



pour



et



en partenariat avec



santé
famille
retraite
services



et la participation du Grath



Les besoins d'accueil temporaire dans le département du Loiret

Etude menée dans le cadre du schéma départemental du Loiret, volet :
« Promouvoir l'aide aux aidants par le développement de relais institutionnels »

Mars 2009

■ Etude réalisée par le CREAI Centre
Aurélié Néon et Séverine Démoustier, conseillères techniques
Brigitte Lavarélo, assistante technique

CREAI CENTRE

58bis, bd de Châteaudun - BP 91329 - 45003 ORLEANS CEDEX 1
Tél. – 02 38 74 56 00 / Fax. – 02 38 74 56 29
conseil.technique@creai-centre.asso.fr

● Sommaire

■ INTRODUCTION	p. 1
■ Champ de l'étude et cadre méthodologique	p. 2
PREMIERE PARTIE – Les caractéristiques des personnes enquêtées	p. 7
1. Eléments d'information sur les questionnaires reçus	p. 8
1.1. Un taux de retour de 11 % (soit 1013 questionnaires exploitables)	p. 9
1.2. Les différents circuits de connaissance de l'enquête	p. 10
1.3. Le répondant	p. 11
2. Profil des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête	p. 13
2.1. Taux d'incapacité des personnes enquêtées : la tranche « 80-100% » majoritaire	p. 14
2.2. Une population enquêtée en majorité masculine	p. 15
2.3. Age des personnes enquêtées	p. 16
2.4. Nature de la déficience/handicap des personnes enquêtées	p. 17
2.5. L'autonomie des personnes enquêtées : une question délicate	p. 21
3. Situation actuelle des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête	p. 27
3.1. Environnement familial en soutien de la personne handicapée	p. 28
3.2. Accompagnement sanitaire, social et médico-social	p. 31
3.3. Localisation géographique des répondants	p. 31
DEUXIEME PARTIE – Etat des lieux des besoins d'accueil temporaire dans le Loiret	p.34
1. Le vécu des personnes enquêtées : un révélateur de l'important besoin d'accueil	p. 36
1.1. Identification des personnes ayant eu recours à une formule d'accueil temporaire	p. 38
1.2. Les motifs et les durées de recours à une formule d'accueil temporaire	p. 42
1.3. Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois	p. 54
2. Connaissance du dispositif et besoins dans le département du Loiret	p. 58
2.1. Un dispositif a priori connu des personnes en situation de travail	p. 59
2.2. Les formules d'accueil temporaire identifiées : une diversité de besoins	p. 60
2.3. Les moments identifiés	p. 74
2.4. Période identifiée	p. 77
2.5. Durée (par an) identifiée	p. 79
2.6. Modalités d'accueil identifiées	p. 80
■ CONCLUSION	p. 86
■ ANNEXES	p. 88
A.1. Le questionnaire	p. 89
A.2. Les membres du groupe de travail	p. 97
A.3. Les textes de référence	p. 98

■ Sommaire des tableaux et graphiques concernant les ENFANTS

Tableau 1	– Réunion de lancement – Répartition des participants par catégorie	p. 4
Tableau 2	– Trois réunions décentralisées – Répartition des participants par catégorie	p. 4
Tableau 3	– Retour des questionnaires	p. 9
Tableau 4	– Enfants / Comment et par qui avez-vous eu connaissance du questionnaire ?	p. 10
Tableau 6	– Enfants / Le répondant (graphique)	p. 11
Tableau 7	– Enfants / Le répondant (tableau)	p. 11
Tableau 10	– Enfants / Taux d'incapacité (graphique)	p. 14
Tableau 12	– Une population enquêtée en majorité masculine	p. 15
Tableau 13	– Répartition par sexe	p. 15
Tableau 14	– Enfants / Répartition des enfants par tranches d'âge	p. 16
Tableau 16	– Nature de la déficience / handicap des personnes enquêtées	p. 17
Tableau 17	– Enfants / Déficience / Handicap principal	p. 17
Tableau 18	– Enfants / Cumul de plusieurs difficultés	p. 18
Tableau 19	– Enfants / Déf. -Handicap principal / Déf. -Handicap associé	p. 18
Tableau 23	– Enfants / L'autonomie intellectuelle et psychique des personnes enquêtées	p. 21
Tableau 24	– Enfants / L'autonomie physique des personnes enquêtées	p. 21
Tableau 25	– Enfants / Niveau d'autonomie intellectuelle et psychique	p. 22
Tableau 26	– Enfants / Niveau d'autonomie physique	p. 22
Tableau 27	– Enfants / Niveau d'autonomie globale	p. 23
Tableau 33	– Enfants / Environnement familial en soutien de la personne handicapée	p. 28
Tableau 34	– Enfants / Aidants familiaux	p. 28
Tableau 39	– Enfants / Recours à une formule d'accueil temporaire alternative à l'accompagnement habituel (2006/2007)	p. 38
Tableau 41	– Enfants / Des besoins liés au projet de la personne handicapée	p. 42
Tableau 42	– Enfants / Besoins liés au projet de l'enfant handicapé	p. 43
Tableau 43	– Enfants / Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans	p. 44
Tableau 47	– Enfants / Des besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial - Enfants	p. 47
Tableau 48	– Enfants / Besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial - Enfant	p. 47
Tableau 49	– Enfants / Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans	p. 48
Tableau 53	– Enfants / Des besoins liés au répit des aidants familiaux - Enfants	p. 51
Tableau 54	– Enfants / Besoins liés au répit des aidants familiaux - Enfants	p. 51
Tableau 55	– Enfants / Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans	p. 52
Tableau 59	– Enfants / Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)	p. 54
Tableau 60	– Enfants / Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)	p. 55
Tableau 63	– Enfants / Un dispositif à priori connu des personnes en situation de handicap	p. 59
Tableau 65	– Enfants / Les formules d'accueil temporaire identifiées	p. 59
Tableau 66	– Enfants / Les formules d'accueil temporaire identifiées / Déficience – Handicap	p. 62
Tableau 67	– Enfants / Les besoins identifiés selon l'arrondissement	p. 62
Tableau 68	– Enfants / Les temps de transport pour un accueil de jour	p. 63
Tableau 69	– Enfants / Les temps de transport pour un accueil avec hébergement	p. 63
Tableau 75	– Enfants / Les moments identifiés	p. 74
Tableau 76	– Enfants / Période identifiée	p. 74
Tableau 77	– Enfants / Moments identifiés – Formules d'accueil souhaitées	p. 75
Tableau 81	– Enfants / La périodicité identifiée	p. 77
Tableau 82	– Enfants / La périodicité identifiée	p. 77
Tableau 85	– Enfants / La durée (par an) identifiée	p. 79
Tableau 86	– Enfants / La durée (par an) identifiée	p. 79
Tableau 89	– Enfants / Les modalités d'accueil identifiées	p. 80
Tableau 90	– Enfants / Les modalités d'accueil temporaire identifiées	p. 80

■ Sommaire des tableaux et graphiques concernant les ADULTES

Tableau 1	– Réunion de lancement – Répartition des participants par catégorie	p. 7
Tableau 2	– Trois réunions décentralisées – Répartition des participants par catégorie	p. 8
Tableau 3	– Retour des questionnaires	p. 9
Tableau 5	– Adultes / Comment et par qui avez-vous eu connaissance du questionnaire ?	p. 10
Tableau 8	– Adultes / Le répondant (graphique)	p. 12
Tableau 9	– Adultes / Le répondant (tableau)	p. 12
Tableau 11	– Adultes / Taux d'incapacité (graphique)	p. 14
Tableau 12	– Une population enquêtée en majorité masculine	p. 15
Tableau 13	– Répartition par sexe	p. 15
Tableau 15	– Adultes / Répartition des adultes par tranches d'âge	p. 16
Tableau 16	– Nature de la déficience / handicap des personnes enquêtées	p. 17
Tableau 20	– Adultes / Déficience / Handicap principal	p. 19
Tableau 21	– Adultes / Déf. -Handicap principal / Déf. -Handicap associé (tableau)	p. 19
Tableau 22	– Adultes / Déf. -Handicap principal / Déf. -Handicap associé (graphique)	p. 19
Tableau 28	– Adultes / L'autonomie intellectuelle et psychique des personnes enquêtées	p. 24
Tableau 29	– Adultes / L'autonomie physique des personnes enquêtées	p. 24
Tableau 30	– Adultes / Niveau d'autonomie intellectuelle et psychique	p. 25
Tableau 31	– Adultes / Niveau d'autonomie physique	p. 25
Tableau 32	– Adultes / Le niveau d'autonomie globale	p. 26
Tableau 35	– Adultes / Environnement familial en soutien de la personne handicapée	p. 29
Tableau 36	– Adultes / Aidants familiaux	p. 29
Tableau 37	– Adultes / Situation de la mère en fonction de l'âge de la personne adulte	p. 30
Tableau 38	– Adultes / Situation du père en fonction de l'âge de la personne adulte	p. 30
Tableau 40	– Adultes / Recours à une formule d'accueil temporaire alternative à l'accompagnement habituel (2006/2007)	p. 39
Tableau 44	– Adultes / Des besoins liés au projet de la personne handicapée	p. 45
Tableau 45	– Adultes / Besoins liés au projet de l'adulte handicapés	p. 45
Tableau 46	– Adultes / Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans	p. 46
Tableau 50	– Adultes / Des besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial - Adultes	p. 49
Tableau 51	– Adultes / Besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial - Adulte	p. 49
Tableau 52	– Adultes / Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans	p. 50
Tableau 56	– Adultes / Des besoins liés au répit des aidants familiaux	p. 52
Tableau 57	– Adultes / Besoins liés au répit des aidants familiaux	p. 52
Tableau 58	– Adultes / Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans	p. 53
Tableau 61	– Adultes / Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)	p. 55
Tableau 62	– Adultes / Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)	p. 56
Tableau 64	– Adultes / Un dispositif à priori connu des personnes en situation de handicap	p. 59
Tableau 70	– Adultes / Formules d'accueil temporaire identifiées pour les adultes	p. 67
Tableau 71	– Adultes / Répartition des formules d'accueil / Déficience - handicap	p. 69
Tableau 72	– Adultes / Les besoins identifiés selon l'arrondissement	p. 70
Tableau 73	– Adultes / Les temps de transport pour un accueil de jour	p. 70
Tableau 74	– Adultes / Les temps de transport pour un accueil avec hébergement	p. 70
Tableau 78	– Adultes / Les moments identifiés	p. 75
Tableau 79	– Adultes / Période identifiée	p. 76
Tableau 80	– Adultes / Moments identifiés – Formules d'accueil souhaitées	p. 76
Tableau 83	– Adultes / La périodicité identifiée	p. 78
Tableau 84	– Adultes / La périodicité identifiée	p. 78
Tableau 87	– Adultes / La durée (par an) identifiée	p. 79
Tableau 88	– Adultes / La durée (par an) identifiée	p. 79
Tableau 91	– Adultes / Les modalités d'accueil identifiées	p. 83
Tableau 92	– Adultes / Les modalités d'accueil temporaire identifiées	p. 83

■ Sommaire des cartes

Carte 1	– Localisation géographique des répondants Enfants (septembre 2008)	p. 32
Carte 2	– Localisation géographique des répondants Adultes (septembre 2008)	p. 33
Carte 3	– Formules d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008) – <i>Département</i>	p. 64
Carte 4	– Formules d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008) – <i>Agglomération Orléans</i>	p. 65
Carte 5	– Formules d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008) – <i>Département</i>	p. 71
Carte 6	– Formules d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008) – <i>Agglomération Orléans</i>	p. 72
Carte 7	– Modalités d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008) – <i>Département</i>	p. 80
Carte 8	– Modalités d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008) – <i>Agglomération Orléans</i>	p. 82
Carte 9	– Modalités d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008) – <i>Département</i>	p. 84
Carte 10	– Modalités d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008) – <i>Agglomération Orléans</i>	p. 85

● Introduction

- Expérimenté depuis plus de 20 ans, légitimé par la loi 2002-2, réglementé par le décret du 17 mars 2004 et la circulaire du 12 mai 2005, encouragé par les pouvoirs publics, l'accueil temporaire au profit des personnes en situation de handicap ne connaît cependant qu'un essor modeste, et ce, malgré une valeur ajoutée sociale évidente.

