAPH dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation de l'élève. Une formation complémentaire est proposée aux enseignants du secondaire pour se spécialiser en ce domaine. Elle débouche sur la délivrance du certificat complémentaire pour les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (2 CA-SH)<sup>44</sup>.

40 P. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007 ; p. 50-51.

41 On parle de milieu scolaire ordinaire quels que soient l'enseignement dispensé (ordinaire ou adapté) et le type de scolarisation (individuel ou collectif).

42 Définition donnée par la DEPP in Repères et statistiques, 2007, p. 26

43 Décret n° 2004-13 du 5-01-2004 et arrêté de la même date.

44 Idem, voir circulaires des 10 février et 26 juin 2004.

Les SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) sont des structures spécialisées intégrées dans des collèges ordinaires<sup>45</sup>. Elles ont la charge de scolariser des jeunes dont les difficultés scolaires sont trop importantes pour leur permettre de tirer profit d'une scolarisation dans les classes ordinaires des collèges. La SEGPA est placée sous la responsabilité d'un directeur d'établissement spécialisé, directeur-adjoint auprès du principal du collège. Les enseignants responsables des classes sont des professeurs des écoles titulaires du CAPA-SH option F. Les élèves peuvent être intégrés dans les classes ordinaires du collège pour certaines activités. La formation professionnelle des élèves est assurée soit au sein de la SEGPA par des professeurs de lycée professionnel, soit en coordination avec les établissements ordinaires de formation professionnelle : Centres de Formation pour Apprentis (CFA) ou Lycée d'Enseignement Professionnel (LEP).

Les EREA (Établissement Régional d'Enseignement Adapté) sont les héritiers des « Écoles autonomes de Perfectionnement », créées par l'article premier de la loi de 1909, en même temps que les classes de perfectionnement. Ce sont des établissements scolaires adaptés, et non des établissements médico-éducatifs. Régis actuellement par la Circulaire n° 95-127 du 17 mai 1995, leur mission actuelle est de permettre « à des adolescents en difficulté ou présentant des handicaps d'élaborer leur projet d'orientation et de formation ainsi que leur projet d'insertion professionnelle et sociale en fonction de leurs aspirations et de leurs capacités ». Il existe quelques EREA orientés vers les handicaps sensori-moteurs, mais la plupart accueillent des jeunes en très grande difficulté scolaire. Les enseignants sont des professeurs des écoles titulaires du CAPA-SH option F (hors EREA handicaps sensori-moteurs) et des Professeurs de Lycée Professionnel (PLP). La circulaire de 1995 prévoyait un changement d'appellation : les EREA devaient devenir des Lycées d'Enseignement Adapté (LEA). La nouvelle appellation est encore peu adoptée

Enfin, créés en 1990, par transformation des GAPP, les Réseaux d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté (RASED) ont pour mission de fournir des aides spécialisées à des élèves en difficulté dans les classes ordinaires, en coopération avec les enseignants de ces classes, dans ces classes ou hors de ces classes. Ils comprennent des enseignants spécialisés (instituteurs ou professeurs des écoles) chargés d'aides à dominante rééducative, de ceux à dominante pédagogique, et des psychologues scolaires. Bien qu'elles représentent une ressource potentielles de compétences mobilisables au profit des enfants présentant certains types de handicaps, cette inflexion dans leur mission ne semble ni possible, ni souhaitable selon certains interlocuteurs. Il semblerait en effet que ces équipes ne soient déjà pas assez nombreuses pour prendre en charge l'ensemble des enfants présentant de simples difficultés scolaires (non liées à un handicap avéré). Et par ailleurs l'extension de leur activité en direction des enfants handicapés pourrait contribuer, selon certains, à assimiler à un « handicap », l'ensemble des difficultés d'apprentissage rencontrés par les enfants.

### ***3.2.2. Le rôle des SESSAD***

Quelle soit individuelle ou collective, dans les deux cas, la scolarisation peut s'accompagner d'actions ou de soutiens extérieurs en matière de soins médicaux ou de rééducation, menés par les services d'intégration scolaire type SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) ou des intervenants libéraux.

Ces structures se sont développées à la fin des années 1990 entraînant une montée en charge du nombre d'enfants accueillis ces dernières années. On constate que la probabilité d'être suivi par un SESSAD est très importante pour les enfants atteints d'une déficience motrice ou d'un polyhandicap et encore plus élevée pour les déficients sensoriels<sup>46</sup>.

---

45 Nouvelle appellation des Sections d'Education Spécialisée (SES), adoptée par la circulaire n° 96-167 du 20 juin 1996.

46 R. Leduff, P. Raynaud : « Les services d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention », DREES, Etudes et résultats n° 574, mai 2007.

## Répartition des publics SESSAD selon le type de SESSAD pour lequel l'orientation de la CDES a été effective

Type de SESSAD	en %
Structure pour enfants déficients intellectuels	47
Structure pour enfants déficients moteurs	17
Structure pour enfants déficients auditifs	11
Structure pour enfants ayant des troubles de la conduite et du comportement	9
Structure pour enfants déficients visuels	8
Structure pour enfants polyhandicapés	4
Autres	4
<b>Total</b>	<b>100</b>

Champ • Enfants ayant eu au moins un suivi par un SESSAD.

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

DREES – Etudes et Résultats – n° 564 – mars 2007

Si la situation de l'élève le nécessite, ces services permettent d'apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation. Ils peuvent intervenir sur tous les lieux de vie de l'enfant et de l'adolescent et sont constitués d'équipes pluridisciplinaires.

**SESSAD**<sup>47</sup> : service de soins et d'aide à domicile (déficients intellectuels ou moteurs, jeunes présentant des troubles du comportement).

**SSEFIS** : service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (déficients auditifs après 3 ans) ;

**SAAAIS** : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (déficients visuels) ;

**SSAD** : service de soins et d'aide à domicile (enfants polyhandicapés).

Les SESSAD<sup>48</sup> interviennent majoritairement à l'école (52 % des interventions) et dans ses propres locaux (55 %). Les interventions dans des autres lieux comme ceux de sports ou de loisir (4 %), ou bien encore en crèche (1 %) sont plus marginales<sup>49</sup>.

L'action de ces services est orientée, selon les âges, vers :

- « la prise en charge précoce pour les enfants de la naissance à 6 ans comportant le conseil et l'accompagnement des familles et de l'entourage familial de l'enfant, l'approfondissement du diagnostic, l'aide au développement psychomoteur initial de l'enfant et la préparation des orientations collectives ultérieures ;
- le soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie comportant l'ensemble des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés<sup>50</sup> ».

47 Autonomes ou rattachés à un établissement médico-social, les SESSAD sont gérés majoritairement par des associations et, dans une proportion moindre, par des établissements publics ou des hôpitaux. Leur financement est pris en charge par l'assurance maladie, sous forme de dotation globale.

48 Pour des commodités d'écriture le terme SESSAD sera utilisé dans le reste du texte pour désigner aussi les SSEFIS, SAAAIS et SSAD.

49 R. Leduff, P. Raynaud : « Les services d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention », DREES, Etudes et résultats n° 574, mai 2007, p. 7.

50 Décret 89-798 du 27 octobre 1989 réformant les annexes XXIV.

Le SESSAD est rarement le seul acteur à intervenir dans le parcours de soins d'un enfant handicapé. Il peut accompagner ou prendre le relais d'autres intervenants ou passer lui-même le relais à d'autres dispositifs comme le montre le tableau suivant.

L'enquête de la DREES met en évidence que « quel que soit le cas de figure, près de deux jeunes suivis par un SESSAD sur dix ont été accompagnés par un CAMSP (...) Les enfants de la génération 1996-1997 sont plus nombreux que leurs aînés à avoir bénéficié de consultations en CAMSP, en partie du fait du développement de ce dispositif au cours des dernières années »<sup>51</sup>.

<b>Part des jeunes à avoir bénéficié d'au moins une intervention par d'autres acteurs</b>		
	en %	
	Publics SESSAD	Ensemble de la population CDES
<b>Accompagnement par un hôpital ou autres accueils dans la journée</b>		
Au moins un accompagnement	47,1	53,7
Dont :		
– hôpital de jour en psychiatrie	4,9	9,6
– hôpital de jour pour maladie autre	13,8	16,2
– hospitalisation à temps complet en psychiatrie	2,1	2,5
– hospitalisation à temps complet	24,9	28,0
– maison d'enfants à caractère sanitaire	2,4	3,0
– maison d'enfant à caractère social ou foyer de l'enfance	2,1	2,0
– lieu de vie	0,9	0,6
– autre	6,3	6,0
<b>Autres accompagnements et suivis</b>		
• Professionnels en libéral (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien, infirmière en libéral, autre libéral)	54,8	56,2
• Professionnels de l'hôpital (psychologue, orthophoniste, kinésithérapeute, psychomotricien)	16,8	21,3
• Consultation hospitalière	15,6	17,7
• Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	16,9	13,0
• Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	20,0	23,7
• Centre médico-psychologique (CMP)	9,8	12,4
• Réseau aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)	5,4	5,3
• Auxiliaire de vie scolaire	9,6	7,0
• Auxiliaire de vie à domicile	3,1	2,0
• Soutien scolaire	6,9	6,9
• Educateur en action éducative en milieu ouvert (AEMO)	4,6	3,8
• Autre	15,2	11,3

Sources • Enquête Trajectoires des enfants passés en CDES, DREES.

DREES – Études et Résultats – n° 564 – mars 2007

### **SESSAD et enfant scolarisé**

L'enquête Trajectoire des enfants passés en CDES de la DREES 2004-2005, fait apparaître que les parents mentionnent, pour près de quatre jeunes sur dix, un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire ou un aide éducateur et, pour plus d'un sur dix, l'intervention d'un maître itinérant spécialisé.

Lorsque les personnels du SESSAD interviennent en milieu scolaire, une convention est signée entre, d'une part, l'inspecteur de la circonscription (par délégation de l'inspecteur d'académie) pour une école ou le chef d'établissement pour les collèges et lycées et, d'autre part, le responsable du SESSAD pour déterminer les modalités pratiques des interventions.

51 R. Leduff, P. Raynaud : « Les services d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention », DREES, Etudes et résultats n° 574, mai 2007, p. 5-6.

Dans les situations de scolarisation collective (CLIS, UPI) les enfants ou adolescents peuvent être suivis par un tel service de soins. Pour les situations de scolarisation individuelle, le soutien du SESSAD prend des formes variables selon les besoins de l'enfant. Il peut comprendre des actes médicaux spécialisés, des rééducations dans divers domaines : kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, éducateur spécialisé, etc...<sup>52</sup>. C'est également dans le cadre d'un SESSAD que peut trouver place l'intervention d'un enseignant spécialisé qui apportera une aide spécifique à l'élève handicapé. C'est notamment le cas pour les enfants atteints de handicaps sensoriels (déficiences auditives ou visuelles). Dans d'autres cas, un travail analogue est réalisé par un enseignant spécialisé « itinérant » qui n'est pas directement rattaché au SESSAD.

D'autres possibilités existent par le biais de l'enseignement à distance notamment<sup>53</sup> pour offrir des solutions adaptées aux enfants et adolescents que leur handicap ou leur maladie empêche de suivre un enseignement ordinaire.

### ***3.2.3. La structuration de l'aide à la vie scolaire, une avancée de la loi de 2005***

L'accueil de l'élève handicapé à l'école primaire et dans le secondaire repose sur une organisation renouvelée qui comprend à la fois le développement des classes d'intégration au sein des établissements scolaires (CLIS dans le primaire, UPI dans le secondaire), la création de nouveaux types de postes pour assurer un soutien individualisé ou collectif aux enfants scolarisés, et l'instauration de relations organisées, via des enseignants référents, avec les instances mises en place par la loi du 11 février 2005 comme la Maison départementale des personnes handicapées MDPH et la Commission des droits et de l'autonomie (C.D.A.).

La loi de 2005 précise la répartition des tâches entre la maison départementale des personnes handicapées qui évalue, qui propose, qui décide, et l'Éducation nationale, qui met en œuvre en coopération étroite avec les autres acteurs de la scolarisation des élèves handicapés que sont les établissements sanitaires ou médico-sociaux et les collectivités territoriales, les mesures décidées par la Commission des droits et de l'autonomie ou préconisées par l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation chargée de l'élaboration des plans personnalisés de compensation.

Les entretiens menés mettent en avant des problèmes de coordination avec l'équipe de suivi de la MDPH. Ces problèmes sont en lien avec la jeunesse de cette organisation qui dans cette phase de transition se trouve confrontée à une accumulation de dossiers, et un alourdissement des procédures et à un certain nombre de difficultés directement en lien avec la nature de certains handicaps.

### ***Le rôle central du Projet personnel de scolarisation (PPS)***

Le projet personnalisé de scolarisation organise la scolarité de l'élève handicapé. Il assure la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides nécessaires à partir d'une évaluation globale de la situation et des besoins de l'élève : accompagnement thérapeutique ou rééducatif, attribution d'un auxiliaire de vie scolaire ou de matériels pédagogiques adaptés, aide aux équipes pédagogiques par un emploi vie scolaire. C'est sur la base de ce projet personnalisé de scolarisation que la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se prononce sur l'orientation de l'élève vers le dispositif le mieux adapté à sa situation,

---

52 Les soins et les rééducations peuvent également être dispensés par d'autres moyens : services ou consultations hospitaliers, intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile (hôpitaux de jour, centres de consultations ambulatoires), CMPP (centre médico-psycho-pédagogique). Dans certains cas, ils peuvent aussi être assurés par des praticiens libéraux.

53 Depuis 1997, un « Pôle Handicap » existe à Toulouse qui propose, à partir de l'âge de cinq ans, des cursus scolaires adaptés. L'inscription peut se faire à tout moment de l'année, après avis de la CDAPH ou de l'inspecteur d'académie. Un soutien pédagogique à domicile par un enseignant rémunéré par le CNED peut être proposé à l'élève.

ainsi que sur les éventuelles mesures d'accompagnement. Les préconisations dont le PPS est porteur se traduisent si besoin par différentes modalités de scolarisation. Le projet personnalisé de scolarisation fait l'objet de révisions régulières. Les ajustements jugés nécessaires peuvent donner lieu à un changement d'orientation.

Chaque parcours de formation doit faire l'objet d'un suivi attentif, particulièrement les transitions entre les niveaux d'enseignement : maternelle, élémentaire, collège, lycée et lycée professionnel ; de même, les conditions d'accès au post bac et l'amorce des parcours vers le supérieur. L'équipe de suivi de la scolarisation<sup>54</sup> qui comprend tous les intervenants concernés ainsi que les parents d'élèves a désormais l'obligation de se réunir au moins une fois par an pour faire le point sur le parcours de chaque élève.

### ***Une nouvelle fonction d'interface : l'enseignant référent***

A partir de la rentrée 2006, tout élève handicapé est désormais doté d'un enseignant référent qui va le suivre tout au long de son parcours scolaire. Tous les acteurs de la scolarisation (parents, enseignants, partenaires divers) doivent être en mesure d'identifier clairement l'enseignant référent et de disposer des moyens de prendre contact avec lui<sup>55</sup>. N'étant dépositaire d'aucune responsabilité hiérarchique ou administrative, l'enseignant référent ne prend aucune décision. Il reste la personne qui doit être contactée par un enseignant à chaque fois qu'il le juge utile (évolution d'un projet personnel de scolarisation par ex.).

Le nombre de ces enseignants référents s'élevait fin 2006 à environ 1 100 agents. Pour constituer ce réseau, le ministère de l'Éducation nationale a principalement fait appel aux enseignants spécialisés qui assuraient jusqu'ici le secrétariat des commissions de circonscription pour l'enseignement préscolaire et élémentaire (CCPE) et des commissions de circonscription pour l'enseignement du second degré (CCSD) et chacun d'entre eux suit aujourd'hui en moyenne 200 à 300 enfants, ce qui ne permet à l'évidence pas d'assurer un suivi de qualité des situations individuelles<sup>56</sup>.