« L'accueil temporaire est, en effet, **un instrument déterminant de la politique de maintien à domicile** des personnes qui le souhaitent et de **soutien de leur famille**. Il constitue aussi un élément de souplesse et de réactivité dans la palette des différentes modalités d'accompagnement [...]. Il contribue à la **réalisation des projets de vie** des personnes handicapées.

Extrait de la circulaire DGAS/SD 3 C n°2005-224 du 12 mai 2005

Le développement de l'accueil temporaire des personnes handicapées apparaît aujourd'hui comme une nécessité, adaptée aux nouvelles problématiques sociales et à l'évolution de la cellule familiale.

En 2008, Valérie LETARD, Secrétaire d'Etat en charge de la Solidarité, a annoncé la création de 13 000 nouvelles places d'accueil temporaire dans les cinq années à venir.

- Le Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire (GRATH) se consacre depuis plus de 10 ans au développement de l'accueil temporaire pour les personnes en situation de handicap et leurs aidants. En menant des études et enquêtes de portée nationale, le GRATH a permis d'analyser et de mieux comprendre les besoins et attentes des personnes concernées et de leurs aidants pour travailler à un développement de ce dispositif et de dégager des pistes nouvelles de travail pour diversifier l'offre de service.

« **L'accueil temporaire des personnes handicapées : une réponse novatrice aux marges de la prise en charge institutionnelle**

L'accueil temporaire s'adresse aux personnes handicapées de tous âges [...] et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée (*c'est-à-dire de 90 jours maximum par période de 12 mois*), le cas échéant, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour ».

Extrait de l'article 1 du décret 2004-231 du 17 mars 2004

C'est dans ce contexte qu'une réflexion s'est engagée dans le département du Loiret, à l'occasion de l'élaboration du Schéma départemental en faveur des personnes handicapées, sur la nécessité de développer les capacités d'accueil temporaire.

● Champ de l'étude et cadre méthodologique

Demande formulée

Dans le cadre du Schéma départemental en faveur des personnes handicapées du Loiret (2004/2009), une action-réflexion a été retenue : « *Promouvoir l'aide aux aidants par le développement de relais institutionnels* ».

A cet effet, un groupe de travail, piloté par M. Pedro Nieto, Directeur du Foyer de Vie Le Clos Roy à Lorris, s'est constitué, mettant en exergue la nécessité de réaliser une étude de besoins et d'opportunité préalable au développement des capacités d'accueil temporaire dans le département du Loiret, laquelle a été confiée au CREAI Centre.

L'étude proposée et ses objectifs

L'équipe du CREAI Centre a proposé une étude sur douze mois, reposant sur un travail d'investigation **par questionnaires diffusés auprès de l'ensemble des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) domiciliées dans le Loiret, ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%**.

Cette enquête avait pour double objectif :

- d'une part, de repérer et de quantifier les besoins des personnes handicapées du Loiret et de leur entourage familial en matière d'accueil temporaire ;
- d'autre part, d'identifier les modalités de réponse à apporter (types d'accueil, localisation géographique).

La méthodologie employée



Un questionnaire

➤ Un questionnaire¹ a été élaboré sur la base de celui réalisé par le CREAI Bretagne et le GRATH, dans le cadre de l'étude menée en 2005, à la demande de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dans le département de l'Allier.

Ce questionnaire (anonyme) avait pour but de nous permettre, pour chacun des profils des personnes interrogées, d'identifier la nature de leurs besoins actuels et futurs d'accueil temporaire.

¹ Questionnaire : voir annexe A1

- Les moyens de diffusion du questionnaire ont été multiples : par courrier, par voie électronique ou remis en main propre lors de réunions d'information (*voir supra*).

Les destinataires ont été :

- Les allocataires AAH, AEEH (via un partenariat mis en place avec la CAF, la MSA et la MDPH 45)
- Les établissements et services sanitaires et médico-sociaux du Loiret (fichiers Creai)
- Les associations non gestionnaires (fichiers Creai)
- Les associations et services d'aide à domicile (fichiers Creai)
- Les associations gestionnaires (fichiers Creai).

 **La population visée étant de l'ordre de 10 000 personnes.**

Des moyens d'information plus large ont également été utilisés :

- Le Flash-Information mensuel du CREAI Centre
- Sites Internet (CG 45, DDASS 45)
- Presse



Des réunions d'information

- Une réunion de lancement s'est déroulée le 13 mars 2008 à la Direction de la Solidarité Départementale d'Orléans, en présence du Conseil Général et de la DDASS, avec l'intervention, en introduction de M. Jean-Jacques Olivin, Président du GRATH (33 participants).

Cette réunion visait à informer et sensibiliser les professionnels et acteurs institutionnels du département sur la tenue de cette enquête et sur l'enjeu de leur contribution en termes de relais auprès des personnes en situation de handicap visées par le questionnaire.

➤ Les invités

- *Les partenaires institutionnels : DRASS / DDASS / Conseil Général 45 / CRAM / MDPH / CAF / MSA / Mairies*
- *Les associations gestionnaires et leurs établissements et services médico-sociaux*
- *Les associations non gestionnaires*
- *Les associations et services d'aide à domicile*
- *Les établissements sanitaires*
- *Les maisons de retraite*
- *Les CLIC*
- *Les associations tutélaires*

- Trois réunions décentralisées : Gien (21 avril 2008), Montargis (22 avril 2008) et Pithiviers (28 avril 2008) : 25 participants

De manière générale, nous avons regretté la faible mobilisation des acteurs, qui peut s'expliquer par différentes hypothèses, sans qu'aucune ne puisse réellement être vérifiée :

- une communication dont l'envergure n'a peut-être pas été assez importante autour de ces réunions, malgré plusieurs relances ;
- une connaissance limitée de l'accueil temporaire encore aujourd'hui de la part des professionnels, et donc un intérêt tout relatif ;
- un manque de disponibilité pour y répondre ;
- ...

Tableau 1

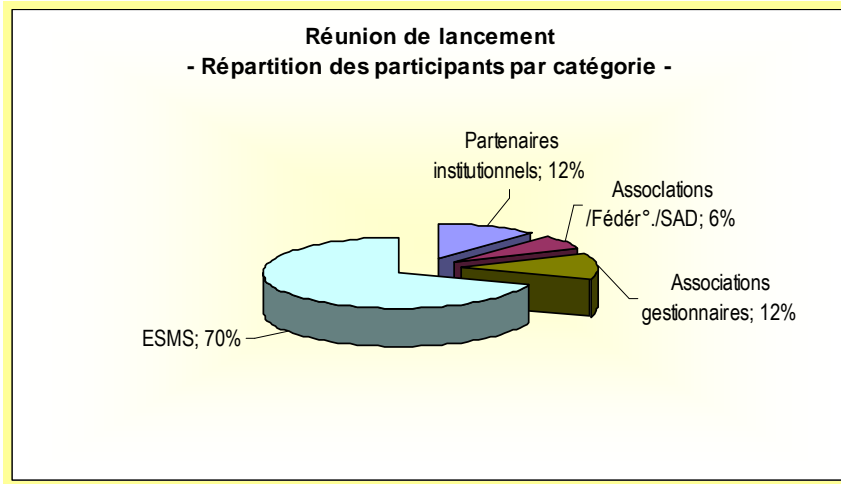
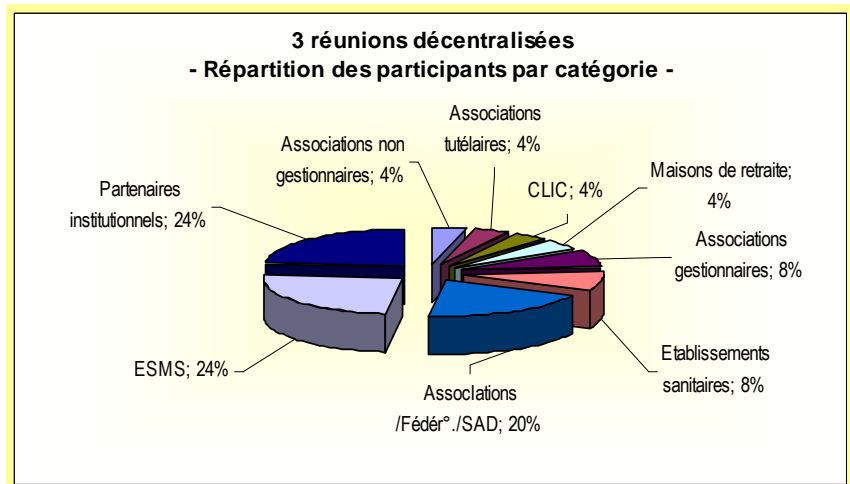


Tableau 2



Récapitulatif des questionnaires diffusés et retournés

➤ Questionnaires diffusés

Nous avons diffusé entre mars et juin 2008, **9 288 questionnaires**.
 (Avec la possibilité accordée de photocopier le document en autant d'exemplaires que nécessaire).

Mode de diffusion	Nombre de questionnaires
○ Lors des réunions d'information	540 questionnaires
○ Envoi par courrier à partir des fichiers CREAI	1 158 questionnaires
○ MSA	352 questionnaires (276 allocataires AAH / 76 AEEH ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%)
○ CAF	7 238 questionnaires (5 628 AAH / 1 610 AEEH ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%)

⇒ Questionnaires retournés

(date limite de retour : 26 septembre 2008)

- **1 013** questionnaires exploitables.
- **174** questionnaires ont été exclus (absence d'éléments sur la situation de la personne handicapée : initiales, date de naissance, taux d'incapacité / document rendu vierge)
- **36** questionnaires reçus hors délais n'ont pas été traités (jusqu'au 7 janvier 2009...).
- ♦ Soit un **taux de retour global de 13%** (11% si on ne comptabilise que les questionnaires exploitables), soit un **taux de retour relativement satisfaisant pour une étude de ce type.**

- Premiers éléments d'analyse de ces questionnaires
 - Des contenus très variables
 - Des questionnaires qui font émerger une méconnaissance du dispositif par les personnes, nous incitant à être dans une posture d'information, d'orientation et de conseil
 - De nombreux commentaires manuscrits, éléments intéressants pour l'analyse qualitative
 - Beaucoup d'items non renseignés
 - Un nombre important de questionnaires partiellement remplis, lié peut-être à la difficulté de remplissage pour les personnes en situation de handicap, très nombreuses, qui l'ont rempli elles-mêmes.

⇒ Ces constats nous appellent donc à mettre en avant toutes les limites et précautions à prendre dans le maniement de ce type d'enquête.

Un comité de Pilotage

Dans la conduite de cette étude, un Comité de Pilotage², réunissant les partenaires institutionnels (CG 45, DDASS 45, MDPH 45, MSA) et les membres du groupe de travail institué dans le cadre du schéma départemental, s'est réuni quatre fois.

Il a été chargé de suivre et de valider la méthodologie et les différentes étapes du travail. Il a également contribué à la construction du questionnaire et des analyses. Il fut force de propositions.

Une recherche documentaire

Pour étoffer notre étude, nous avons également consulté **d'autres rapports et enquêtes** :

- « Du diagnostic des déséquilibres à l'expression des besoins », étude sur l'analyse des besoins des aidants familiaux.
[Etude menée par Génér'action Formation, septembre 2008]
- « Enquête sur les besoins d'accueil temporaire des personnes handicapées dans l'Allier »
[Etude menée par le CREAI Bretagne, en collaboration avec la MSA et le GRATH, mars 2006]
- « L'accueil temporaire des personnes handicapées : au cœur des projets individualisés et de la politique d'intégration et de vie à domicile ».
[Rapport présenté par JJ. OLIVIN, Président du GRATH, à Mme La Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, Avril 2003]

² Liste des membres du groupe de travail : voir annexe A2.

Les travaux du GRATH

Consultables sur le site : <http://www.accueil-temporaire.com>

Textes juridiques de référence³

- Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.
- Circulaire DGAS/SD 3 C n°2005-224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.
- Décret n°2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code de l'action sociale et des familles (titre III).

³ Voir en annexe A3.

● Première partie

Les caractéristiques des personnes enquêtées : vers une première hypothèse des besoins d'accueil temporaire

1. **Eléments d'information sur les questionnaires reçus**
2. **Profil des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête**
3. **Situation actuelle des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête**

1- Eléments d'information sur les questionnaires reçus

- 1.1. Un taux de retour de 11 % (soit 1013 questionnaires exploitables)**
- 1.2. Les différents circuits de la connaissance de l'enquête**
- 1.3. Le répondant**
- 1.4 La localisation géographique des personnes**

Il semble opportun de rappeler tout d'abord quelques éléments de contexte afin d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs fixés pour cette étude et de mieux appréhender le sens des réponses obtenues.

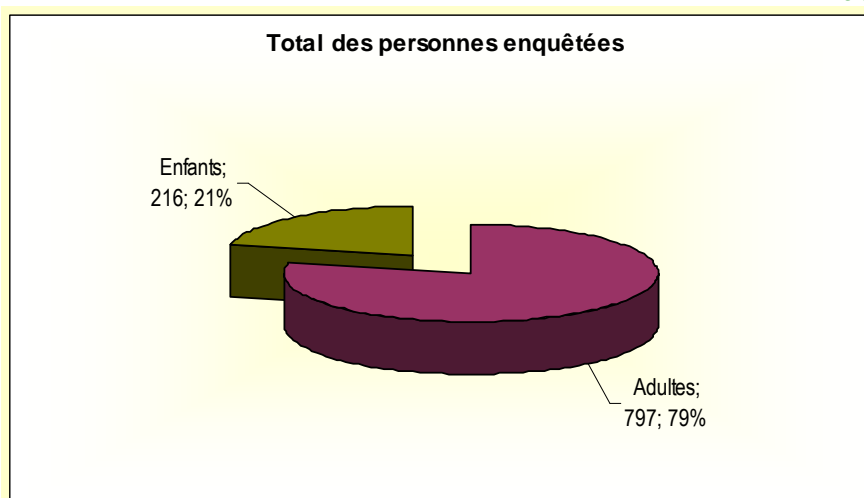
1.1. Un taux de retour des questionnaires de 11 % (correspondant à 1013 questionnaires exploitables sur 9 288 distribués).

Le taux de retour général du questionnaire a été supérieur à nos attentes.

Nous avons pu analyser **1013 questionnaires**, 216 concernent des situations relatives aux enfants (soit 21%), et 797 aux adultes (soit 79%).

⇒ Ce qui correspond à **12 % des enfants handicapés du Loiret** ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et **14% des adultes**⁴.

TABLEAU 3.



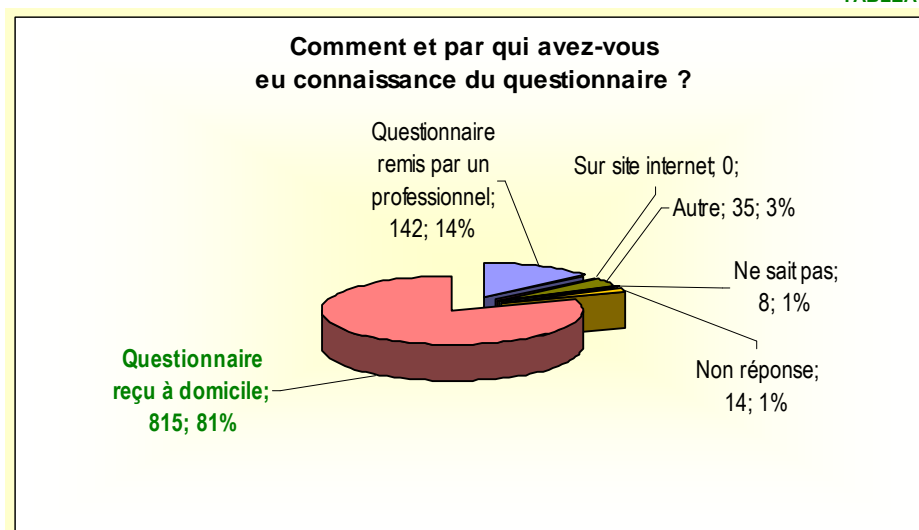
Cet échantillon représentatif des personnes en situation de handicap domiciliées dans le Loiret nous a permis de procéder à une analyse précise des besoins d'accueil temporaire sur notre territoire.

⁴ Données CAF/MSA, mai 2008 : 1 686 allocataires AEEH ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50% et 5 904 allocataires AAH ayant un taux supérieur ou égal à 50%.

1.2. Les circuits de diffusion et moyens de connaissance du questionnaire.

Notre souhait était d'approcher un maximum de personnes répondant à nos critères. Les circuits de diffusion ont donc été multiples : par courrier, par voie électronique ou remis en main propre à des professionnels lors de réunions (cf. voir méthodologie précise en introduction)

TABLEAU 4.



Objectif atteint : toucher un grand nombre de personnes vivant à domicile.

Ces résultats montrent que les répondants ont reçu le questionnaire à domicile dans plus de 80% des cas (79,3 % pour les adultes et 84,7 % pour les enfants), soit par 815 personnes.

L'objectif de l'étude, qui était d'identifier les besoins d'accueil temporaire des personnes vivant notamment à domicile, a donc été atteint, les modes de diffusion du questionnaire notamment via la CAF et la MSA (détenteurs des fichiers allocataires AAH et AEEH) ayant joué un rôle dans sa réalisation.

TABLEAU 5.

	Enfants		Adultes		Total
Non réponse	1	0,5%	13	1,6%	14
Questionnaire reçu à domicile	183	84,7%	632	79,3%	815
Questionnaire remis par un professionnel	16	7,4%	125	15,7%	142
Sur un site Internet		0%		0%	0
Autre	14	6,5%	21	2,6%	35
Ne sait pas	2	0,9%	6	0,8%	8
TOTAL	216		797		

Nous constatons par ailleurs que seules 142 personnes disent avoir reçu le questionnaire par l'intermédiaire d'un professionnel, alors que près de 1 700 documents ont été distribués aux établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap.

La catégorie « Autre », dans le tableau ci-contre « Autre source de connaissance du questionnaire », remplie par 35 personnes, révèle la difficulté de compréhension de la question pour ces personnes, dans la mesure où les précisions apportées (questionnaire connu par l'intermédiaire d'un professionnel, de la MSA, reçu par courrier...) renvoient aux catégories proposées initialement.

Autre source de connaissance du questionnaire

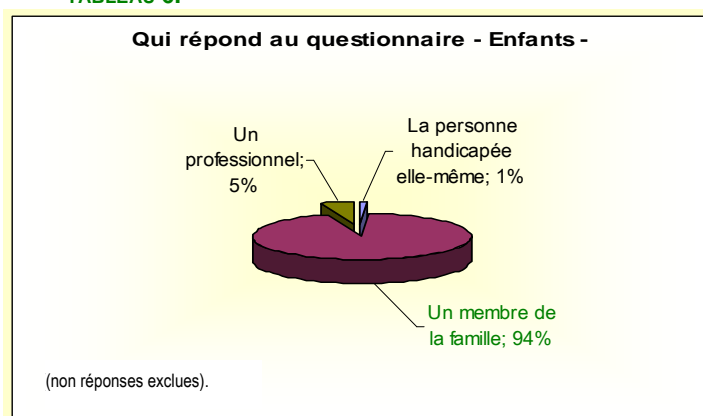
	Enfants	Adultes	Total
Professionnel (ESMS ou association)	8	9	17
MSA		2	2
Une assistante sociale	3	1	4
Aide à domicile	1	1	2
Demande directe au CREAI	1	2	3
Reçu par courrier		4	4
Un collègue, un ami	1	1	2
Total	14	20	34

1.3. Le répondant.

● Enfants

Un seul enfant a répondu lui-même au questionnaire.

TABLEAU 6.



Les aidants familiaux ont été fortement mobilisés.

Et notamment la mère, citée 155 fois comme étant la personne ayant rempli le questionnaire (soit 72% des cas).

TABLEAU 7.

		Non réponse	Enfants
Non réponse	Non réponse		2
La personne handicapée elle-même 1%	La personne handicapée elle-même		1
Un membre de la famille 94%	Epoux., pacsé, concubin		4*
	Enfant		7
	Père		33
	Mère	1	155
	Frère		
	Sœur		2
Un professionnel 5%	Autre entourage familial		1
	Travailleur en institution		
	Travailleur à domicile		2
	Travailleur libéral		
	Famille d'accueil		2
	Assistant de service social		1
	Tuteur institutionnel		1
	Référent scolaire		3
Autre professionnel		2	
Total		1	216

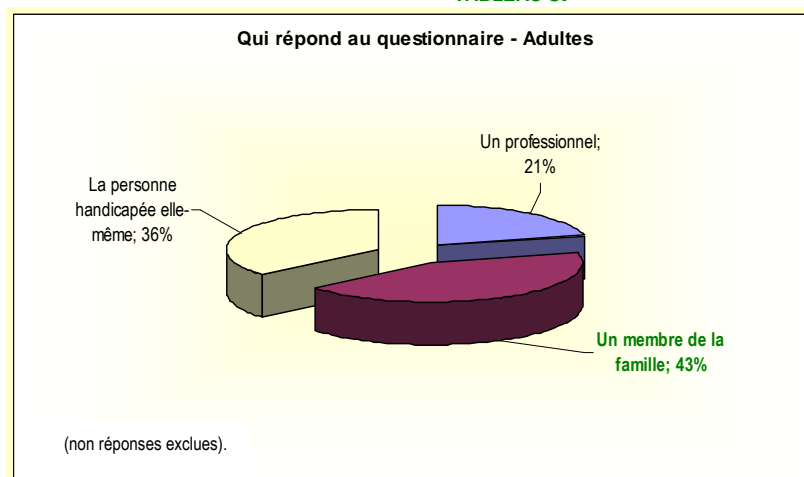
* Réponses incohérentes au regard du statut d'enfant de la personne concernée par le questionnaire.