Alors que sa fonction principale est l'accueil des familles, la coordination des PPS, le suivi de l'élève, l'information auprès des chefs d'établissement et la régulation avec les AVS, les entretiens réalisés mettent en évidence le peu de lisibilité actuellement de la fonction de l'enseignant référent. Par ailleurs, la diversité des situations d'accueil nécessitent la mise en place de lieux ressource ainsi que le développement d'échanges de pratiques avec les professionnels du milieu spécialisé pour permettre aux enseignants référent d'assurer un accueil de qualité aux enfants qui leurs sont confiés.

### ***De nouvelles fonctions d'accompagnement à la vie scolaire : le dispositif AVS***

Au cours de l'année scolaire 2006-2007, 6 453 auxiliaires de vie scolaire (AVS) ont été affectés dans les établissements scolaires. 4 827 d'entre eux exerçaient leurs fonctions de façon individuelle et 1626 AVS-CO intervenaient dans le 1er et le second degré. A la rentrée 2007 les pouvoirs publics ont annoncé un renforcement de ces dispositifs.<sup>57</sup>

---

54 Article L112-2-1 du code de l'éducation.

55 Cette information doit être transmise par écrit à tous les parents d'élèves de l'établissement scolaire, sans exception, dès le jour de la rentrée ou, au plus tard, dans la semaine qui suit.

56 P. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007 ; p. 57. Il est par ailleurs noté que les rectorats avaient planifié l'ouverture de postes supplémentaires d'enseignants référents au cours de l'année scolaire 2006-2007, ce qui devait permettre d'atteindre un chiffre de 1 250 agents affectés à ces missions fin juin 2007.

57 Note du service Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés ; 25/09/07 ; MEN Bureau DGESCO B2-2 -

Au cours de l'année scolaire 2005-2006, 12 % des élèves en situation de handicap ont bénéficié d'un accompagnement individuel (19 000 élèves), dont 26 % à temps plein. 15 % de ces jeunes étaient aidés par un AVS collectif (22 300 élèves). L'accompagnement par un AVS (individuel ou collectif) a concerné 30 % des élèves du premier degré et 21 % de ceux du second degré. Dans le premier degré, les déficients intellectuels ou mentaux ont représenté 72 % des enfants accompagnés. Dans le second degré, il concernait en priorité les élèves atteints de déficience intellectuelle ou mentale (54 %) et de déficience motrice (20 %) <sup>58</sup>.

Les AVS n'ont pas tous les mêmes fonctions :

- Les AVS-CO sont orientés vers l'aide à une équipe d'école ou d'établissement intégrant plusieurs jeunes porteurs de handicaps dans le cadre d'un dispositif collectif (Classe d'Intégration Scolaire – CLIS, Unité Pédagogique d'Intégration – UPI). Ils exercent une mission de renforcement de l'équipe éducative et d'encadrement des élèves et, entrent à ce titre, dans le cadre général des dispositions applicables aux assistants d'éducation (recrutement par le chef d'établissement, niveau de diplôme au moins égal au baccalauréat).

- Les AVS-I, eux, ont vocation à accompagner des élèves handicapés pour lesquels une aide a été reconnue nécessaire quelle que soit l'origine du handicap, et quel que soit le niveau d'enseignement <sup>59</sup>. Leur fonction est de veiller à l'intégration individualisée des élèves pour lesquels cette aide a été reconnue nécessaire par la CDA. Ces AVS-I sont recrutées par IA-DSDEN (et non par le chef d'établissement) afin d'unifier le dispositif départemental.

## **Missions des AVS-I**

### **Circulaire n°2003-092 du 11-6-2003**

Les AVS-I ont vocation à accompagner des élèves handicapés, quelle que soit l'origine du handicap, et quel que soit le niveau d'enseignement. On devra néanmoins attacher un soin particulier au choix de l'AVS-I, lorsque ce dernier aura pour mission d'accompagner un élève de lycée afin qu'il puisse lui apporter une aide efficace, par exemple pour la prise de notes dans certaines disciplines.

L'AVS-I contribue à la réalisation du projet individuel de scolarisation et de socialisation d'un élève en écoles, collèges, lycées (d'enseignement général, technologique ou professionnel).

À ce titre, l'AVS-I peut être amené à effectuer quatre types d'activités :

- 1 - des interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant : aide aux déplacements et à l'installation matérielle de l'élève dans la classe, aide à la manipulation du matériel scolaire, aide au cours de certains enseignements, facilitation et stimulation de la communication entre le jeune handicapé et son entourage, développement de son autonomie ;
- 2 - des participations aux sorties de classes occasionnelles ou régulières ;
- 3 - l'accomplissement de gestes techniques ne requérant pas une qualification médicale ou paramédicale particulière, aide aux gestes d'hygiène ;
- 4 - participation à la mise en œuvre et au suivi des projets individualisés de scolarisation (participation aux réunions de synthèse notamment).

Pour chaque élève accompagné, le plus souvent à temps partiel et exceptionnellement à temps plein, les modalités d'intervention de l'AVS-I sont précisées dans le cadre du projet individualisé.

Cet accompagnement individualisé étant le plus souvent discontinu, l'AVS-I est généralement amené

---

58 DREES, Etudes et Résultats, n° 564, mars 2007.

59 Circulaire n° 2003-092 du 11.06.2003

à intervenir auprès de plusieurs élèves (2 à 3 élèves).

Compte tenu des missions très particulières qui leur sont confiées, il importe que les AVS-I se consacrent exclusivement à ce type de fonctions qui inclut leur participation occasionnelle à l'encadrement de groupes d'élèves afin de faciliter l'intégration de l'élève handicapé qu'ils ont pour mission d'accompagner dans l'école ou l'établissement scolaire.

### ***Un dispositif de recrutement disparate pour les AVS-I***

Le rapport P. Blanc de (juillet 2007) souligne que le dispositif de recrutement des personnels faisant fonction d'AVS-I reste largement artisanal : ces personnels relèvent en effet de statuts différents et sont recrutés sur des contrats dont la durée de vie est incertaine<sup>60</sup>.

#### **Trois types de contrats co-existent aujourd'hui :**

- les **AVS-I recrutés sur contrat d'assistants d'éducation** (contrat à durée déterminée de droit public) : au nombre de 4 827 à la rentrée 2006-2007, ils sont recrutés spécifiquement pour assurer ces fonctions. D'un niveau de formation nécessairement au moins égal au baccalauréat et bénéficiant d'une formation spécifique à l'accompagnement d'élèves handicapés d'un minimum de soixante heures, ce sont les personnels qui donnent en général le plus de satisfaction aux familles. Le projet de loi de finances pour 2007 prévoit l'ouverture de 500 postes supplémentaires de ce type pour l'année scolaire 2007-2008 ;

- les **emplois de vie scolaire (EVS) recrutés sur contrats d'avenir** (contrats aidés à temps partiel d'une durée maximum de deux ans) : l'Éducation nationale en recensait 1883 à la rentrée 2006-2007. Ces personnels n'ont pour la plupart pas été recrutés à l'origine pour participer à l'accueil d'enfants handicapés ou alors uniquement pour assumer des fonctions proches de celles des AVS-Co. Mais sous la pression du nombre de décisions émanant des commissions des droits et de l'autonomie ouvrant des droits à un accompagnement individuel, de nombreux départements ont converti leurs EVS vers des missions d'AVS-I ;

- les **EVS recrutés sur contrats d'accompagnement dans l'emploi** (contrats aidés d'une durée maximum de deux ans) : 2 800 recrutements étaient planifiés au cours de l'automne 2006 sur ces contrats pour assurer expressément les fonctions d'AVS-I.

Le rapport P. Blanc, indique que les candidats à ces fonctions sont peu nombreux, en raison principalement de la faible attractivité de ces emplois : « quel que soit le type de contrat envisagé, il s'agit toujours de contrats à durée déterminée. De plus, l'Éducation nationale reste incapable de proposer à ces personnels en fin de contrat des perspectives ultérieures de carrière, que ce soit au sein du ministère ou, par la validation des acquis de l'expérience, au sein du secteur médico-social<sup>61</sup>. »

---

60 P. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007 ; p. 52.

61 P. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007 ; p. 52.



### Conditions de recrutement les AVS-I/assistants d'éducation

La loi prévoit que le dispositif des assistants d'éducation est destiné à bénéficier en priorité aux étudiants boursiers<sup>62</sup>. Les candidats doivent donc être titulaires à minima du baccalauréat, ou d'un titre ou diplôme de niveau IV.

Les candidats aux fonctions d'intégration individualisée des élèves handicapés (les AVS-i) bénéficient d'une dispense de diplôme s'ils justifient d'une expérience de trois ans dans le domaine de l'aide à l'intégration scolaire des élèves handicapés en qualité d'emploi jeune.

### Conditions de recrutement des AVS-I/EVS

Comme on l'a vu précédemment, les EVS sont recrutés « sur la base de contrats aidés, c'est à dire destinés à des personnes très éloignées de l'emploi », comme le rappelle le rapport Blanc, qui souligne le fait que « le recours aux EVS est souvent mal ressenti par les familles qui dénoncent leur faible qualification et le profil parfois inadapté des personnes recrutées ». Le dispositif conduit en effet « à mettre en face des enfants handicapés, des personnes elles-mêmes en difficulté et qui peuvent être déstabilisées par cette situation. » Par ailleurs le recours à ces contrats de courte durée (2 ans maximum) oblige l'Éducation nationale à renouveler régulièrement ces personnels « ce qui entraîne, outre une perte d'expertise dommageable, un sentiment d'instabilité difficile à vivre pour les enfants et les familles. »

Pour les assistants d'éducation (AE) faisant fonction d'AVS, l'arrivée des EVS a été également mal vécue, comme en témoignent les sites internet sur lesquels ils s'expriment<sup>63</sup>. Constatant que ces nouveaux intervenants étaient recrutés parmi la population peu qualifiée rencontrant de graves difficultés d'accès à l'emploi, ils voient dans ce mouvement de recrutement une mise en péril de leur propre professionnalité, en cours de construction.

### ***Constats croisés***

Les témoignages recueillis auprès de quelques AVS font ressortir un déséquilibre entre la formation initiale et le « métier » exercé. Pour ceux qui sont sur des poste d'assistant d'éducation, il s'agit souvent de jeunes ayant de fait interrompu leurs études, même si certains sont encore inscrits à la fac. Certains étaient déjà employés dans le cadre d'un emploi -jeune ou une autre formule et ont été réintégrées sur ces nouveaux supports d'emploi, mais ils savent qu'ils n'ont aucune perspective de carrière à l'intérieur de l'Éducation nationale, sauf à passer les concours d'enseignant ou de conseiller d'éducation, pour ceux au moins qui parviennent à décrocher une licence. L'absence de formation continue sur le poste, et l'inexistence de travail d'équipe avec des professionnels de l'éducation spécialisée, les laissent isolées et démunies devant les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leurs relations aux enfants et/ou à l'équipe pédagogique. Ce qui n'est pas un contexte suffisamment formateur pour prétendre en fin de contrat, obtenir par la validation des acquis un diplôme d'éducateur spécialisé ou d'éducateur de jeunes enfants, pour ceux qui se destinaient à des métiers de l'éducation spécialisée. Et rares sont ceux qui ont les moyens, à l'issue de ce type de contrat, de reprendre des études pour les obtenir par la formation. Il leur reste alors soit à viser un niveau IV au mieux par la VAE (moniteur éducateur, technicien de médiation ...), soit à changer radicalement d'orientation.

Pour ceux qui sont en Contrats d'avenir, l'écart entre la formation initiale et les exigences du poste peut s'avérer trop important pour que l'expérience acquise en un an puisse être vraiment valorisée ultérieurement. Lorsque plusieurs contrats successifs peuvent être proposés aux mêmes personnes en revanche, l'expérience

---

62 Les assistants d'éducation sont recrutés conformément aux conditions réglementaires applicables à tous les agents non titulaires de l'Etat (jouir de ses droits civiques; pas de mentions portées au bulletin n° 2 de son casier judiciaire incompatibles avec l'exercice des fonctions, position régulière au regard du code du service national, posséder les conditions d'aptitude physique requises...).

63 Site de la FNASEPH, site d'AC chômage etc.

acquise peut être mobilisée dans une démarche de validation d'acquis pour l'accès à des diplômes de l'éducation nationale, comme le CAP Petite enfance ou le BEP Carrières sanitaire et sociale, préalable indispensable à plusieurs formations du secteur sanitaire (auxiliaire de puériculture, aide soignant). Ou a des diplômes des Affaires sociales permettant de trouver un emploi comme auxiliaire de vie sociale, ou comme AMP, voire comme moniteur éducateur.

Les constats des difficultés rencontrées par les AVS dans l'exercice même de leur activité et le déficit de professionnalisation sont confirmés par la FNASETH et par le récent rapport du sénateur Blanc. Cette fédération de parents d'enfants handicapés, très active, situe ces difficultés sur deux registres principaux : celui des conditions d'emploi, et celui de la nature et de la qualité du service rendu. On peut résumer ces difficultés, rappelées lors d'une réunion interministérielle organisée sur le thème « complémentarité et collaboration éducation ordinaire - éducation adaptée<sup>64</sup> », de la manière suivante :

Sur le registre des conditions d'emploi :

- « Le recrutement des AVS ne se fait pas sur la base d'un profil professionnel défini (leur moyenne d'âge est de 35 ans). Par ailleurs, leur turn-over est important. 70% des contrats n'excèdent pas 6 mois. Les rémunérations sont considérées comme insuffisantes (980 euros environ pour une durée hebdomadaire d'emploi de 25 heures en moyenne). La prise en compte financière des frais de déplacement laisse également beaucoup à désirer.
- Par ailleurs, l'un des traits les plus saillants concerne le déficit d'encadrement des AVS : ils ne bénéficient pas, la plupart du temps, d'un accompagnement dans un projet professionnel personnel. En particulier, l'investissement des Inspections d'académie dans ce domaine est des plus inégal.
- Le seul diplôme exigé est le baccalauréat mais la diversité sociale et professionnelle des personnes recrutées est extrême. »

Sur le registre de la nature du service rendu et formation des AVS

« Quelque soit leur niveau scolaire, la formation initiale des AVS n'est pas adaptée/suffisante pour assurer correctement leur rôle. Par ailleurs, si que les textes prévoient de 60 à 200 heures de formation (pris en charge par l'Éducation nationale), c'est généralement le seuil minimal qui est proposé. Cette carence en formation à la prise de fonction est renforcée par l'absence de formation continue dans l'exercice de leurs fonctions et la quasi inexistence d'encadrement et de soutien face aux difficultés des missions. Et par la faiblesse de la communication entre les différents partenaires du projet, et le manque de lien avec les parents... ».

Ce tableau très noir de la situation des AVS en 2006, amène la FNASEPH à proposer 4 chantiers à ouvrir rapidement, dont deux ont à voir avec des questions d'organisation :

La mise en place de « services départementaux d'accompagnement à la vie scolaire » et « l'articulation de ces services avec la nouvelle organisation induite par la loi de 2005. »

Pour mettre en place ces nouveaux services, la FNASEPH suggère la mise en place de partenariat via « la passation de conventions avec le monde associatif. Sans aller jusqu'à prévoir de délégation de service public, elles seraient fondées sur une coopération plus étroite et plus cadrée que maintenant entre les pouvoirs publics et le monde associatif ». En particulier, l'AVS pourrait – en fonction de la nature du handicap de ou des enfant(s) qu'il doit suivre – aller en formation dans une association ayant l'habitude de travailler avec ce type de public. Par la suite, un référent de cette association pourrait être nommé afin que l'AVS puisse bénéficier d'une personne ressource en cas de situation problématique.