● **Adultes**

289 adultes handicapés ont répondu eux-mêmes à l'enquête (soit 36% des questionnaires), constituant un résultat intéressant pour l'étude (*ce sont les personnes se considérant comme les plus autonomes dans la vie quotidienne qui se sont exprimées directement*).

TABLEAU 8.

Les aidants familiaux ont également été fortement impliqués (43% des questionnaires), avec une place encore importante accordée à la mère (citée 162 fois).



Ces résultats nous incitent à nous interroger sur la limite des réponses apportées, selon qu'elles émanent de la personne handicapée elle-même ou de son entourage. En effet, nous avons pu identifier des incohérences de réponses, liées au fait que des familles ont parfois répondu au regard de leur propre situation et non celle de la personne concernée par l'enquête.

TABLEAU 9.

		Adultes
Non réponse	Non réponse	12
La personne handicapée elle-même 36%	La personne handicapée elle-même	289
Un membre de la famille 43%	Epoux., pacsé, concubin	42
	Enfant	19
	Père	59
	Mère	162
	Frère	7
	Sœur	36
Un professionnel 21%	Autre entourage familial	19
	Travailleur en institution	25
	Travailleur à domicile	26
	Travailleur libéral	2
	Famille d'accueil	3
	Assistant de service social	37
	Tuteur institutionnel	23
	Référent scolaire	
	Autre professionnel	36
	Total	797

Il est enfin intéressant de mettre en avant l'investissement des professionnels, qui ont pris le temps, à 21%, d'aider les personnes à remplir le questionnaire ou à le remplir au regard de la situation des personnes qu'elles accompagnent.

2- Profil des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête

- 2.1. Taux d'incapacité des personnes enquêtées : la tranche « 80-100% » majoritaire**
- 2.2. Une population enquêtée majoritairement masculine**
- 2.3. Age des personnes enquêtées**
- 2.4. Nature de la déficience / handicap des personnes enquêtées**
- 2.5. L'autonomie des personnes enquêtées : une question délicate**

2.1. Taux d'incapacité des personnes enquêtées : la tranche « 80-100% » majoritaire

Rappelons que cette enquête ciblait les personnes en situation de handicap ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%.

Remarque : il était demandé dans le questionnaire le taux d'incapacité précis des répondants. Beaucoup d'entre eux n'ont pas été en mesure de nous fournir cet élément d'information, étant donné les nouvelles orientations des MDPH qui raisonnent par tranche d'incapacité.

Les deux graphiques ci-dessous font état d'un pourcentage plus élevé de répondants (enfants comme adultes) déclarant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100%.

TABLEAU 10.

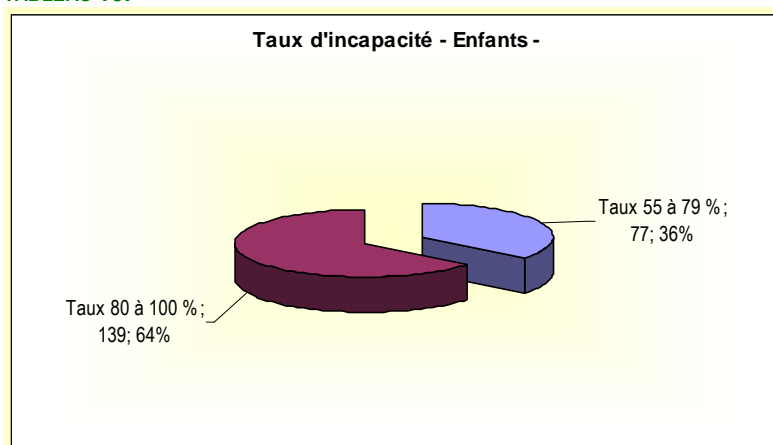
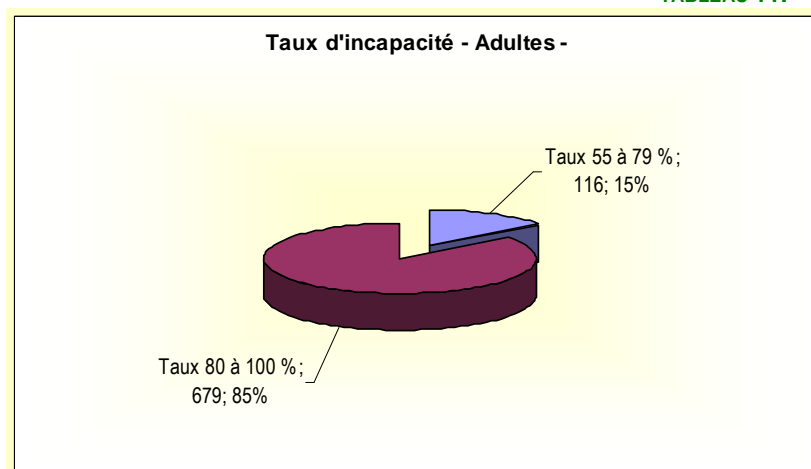


TABLEAU 11.



2.2. Une population enquêtée en majorité masculine

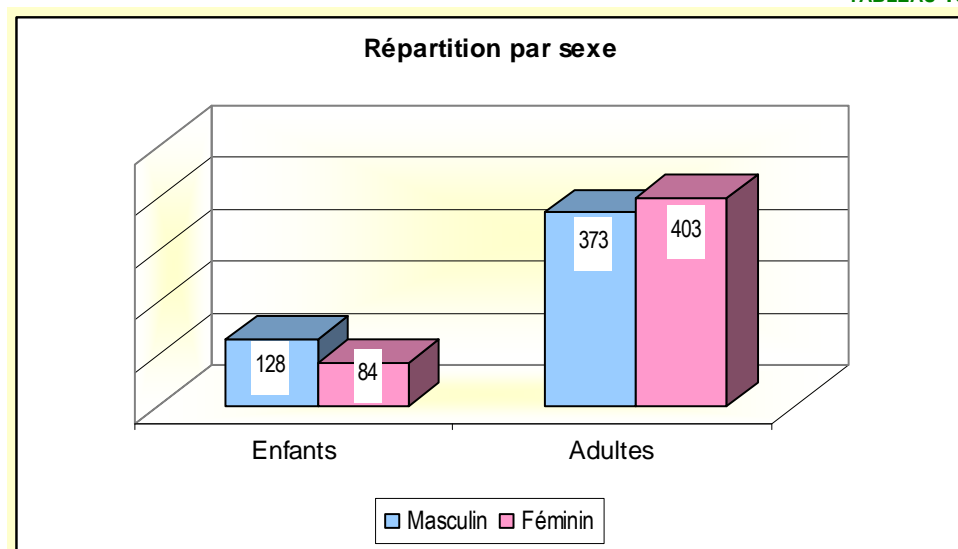
De manière globale, le sexe des personnes ayant répondu à l'enquête est représenté de façon quasiment semblable : 49,5% des hommes et 48,2% des femmes.

Chez les enfants en revanche, la proportion de garçon est supérieure et on remarque que chez les adultes ce sont les femmes qui représentent un peu plus de la moitié des répondants.

TABLEAU 12.

	Enfants		Adultes		Total
Non réponse	4	1,85%	21	2,63%	25
Masculin	128	59,26%	373	46,80%	501
Féminin	84	38,89%	403	50,56%	488
Total	216	100,00%	797	100,00%	1013

TABLEAU 13.



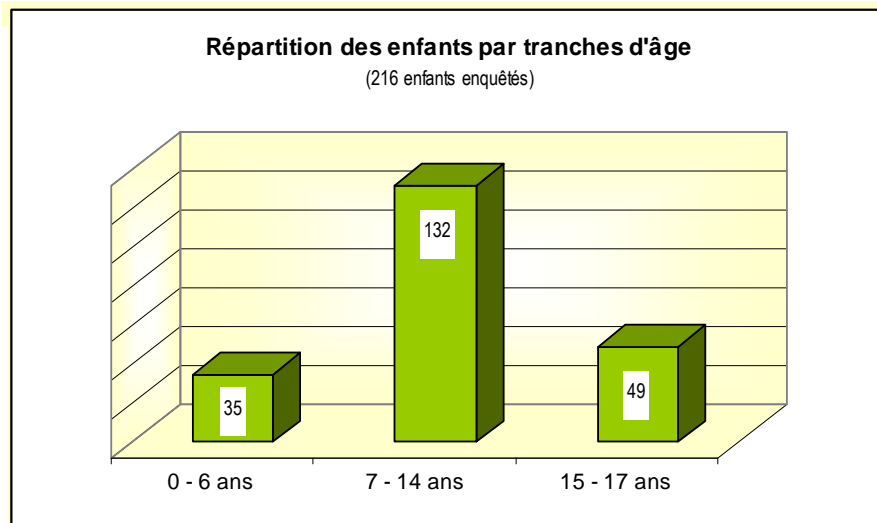
2.3. Age des personnes enquêtées

● Enfants : la classe 7-14 ans majoritaire

TABLEAU 14.

L'âge des enfants enquêtés révèle une moyenne plus importante entre 7 et 14 ans.

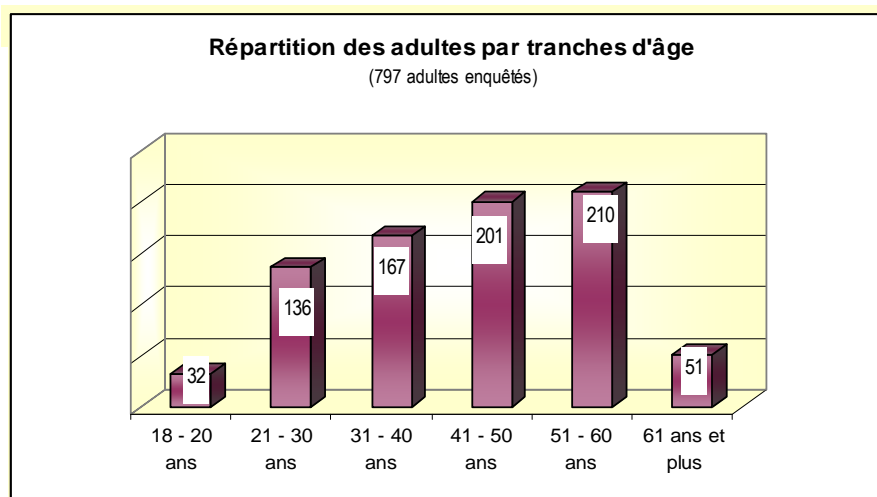
NB : nous avons fait le choix de ne pas intégrer la catégorie 18-20 ans dans le pôle enfance. Cette tranche d'âge mériterait néanmoins un traitement spécifique compte tenu des difficultés que cette population rencontre lors du passage du secteur enfant/adulte.



● Adultes : un public vieillissant

TABLEAU 15.

L'âge des adultes enquêtés fait état **d'une population relativement vieillissante**, puisque l'on voit bien une augmentation linéaire du nombre d'adultes concernés entre 21 et 60 ans.



De plus, 462 personnes (soit 60% des adultes enquêtés) ont plus de 40 ans.

2.4. Nature de la déficience / handicap des personnes enquêtées

TABLEAU 16.