---

64 Cf : CR réunion du 23 mai 2006 transmis par le DIPH, M. GOHET, ainsi que le document en ligne –site FNASEPH- intitulé « Rentrée 2006 », qui détaille les propos tenus en réunion.

Ces propositions ont été reprises à leur compte par l'ensemble des associations de parents d'enfants handicapés qui viennent d'adresser au Président de la République un courrier<sup>65</sup> qui attire son attention sur plusieurs questions, dont celle « de la professionnalisation des AVS et de leur organisation en un service départemental .. »

Bien que formulées autrement les propositions du rapport Blanc en matière de professionnalisation des AVS ne sont pas très éloignées des pistes suggérées par les associations de Parents.

Revenant sur le constat partagé de l'insuffisante formation initiale, « sans doute trop lacunaire » des AVS, la commission sénatoriale « ne peut qu'insister sur la nécessité d'améliorer la qualité de cette formation initiale. La priorité devrait être de signer enfin la convention prévue entre l'éducation nationale, le ministère des affaires sociales et les associations de personnes handicapées, dans le but de faciliter la participation de celles-ci à la formation des AVS : c'est en effet en leur sein que se situe l'expertise la plus valable quant aux besoins des élèves handicapés. Elle observe également que les professionnels des établissements médico-sociaux qui accueillent des enfants handicapés constituent un réel vivier de formateurs. Mobiliser ces professionnels permettrait en outre de valoriser leur expérience, à un moment où ils pourraient se sentir exclus de la question de la scolarisation des enfants handicapés, en raison de la priorité donnée à la scolarisation en milieu ordinaire. <sup>66</sup>»

Plaidant pour une véritable professionnalisation du métier d'AVS, la commission reprend les propositions de P. Gohet « de réfléchir aux profils de recrutement souhaitables, au statut offert aux agents concernés et à leurs perspectives de carrière ». Pour l'immédiat, elle propose « d'orienter le recrutement des AVS vers des candidats dont le projet professionnel s'inscrit dans le champ du travail social et de mettre à leur disposition des modules d'approfondissement en cours d'emploi pour leur donner une perspective de formation diplômante dans ce champ du travail social, en mobilisant notamment la validation des acquis de l'expérience. »

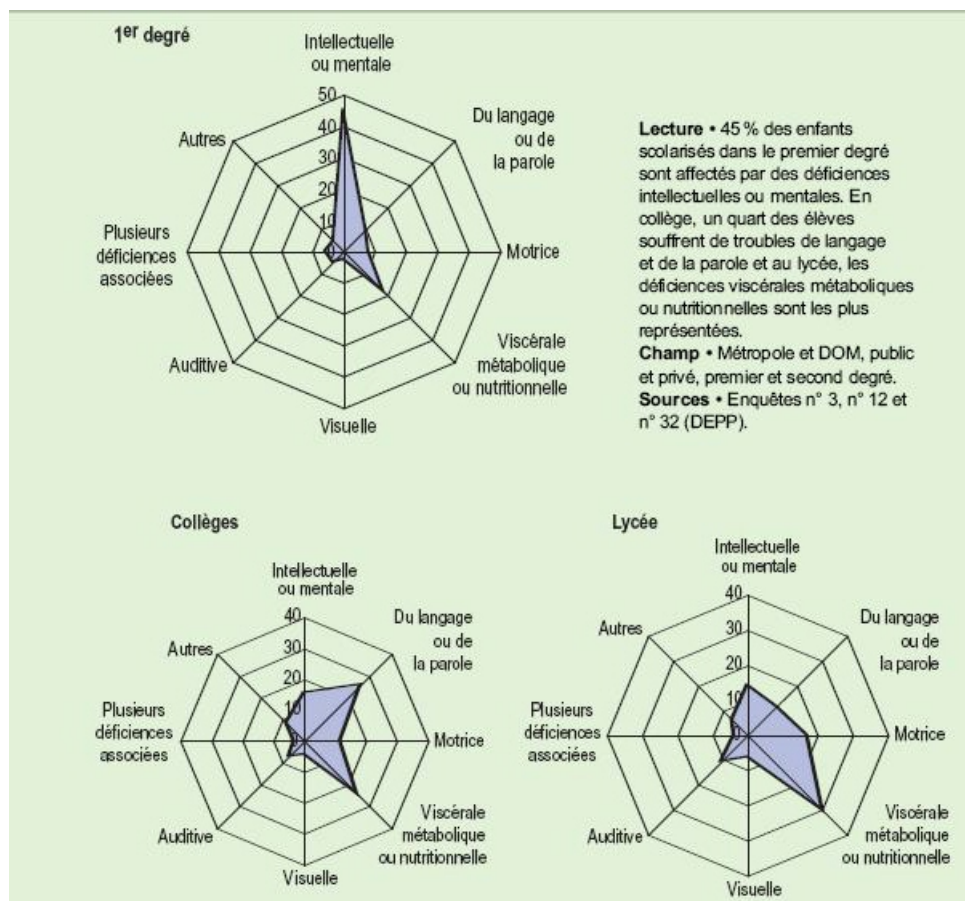
Et comme selon le type d'établissement (primaire, collège, lycée), la nature des déficiences des enfants scolarisés n'est pas la même (en masse), on voit que les liens à construire avec le monde de l'éducation adaptée devront tenir compte des spécialisations des institutions de référence. Ce constat invite également à penser la formation des AVS de manière modulaire, pour s'adapter aux types d'établissement dans lequel ils interviennent.

---

65 Courrier signé de l'APF, l'AFM, l'UNAPEI, la FISAF, la FNASEPH, l'ANPEA, le CNPSAA, l'AFFAIMC, et l'UNISDA, en date du 27 juillet 2007 (site de la FNASEPH)

66 On verra dans l'encart sur les résultats d'une comparaison européenne, que la transformation des établissements médico-sociaux en centre ressource au service de l'enseignement ordinaire est très répandu en Europe.

## Répartition des élèves handicapés scolarisés en classes ordinaires en fonction de leur déficience



DREES – Études et Résultats – n° 564 – mars 2007

Si pour la plupart des acteurs, la responsabilité de l'État, via son ministère de l'Éducation nationale est engagée pour ce qui concerne les missions d'aide à la scolarité, en revanche, les problèmes de répartition des compétences entre l'État et les collectivités territoriales dans la prise en charge des activités périscolaires, en particulier au moment de la pause-déjeuner se trouve posée. Et souvent de manière très pragmatique, car les ruptures dans l'accompagnement, à certains moments de la journée, (en lien avec cette question de « compétences respectives »), posent problème aux familles, qui souhaitent généralement une continuité d'intervention, alors que la pluralité des intervenants (et donc des modes d'intervention) peut aussi être une richesse pour les enfants accompagnés. A condition que ces autres intervenants bénéficient, eux- aussi des formations nécessaires à la prise de relais. Ce qui pose la question des coopérations à établir avec les collectivités locales généralement employeurs de ce type de personnel, pour intégrer ces dimensions dans leurs plans de formation.

### 3.3. Accueil étudiant à l'université

L'insertion des étudiants handicapés ayant déjà surmonté les différents barrages au niveau des classes secondaires, semble plus facile parce que liée au réseau relationnel qu'ils ont su tisser auparavant avec leur famille. Beaucoup d'entre eux ont avec eux des personnels et savent solliciter les instances compétentes pour accéder aux services dont ils ont besoin pour effectuer leurs études. Cependant, concernant les compétences des personnes qui les accompagnent, peu d'éléments nous ont été transmis dans le cadre de ces entretiens exploratoires. Il nous paraîtrait pourtant essentiel de savoir si les compétences sollicitées se limitent à des accompagnements techniques simples ou impliquent d'autres compétences pour aider et faciliter l'intégration dans le monde de l'université.

Dans les universités l'attention est surtout portée sur l'accessibilité des locaux, éventuellement l'aménagement d'horaires ou des modalités de fonctionnement notamment pour passer les examens.

Aujourd'hui l'accueil des étudiants à l'université semble donner satisfaction, mais se trouve confronté de façon conjoncturelle à un problème de mise en place du nouveau dispositif puisque l'AGEFIPH qui jusqu'alors finançait les aides humaines et techniques pour ces étudiants se retire fin décembre pour laisser le relais à la MDPH.

#### *Le projet de charte CPU-DGES*

Le ministère de l'Éducation nationale et la CPU (Conférence des présidents d'université) ont élaboré une charte pour améliorer l'accueil des personnes handicapées à l'université. Ce document intitulé *charte université-handicap*, signé le 5 septembre 2007 par le DGES (directeur général de l'enseignement supérieur), vise à « améliorer la cohérence et la lisibilité du dispositif d'accueil des étudiants handicapés », à « encourager l'implication des responsables politiques universitaires », à « faciliter l'abondement des moyens » financiers et à « rétablir l'égalité des chances » entre valides et handicapés.

Le préambule de la charte rappelle que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a « profondément changé les obligations des universités en matière d'accueil des personnes handicapées ». En effet, l'article 20 de la loi prévoit notamment que « les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés (...) en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation ». L'intégration des étudiants handicapés dans les universités « s'inscrit dans l'esprit de la charte pour l'égalité des chances », signée le 17 janvier 2005.

La charte université-handicap prévoit la création, dans chaque établissement, d'une structure dédiée à l'accueil des étudiants handicapés (article 2). Celle-ci disposera d'une ligne budgétaire spécifique et sera "nécessairement un lieu bien identifié dans l'université, avec une permanence horaire affichée, animée par un personnel compétent et formé". Elle devra repérer les étudiants handicapés en lien avec les enseignants référents du lycée et préparer leur rentrée universitaire. Elle travaillera à "l'analyse des besoins de l'étudiant", en liaison avec les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées).

Cette nouvelle structure aura par ailleurs un rôle de coordination avec les UFR et leurs équipes enseignantes, les SCUIO (services communs universitaires d'information et d'orientation), les services de stages, les SUMPPS (services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé)... L'aide à l'insertion professionnelle des étudiants fera également partie de ses missions. Les universités « définissent les moyens logistiques nécessaires à la création d'une structure dédiée, les équipements collectifs ainsi que les services dont elles souhaitent la pérennisation ». Elle transmet un document synthétisant ses projets au ministère de l'Éducation nationale, qui « définit les financements possibles, en particulier dans le cadre de la politique contractuelle ».

L'université s'engage à mettre en œuvre un « projet de formation, ambitieux mais réaliste » avec l'étudiant. Celui-ci « s'accompagne d'un bilan des acquis fonctionnels qui prend en considération le cursus envisagé » dans l'enseignement supérieur. Ce bilan évaluera notamment la maîtrise de la prise de notes en Braille, de la déambulation, de l'utilisation de l'ordinateur, ou du français écrit.

La charte est valable « pour une durée de deux ans », reconductible tacitement. Une fois signée par le DGES, elle sera présentée par chaque université à ses différents conseils. Elle pourra être annexée au projet d'établissement. Un bilan d'activité annuel devant le CEVU (Conseil des études et de la vie étudiante) et le CA (Conseil d'administration) de chaque établissement est prévu.

### **3.4. La formation professionnelle**

L'offre de formation professionnelle pour les personnes handicapées est historiquement portée par les centres de rééducation professionnelle (CRP)<sup>67</sup>. Depuis plus de 15 ans, ils font l'objet de critiques<sup>68</sup> sans pour autant que leur situation se soit améliorée : ils offrent trop souvent des formations anciennes et inadaptées au monde du travail ; ils présentent des capacités d'accueil insuffisantes, ce qui provoque d'interminables listes d'attente ; leur répartition géographique demeure très inégale (l'offre de formation est bâtie sur une logique nationale) ; ils ne font l'objet d'aucune évaluation approfondie et peuvent contribuer à une médicalisation excessive de la réadaptation professionnelle. Dans le même temps, les limites des dispositifs spécialisés ne sont pas compensées par l'ouverture des dispositifs « ordinaires » à ce public.

Selon qu'ils sont jeunes ou adultes les voies d'accès à la formation diffèrent sensiblement.

#### ***3.4.1. La formation professionnelle initiale***

Le manque d'ouverture des centres de formation du milieu ordinaire est particulièrement dommageable pour les jeunes qui souhaitent suivre une formation par le biais de l'apprentissage, alors que c'est l'un des segments de la formation professionnelle qui constitue un levier pour l'acquisition d'un métier avec des périodes de stages en entreprise.

Le public des jeunes handicapés est hétérogène : ils présentent tous, en fin de cursus scolaire, des profils différents. Les parcours scolaires des enfants présentant un handicap sont encore souvent chaotiques, ponctués de ruptures ; ils peuvent avoir été intégrés à l'école ordinaire ou avoir fait l'objet d'une orientation en milieu spécialisé ; à la fin du cursus scolaire, leur niveau de qualification est plus faible que la moyenne. Les uns pourront plus ou moins surmonter les difficultés rencontrées dans le langage oral et/ou écrit ; d'autres devront affronter les effets de leurs troubles initiaux sur leur tempérament, leurs capacités de socialisation ou leur autonomie<sup>69</sup>.

Les enquêtes menées auprès de plusieurs CFA de la Gironde montrent que les relations entre CFA et structures spécialisées sont plus ou moins développées selon les centres rencontrés. Les expériences menées mettent en évidence les liens nécessaires entre le CFA et l'organisme spécialisé qui a en charge le jeune avant son arrivée au centre.

---

67 Les CRP sont des institutions médico-sociales, financées par l'assurance maladie, qui ont pour objet de dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé. Ils concernent avant tout les personnes dont le handicap nécessite une pédagogie ou un accompagnement médico-social personnalisé. Ils proposent des formations d'une durée variant généralement entre 10 et 30 mois dans un environnement adapté. On compte aujourd'hui 87 CRP, offrant environ 10 000 places

68 Voir à ce propos les commentaires des rapports de la Cour des comptes de 1993 et aux conclusions de la récente mission d'étude en vue de la révision de la loi d'orientation (avril 2002).

69 Y. Lachaux, « Favoriser l'insertion des jeunes handicapés », 2006.

Les premières expérimentations ont permis de poser un cadre général d'accueil des jeunes porteurs de handicap avec en position centrale dans le dispositif le rôle d'un « enseignant référent ». Depuis, l'apprentissage fait l'objet d'une préoccupation commune entre l'État, la région et l'AGEFIPH qui trouve sa traduction dans les cadres des projets mis en place au travers des Schémas régionaux pour la formation des personnes portant un handicap. A titre d'exemple, en Aquitaine, le schéma propose la prestation « Étape » qui permet depuis Juillet 2005 aux jeunes handicapés aquitains, souhaitant intégrer un CFA, de solliciter 6 mois avant la signature du contrat, une Expertise Technique d'Accès Préalable à l'Entrée en apprentissage (ETAPE). Cofinancées par le Conseil Régional Aquitaine, l'État et l'AGEFIPH, ces prestations, appelées sont prises en charge dans le cadre du COM, relatif au développement et à la modernisation de l'apprentissage et sont gérées par le SRFPH.

### ***3.4.2. Le développement de l'apprentissage***

#### ***Les objectifs de la prestation ETAPE mise en œuvre en Aquitaine***

- Pour le jeune :
  - Découvrir les conditions, les contraintes et les contenus de la formation envisagée,
  - Identifier les différentes étapes lui permettant d'atteindre son objectif de formation par l'apprentissage
  - Déterminer les adaptations nécessaires à l'entrée en formation,
  - Bénéficier dès le début de son apprentissage de conditions de formation optimales.
- Pour le professionnel qui accompagne le projet :
  - Disposer d'un outil permettant de confronter le projet du jeune aux conditions réelles de formation.
- Pour le **CFA** ou la section d'apprentissage :
  - Identifier et préparer les aménagements nécessaires au bon déroulement de la formation, en collaboration avec les prescripteurs, en amont de la signature du contrat.
- Pour l'**AGEFIPH**, la **CDAPH**, la **DRAF**, l'Inspection Académique :
  - Apport d'éléments d'appréciation pour valider le recours au contrat d'apprentissage aménagé.