	Enfants	Adultes	Total	
Non réponse	9	28	37	3,65%
Déficience intellectuelle	50	179	230	22,68%
Handicap psychique	5	129	134	13,21%
Autisme-TED	25	29	54	5,33%
Troubles de la conduite et du comportement	14	28	42	4,14%
Déficience motrice	20	88	108	10,65%
Polyhandicap	25	37	62	6,11%
Traumatisme crânien		20	20	1,97%
Déficience auditive	12	20	32	3,16%
Déficience visuelle	5	36	41	4,04%
Maladie chronique invalidante	10	83	93	9,17%
Autre	38	83	121	11,93%
Ne sait pas	3	37	40	3,94%
Total	216	797	1014	

Les réalités vécues par les personnes et les difficultés pour assumer leur projet de vie sont évidemment très liées au type de handicap. Ce que nous leur proposons de détailler.

Que ce soit pour les enfants ou pour les adultes, on constate que les déficiences / handicaps principaux les plus cités sont :

- **déficience intellectuelle (23%)**
- **handicap psychique (13%)**
- **déficience motrice (11%),**

Ceci aura bien évidemment des incidences en termes de besoin et donc de formalisation des réponses.

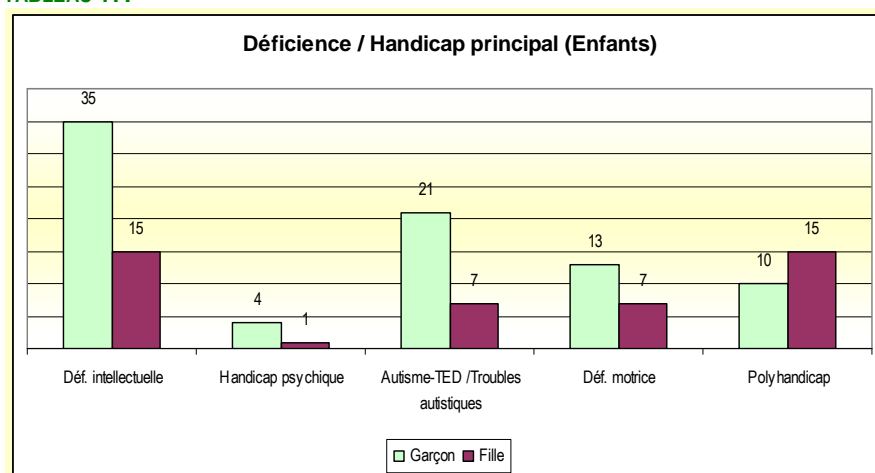
➤ *Plus précisément :*

● *Enfants*

La déficience principale la plus largement mise en avant pour les enfants handicapés est la déficience intellectuelle, l'autisme/TED et le polyhandicap. La déficience motrice est également largement citée.

Aussi nous constatons, dans toutes les situations, une surreprésentation masculine (qui est une constante chez les personnes handicapées).

TABLEAU 17.



(TABLEAU 17 – suite) Si « autre déficience ou handicap », précisez :

	Effectifs	Fréquence
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs	21	18,1%
Divers autres problèmes de santé	19	16,4%
TRISOMIE	16	13,8%
Troubles dépressifs / dépression	12	10,3%
Maladies génétiques	9	7,8%
Epilepsie	7	6,0%
AVC / Maladies cardio-vasculaires	6	5,2%
Cancer	5	4,3%
Troubles des apprentissages, difficultés scolaires	4	3,4%
Divers troubles du langage	4	3,4%
Troubles autistiques	3	2,6%
Myopathies	3	2,6%
Diabète (toutes les formes)	3	2,6%
Anévrisme	2	1,7%
Déficience visuelle	1	0,9%
Sclérose en plaques	1	0,9%
Total	116	

Nous remarquons que les intitulés proposés non pas été forcément bien compris des répondants ou ont été interprétés, de sorte que pour un grand nombre de réponses précisées dans la catégorie « Autres », celles-ci rejoignent les catégories initialement proposées. C'est aussi le reflet de la vision qu'ont les répondants de leur déficience / handicap.

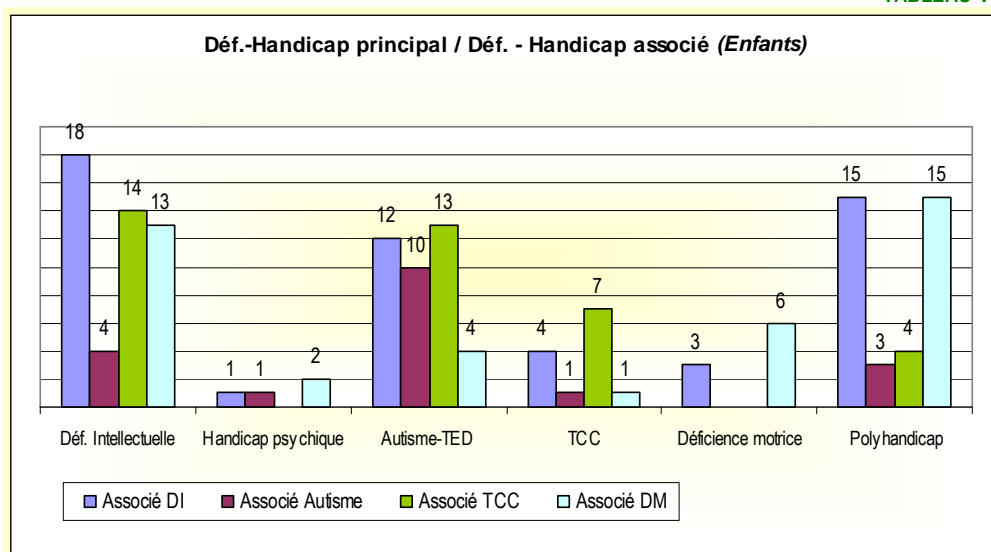
Par ailleurs, la quasi-totalité des enfants ont affirmé cumuler plusieurs difficultés.

TABLEAU 18.

Déficience / Handicap Principal	Déficience / handicap Associé			
	Déficience intellectuelle	Autisme	TCC	Déficience motrice
Déficience intellectuelle	18	4	14	13
Handicap psychique	1	1		2
Autisme-TED /Troubles autistiques	12	10	13	4
TCC	4	1	7	1
Déficience motrice	3			6
Polyhandicap	15	3	4	15

Ce qui nous incite à prendre en compte la lourdeur que peuvent représenter ces handicaps multiples, nécessitant des prises de relais à certains moments de la vie de ces personnes.

TABLEAU 19.

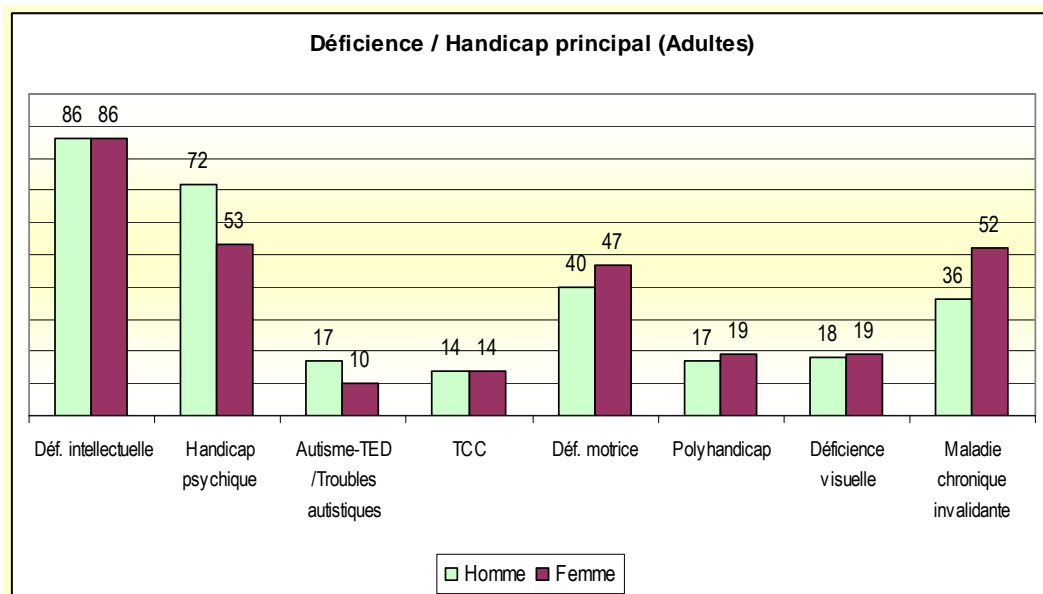


● **Adultes**

Quant aux adultes, la nature de la déficience principale est très variée. La déficience intellectuelle est prépondérante (22%), ainsi que les problèmes de motricité (11%) et la maladie chronique invalidante (10%).

Nous noterons que l'émergence de la reconnaissance des handicaps psychiques apparaît ici de façon significative (16%).

TABLEAU 20.



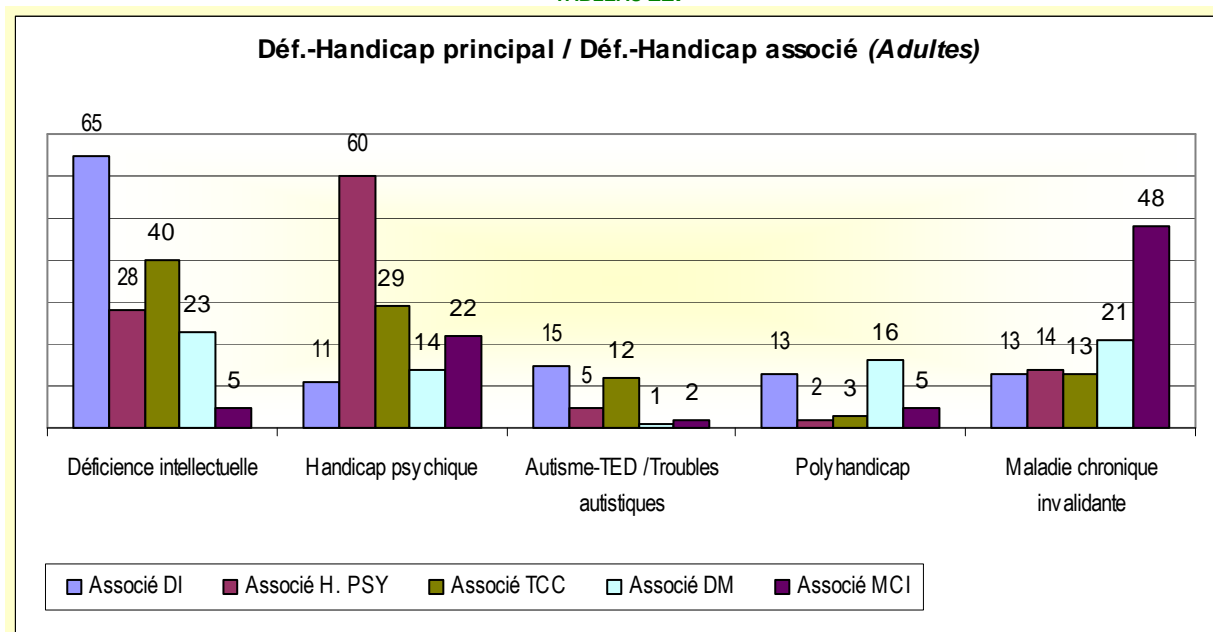
Ces chiffres semblent nous indiquer que l'accueil temporaire chez les adultes handicapés pourrait concerner de nombreux types de handicap, nous interrogeant alors sur la nécessité de diversifier les structures susceptibles d'accueillir temporairement ces publics.

Comme pour les enfants, **la quasi-totalité des adultes répondants affirment cumuler plusieurs handicaps** (laissant supposer l'importance de leur dépendance à l'entourage dans la vie quotidienne).