Dans son rapport, Y. Lachaud met l'accent sur le rapport au temps (d'acceptation du handicap, d'apprentissage, de communication, etc.) qui vient interférer dans l'intégration du jeune dans le CFA. En réponse à cette contrainte, selon les CFA des modules d'apprentissage particuliers ont été mis en place pour répondre aux besoins de ces jeunes. Selon les centres, ces modules sont exclusivement réservés aux jeunes porteurs de handicap ou bien ouverts à tous les jeunes présentant des difficultés d'apprentissage.

La gestion de l'accueil du jeune repose sur l'enseignant référent qui, de façon systématique est l'un des formateurs du centre qui se porte volontaire pour cette mission. Le suivi est plus individualisé, du fait du manque d'autonomie, des difficultés d'intégration en groupe ou bien d'un besoin d'écoute plus marqué. Les entretiens réalisés montrent que la réussite de l'intégration et de la formation du jeune reposent sur la qualité des relations établies entre le CFA et le centre spécialisé d'où vient le jeune. Le centre spécialisé reste un lieu ressource pour apporter des réponses aux difficultés d'intégration ou d'apprentissage du jeune dans le CFA.

L'une des difficultés majeure rencontrée dans ces centres est la méconnaissance, par les formateurs des contraintes liées au handicap, méconnaissance qui peut aussi venir du jeune lui-même, de nombreux jeunes déniaient être porteur d'un handicap. Les adaptations sont alors de fait plus difficiles à prendre en compte et seul, un travail en collaboration avec le centre dont vient le jeune peut permettre de dépasser ces problèmes.

Pour le suivi en entreprise, celui-ci nécessite la présence d'un référent du CFA prêt à l'accompagner dans les démarches et l'intégration. Des mesures financées par l'AGEFIPH sont en place pour permettre l'accueil du jeune apprenti en entreprise (aide à l'accessibilité, formation de tuteurs, aménagement du poste de travail, etc.).

### ***3.4.3. La formation des adultes en reconversion professionnelle***

La formation des adultes porteurs de handicap repose, comme on l'a vu, essentiellement sur des CRP qui ont développé des savoirs faire et des pédagogies adaptées à ce public. Si l'accueil de ce public en milieu ordinaire (AFPA) se développe depuis les années 1990, il s'agit surtout de prestations de bilans professionnels et construction du projet professionnel et dans une moindre mesure vers des formations qualifiantes. Comme pour le cas des jeunes, l'AGEFIPH apporte son concours au centre de formation pour la formation de tuteurs et le financement d'aides diverses.

## **3.5. Le dispositif d'orientation professionnelle**

Si notre analyse ici doit se centrer plus spécifiquement sur les questions de l'orientation professionnelle dans le cadre de la formation professionnelle continue, (notamment avec les nouveaux dispositifs de la loi de mai 2005 sur par exemple les contrats de professionnalisation), cette question s'avère plus transversale. Il est en effet difficile de segmenter cette question parce que l'orientation peut se poser à différents moments du parcours de vie d'une personne : dès le collège, dans le cours des études au lycée, au moment de faire des premiers choix professionnels, après des expériences d'emplois considérés comme peu satisfaisants, après une période de chômage, de maladies... Ce champ très large fait donc intervenir des acteurs différents : CIO, ANPE, AGEFIPH avec le réseau des Cap emploi, les MDPH.

L'orientation des travailleurs handicapés est un processus complexe qui repose sur la synthèse de trois évaluations complémentaires (l'aptitude médicale, la situation sociale et le niveau de qualification) qui s'appuient sur un ensemble de techniques faisant intervenir des professionnels de secteurs différents (médecins, psychotechniciens, conseillers de l'emploi, travailleurs sociaux, etc.).

Si la réforme actuelle conduit les MDPH à se saisir de cette question, il semble que les méthodes mises en œuvre aujourd'hui ne soient pas suffisantes pour faciliter l'orientation. Une fois l'orientation professionnelle décidée au niveau de la CDA, les personnes pour qui une insertion professionnelle en milieu ordinaire est décidée sont suivies par des organismes de placement spécialisés et l'ANPE. Lors de cette prise en charge, et sous réserve que le projet professionnel de la personne ne soit pas encore validé ou déterminé, de nouveaux dispositifs d'orientation sont mobilisés. Ces dispositifs relèvent de l'ANPE, l'AFPA, voire des sessions animées par les personnels des Cap Emploi.

Concernant la question de l'orientation professionnelle, l'Agefiph mais également la responsable du Club Etre signalent bien la nécessité d'investir plus complètement ce champ. Contrairement aux personnes en pleine possession de leurs moyens, une erreur d'orientation s'avère souvent irrémédiable car les personnes handicapées ont moins de ressources pour rebondir sur un nouveau projet. Ce constat de plus grande fragilité devrait alors conduire à la mise en place de méthodes et de moyens spécifiques pour mieux identifier et accompagner les choix professionnels des personnes handicapées.



### Quelques chiffres ...

Les derniers chiffres disponibles dans la statistique publique, estiment à moins de 6 000 les jeunes enfants (0 à 6 ans) ayant eu recours à une prise en charge particulière, hors établissement, au titre d'un handicap (situation en 2001)

#### Nombre de jeunes enfants accueillis, en 2001, dans les établissements et services spécialisés<sup>70</sup>

Age	1- Établissements d'éducation spéciale	2-Instituts d'éducation sensorielle	3-Instituts de rééducation	Total	4-Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
moins d'un an	7	0	0	7	44
1 an	20	7	0	27	293
2 ans	57	23	4	84	512
3 ans	140	103	9	254	744
4 ans	356	151	25	532	995
5 ans	593	216	50	859	1269
6 ans	1393	270	159	1822	1684
<b>Total</b>	<b>2566</b>	<b>772</b>	<b>247</b>	<b>3585</b>	<b>5541</b>

70 E. Plaisance et al., « Petite enfance et handicap. La prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance », Dossier d'études n° 66-2005, p. 70.

## 4. ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCÈS À L'EMPLOI ET À LA PROFESSIONNALISATION EN ENTREPRISE

---

Fin 2004, 7 demandeurs d'emploi sur 100 inscrits en catégories 1, 2, 3, 6, 7 ou 8 sont handicapés. Ainsi, près de 279 800 demandeurs d'emploi handicapés sont inscrits à l'ANPE fin décembre 2004. Ils ont, dans leur grande majorité, une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé de la COTOREP. Concernant leur profil, les demandeurs d'emploi handicapés sont, plus souvent que les autres publics, des hommes, plus âgés (plus de 40 ans). Ils ont un plus faible niveau de formation et une moindre qualification. Par rapport à 1996, la proportion d'hommes diminue régulièrement, la part des 40 ans ou plus est en forte hausse et leur niveau de formation est un peu plus élevé<sup>71</sup>.

### 4.1. L'accès à l'emploi

La politique de l'emploi à destination des personnes handicapées s'appuie sur des dispositifs différents : l'un est commun à l'ensemble des demandeurs d'emploi et dépend du droit commun, l'autre est spécifique et relève d'un dispositif exclusivement réservé aux personnes handicapées. Ce dispositif spécifique repose sur un cadre juridique qui inscrit la discrimination positive (loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés), qui fait que le « le dispositif juridique français en matière d'emploi des personnes handicapées est fondé sur un principe de discrimination positive destinée à rétablir l'égalité des chances »<sup>72</sup>. Ce dispositif repose notamment sur un quota d'emploi obligatoire (6 % des effectifs) concernant l'ensemble des entreprises de 20 salariés et plus, mais aussi la fonction publique et les EPA. Le caractère contraignant de l'obligation a pour contrepartie une grande souplesse dans les modalités d'exécution<sup>73</sup>.

#### 4.1.1. Du côté des organismes de placement spécialisés

L'insertion professionnelle des personnes portant un handicap est gérée par des structures de droit commun (ANPE) et spécialisées dans l'insertion de ce public (organismes d'insertion, Cap Emploi, Équipes de préparation et de suite au reclassement – EPSR<sup>74</sup>).

Depuis la loi du 11 février 2005, les grands principes d'intervention des organismes de placement spécialisés doivent être précisés dans la convention d'objectifs triennale passée entre l'État et l'Agefiph. Un comité national comprenant l'État, le service public de l'emploi, l'Agefiph, le FIPHFP (fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) et des représentants des Cap Emploi s'assure de la mise en œuvre pratique de ces grandes orientations de la politique d'emploi des personnes ayant un handicap. Des controverses sont cependant en cours quant à l'interprétation à donner à la loi quant à la structure responsable du conventionnement des Cap Emploi<sup>75</sup>.

---

71 C. Souhami, « Le chômage des personnes portant un handicap : portrait statistique », Observatoire de l'ANPE, col. Les Essentiels.

72 PNAE 2001, p. 77.

73 Il y a quatre façons pour les entreprises de s'acquitter de l'obligation d'emploi : l'emploi direct ; la conclusion de contrats avec les organismes du milieu protégé ; les accords d'entreprise ; la contribution à un fonds de développement pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (AGEFIPH). Les contributions versées à cet organisme sont utilisées pour financer des actions ou des mesures favorisant l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail.

74 Certaines EPSR sont de droit public, mais ce type de structure tend à disparaître au profit des structures spécifiques de droit privé.

75 Si l'AGEFIPH revendique le monopole du conventionnement, l'arrivée récente du FIPHFP remet en cause cette logique. Voir à ce propos L. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007, p. 67 et sv

Ces organismes (Cap emploi et organismes spécialisés), ont connu une nette augmentation de leur nombre après le vote de la loi du 10 juillet 1987, notamment après que l'Agefiph ait eu la mission de poursuivre le développement de la couverture territoriale en organismes de placements. Les publics suivis sont ceux orientés par la CDA vers une insertion en milieu ordinaire de travail. Malgré le mouvement d'homogénéisation de la couverture territoriale par ces organismes, on constate que l'offre de service présente sur l'ensemble du territoire reste inégale, certains publics souffrent d'un déficit de prise en charge comme les jeunes sortant d'apprentissage par exemple.

### ***Des profils d'emplois variés pour les conseillers de l'emploi***

Les entretiens menés auprès de deux Cap Emploi mettent en évidence la diversité de la formation initiale des personnes travaillant dans ces structures. Cette diversité semble d'une part tenir à l'histoire de la structure : il s'agit souvent au départ de petites structures associatives qui ont recruté, des profils différents. Si dans certains Cap Emploi, le profil de recrutement concerne essentiellement des psychologues du travail, dans d'autres, l'hétérogénéité est de mise (DEA De Sciences Politiques, BTS action collective, Psychologue du travail, DUT carrières sociales, Formation dans les assurances, BTS animation culturelle, Maîtrise de droit).

L'acquisition des compétences nécessaires à leur fonction se fait dans le cadre de l'entreprise, par le biais d'une formation sur le tas. Certaines actions de formation continue sont mises en place dans le cadre des actions du schéma régional. Enfin, quelques uns préparent des licences professionnelles, qui se sont développées dans certaines universités ces dernières années, sur le champ des métiers de l'insertion sociale et professionnelle.

Les conseillers de l'emploi de ces structures spécialisées, estimés à un millier, relèvent d'associations diversement positionnées, au sein de l'économie sociale, du point de vue de la branche professionnelle d'appartenance. Leurs conditions d'emploi et de rémunération sont donc assez hétérogènes, et la reconnaissance de leur spécialité a du mal à émerger dans ces conditions. Les rapprochements avec les autres grands réseaux d'accueil des demandeurs d'emploi (ANPE et ASSEDIC) que certains acteurs publics appellent de leurs vœux, pourraient favoriser l'émergence d'une filière plus globale des métiers du conseil à l'emploi, au sein desquelles des spécialisations par public pourraient avoir du sens.

#### ***4.1.2. Du côté des entreprises***

Un certain nombre de mesures gérées par l'AGEFIPH ont pour objectif d'aider les entreprises dans leur recrutement :

- L'information et le conseil : l'AGEFIPH accompagne les entreprises souhaitant recruter des personnes handicapées ou les maintenir au travail en concourant au développement des organismes spécialisés dont elle finance les interventions.
- La formation : l'Agefiph cofinance des actions de formation permettant à la personne handicapée d'acquérir des compétences pour accéder à un emploi ou le conserver. Elle prend également en charge la formation du tuteur à l'accueil des jeunes handicapés, dans le cadre de l'apprentissage ou de la formation en alternance.
- Le recrutement : l'Agefiph verse à l'employeur une subvention destinée à encourager la conclusion de contrats de travail et l'accès aux formations en alternance. Cela concerne les CDI, les CDD d'au moins un an, les contrats d'apprentissage, de qualification, d'orientation et d'adaptation.
- Le maintien dans l'emploi : l'Agefiph finance des aides permettant la détection précoce de situations pouvant entraîner la rupture du contrat de travail pour cause d'inaptitude, ainsi que la recherche de

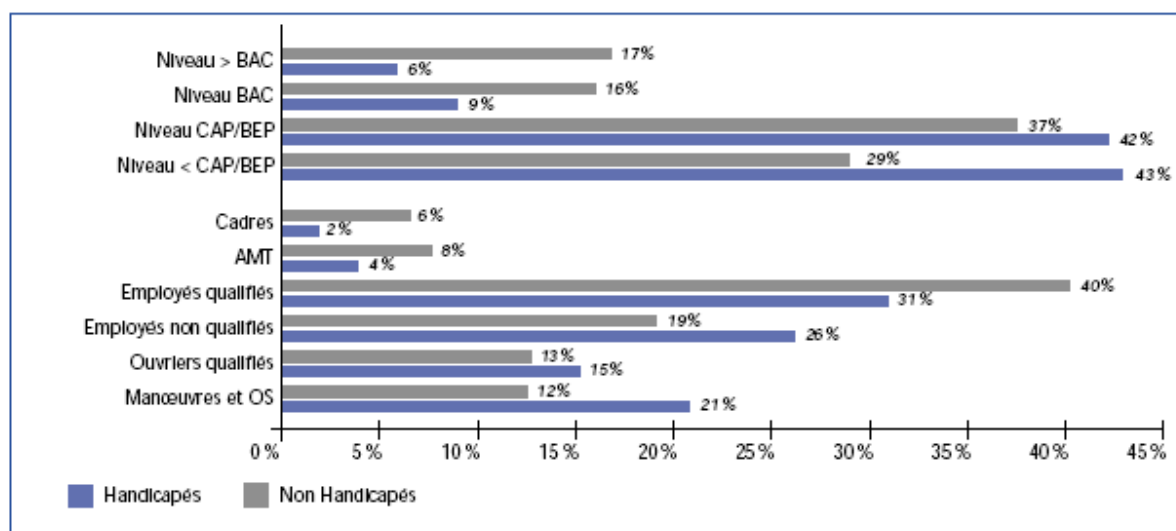
solutions. Il s'agit de maintenir dans l'emploi des salariés dont le handicap survient ou s'aggrave et d'éviter ainsi leur désinsertion professionnelle.

- L'aménagement des situations de travail : l'Agefiph prend en charge tout ou partie des dépenses permettant à l'employeur d'adapter un poste, d'équiper les lieux de travail ou de les rendre accessibles.
- L'accompagnement : l'Agefiph peut financer les accompagnements nécessaires au bon exercice de l'activité professionnelle de la personne handicapée (aides au transport...).

Cependant, ces aides ne comblent pas tous les besoins des grandes entreprises pour l'accueil d'un salarié handicapé, comme nous avons pu le constater avec le Club Etre qui regroupe une cinquantaine d'entreprises adhérentes, ou des responsables RH de grandes structures publiques ou privées<sup>76</sup> en tant qu'employeurs de personnels, qui ont négocié un accord spécifique.