TABLEAU 21.

Déficience / Handicap Principal	Déficience / handicap Associé				
	Déficience intellectuelle	Handicap psychique	TCC	Déficience motrice	Maladie chronique invalidante
Déficience intellectuelle	65	28	40	23	5
Handicap psychique	11	60	29	14	22
Autisme-TED / Troubles autistiques	15	5	12	1	2
Polyhandicap	13	2	3	16	5
Maladie chronique invalidante	13	14	13	21	48

TABLEAU 22.



2.5. L'autonomie des personnes enquêtées : une question délicate

Il s'agit bien évidemment d'une représentation que se font les personnes et leurs aidants de leur niveau d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

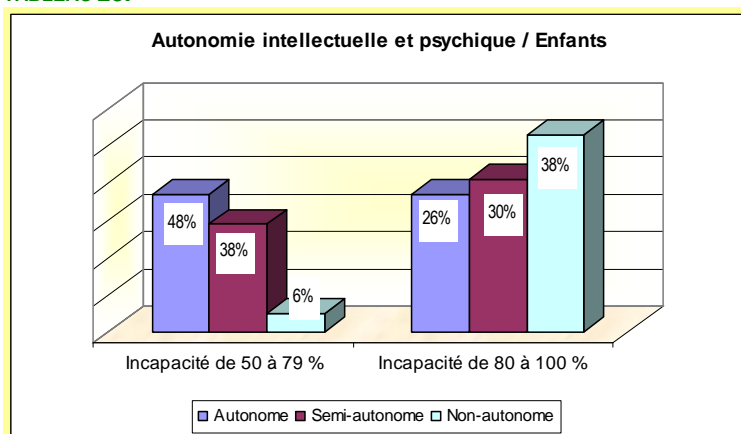
Rappel :

Autonome	Besoin d'aide occasionnelle
Semi-autonome	Aide effective dans certains actes de la vie quotidienne, accompagnement fréquent
Non-autonome	Prise en charge très importante, rapprochée ou permanente

- **Enfants**

➤ De manière générale, dans chacun des registres [Autonomie intellectuelle et psychique / physique]

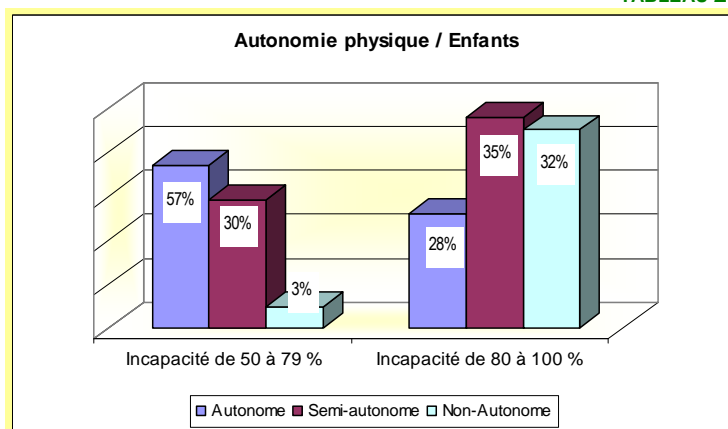
TABLEAU 23.



De manière générale, la majorité des enfants se révèlent autonomes dans chacun des deux registres [autonomie intellectuelle et psychique / physique]

Nous remarquons cependant (et en toute logique) que plus le taux d'incapacité augmente, moins les personnes se considèrent autonomes.

TABLEAU 24.



➤ En fonction de la déficience / handicap principal

Niveau d'autonomie intellectuelle et psychique

TABLEAU 25.

	Non réponse	Autonome	Semi-autonome	Non-autonome	Ne sait pas	Total
Non réponse	3	3	4	1		11
Déficience intellectuelle	2	11	22	13	2	50
Handicap psychique	1	3	1			5
Autisme-TED /Troubles autistiques		2	9	17		28
TCC	1	7	6			14
Déficience motrice		11	5	4		20
Polyhandicap			3	22		25
Traumatisme crânien						
Déficience auditive	1	8	2		1	12
Déficience visuelle		3	2			5
Maladie chronique invalidante		9	5			14
Ne sait pas		3				3
AVC / Maladies cardio-vasculaires						
Maladies génétiques		4	1			5
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1	2	2	1		6
Tr. apprentissages et Tr. du langage		3	3		1	7
Troubles dépressifs / dépression						
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs		4	1			5
TRISOMIE		1	4		1	6
Total	9	74	70	58	5	216

Niveau d'autonomie physique

TABLEAU 26.

	Non réponse	Autonome	Semi-autonome	Non-Autonome	Ne sait pas	Total
Non réponse	5	5		1		11
Déficience intellectuelle	2	19	19	7	3	50
Handicap psychique		3	1	1		5
Autisme-TED /Troubles autistiques		9	11	8		28
TCC	1	9	3		1	14
Déficience motrice		2	11	7		20
Polyhandicap			4	21		25
Traumatisme crânien						
Déficience auditive	1	10			1	12
Déficience visuelle		2	2		1	5
Maladie chronique invalidante		6	7	1		14
Ne sait pas		3				3
AVC / Maladies cardio-vasculaires						
Maladies génétiques		4	1			5
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1	2	2	1		6
Tr. apprentissages et Tr. du langage		3	2		2	7
Troubles dépressifs / dépression						
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs		3	2			5
TRISOMIE		3	3			6
Total	10	83	68	47	8	216

➤ **Le niveau d'autonomie globale**

En croisant les échelles d'autonomie, il a été possible de construire "l'autonomie globale" des enfants enquêtés.

TABLEAU 27.

Degré d'autonomie physique ↓	Degré d'autonomie Intellectuelle ↓					Total
	Non réponse	Autonome	Semi autonome	Non autonome	Ne sait pas	
Non réponse	8		2			10
Autonome		54	24	4	1	83
Semi-autonome		15	40	13		68
Non-Autonome	1	2	3	41		47
Ne sait pas		3	1		4	8
Total	9	74	70	58	5	216

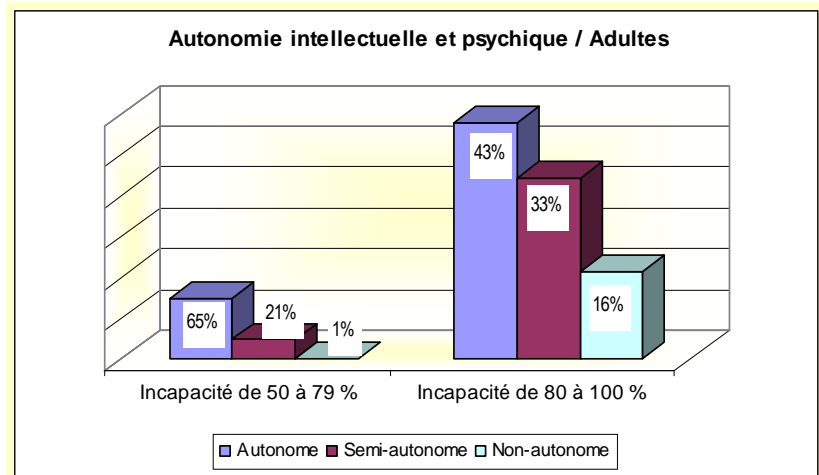
Nous constatons qu'il y a quasi autant d'enfants autonomes et capables de s'assumer dans les deux registres (54 soit 25% des enfants enquêtés) que ceux qui ne le sont pas du tout (41 soit 20% des enfants enquêtés).

Tous les autres sont dans l'autonomie pour un seul des deux registres ou dans la semi autonomie.

● **Adultes**

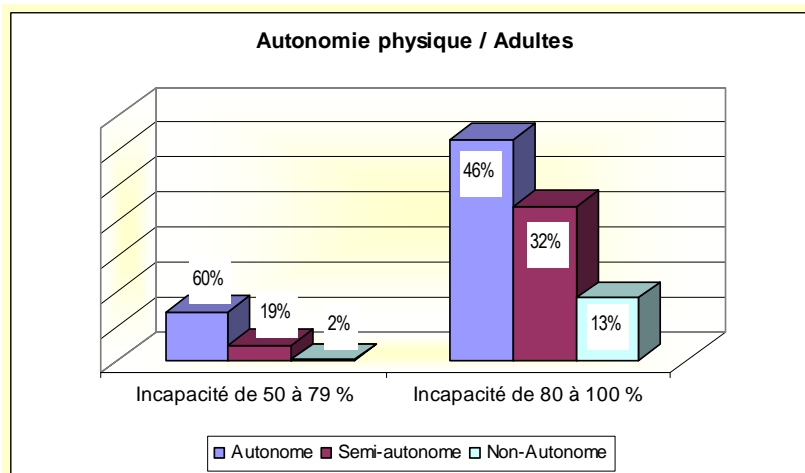
➤ **De manière générale, dans chacun des registres** [Autonomie intellectuelle et psychique / physique]

TABLEAU 28.



La majorité des adultes se considèrent également autonomes dans chacun des deux registres.

TABLEAU 29.



Nous remarquons toutefois que, contrairement aux enfants, le niveau d'autonomie reste élevé, quel que soit le taux d'incapacité de la personne.

Ce qui montre bien l'importance de concevoir l'accueil temporaire comme une variable de l'accompagnement et non comme un substitut durable à l'hébergement.

➤ En fonction de la déficience / handicap principal

Niveau d'autonomie intellectuelle et psychique

TABLEAU 30.

	Non réponse	Autonome	Semi-autonome	Non-autonome	Ne sait pas	Total
Non réponse	17	6	4	3	1	31
Déficience intellectuelle	7	56	88	28		179
Handicap psychique	5	77	35	7	5	129
Autisme-TED /Troubles autistiques		3	15	11		29
TCC		10	13	4	1	28
Déficience motrice	7	45	26	8	2	88
Polyhandicap	2	7	8	20		37
Traumatisme crânien		8	4	7	1	20
Déficience auditive	1	13	4		2	20
Déficience visuelle	3	19	7	5	3	37
Maladie chronique invalidante	7	59	12	9	2	89
Ne sait pas		23	7	1	6	37
AVC / Maladies cardio-vasculaires	1	3	2			6
Maladies génétiques		4				4
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1	15	7	1		24
Tr. apprentissages et Tr. du langage			1			1
Troubles dépressifs / dépression	1	7	3		1	12
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs	3	8	3	2		16
TRISOMIE		2	6	2		10
Total	55	365	245	108	24	797

Niveau d'autonomie physique

TABLEAU 31.

	Non réponse	Autonome	Semi-autonome	Non-Autonome	Ne sait pas	Total
Non réponse	16	8	3	4		31
Déficience intellectuelle	11	92	66	8	2	179
Handicap psychique	8	80	34	3	4	129
Autisme-TED /Troubles autistiques		10	12	6	1	29
TCC	2	12	9	4	1	28
Déf. motrice	1	39	32	14	2	88
Polyhandicap		7	11	19		37
Traumatisme crânien		10	4	5	1	20
Déf. auditive	2	13	3		2	20
Déficience visuelle	3	15	10	6	3	37
Maladie chronique invalidante	5	40	27	16	1	89
Ne sait pas		24	5	1	7	37
AVC / Maladies cardio-vasculaires		4	2			6
Maladies génétiques		3	1			4
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1	12	10	1		24
Tr. apprentissages et Tr. du langage			1			1
Troubles dépressifs / dépression	1	6	4		1	12
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs	1	8	5	2		16
TRISOMIE		3	4	3		10
Total	51	386	243	92	25	797

➤ Le niveau d'autonomie globale

En croisant les échelles d'autonomie, il a été possible de construire "l'autonomie globale" des adultes enquêtées.