### Les constats

Le public des demandeurs d'emploi portant un handicap se caractérise par un faible niveau de formation :



DEFM 1 + 2 + 3 de décembre 2000 - France métropolitaine

Source : ANPE PERSEE

### Observatoire de l'ANPE 2001

Leur insertion en entreprise relève de logiques différentes selon la taille de celle-ci :

Les salariés handicapés des établissements privés de 20 salariés et plus sont mieux connus, ces entreprises étant tenues de renseigner chaque année une déclaration d'emploi de travailleurs handicapés (DOETH). Cette connaissance permet d'estimer le nombre de travailleurs handicapés recrutés par les entreprises non assujetties à la loi (moins de 20 salariés). Ces petits établissements, qui représentaient au début des années 2000<sup>77</sup>, 37% de l'emploi salarié, fournissaient 42% des postes occupés par des personnes handicapées. Ce chiffre, qui paraît élevé, est cependant conforté par la forte proportion d'embauches réalisées par les structures Cap Emploi dans ces établissements, systématiquement supérieure à 50% entre 2000 et 2003<sup>78</sup>.

<sup>76</sup> Nous n'avons rencontré qu'une seule PME (49 salariés) mais pas de TPE, non de notre fait mais parce que les quelques dirigeants contactés n'avaient pas investi ce sujet dans leur politique d'entreprise.

<sup>77</sup> Source Unedic de 1999, cité par « l'atlas national 2005 de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes portant un handicap, Agefiph, 2005 »,

<sup>78</sup> idem

Dans le cas des recrutements réalisés dans les TPE et PME, le rôle des conseillers de l'emploi des Cap Emploi et autres structures d'insertion est donc central, car c'est eux qui vont gérer – faute d'une direction des ressources humaines – l'intégralité des démarches et analyses des besoins en recrutement pour l'entreprise.

Dans les grandes entreprises en revanche, la loi mobilise davantage les DRH qui en fonction de leurs politiques sociales traiteront spécifiquement le handicap (ADP) ou l'intégreront dans une problématique plus large d'intégration (La Poste). Dans tous les cas les interlocuteurs rencontrés soulignent que les actions mises en œuvre pour faciliter l'intégration des personnes ont besoin d'être portées par le dispositif juridique et une communication soutenue tant cette intégration confrontée au réel du travail s'avère parfois difficile à réaliser en dépit des intentions généreuses.

Les difficultés rencontrées sont de nature différente. Tout d'abord tous les interlocuteurs soulignent la formation des personnes handicapées. Du fait même de leurs handicaps ces personnes ont des carences de formation qui ont pour conséquences quasi mécaniques de plus grandes difficultés pour accéder à l'emploi. Si les entreprises sont convaincues de la nécessité de recruter des personnes portant un handicap, elles ne transigent pas sur la nécessité d'avoir les compétences correspondant à leurs besoins. Il s'ensuit souvent que les personnes porteuses d'un handicap possédant une formation d'un bon niveau (Bac +3 et plus) ont sans doute plus de facilités d'embauche que des personnes complètement valides de même niveau. Cependant celles qui n'ont pas de tels bagages universitaires se trouvent doublement exclues du marché de l'emploi, du fait de leur handicap et du fait de leur formation insuffisante.

Une autre difficulté soulignée par les « référents handicap » des grandes structures privées tient au caractère volontariste mais parfois peu réalistes des accords négociés. Pour répondre d'une part à la demande de leurs partenaires sociaux mais aussi aux injonctions de la loi, les entreprises ont négociés des nombres d'embauches souvent supérieures à leurs possibilités réelles compte tenu du niveau des personnes. Ces référents portent seuls la responsabilité de répondre à des objectifs ambitieux et notent les difficultés qu'ils rencontrent pour « *faire changer les mentalités des collaborateurs qui craignent soit ne pas avoir le temps d'effectuer correctement l'intégration, soit de ne pas être en mesure de d'atteindre leurs objectifs annuels* ». Cette difficulté révèle l'importance du positionnement de ce référent et de ses relais au sein de l'entreprise ou du groupe. Pour les personnes rencontrées la mobilisation de tous les personnels implique que les directions générales conçoivent l'intégration des personnes ayant un handicap comme un défi collectif qui doit avoir les mêmes conséquences financières que l'atteinte des objectifs de production.

Le choix du référent handicap n'est cependant pas systématique. Nos différentes investigations nous amènent à constater trois postures différentes. Dans la plupart grandes entreprise privées, le référent handicap est fréquemment seul même s'il travaille en équipe. Selon les cas il peut être directement rattaché à la direction ou intégré au sein d'un service (souvent celui de l'emploi). Si cette position est la plus fréquente, notamment dans les grandes structures, l'Education Nationale pour la gestion de son personnel, estime au contraire que les missions d'un correspondant handicap doivent être complètement intégrées aux missions quotidiennes de la gestion de personnel. Elle tend donc plutôt à considérer que ce correspondant en effectuant un métier avec des finalités spécifiques bien identifiées doit développer de nouvelles fonctions dans le métier de gestionnaire de personnels.

Enfin une grande entreprise publique intègre la mission Handicap à une mission plus large qui prend en compte également la question de la diversité. Cette structure ne traite pas seulement de l'intégration des personnes ayant un handicap, elle prend en charge de nombreux projets comme par exemple celui « des âges de la vie » ou de la « diversité ». Par ailleurs de façon atypique par rapport à ce que nous avons constaté dans d'autres entreprises, cette mission s'occupe non seulement des personnels internes mais également des clients. La mission est rattachée à Direction générale « *parce que le handicap n'est pas qu'une affaire de ressources humaines. Il concerne de multiples acteurs de la direction de l'immobilier au marketing en passant par les achats. C'est un thème très transversal* ».

## *Cinq fonctions internalisées dans les grandes entreprises*

Quel que soit le mode d'organisation choisi par la structure, nous identifions des fonctions assez récurrentes.

- Une fonction d'aide au recrutement et au maintien dans l'emploi. Cette fonction implique souvent un travail spécifique en fonction de chaque type de handicap et mobilise également soit des ergonomes, soit des médecins du travail pour identifier et réaliser les adaptations techniques des postes de travail, et/ou effectuer la mise en œuvre de démarches spécifiques visant l'adaptation (organisation des transports, aménagement des horaires...)
- Une fonction de diagnostic qui consiste soit à mobiliser des compétences spécifiques (ergonomes, médecins...), soit à élaborer des outils permettant aux opérationnels de faire un état des lieux de leur situation pour permettre l'intégration de personnes handicapées.
- Une fonction d'animation et de coordination. Cette fonction particulièrement mobilisatrice aux dires de tous les interlocuteurs rencontrés, vise principalement à faire changer les représentations sur le handicap pour permettre de changer les pratiques. En fonction des moyens alloués il peut s'agir d'un travail relationnel individuel ou de réalisations d'actions de formation/information.
- Une fonction de développement d'un réseau partenarial qui vise à constituer un réseau d'appui externe pour faciliter le changement des pratiques en interne. La constitution de réseau permet des échanges de pratiques et sensibilise l'externe sur la politique interne de l'entreprise.
- Une fonction de pilotage et de suivi non seulement des accords (quand il y en a un), des plans d'action visant par exemple à faciliter l'accessibilité mais également des différentes personnes concernées par le handicap dans la structure.

### **4.2. Le maintien dans l'emploi**

Les opérations de ce type sont déclenchées soit à la suite d'une déclaration d'inaptitude au poste de travail (ou d'imminence de ce risque) signalée par le médecin du travail, soit à la suite de tout évènement susceptible de conduire à la perte de son emploi pour un bénéficiaire de la loi du 10 juillet 1987. Un maintien individuel constitue un vrai projet. La démarche est en grande partie conditionnée par la relation triangulaire entre l'employeur, le salarié et **le médecin du travail**. Ceci est d'autant plus décisif quand le lien avec l'environnement professionnel se distend au court d'un arrêt de longue maladie.

En se mettant en place, puis en se développant, la démarche s'ouvre progressivement à d'autres interlocuteurs, à commencer par les représentants du personnel, mais aussi les *spécialistes de la sécurité ou de la prévention, de la formation, du service des méthodes...*

#### **4.2.1. Aménager les postes de travail**

Comme pour les problématiques d'insertion, les actions envisagées se concentrent le plus souvent sur l'environnement physique de l'entreprise

Leur mise en œuvre fait l'objet d'une mesure financée par l'AGEFIPH. La réussite de ces actions repose sur la mise en synergie de plusieurs professionnels appartenant à des organismes différents :

- *médecin du travail, voire de l'assurance maladie*
- *Ergonome et ergothérapeute* (étude quantitative et qualitative du travail dans l'entreprise, recherche de matériel adapté, etc.). Des réseaux de consultants en ergonomie sont financés par l'AGEFIPH.
- *Conseiller de l'emploi et ou travailleur social*

Une fonction de coordination entre les acteurs de l'entreprise, (représentés par le référent entreprise) et ce réseau d'intervenants externes est sans doute à développer. Quelques investigations d'expériences déjà engagées en ce sens devraient permettre de dégager quelques caractéristiques sur les profils de *ces coordonnateurs*.

Cependant, comme pour l'accès à l'emploi, l'intégration que ces acteurs organisent suite à ces ruptures dans les parcours professionnels des personnes soudainement handicapées, se limite presque toujours à des adaptations matérielles qui facilitent l'adaptation de la personne au milieu du travail. Peu, voire pas d'actions semblent entreprises pour structurer une adaptation conjointe du milieu de travail et de la personne. S'agissant d'adaptations spécifiques aux différentes personnes, le milieu de travail reste inchangé, sans doute faute de connaissances sur certains de ces handicaps et de compétences sur des possibilités d'expérimenter de nouvelles manières de travailler. De ce fait les possibilités d'intégration réelle des personnes se trouvent plus limitées.

Nous faisons l'hypothèse que les compétences requises pour influencer sur le milieu de travail impliquent des savoirs spécifiques sur les process de travail et nécessite un réel pouvoir pour permettre leur adaptation.. Les personnes que nous avons rencontrées jusqu'à présent, venant du secteur social se trouvent donc en difficulté pour intervenir et faire des propositions sur l'organisation du travail. Sur ce point il nous semble que cette compétence nouvelle serait aussi importante à développer pour permettre aux personnes se trouvant tardivement en situation de handicap d'être maintenues sur leur poste de travail, plutôt que d'être qualifiées « inaptées » ou mises en sureffectif.

De ce point de vue des profils comme ceux des *chargés d'étude ou de mission des ARACT* seraient sans doute assez adaptés pour apporter un éclairage plus global sur les situations de travail et ne pas cantonner le travail spécifique de l'intégration des personnes handicapées à de la relation d'aide, même si celle-ci est tout à fait nécessaire. On a noté que ces chargés d'études étaient parfois sollicités, mais la systématisation de ce type partenariat serait sans doute utile, notamment pour les petites entreprises qui n'auront pas la possibilité, nous semble-t-il, de dédier un poste à un référent handicap.

#### ***4.2.2. Vaincre les réticences encore marquées à l'embauche de personnes handicapées***

Une étude d'opinion effectuée en 2005<sup>79</sup> par l'AGEFIPH , MANPOWER et l'Institut Louis Harris vient confirmer que l'embauche d'un travailleur handicapé reste difficile pour toutes les entreprises. Les principaux résultats de l'étude révèlent que :

- Même si la quasi-totalité (93%) des entreprises qui emploient des personnes handicapées se révèle satisfaites, celles qui n'en emploient pas ont majoritairement une perception négative de l'emploi de ces personnes (53%). Cette perception semblerait évoluer négativement par rapport à une étude précédente effectuée en 2002 (53% en 2005 et 35% en 2002).
- Les préjugés se rencontrent le plus souvent dans le secteur du BTP (72% d'opinions négatives /53% en moyenne) et moins dans le secteur des services (43% /53% en moyenne). Il semble que cette réticence soit d'autant plus marquée que l'entreprise est de petite taille (60% d'opinions négatives dans des entreprises de 10 à 19 salariés contre 37% dans des entreprises de plus de 50 salariés).
- 59% des entreprises qui embauchent des personnes handicapées estiment cela difficile même si ce sentiment tend à diminuer par rapport à l'étude effectuée en 2002 (68% en 2002)
- Un peu plus d'un tiers des entreprises ne connaissent pas leurs obligations dans le domaine du handicap

---

79 Enquête réalisée par téléphone entre le 17 et le 24 août 2005, auprès de 402 chefs d'entreprise de plus de 10 salariés

- Deux entreprises sur trois déclarent ne pas envisager de modifier leurs habitudes au regard de la loi de 2005. L'étude note un faible pouvoir d'incitation de la loi puisque 29% des entreprises qui emploient déjà des personnes handicapées et 31% de celles qui n'en emploient pas confirment qu'elles ne modifieront pas leurs habitudes.



## **5. ACCESSIBILITÉ DES TRANSPORTS DE VOYAGEURS**

---

Nos investigations sur ce domaine concernent les grands opérateurs de transports publics, et des associations de transport privées qui se sont constituées souvent sur la base d'initiatives personnelles de personnes particulièrement sensibilisées à cette question. Une des structures rencontrées, n'intervient pas seulement sur le seul champ du handicap mais propose des services à toutes personnes se trouvant en situation de mobilité réduite, définitive ou temporaire.

L'accessibilité dans les transports recouvre deux dimensions d'une part la mise en accessibilité des infrastructures et d'autre part les fonctions d'accompagnement des usagers de ces transports.

### **5.1. La mise en accessibilité des infrastructures**

Pour les opérateurs que nous avons rencontrés (STIF, SNCF, ADP) les obligations de la loi de 2005 entraînent de profondes transformations qui ne concernent pas seulement la mise en accessibilité des installations mais qui les obligent à reconsidérer la conception globale de l'organisation du transport, puisqu'il ne s'agit pas seulement de mettre au norme une installation mais de penser autrement les trajets en intégrant les ruptures quai/train, douane/embarquement... et l'inter modalité train /avion, métro/bus... Les modifications susceptibles d'être mises en œuvre pour assurer une mise en conformité des installations sont donc très lourdes et ont d'emblée généré des transformations d'organisation au sein de ces structures. Chez ces trois opérateurs l'obligation de mise en conformité des installations a conduit à la création de fonctions dédiées destinées dans un premier temps à effectuer « le diagnostic accessibilité » de toutes les infrastructures susceptibles d'être employées par les usagers, de façon à construire, dans un second temps, des plans d'action.

La fonction de ce référent accessibilité paraît recouvrir pour cette part du travail les compétences d'un chef de projet, qui doit coordonner, piloter et contrôler les réalisations à faire effectuer par les différentes équipes concernées.

#### **5.1.1. Les constats**

Chez un opérateur public, un service a été créé spécifiquement qui comprend une unité chargée de la mise en conformité des installations, une autre spécialisée sur les transports scolaires et étudiants et enfin un service destiné à effectuer les remboursements de frais occasionnés par ces prestations spécifiques. Si l'organisation est en ordre de marche pour que l'entreprise puisse répondre aux obligations de la loi, les actions à mettre en œuvre au sein de ces différents services ne sont pas encore bien identifiées. Sur ce point nos interlocuteurs signalent une étude d'envergure confiée à un cabinet extérieur pour identifier les besoins des voyageurs tant sur le plan de l'accessibilité des installations (depuis la préparation du voyage jusqu'à la fin de sa réalisation) que sur la mise à disposition des informations en fonction des handicaps des personnes.

L'analyse du document qui nous a été remis sur l'état des lieux des installations révèle la volonté de l'entreprise de connaître et d'analyser très précisément le fonctionnement et l'utilisation de tous ses services. L'étude en cours ne sera pas achevée avant la fin de l'année 2007 et d'ici là l'entreprise ne souhaite pas faire part de ses premières hypothèses de travail. Chez les autres transporteurs publics ou parapublics, la démarche est assez similaire puisqu'elle s'appuie sur un diagnostic accessibilité de toutes les installations, qui doit

aboutir à un plan d'actions identifiant des actions à effectuer immédiatement et d'autres (plus coûteuses) à effectuer à moyen terme(3 à 5ans).

### **5.1.2.Des besoins nouveaux**

Le travail de diagnostic permettant d'identifier les modifications à faire pour effectuer les mises en accessibilité des installations requiert des compétences spécifiques que les entreprises doivent soit développer en interne, soit sous-traiter auprès d'organismes extérieurs. Cependant si cette compétence d'analyse est reconnue comme nécessaire, son apprentissage reste délicat car il n'existe pas de référentiel partagé permettant d'établir de façon homogène les principes à respecter par tous pour la mise en accessibilité des installations. Sur ce point tous les interlocuteurs rencontrés dans les entreprises ou au ministère signalent cette difficulté identifiant « *un créneau dont s'emparent avec plus ou moins de compétences des organismes privés* ». La nécessité d'établir un agrément permettant d'attester de cette compétence à savoir établir un audit d'accessibilité est aussi évoquée par plusieurs des interlocuteurs rencontrés. L'audit de la situation existante nécessite au préalable l'établissement de normes pour évaluer l'ensemble des installations. L'élaboration de ces normes, faute de référentiels partagés, donne lieu à différentes expérimentations dans les entreprises.

A titre d'exemple le référent accessibilité d'une entreprise a élaboré à l'intention des directeurs d'aéroports un outil de diagnostic disponible sur l'intranet pour leur permettre d'évaluer par eux-mêmes le degré d'accessibilité de chaque installation. L'identification des items à prendre en compte pour établir cet outil de diagnostic a été possible grâce à une formation permettant de ressentir par des mises en situation les difficultés quotidiennes des personnes ayant un handicap. Cette prise de conscience empirique d'une situation de handicap est fréquemment évoquée par les référents accessibilité pour y substituer le manque de référentiel partagé et identifier malgré tout, les points à ne pas omettre pour faire un audit des installations.

L'établissement de ces normes, dans le domaine des installations destinées au transport des personnes, se retrouvera également dans le domaine du loisir, notamment pour évaluer les installations sportives.

## **5.2. Les fonctions d'accompagnement des voyageurs**

La mise en accessibilité des installations ne supprime pas les fonctions d'accompagnement, même si elles facilitent l'autonomie des personnes. La dimension humaine et non technique de la prise en charge d'un voyageur révèle des besoins divers de formation et conduit à constater que l'accompagnement d'une personne en situation de handicap dans le cadre d'un trajet peut déborder le seul champ du transport pour se trouver à la croisée de plusieurs secteurs d'activités comme par exemple celui de l'aide à domicile ou de l'animation. Ce constat fait par le GIHP Ile de France et confirmé par les différentes associations rencontrées sur le champ du transport, conduit effectivement à revisiter les frontières de certains métiers.. Il semble en effet que l'accompagnement des personnes en situation handicap et/ou de mobilité réduite pendant un trajet implique la prise en compte de nombreux facteurs liés à la nature du transport mais aussi à la spécificité du handicap, à ses conséquences techniques (manipulations...) et relationnelles pour que la personne se sente respectée en dépit de sa dépendance. Ces exigences conduisent à des modalités de formations différentes en fonction de l'offre de service.

### **5.2.1.Les constats**

Les compagnons du voyage ciblent un service très spécifique puisqu'il s'agit d'effectuer des accompagnements de personnes, adultes ou enfants, sans véhicule. Structure associative créée sur l'initiative conjointe de la SNCF et de la RATP, cette association initialement dépendante des financements de ces deux entreprises est désormais en mesure de s'auto financer, compte tenu du développement important de son

activité. Sollicitée directement par les particuliers ou intervenant à partir de contrats établis avec les conseils généraux, les MDPH ou certaines écoles, cette association a développé un savoir faire pour accompagner les personnes dans leurs trajets. Cependant intervenant de plus en plus fréquemment pour des écoles et avec des enfants, l'association a mis en place des formations pour ces personnels leur permettant d'apprendre à ces jeunes personnes souvent déficientes visuelles des techniques de repérage pour se déplacer de façon plus autonome. De l'accompagnement simple, l'association développe des accompagnements à visées pédagogiques. La dimension pédagogique de ces accompagnements modifie le contour initial de la fonction d'accompagnateur qui se limitait à une aide technique ou relationnelle pour accomplir un trajet. Apprendre à faire à une personne en situation de handicap ne requiert pas les mêmes compétences que de simplement faire avec elle un trajet.

Recrutant des personnels sans qualification spécifique, et avec des niveaux de formation très variables sans diplôme ou avec des formations de niveaux V, IV ou III, les modalités de recrutement restent simples et essentiellement intuitives : le sens du contact, la ponctualité et le sérieux. Aux dires des responsables rencontrés, la formation dispensée en interne de l'association permet à chaque intervenant d'être suffisamment informé sur les différents handicaps et cible plutôt des apprentissages techniques. Ces formations sont donc générales et permettent d'acquérir des savoirs nécessaires à tous types d'accompagnement. Les évolutions de l'offre de l'association liées à des demandes de plus en plus nombreuses et diverses conduisent l'association à proposer des compléments qui s'avèrent nécessaires pour répondre aux particularités de chaque handicap, (notamment dans le domaine du handicap mental). Ces compléments de nature techniques sont différents de ceux nécessaires pour réaliser des accompagnements à visées pédagogiques qui requièrent, outre les connaissances précédentes, des savoirs plus larges sur la personne (cerner l'ensemble des personnes intervenant déjà auprès du jeune...), mais également plus théoriques (comprendre les processus d'apprentissage pour adapter sa pédagogie...)

Sur les conseils du GIHP nous avons également rencontré une association qui se donne pour mission d'apporter de l'aide aux personnes âgées et/ou handicapées, par la mise en place d'un service de transport accompagnement et assistance. L'association fonctionne avec un système d'adhésions et propose un service régulier ou ponctuel en fonction du besoin de l'adhérent. Elle effectue environ 140 courses/jour avec un effectif total de 27 salariés, dont 20 chauffeurs-accompagnateurs en CDI pour 18 d'entre eux. Le recrutement des chauffeurs s'est effectué dans le cadre des emploi-jeune, tremplin ou Civis. Ils étaient donc sans qualification. Comme pour les Compagnons du voyage, le recrutement s'effectue selon des modalités simples visant essentiellement à repérer « *la débrouillardise, et les qualités de cœur* ».

Dans le cadre de la modernisation de l'aide à domicile et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie l'association a obtenu des fonds pour mettre en place un plan de formation et de professionnalisation de ses salariés. La formation suivie par les chauffeurs est celle de chauffeur-accompagnateur (Niveau V) proposée par le GIHP Ile de France dans le cadre du projet européen ICARE. Cette formation vise à articuler trois champs de savoirs : des savoirs sur les modalités de prises en charge d'une personne handicapée ou à mobilité réduite tant sur un plan relationnel que technique, des savoirs sur la conduite et l'orientation dans l'espace, et enfin des savoirs sur la gestion du temps et des imprévus. Pour la responsable de l'association l'articulation de ces trois domaines est indispensable pour que la prise en charge de la personne s'effectue dans de bonnes conditions. Ce point de vue est en adéquation avec les études effectuées par le GIHP qui confirme que « par essence le métier de conducteur-accompagnateur se raccorde à la branche du transport mais il s'articule avec le secteur social auquel il emprunte des connaissances à l'Assistant Médico-Psychologique (AMP) ou à l'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) ; comme par analogie avec le métier d'ambulancier dans le secteur sanitaire<sup>80</sup> ».

---

80 Etude réalisée par le GIHP Ile de France en Novembre 2004

### **5.2.2. Les métiers émergents et les besoins de formation**

Les études effectuées dans le cadre du projet ICARE semblent confirmer l'émergence d'un nouveau métier dans le domaine du transport, celui de « l'assistant de mobilité ». En sollicitant l'homologation d'un titre l'étude révèle que les activités de l'assistant de mobilité se différencient fortement de celles du chauffeur-accompagnateur parce qu'elles s'ancrent davantage sur des dimensions d'animation et/ou de prise en charge de la personne que sur celles du déplacement d'un lieu à un autre. Les exigences professionnelles de la fonction conduisent à la positionner au niveau IV avec de nombreuses passerelles possibles dans les domaines de l'animation (BPJEPS), du tourisme et du sanitaire et social (TISF, CESF) (CF schéma en Annexe).

Cette analyse semble confirmer le point de vue des différents interlocuteurs que nous avons rencontrés qui identifient deux niveaux très différents de formation pour prendre en charge une personne en situation de handicap.

- Le premier niveau consistant en une information précise sur les différents handicaps et leurs conséquences dans la réalisation du service, de façon à savoir répondre aux sollicitations en respectant pleinement les personnes. Si cette formation générale paraît évidemment indispensable aux conducteur- accompagnateurs, elles s'adressent à toutes personnes en relation avec des usagers.
- Le deuxième niveau de formation va au delà de l'information générale mais doit permettre de savoir effectuer l'accompagnement d'une personne dans ses dimensions techniques et relationnelles. Il ne s'agit pas seulement de répondre à une sollicitation mais d'analyser une demande (explicite ou implicite) pour construire un mode d'accompagnement adapté à la personne et compatible avec les contraintes de son organisation.

### **5.3. Sur le volet aménagement des espaces publics**

Outre un entretien avec un responsable du patrimoine d'une université qui nous a indiqué qu'il travaillait à partir d'un cdrom (de la règle à l'usage) et d'un document papier qui a été réalisé par l'université de Grenoble, nous n'avons pas obtenu d'informations suffisamment précises sur les compétences requises dans ce domaine. Cet outil est une réponse pratique à l'aménagement des locaux : il propose, à partir d'exemples concrets, des solutions et des réponses aux aménagements que doivent réaliser les universités pour l'accueil des étudiants handicapés. Par ailleurs ils n'ont pas de prestataires particuliers pour leurs aménagements : les universités fonctionnent selon le principe des appels d'offres. Les prestataires sélectionnés sont mis au courant des normes nécessaires aux différents aménagements.

En revanche un entretien avec la déléguée interministérielle des Transports, de l'Équipement, du Tourisme et de la Mer nous a permis de repérer plus précisément les différents corps de métiers concernés par cette question. Trois grands domaines ont été identifiés : la cadre bâti, la programmation et les ambiances sonores

- Les métiers du cadre bâti. Pour ces métiers la prise en compte du handicap va être effectuée à partir de la rentrée 2009 où un module spécifique sera intégré aux études d'architecte. Pour autant cette amélioration ne résout pas le problème des architectes en poste et de l'ensemble des métiers avec lesquels ils travaillent : les maîtres d'œuvre, d'ouvrage, l'ensemble des corps de métiers du bâtiment, les personnes concevant les signalétiques et les paysagistes. Si la connaissance de la législation ne fait pas défaut chez tous ces personnels, c'est l'application de cette législation en situation qui semble difficile. Un conflit de valeurs entre l'esthétisme d'une installation et son usage pratique conduit souvent à faire des choix qui ne vont pas dans le sens de l'autonomie des personnes en situation de handicap. Plus que technique, la question est ici culturelle et conduit à de nombreux conflits parfois très coûteux financièrement et psychologiquement.
- A ces métiers doivent aussi s'ajouter les programmeurs de travaux. Trop d'interventions sur la voirie à des moments différents perturbent les repères des personnes ayant des déficiences visuelles ou mentales. Les programmeurs ont besoin d'être formés aux questions du handicap pour repenser

la programmation des travaux d'une part en limitant les interventions à différents moments d'autre part en rendant les chemins de dérivations accessibles à tous. Aujourd'hui, peu de personnes exerçant ces métiers sont sensibilisés à ces sujets, les exigences techniques passant systématiquement avant ces données sociales.

- Enfin les techniciens d'ambiance doivent aussi être sensibilisés aux difficultés rencontrées par les personnes ayant des déficiences visuelles. Pour ce type de handicap les ambiances sonores contribuent à brouiller l'information et constituent une difficulté pour hiérarchiser les informations. De telles pratiques compliquent les déplacements des personnes et empêchent leur autonomie.

Les difficultés rencontrées tiennent donc pour une part à une méconnaissance de la situation de handicap et pour une autre part à des conflits de nature culturelle. Comme pour la mise en accessibilité des installations il manque sans doute des référentiels qui permettraient de faire une évaluation des cadres bâtis en fonction de critères homogènes et partagés par tous. Mais au-delà de ce manque avéré, une prise de conscience des difficultés vécues par les personnes en situation de handicap serait nécessaire à organiser dans le cadre de la formation professionnelle continue.

## **6. RÉALISATION D'ACTIVITÉS ARTISTIQUES, CULTURELLES, SPORTIVES, TOURISTIQUES**

---

Sur ce champ nous avons rencontré les responsables de deux grandes fédérations sportives, un responsable Jeunesse et Sports, un coordinateur des actions sportives au niveau du ministère et plusieurs associations de sportives, de loisirs et de tourisme spécialisées dans les activités pour des personnes ayant un handicap.

### **6.1. Une inflation de la demande de pratique de loisirs**

Concernant le domaine sportif, Jeunesse et Sport a créé un réseau de référents handicap dans chaque région depuis 2002, qui sont aujourd'hui des interlocuteurs fréquents des MDPH de façon à faire une offre mieux adaptée aux demandes des particuliers. Les interlocuteurs rencontrés soulignent en effet que la loi a pour effet une inflation des demandes des particuliers pour faire prendre en charge dans une activité de loisir souvent sportive un jeune en situation de handicap. Ces demandes nouvelles qui ne concernent pas seulement les jeunes mais également tous les adultes, permettent à ces associations qui ont une activité saisonnière souvent courte, d'étendre leurs temps d'activités et d'améliorer leur rentabilité économique. Le handicap constitue donc une opportunité dont se saisissent toutes les structures sportives mais également de loisirs culturels pour développer et rentabiliser leurs activités.

Que ce soit dans le domaine de la culture, du tourisme ou du sport, la loi de 2005 fait apparaître une demande sociale très forte qui a des conséquences d'une part sur les infrastructures qui peuvent accueillir ces publics, d'autre part sur les modalités d'accompagnement mises en œuvre par les professionnels.

### **6.2. Les infrastructures**

Comme pour le domaine du transport, celui du sport fait aussi l'objet de questionnements sur la mise en accessibilité des installations. Il semble en effet que les fédérations sportives soient de plus en plus sollicitées pour évaluer les possibilités d'accueillir et ou de développer certaines pratiques sportives dans les structures existantes avec des personnes en situation de handicap. Si ce besoin n'est pas complètement nouveau, il se révèle aujourd'hui très important parce que des petites structures de proximité se trouvent plus que par le passé sollicitées par des familles qui « *revendiquent* » la possibilité de faire faire une activité à leur enfant sans effectuer de déplacements importants. Si les MDPH sont parfois sollicitées pour effectuer ces évaluations, elles ne peuvent toujours répondre à ces demandes qui ne cadrent pas complètement avec leurs missions premières.

Ce besoin, pour autant essentiel, conduit les fédérations à élaborer en lien avec le ministère de l'équipement une base de données sur l'accessibilité pour aider les responsables de ces petites structures à évaluer par eux-mêmes leurs installations. La construction de référentiels et les compétences requises pour effectuer ces évaluations constituent ici un besoin que les différents interlocuteurs que nous avons rencontrés essaient de combler, non sans difficultés, en essayant de produire des outils homogènes et partagés.

Concernant les séjours en France ou à l'étranger, la question de l'accessibilité des installations se révèle également primordiale. Si les interlocuteurs rencontrés ne s'interrogent pas sur le diagnostic à établir, ils s'étonnent souvent de la méconnaissance de leurs interlocuteurs (hôteliers, syndicats d'initiatives....) sur les possibilités effectives d'accessibilité de leurs installations. Ils soulignent notamment que des refus d'accueil

leur sont souvent opposés par crainte de ne pas avoir une accessibilité adaptée aux handicaps des personnes. Ces difficultés révèlent qu'une information précise auprès de ces professionnels sur les exigences de chaque handicap semble nécessaire pour faciliter l'insertion dans le monde ordinaire.