TABLEAU 32.

Degré d'autonomie physique ↓	Degré d'autonomie Intellectuelle ↓					Total
	Non réponse	Autonome	Semi autonome	Non autonome	Ne sait pas	
Non réponse	26	20	1	1	3	51
Autonome	16	277	85	6	2	386
Semi-autonome	12	51	147	32	1	243
Non-Autonome	1	13	10	68		92
Ne sait pas		4	2	1	18	25
Total	55	365	245	108	24	797

Près d'un tiers des adultes (277) se considèrent autonomes dans les actes de la vie quotidienne ; à l'inverse, à peine 10% se disent non autonomes dans aucun des registres (et donc très dépendantes de leur entourage).

Tous les autres sont dans l'autonomie pour un seul des deux registres ou dans la semi autonomie.

La variable âge entre aussi en considération. A chaque tranche d'âge, la part des personnes en autonomie existe bien mais elle décroît avec le vieillissement des personnes.

En conclusion, l'analyse du profil des personnes enquêtées, articulée aux besoins d'accueil temporaire exprimés (*détaillés en seconde partie*) permet d'identifier la nécessité de proposer un dispositif d'accueil temporaire susceptible de répondre à des problématiques relativement différentes, voir même hétérogènes en nature et en intensité des troubles et des difficultés.

3- Situation actuelle des personnes en situation de handicap ayant répondu à l'enquête

- 3.1. Environnement familial en soutien de la personne handicapée**
- 3.2. Environnement institutionnel**
- 3.3. Localisation géographique des répondants**

3.1. Environnement familial en soutien de la personne handicapée des répondants

C'est aussi sur la base de l'habitat personnel et de l'environnement familial que l'on va pouvoir approcher les conditions dans lesquelles émerge le besoin et l'attente d'accueil temporaire.

● Enfants

TABLEAU 33.

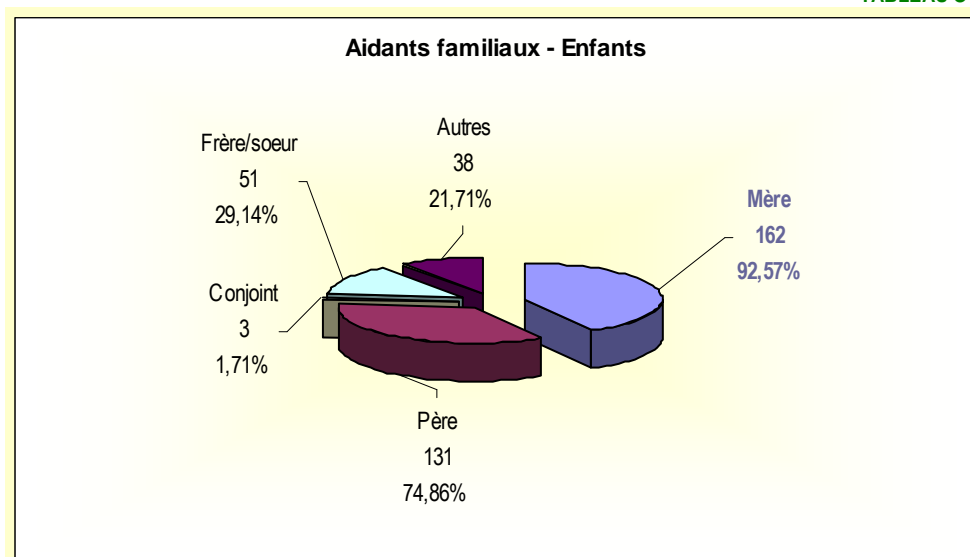
	Effectif	% Sur 212 répondants
Non réponse	4	
Domicile parental	206	97,1%
Institution médico-sociale	3	1,4%
Famille d'accueil	2	0,9%
Autre (sans précision)	1	0,5%
Total / interrogés	216	

Interrogés : 216 / Répondants : 212 / Réponses : 212
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

La quasi-totalité des enfants vivent au domicile parental (97%).

La mère occupe à nouveau une place importante en tant qu'aidant familial (162 fois cités), ce qui évoque la question du répit et du relais nécessaire.

TABLEAU 34.



* conjoint : les parents ont répondu en leur nom propre

● **Adultes**

TABLEAU 35.

	Effectif	% Sur 779 répondants
Non réponse	18	
Domicile parental	254	32,6%
Logement indépendant	400	51,3%
Institution médico-sociale	106	13,6%
Maison de retraite	2	0,3%
Appartement thérapeutique	2	0,3%
Famille d'accueil	8	1,0%
Autre (sans précision)	1	0,1%
Domicile autre entourage familial (soeur, frère, cousine)	6	0,8%
Total / interrogés	797	

Interrogés : 797 / Répondants : 779 / Réponses : 779
 Pourcentages calculés sur la base des interrogés

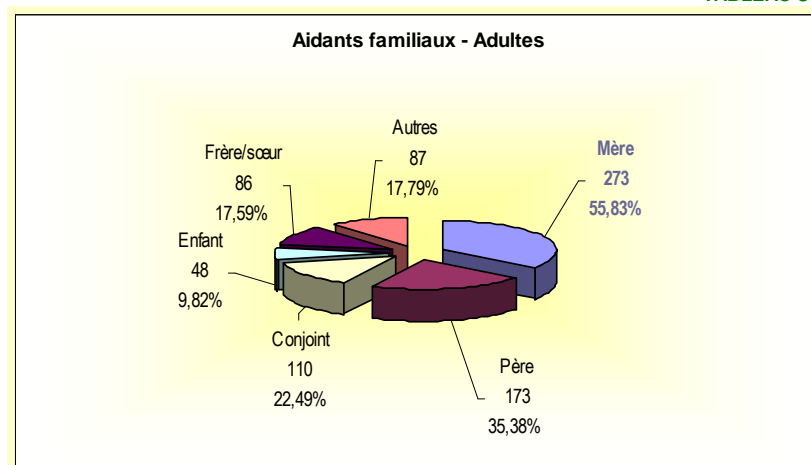
La moitié des adultes ayant répondu à cette question précisent vivre dans un logement indépendant (seuls ou en union).

Notons que 23 conjoints sont également handicapés et 5 sont âgés de plus de 65 ans.

Un tiers des adultes vivent au domicile parental (soit 254 personnes).

Parmi ces parents, 74 sont âgés de plus de 65 ans, et 17 sont handicapés.

TABLEAU 36.



**La mère est aussi repérée
 comme aidant familial
 principal.**

TABLEAU 37.

Situation de la mère en fonction de l'âge de la personne adulte

	Vit au foyer	Travaille	Aide et accompagne régulièrement	Aide et accompagne parfois
18 - 20 ans	25	17	9	1
21 - 30 ans	74	48	42	10
31 - 40 ans	46	19	40	15
41 - 50 ans	29	5	29	12
51 - 60 ans	22	2	15	8
61 ans et plus	2		2	
Total	197	91	137	46

(non réponses exclues)

Nous constatons que la variable "aide et accompagne" diminue avec l'avancée en âge des adultes handicapés.

TABLEAU 38.

Situation du père en fonction de l'âge de la personne adulte

	Vit au foyer	Travaille	Aide et accompagne régulièrement	Aide et accompagne parfois
18 - 20 ans	17	15	4	2
21 - 30 ans	61	44	28	7
31 - 40 ans	29	12	22	8
41 - 50 ans	18	2	14	4
51 - 60 ans	7	3	4	
61 ans et plus	1		1	
Total	133	76	73	21

De même pour la **place du père** cité également dans un tiers des situations (173 fois soit 38%)

Il convient donc de soutenir les aidants sur lesquels repose en grande partie la composante « vie à domicile », alors que les évolutions de la cellule familiale, les contraintes de la vie professionnelle et l'allongement de l'espérance de vie, sont autant d'obstacles croissants à la mise en œuvre de cette solidarité naturelle.

3.2. Accompagnement sanitaire, social et médico-social

Bien sûr, ces personnes n'auront pas en principe le plus urgent besoin d'accueil temporaire car elles bénéficient déjà de solutions (mais dont certaines sont seulement partielles).

● *Enfants*

Près de la moitié des enfants (98) bénéficient d'un accompagnement médico-social ou sanitaire à temps partiel.

Seuls trois enfants sont accueillis à la semaine (avec hébergement) dans une structure médico-sociale.

Quant au suivi à domicile, cela concerne 14 % des enfants enquêtés (majoritairement par un SESSAD).

(Notons que la scolarité en milieu ordinaire reste exceptionnelle et ne concerne que 12 enfants).

- ↳ La situation actuelle des enfants, résultant davantage du choix de la famille, plus qu'en raison de l'offre institutionnelle, est jugée majoritairement adaptée par tous.

● *Adultes*

106 personnes sont accueillies à temps complet par une structure médico-sociale, de type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Foyer Occupationnel (FO) et Foyer d'Hébergement (FH).

⇒ 50% déclarent bénéficier de cet accueil du lundi au vendredi, et 37% la semaine et le week-end.

Par ailleurs, 20% des adultes enquêtés (157) bénéficient de l'intervention d'un professionnel à domicile (majoritairement par un SAMSAH ou un SAD / mais également par un SSIAD ou un SAVS).

(Notons que 9 personnes travaillent en milieu ordinaire et 63 personnes en ESAT).

- ↳ La situation actuelle des adultes résulte également davantage du choix de la personne handicapée elle-même et de sa famille, que de l'offre institutionnelle. Celle-ci est jugée majoritairement adaptée par tous.