### 6.3. L'accompagnement

Les besoins d'accompagnement des professionnels dans les structures sportives se diversifient ce qui amène les fédérations à découvrir d'autres publics. Les responsables de deux fédérations sportives signalent qu'ils sont de plus en plus sollicités dans les écoles, dans les IUFM mais également par des associations de bénévoles pour apprendre à accueillir un jeune avec un handicap et développer avec lui une pédagogie adaptée. Un premier niveau d'interventions consiste en une sensibilisation visant à faire découvrir d'autres approches pédagogiques et à développer des projets en fonction des personnes et des ressources locales. Mais ce stade d'information/sensibilisation est souvent insuffisant pour véritablement instaurer de nouvelles pédagogies.

Pour le responsable de la fédération du sport adapté, la prise en charge de personnes ayant un handicap mental dans le milieu ordinaire implique de reconsidérer complètement l'approche pédagogique mise en œuvre avec les personnes sans handicap. Il s'agit donc d'une transformation de la manière de faire apprendre qui a des conséquences très importantes sur la posture professionnelle de l'enseignant. Pour faire reconnaître cette compétence nouvelle, les deux fédérations ont élaboré un certificat de spécialisation de niveau IV, qui vient d'être officialisé<sup>81</sup>. Dans le cadre de ce certificat décomposé en 3 UC, les participants apprendront :

- A développer une action en prenant en compte l'environnement
- A construire un projet pédagogique en fonction de différents publics
- A connaître les différents handicaps et les leurs conséquences sur les pratiques sportives.

Ces trois UC ne visent pas à apprendre des manières de faire spécifiques pour chaque type de handicap, mais à analyser la pratique d'enseignant/formateur pour en identifier les implicites et repérer ce qu'il faut expliciter pour que les apprenants puissent progresser dans leur pratique sportive. Ce certificat constitue une opportunité pour faire réfléchir les enseignants sur le sens de leurs missions. La pédagogie mise en œuvre implique la mobilisation de savoirs relevant d'autres champs (la psychologie, les sciences de l'éducation, le handicap) qui conduit à revisiter les frontières des métiers.

Outre ce certificat, une réflexion de plus grande envergure est engagée au sein du nouveau ministère pour revoir la structuration des diplômes et éviter comme c'est le cas aujourd'hui, une classification par discipline. Par ailleurs cette refonte des diplômes engagée depuis 2006 vise à supprimer les brevets d'état actuels pour instaurer une filière complète du niveau IV au niveau II en intégrant à chaque niveau des éléments de formation sur la prise en charge d'une personne ayant un handicap<sup>82</sup>.

Concernant le maintien dans l'emploi des athlètes de haut niveau ayant eu un accident qui empêche désormais leur pratique au niveau de la compétition, des aménagements de la réglementation actuelle sont en cours pour leur permettre d'obtenir des diplômes d'état avec des prérogatives limitées, de façon à ce qu'ils puissent faire de l'enseignement et transmettre leurs savoirs dans leur domaine sportif. Pour autant il est noté que le maintien dans l'emploi pour ces sportifs s'avère souvent délicat à organiser. Plusieurs raisons qui se conjuguent parfois sont données : une perte financière pour la personne si elle reprend un travail, des difficultés à s'intégrer dans une structure hiérarchique très différentes des espaces professionnels investis

---

81 CF l'arrêté du 12/07/07 : Certificat de spécialisation « accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap » associé au Brevet Profession de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport. JO n° 207, texte 13

82 CF Arrêté du 12/07/2007 : Création des mentions « handisport » (JO n° 208 du 8/09/07) et « activité physique et sportive » du Diplôme d'état de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport, spécialité perfectionnement sportif. (JO n°206 du 6/09/2007)

auparavant, le souhait de changer sa vie et son mode de fonctionnement en s'investissant dans des bénévoles choisis ...

Outre les diplômes et les certificats de spécialisation délivrés par Jeunesse et Sport, la filière universitaire STAPS permet également d'accompagner dans une activité sportive des personnes porteuses de handicaps. La mention Activité Physique Adaptée (APA) conduit souvent à tenir des fonctions d'encadrement soit dans des structures qui organisent des loisirs sportifs pour des personnes âgées ou en situation de handicap soit dans des établissements spécialisés qui proposent de telles activités à leurs résidents. Les personnes rencontrées s'estiment bien préparées à tenir ces fonctions d'encadrement et cherchent à développer leurs activités en direction des établissements de soins qui jusqu'alors ne proposaient pas de loisirs sportifs ou culturels.

Pour l'organisation des activités culturelles de loisirs, notamment les voyages ou les séjours les interlocuteurs rencontrés soulignent la nécessité de bien connaître les spécificités de chaque handicap. Nos interlocuteurs soulignent que pour le handicap visuel des personnes en mesure de savoir décrire et expliquer les paysages ou les monuments visités sont indispensables, mais que la plupart de ces personnes sont bénévoles et n'ont reçu aucune formation. La plupart d'entre elles n'ont que l'expérience d'une personne handicapée dans leur entourage. Outre des compétences spécifiques à la compensation des différents handicaps, les professionnels rencontrés signalent l'importance de connaître les handicaps et leurs conséquences sociales et relationnelles.

Enfin la possibilité de partager un séjour ou une activité culturelle avec d'autres participants non handicapés ne semble pas convaincre les différents interlocuteurs rencontrés, notamment les associations organisatrices de voyages. S'il ne s'agit pas de considérer les personnes handicapées comme « à part », nos interlocuteurs estiment que les personnes avec un même handicap tissent une certaine complicité et qu'elles préfèrent souvent rester entre elles pour leurs loisirs. Elles soulignent également que beaucoup de personnes handicapées qui participent à ces activités de loisirs sont très peu autonomes, non du fait de leur handicap, mais du fait d'habitudes de prises en charge régulières par leurs proches qui finissent par brider leurs possibilités d'autonomie. Une dimension éducative dans l'accompagnement des personnes pour ces séjours est alors soulignée ce qui tend à rapprocher ces professionnels de ceux qui font de l'accompagnement social et éducatif.



## **7. ACTIVITÉS LIÉES À L'AMÉNAGEMENT DES ESPACES PRIVÉS ET RECOURS AUX INTERFACES DE COMMUNICATION**

---

### **7.1. Les aménagements de l'espace et les adaptations techniques**

La question de la spécialisation d'un certain nombre de professionnels au sein du secteur de la conception architecturale est un objet de débat dans le milieu professionnel. Certains architectes se spécialisent sur les aménagements d'appartements ou les structures d'accueil pour les personnes ayant un handicap, d'autres estiment que cette spécialisation n'est pas nécessaire. Dans tous les cas, les cursus de formation pour les architectes intégreront en 2009 des enseignements spécifiques sur la prise en compte des handicaps dans la conception des installations. Cependant comme pour le domaine de l'accessibilité, des formations dans le cadre de la formation continue sont nécessaires.

Pour les aménagements d'appartement, des diagnostics semblent être établis par certaines MDPH qui mobilisent différentes compétences (techniciens de locomotion, architectes...) en fonction des demandes. Pour autant les entretiens que nous avons conduits avec nos différents interlocuteurs révèlent souvent que si les aménagements intérieurs peuvent être conçus en s'ajustant aux besoins des personnes, les installations collectives d'immeubles ne prennent pas en compte les personnes en situation de handicap. Des exemples sur les installations d'interphone, de codes d'entrées, de sonnettes pour des mal voyants ou des mal entendants révèlent la nécessité d'effectuer des sensibilisations pour l'ensemble de ces corps de métiers qui semblent souvent ignorer que des personnes avec différents handicaps habitent dans ces logements collectifs.

Concernant les adaptations techniques (aménagements de véhicules, ergonomie des fauteuils...) ce sont les fabricants qui effectuent les aménagements souhaités en fonction soit d'un cahier des demandes faites par les utilisateurs soit de demandes individuelles. L'AGEFIPH souligne à ce sujet que la France est tributaire des fournisseurs et qu'il serait nécessaire qu'elle puisse développer des compétences dans ce domaine. Une telle évolution pourrait alors avoir des conséquences sur la recherche en sciences dure et en sciences sociales. Peu de laboratoires semblent investir sur ce domaine. Seule une équipe du laboratoire de l'Université Versailles ST Quentin, affiche dans ses programmes de recherches un secteur robotique appliqué aux questions de handicap.

### **7.2. Les interfaces de communication**

#### *7.2.1. Les interfaces techniques*

Si sur l'utilisation des matériaux et les aménagements les recherches semblent peu nombreuses, en revanche sur des interfaces de communication plus légers, nous avons constaté dans une grande entreprise de matériels informatiques des expérimentations de nouveaux matériels destinés à faciliter à des personnes malvoyantes l'accès à des informations écrites sur un tableau. L'entreprise qui s'est dotée de compétences de chercheurs informaticiens ne cible cependant pas spécifiquement ses recherches sur les outils de compensations du handicap, mais elle a pu expérimenter de nouveaux outils à l'occasion d'un partenariat avec l'université pour améliorer le niveau de formation des personnes ayant un handicap.

Les professions de la vente de matériel paramédical relativement récentes, se développent aujourd'hui de façon conséquente puisque selon une étude de l'Insee le secteur de la branche « négoce et prestations de services dans les domaines médico-techniques » employait en 2003 environ 7500 salariés. Les employeurs de ces conseillers-vendeurs, qui se trouvent souvent confrontés à l'image négative de ceux qui profitent du handicap pour gagner de l'argent, réfléchissent aujourd'hui à mieux valoriser cette profession et à professionnaliser leurs vendeurs. Aucune formation n'est cependant requise pour effectuer cette fonction, qui nécessite de maîtriser les savoirs de la vente et ceux du conseil, pourtant difficilement compatibles. Fréquemment les vendeurs ont une formation commerciale (souvent un BTS action commerciale) et obtiennent un agrément délivré après une journée de formation dans un centre spécialisé sur les appareillages techniques. Ils bénéficient aussi de formations internes sur les pathologies et le fonctionnement du matériel et participent à des présentations de produits organisées par les fabricants.

### *7.2.2. L'assistance de professionnels spécialisés*

Les personnes malentendantes ou sourdes ont également recours à différents interfaces techniques leur permettant de compenser leur handicap. Ces interfaces requièrent des compétences spécifiques pour lesquels un plan de formation a été envisagé de manière à professionnaliser les personnes intervenant dans ce champ. Sont identifiés<sup>83</sup> plusieurs professions qui nécessitent des formations de nature différente développées dans le plan métier mis en annexe.

- L'interprète en langue des signes qui nécessite une véritable compétence d'interprète, c'est à dire la maîtrise d'une langue avec ses subtilités, et ses complexités de traduction.

- Les codeurs en langage parlé complété (LPC) qui maîtrisent une technique de l'écrit. Cette méthode ne sert pas seulement à acquérir des techniques permettant de dire des mots, mais vise à apprendre cela comme une langue pour communiquer et non pour employer des mots de façon basique et simpliste sans les subtilités grammaticales des phrases.

- Les techniciens de l'écrit qui doivent parfaitement maîtriser la langue pour transcrire de l'oral en écrit.

Si, au sein des différentes associations, les choix des interfaces à privilégier soulèvent de nombreuses polémiques qu'il ne nous appartient pas de trancher, il semble cependant important de considérer que quelque soit l'interface mobilisée, des formations sont nécessaires pour les maîtriser et les enseigner. Les associations demandent un plan de professionnalisation pour éviter que seul le bénévolat ne s'empare de ces sujets.

Enfin les personnes aveugles ou mal voyantes ont également recours à des interfaces leur permettant de compenser leur handicap. A un certain niveau d'emploi une assistance humaine est indispensable. Le positionnement de cette assistance est délicat car il faut savoir identifier les moments clés pour intervenir directement ou simplement aider à faire. C'est donc un savoir-faire assez subtil que les personnes rencontrées rapprochent de celui d'un éducateur même si la dimension éducative est assez différente. Sur ce point il est noté des besoins de formation, pour apprendre à construire des aides individualisées.

L'utilisation de chiens guides nécessite des modalités de formations très particulières. Neuf écoles en France forment au dressage de ces chiens. Ces dresseurs suivent un cursus d'éducateurs parallèlement à des enseignements spécifiques sur le dressage de ces chiens à la fonction de guide. Un éducateur de chien guide ne peut former que 5 à 6 chiens par an, ce qui explique que les délais d'attente pour obtenir un chien soient d'un an ou plus. Les personnes mal voyantes sont reçues dans l'école par des techniciens de locomotion qui évaluent leurs besoins de façon à ajuster le plus précisément possible le dressage de l'animal.

---

<sup>83</sup> Nous ne cherchons pas ici à effectuer des choix sur les interfaces de communication, mais nous nous limitons à citer les différents métiers.

Si l'évolution des technologies constitue des opportunités d'intégration, celles-ci sont toujours considérées par les personnes rencontrées comme des interfaces très fragiles car elles les rendent dépendantes des moindres incidents techniques. Pour permettre une intégration moins fragile, d'autres métiers contribuent à développer ou compenser les potentiels des personnes. Dans le domaine de la mal-voyance, nous identifions principalement :

- Des instructeurs AVJ (Assistance à la vie journalière) qui ont souvent une formation initiale d'ergothérapeute, de technicien de locomotion ou d'éducateur spécialisés. Leurs fonctions consistent à apprendre à développer l'autonomie dans les gestes quotidiens (accompagnent les personnes sur les tâches quotidiennes (cuisine, gestion de leur intérieur...)) La formation s'effectue dans le cadre de la formation continue en 1 an. Elle est faite par l'organisme de formation la FISAF en partenariat avec l'université. Les sessions regroupent entre 10 et 12 étudiants chaque année. Le niveau d'entrée requis est bac +3.
- La formation de transcripateur de documents qui s'effectue en 2 ans, après avoir obtenu un niveau licence. Le métier nécessite un niveau de culture générale suffisant dans tous les domaines pour travailler sur des documents de nature très différente (littéraire, scientifique....) Les exigences de transcription impliquent en effet une compréhension des contenus des documents et ne peuvent être rabattues à une simple transposition de mots. La première année est consacrée au braille et à l'approche pédagogique des documents pour qu'ils soient non seulement accessibles mais aussi exploitables (de la même façon que peut être utilisé un livre). La deuxième année est plus spécifiquement centrée sur les techniques de transposition. Les demandes de transcriptions étant de plus en plus nombreuses cette fonction tend à se développer.
- L'orthoptiste basse vision. Cette formation est une spécialisation de la formation d'orthoptiste qui est davantage centrée sur les questions de la lecture et du potentiel de développement par rapport à la lecture

Les deux premières qualifications donnent lieu à des examens organisés par la FISAF en partenariat avec l'université. D'après les organisateurs de la formation, les besoins sont de plus en plus importants alors que ces diplômes peinent à être reconnus puisque sur la convention 51 seul le diplôme de base est pris en compte et sur la convention 66 les personnes ne bénéficient que de quelques points supplémentaires.

Aujourd'hui des réflexions sont en cours sur la pertinence de maintenir séparées la spécialisation d'Avéjiste et celle de technicien de locomotion car les personnes mal voyantes recherchent plutôt une prise en charge globale. Un rapprochement de ces deux qualifications est donc envisagé à l'instar de ce qui se fait au Québec.

## **8. ACTIVITÉS LIÉES À L'ACCUEIL ET À L'INFORMATION DU PUBLIC, À L'ÉLABORATION DES PLANS DE COMPENSATION**

---

Les constats posés à l'issue des quelques investigations, assez réduites, menées sur ce champ, convergent très largement avec le bilan dressé par P. Gohet (DIPH), en ce domaine, dans son dernier rapport<sup>84</sup>. Ainsi qu'avec les informations rapportées au parlement par le Sénateur P. Blanc<sup>85</sup>, le 3 juillet 2007. On citera donc assez largement certains extraits de ces documents, lorsque les constats posés convergent avec nos observations.

### **8.1. Les Maisons départementales des personnes handicapées**

Comme le rappelle le rapporteur P. Blanc, « Pour faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des solutions de compensation disponibles, la loi du 11 février 2005 a voulu mettre à la disposition de celles-ci et de leurs familles des « guichets uniques », les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui doivent constituer des lieux d'accueil, d'information, d'orientation et d'évaluation de leurs besoins. La mission des MDPH s'étend également à la coordination territoriale des interventions en faveur des personnes handicapées, ce qui explique le choix opéré par le législateur d'un groupement d'intérêt public (GIP) pour porter ces maisons. Ainsi, le GIP rassemble obligatoirement les quatre principaux acteurs de la politique du handicap au niveau local - à savoir le Conseil général, l'État, l'assurance maladie et les caisses d'allocations familiales - et peut s'étendre à l'ensemble des autres personnes morales intervenant auprès des personnes handicapées, comme les mutuelles ou encore les associations prestataires de services pour les personnes dépendantes. Les associations représentant les personnes handicapées y ont aussi une place éminente, puisqu'elles sont membres de droit de la commission exécutive du GIP. »

Si pour P. Gohet, « La MDPH constitue la pierre angulaire et l'élément sensible du nouveau dispositif institutionnel duquel les personnes handicapées, les familles et les professionnels attendent beaucoup. Il s'agit d'un repère sécurisant », il ne cache pas que cette mise en place ne peut être que progressive, car elle nécessite d'opérer de nombreux changements dans les modes d'organisation et de fonctionnement préexistants : « Là encore, pour tous les acteurs (responsables, personnels, partenaires administratifs, associatifs...), il faut s'approprier une nouvelle culture, une nouvelle organisation, de nouveaux modes de fonctionnement, de nouvelles procédures..., s'y adapter et les faire vivre. »

Or le premier problème auxquels sont confrontés les responsables des MDPH, c'est la difficile stabilisation de leurs équipes. Difficulté liée, comme le précise P. Gohet, « au système qui s'applique en matière de mise à disposition de personnels par l'État, celui du volontariat des agents qui disposent du droit au retour dans leur administration d'origine. Ce système (qui résulte du droit du travail et des règles de la fonction publique) fragilise les équipes qui risquent en permanence le départ de certains de leurs membres. Les différences de statut rendent difficiles la gestion des ressources humaines, la cohésion des équipes et l'observation d'échéanciers de travail communs. » (p. 55)

Sur le terrain en effet, on a constaté la coexistence, au sein des MDPH, de personnels appartenant à des administrations diverses, détachés de leurs administrations (DDASS, DDTEFP, rectorats en particuliers), de fonctionnaires territoriaux (mis à disposition par le Conseil général) et de salariés directement recrutés par le

---

84 P. Gohet, Rapport sur le bilan de la loi de février 2005 et la mise en place des Maisons départementales des Personnes Handicapées. Août 2007 (en ligne sur le site du ministère).

85 P. Blanc, rapport d'information n° 359 (2006-2007), fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat.

GIP<sup>86</sup>. Il faudra donc un certain temps, dans des conditions de fonctionnement stabilisées, du point de vue des équipes<sup>87</sup>, des locaux (toutes les MDPH ne disposent pas encore d'un site de travail unique) et des modalités de travail, pour qu'une culture professionnelle commune émerge et que des compétences plus transversales se développent.

Pour l'instant une assez forte spécialisation technique continue à caractériser les personnels qui ont en charge l'évaluation des besoins et le traitement du dossier de compensation. Cette évolution ne se fera pas sans un accompagnement formatif significatif. En effet nombre de personnels issus des anciennes commissions ont vu le contenu de leur activité fortement évoluer : « là où certains se contentaient d'assurer un secrétariat administratif, ils doivent aujourd'hui prendre en charge l'accueil physique, l'écoute et l'orientation de publics en grande difficulté, en souffrance ou incapable de s'exprimer. »<sup>88</sup> De plus cette mutation a du se faire dans un contexte de forte évolution des cadres juridiques et réglementaires de l'activité. De ce point de vue nous partageons le diagnostic du rapporteur sur l'utilité de poursuivre et développer les formations généralistes mises en place par la CNSA sur le contenu de la loi du 11 février 2005.

Mais nous partageons également son diagnostic sur la nécessaire professionnalisation de tous les personnels chargés de l'accueil, téléphonique ou physique<sup>89</sup>. Si une partie de cette professionnalisation passe par une meilleure connaissance de toutes les dimensions des problématiques de handicap (les différentes formes de handicap et leurs conséquences, notamment au plan comportemental, les procédures à suivre, les droits des personnes et des familles etc.), une autre passe par la maîtrise de la relation d'accueil elle-même. De ce point de vue, la suggestion de s'appuyer dans ce domaine sur l'expertise des CAF, qui se sont trouvées confrontées depuis la mise en place du RMI au même type de problématique d'accueil, nous semble une voie très intéressante à explorer. Des coopérations pourraient être également envisagées avec l'Education nationale (les GRETA), qui proposent des formations diplômantes, notamment deux baccalauréats professionnels<sup>90</sup>, qui pourraient servir de support de professionnalisation, tout en offrant une perspective de certification valorisante pour ces agents.

## 8.2. Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)

Chaque MDPH doit se doter d'équipes pluridisciplinaires chargées d'évaluer les besoins de compensation des personnes handicapées dans le cadre d'un dialogue avec elles et avec leurs proches : après avoir pris connaissance du projet de vie de chaque personne concernée, elles estiment la nature et l'étendue de ses besoins, à l'aide d'un référentiel national, et lui proposent un plan personnalisé de compensation. Sur la composition de ces équipes les constats convergent : « elles sont encore embryonnaires, insuffisamment diversifiées et incomplètes. Trop souvent elles sont constituées principalement de médecins (difficiles à trouver et fidéliser), de travailleurs sociaux et d'infirmiers. Le plus souvent elles sont subdivisées (par tranche d'âge, par type de handicap, par catégorie de domaines : scolarisation, insertion professionnelle, orientation vers les réponses spécialisées...).

---

86 Selon le rapport au sénat, 40 % seulement des départements auraient utilisé cette possibilité, essentiellement là où des sites pour la vie autonome et des équipes techniques labellisées préexistaient à la MDPH.

87 A noter que les deux rapports suggèrent de prendre des mesures limitant les possibilités de retour dans leur administration d'origine pour les personnels mis à disposition, voire suggèrent leur intégration dans la fonction publique territoriale, assorties de garanties de déroulement de carrière.

88 Rapport au sénat, p. 19

89 Ce diagnostic est partagé également par P. Gohet, qui signale en outre la trop fréquente utilisation d'emplois aidés pour tenir les postes d'information/accueil : « Les personnes handicapées et les familles attendent de trouver à la MDPH des personnes compétentes et disponibles à qui se confier. Les personnels affectés à l'accueil sont confrontés à des situations difficiles. Il leur faut connaître la réalité du handicap, savoir écouter, pouvoir prendre de la distance et parfois « souffler » ; or, les MDPH recourent souvent, pour l'accueil et l'information, à des emplois aidés peu qualifiés qui ont besoin d'un encadrement conséquent.

En fait, la mission d'accueil, d'écoute, d'information et de conseil appelle **une véritable professionnalisation**, les agents qui l'exercent ayant de surcroît besoin d'une reconnaissance légitime. Il s'agit là d'un objectif à atteindre le plus rapidement possible » (p. 49)

90 On pense au bac pro « services-accueil-assistance-conseil » et au tout nouveau bac pro : « services de proximité et vie locale ».

Si d'autres types de professionnels y participent (ergothérapeutes, psychologues, pédopsychiatres, psychiatres, médecins rééducateurs, personnels des anciens SVA, conseillers en économie sociale etc.), c'est de manière inégale selon les MDPH. Ces experts proviennent le plus souvent de nombreuses structures partenaires : établissements et services spécialisés, Cap Emploi, AFPA, ANPE, CRAM... ; beaucoup de MDPH se tournent vers les réseaux associatifs et professionnels du champ médico-social ; elles recourent à des plateaux techniques extérieurs avec lesquels elles concluent des conventions de collaboration.

Le sénateur P. Blanc déplore d'ailleurs « le faible nombre d'ergothérapeutes, psychologues ou spécialistes de l'insertion professionnelle qui viendraient enrichir leur expertise et permettraient une véritable évaluation de la globalité des besoins des personnes handicapées. Il est ainsi particulièrement dommageable que les Cap Emploi ne se voient ouvrir par l'Agefiph qu'un forfait de onze heures par mois pour participer à ces équipes » (p. 20) ; il déplore également l'importante perte d'expertise qu'a provoqué dans certains départements les difficultés d'intégration des anciens professionnels des sites pour la vie autonome (SVA). La reconstruction de cette expertise nécessitera sans doute de mieux mobiliser les autres membres des GIP, aujourd'hui très en retrait, notamment les caisses de sécurité sociale et les associations<sup>91</sup> mais aussi de développer les liens avec les référents de l'Éducation nationale et le service public de l'emploi ainsi qu'avec certains plateaux techniques ressources comme les centres d'information sur la surdité, les centres ressources sur le poly-handicap et les handicaps rares etc.<sup>92</sup>

---

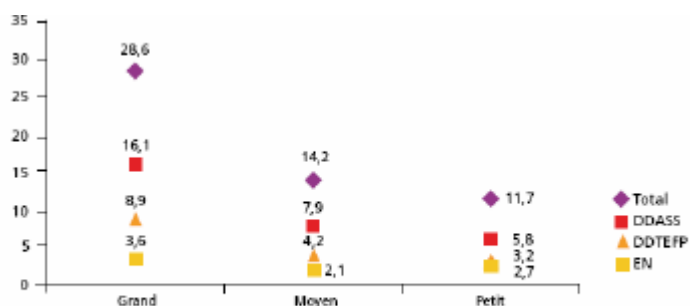
91 Rapport Blanc, p.

92 Rapport Gohet, p. 57

## Quelques chiffres ...

Les rapports disponibles ne proposent aucun chiffrage global des effectifs correspondant à cet ensemble de missions. Seules les mises à disposition par l'État ont fait l'objet d'une estimation par l'ODAS, mais elles sont présentées selon un critère de taille de département qui n'est pas précisé. Aucun cumul national n'est donc extrapolable.

### Nombre moyen de postes en équivalents temps plein mis à disposition par l'État, selon la taille des départements



Source : ODAS, mai 2006

En partant de l'exploitation de l'organigramme détaillé de la MDPH des Bouches du Rhône, on peut cependant faire l'hypothèse que le fonctionnement d'une MDPH dans un département de grande taille nécessite que la MDPH mobilise au moins deux fois plus de personnel que celui mis à disposition par l'État : sur les 86 personnes répertoriées dans l'organigramme, 40 seulement sont des mises à disposition des services de l'État.

On peut constater également que la répartition par niveau de qualification montre l'importance relative des personnels de catégorie C (46 %), qui assurent l'essentiel des fonctions d'accueil, suivis des personnels de catégorie A (28 %), cette part reflétant la présence d'enseignants et de médecins en nombre significatif dans les équipes, les « techniciens » (cat.B) (travailleurs sociaux pour l'essentiel) ne représentant que 23 % du total.

## GLOSSAIRE

---

<b>ADVF</b>	Assistant de vie aux familles
<b>AGEFIPH</b>	Fonds pour l'insertion des personnes portant un handicap
<b>AMP</b>	Aide médico-psychologique
<b>AIS</b>	(classes) Adaptation et Intégration Scolaire
<b>ANPE</b>	Agence nationale pour l'emploi
<b>ASEH</b>	l'Aide à la Scolarisation des Elèves Handicapés
<b>AVS</b>	Auxiliaire de vie sociale
<b>AVS-I et AVS-co</b>	Assistant de vie scolaire (I : individuel ; co : collectif)
<b>CA</b>	Contrat d'avenir
<b>CAE</b>	Contrat d'accès à l'emploi
<b>CAMSP</b>	Centres d'Action Médico-Sociaux Précoces
<b>CDAPH</b>	Commission des droits et de l'autonomie des personnes portant un handicap
<b>CDES</b>	Commission départementale d'éducation spéciale
<b>CESF</b>	Conseiller en économie sociale et familiale
<b>CESU</b>	Chèque emploi service universel
<b>CFA</b>	Centre de formation des apprentis
<b>CHRS</b>	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>CIO</b>	Centre d'information et d'orientation
<b>CLIS</b>	Classe d'intégration scolaire
<b>CQP</b>	certificat de qualification professionnelle
<b>CRP</b>	Centre de rééducation professionnelle
<b>CSMI</b>	Centre de Santé Mentale et Infantile
<b>CREAI</b>	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
<b>CSSS</b>	Centres de santé et de services sociaux
<b>DARES</b>	Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques



<b>EVS</b>	Emplois de vie scolaire
<b>FEPPEM</b>	Fédération nationale des particuliers employeurs
<b>FIPHFP</b>	Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
<b>FNASEPH</b>	Fédération Nationale des Associations au Service des Élèves Présentant une Situation de Handicap
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>IA-DSDEN</b>	Inspecteur d'académie - Directeur des services départementaux de l'éducation nationale
<b>MDPH</b>	Maison départementale des personnes portant un handicap
<b>MDSI</b>	Maison de la Dépendance, et de la Solidarité et de l'Insertion
<b>PPS</b>	Projet personnel de scolarisation
<b>RASED</b>	Réseaux d'aide spécialisé aux enfants en difficulté
<b>SAAAIS</b>	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
<b>SAFEP</b>	Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
<b>SAVS</b>	Services d'accompagnement à la vie sociale
<b>SAMSAH</b>	Services d'accompagnement médico-social
<b>SESSAD</b>	Service de soins et d'aide à domicile
<b>SIAD</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>SSAD</b>	Service de soins et d'aide à domicile
<b>SSEFIS</b>	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
<b>TIC</b>	Technologies de l'information et de la communication
<b>TSIF</b>	Technicien de l'intervention sociale et familiale
<b>UPI</b>	Unité pédagogique d'intégration
<b>VAE</b>	Validation des acquis de l'expérience

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Atlas national 2005 de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes portant un handicap, Agefiph, 2005
- L. Blanc, Rapport d'information n° 359 fait au Sénat, 3 juillet 2007
- F. Chatelain, *Définition d'une nouvelle activité et professionnalisation des individus : un lien problématique pour une action publique*, Thèse de doctorat, LEST, 2000.
- DARES : « Les services à la personne en 2005 : poussée des entreprises privées ». Première synthèse, Mai 2007, n° 20.1 DARES
- P. Espagnol et alii, « La scolarisation des enfants et adolescents handicapés », DREES, Études et Résultats, n° 564, mars 2007.
- G. Geoffroy, « La scolarisation des enfants handicapés », Rapport, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 2005.
- P. Gohet, « Sur le bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées », remis au ministère du Travail, 2007
- C. Grosjean et P. St Martin : le développement possible des emplois d'auxiliaires de vie, DAS/ déc 1994
- Y. Lachaux, « Favoriser l'insertion des jeunes handicapés », document de travail, 2006
- R. Leduff, P. Raynaud : « Les services d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD) : publics et modalités d'intervention », DREES, Études et résultats n° 574, mai 2007.
- E. Plaisance et al., « Petite enfance et handicap. La prise en charge des enfants handicapés dans les équipements collectifs de la petite enfance », Dossier d'études n° 66-2005
- C. Souhami, « Le chômage des personnes portant un handicap : portrait statistique », Observatoire de l'ANPE, col. Les Essentiels.
- Y. Vérollet, « Le développement des services à la personne », CES, Avis et rapports, 2007
- S. Vanovermeir, « Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001 », DREES, n° 308, mai 2004



ISSN : 1776-3177  
Marseille, 2008.