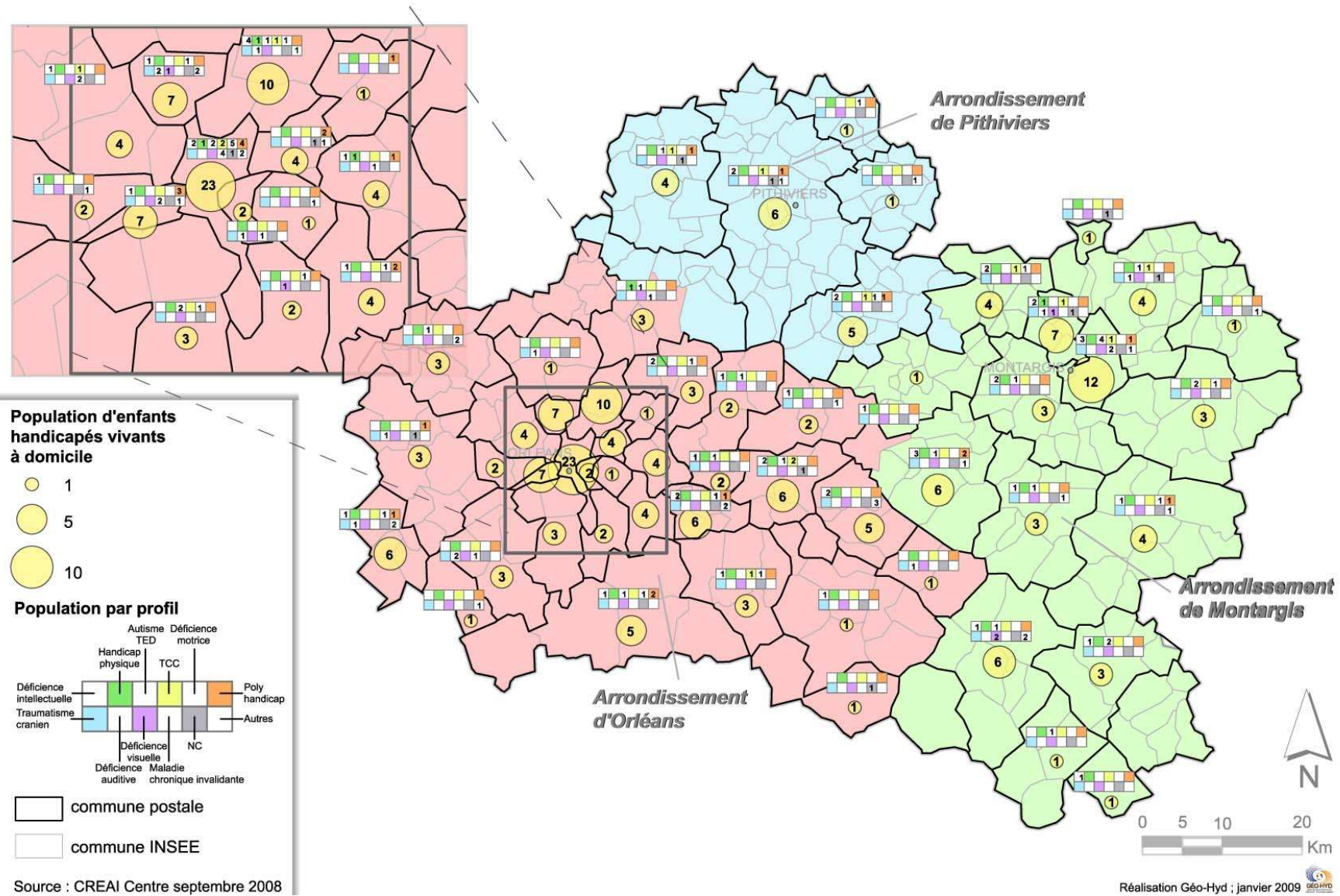
3.3. Localisation géographique des répondants

⇒ Voir en pages 32 et 33 :

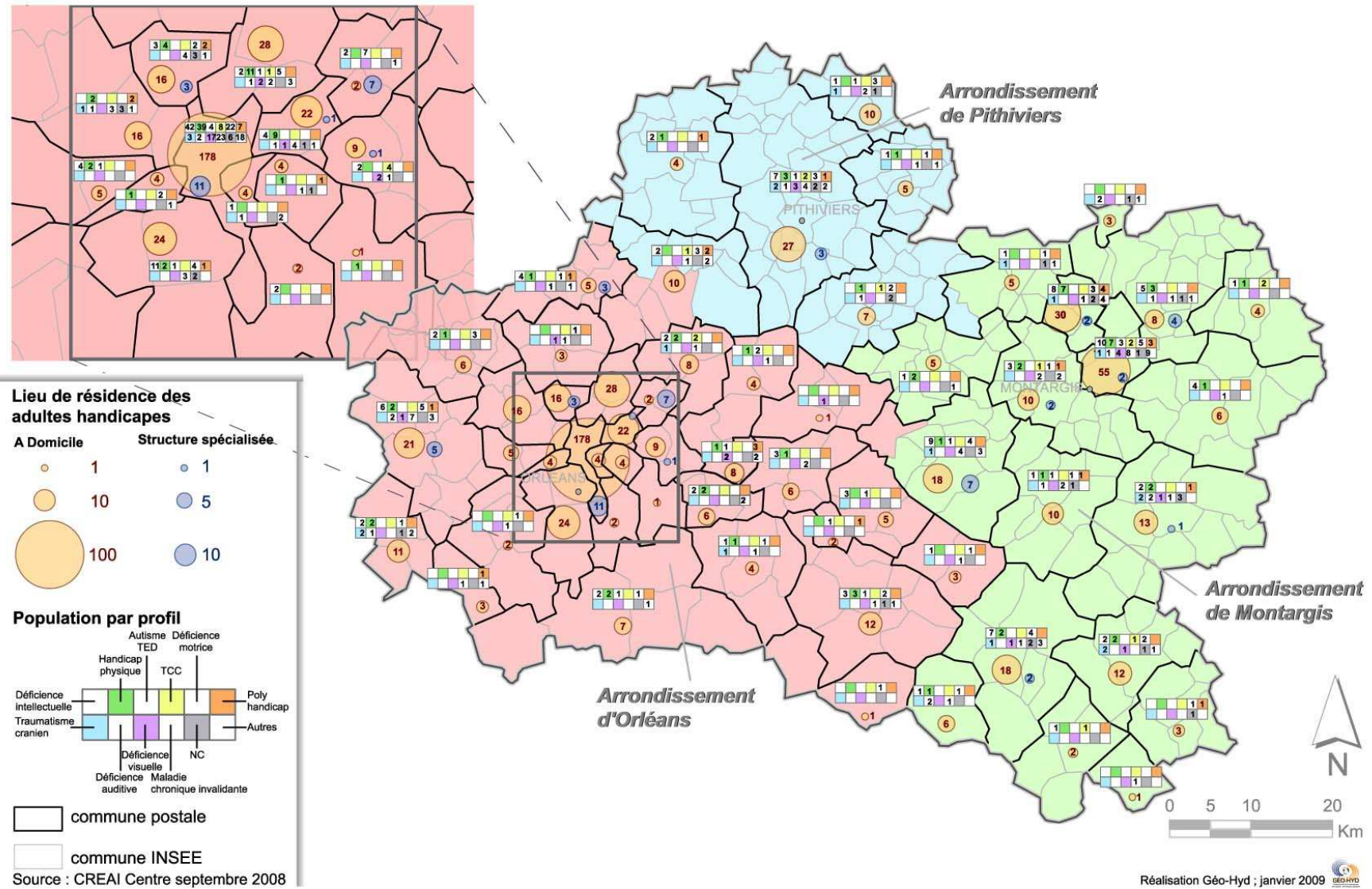
CARTE 1. LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DES ENFANTS (SEPTEMBRE 2008)

CARTE 2. LOCALISATION GEOGRAPHIQUE DES ADULTES (SEPTEMBRE 2008)

Localisation et profils des enfants handicapés ayant répondu à l'enquête (septembre 2008)



Localisation et profils des adultes handicapés ayant répondu à l'enquête (septembre 2008)



● 2^{ème} partie

Etat des lieux des besoins d'accueil temporaire dans le Loiret

1. **Le vécu des personnes enquêtées : un révélateur de l'important besoin d'accueil temporaire**
2. **Connaissance du dispositif et besoins dans le département du Loiret**

Rappelons que l'enquête a pour objectif de faire le point sur les besoins d'accueil temporaire, actuels ou à terme, pour les personnes en situation de handicap, résidant dans le département du Loiret, et selon des modalités très diverses, contribuant à la réalisation de leur projet de vie.

La circulaire du 12 mai 2005⁵ précise effectivement que l'accueil temporaire n'est pas seulement une modalité " d'aide aux aidants " ; il constitue aussi « un élément de souplesse et de réactivité dans la palette des différentes modalités d'accompagnement », y compris le maintien à domicile des personnes handicapées qui le souhaitent.

Les 1 013 questionnaires auto-administrés exploités (remplis par les personnes concernées ou leurs accompagnants immédiats - familiaux ou professionnels -) apportent des éléments importants dans le repérage des besoins départementaux. Certes, il est vraisemblable que l'enquête minimise les besoins les moins urgents alors que la situation objective des personnes (et son évolution probable) laisserait supposer un besoin futur.

Quoi qu'il en soit, cette étude aura atteint son double objectif :

- rendre compte de centaines de situations susceptibles d'être intéressées par cette modalité d'accueil ;
- diffuser de l'information avec un questionnaire qui a suscité de la curiosité et des réactions (*cf. nombreux appels téléphoniques, courriers joints au questionnaire*).

⁵ Circulaire DGAS/SD 3 C n°2005-224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées.

1- Le vécu des personnes enquêtées : un révélateur de l'important besoin d'accueil

1.1. Identification des personnes ayant eu recours à une formule d'accueil temporaire en 2006/2007

1.2. Les motifs et les durées de recours à une formule d'accueil temporaire

1.3. Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)

Notre premier objectif a été d'évaluer le nombre de personnes ayant eu besoin de recourir à une modalité d'accueil temporaire au cours des deux dernières années (2006/2007) et d'en identifier le plus précisément possible les motifs.

Il a également été demandé aux répondants, pour un certain nombre de situations proposées, d'estimer la durée (en nombre de jours) des séjours, ainsi que de préciser la solution utilisée.

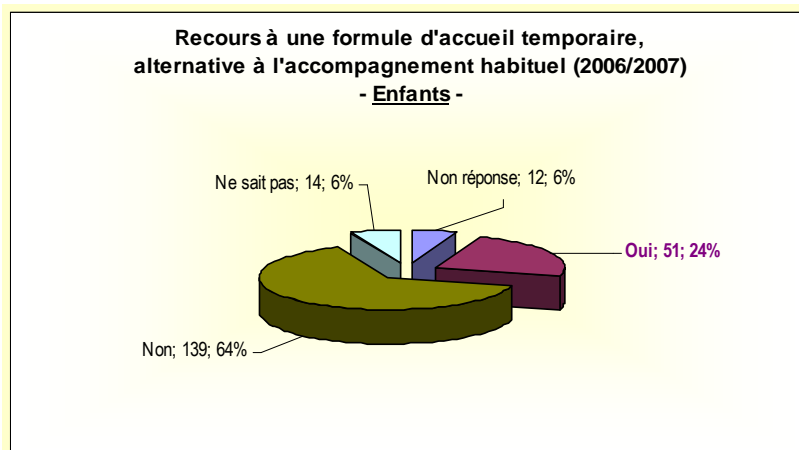
De manière générale, les personnes ont rencontrées des difficultés pour répondre à ces items : incompréhension des questions, complexité à mettre en mots leur expérience ...Le nombre important de "non" et de "non réponse" doit donc être pris en compte dans cette analyse.

1.1 Identification des personnes ayant eu recours à une formule d'accueil temporaire en 2006/2007

- 225 personnes, enfants et adultes, affirment avoir eu recours au cours des deux dernières années à une formule d'accueil temporaire.

- **Enfants** : 24% des enfants enquêtés ont eu recours à une formule d'accueil temporaire

TABLEAU 39.



Rappel :
216 situations d'enfants repérées.

↪ **51 enfants (soit 24% des situations repérées)** disent avoir eu recours au cours des deux dernières années (2006/2007) à une formule d'accueil temporaire alternative à leur accompagnement habituel.

Quel est le profil de ces 51 enfants ?

La quasi-totalité de ces enfants (48) **vivent au domicile parental**, soit avec leurs deux parents (33), soit avec l'un d'entre eux (14) (*une situation non précisée*).
(Notons que pour une de ces situations, un des **parents est handicapé**).

- Parmi ces enfants, 9 ne bénéficient **d'aucun accompagnement particulier**.
- 26 enfants sont accueillis de jour dans une structure médico-sociale (IME/EPEAP/CAMSP).
- 1 enfant est suivi de jour par une structure sanitaire (CATTP).
- 6 enfants sont suivis à domicile par un professionnel (SESSAD, SAD).
- 6 modes d'accompagnement non précisés.

Un seul enfant est accueilli à temps complet dans une structure médico-sociale (IME).

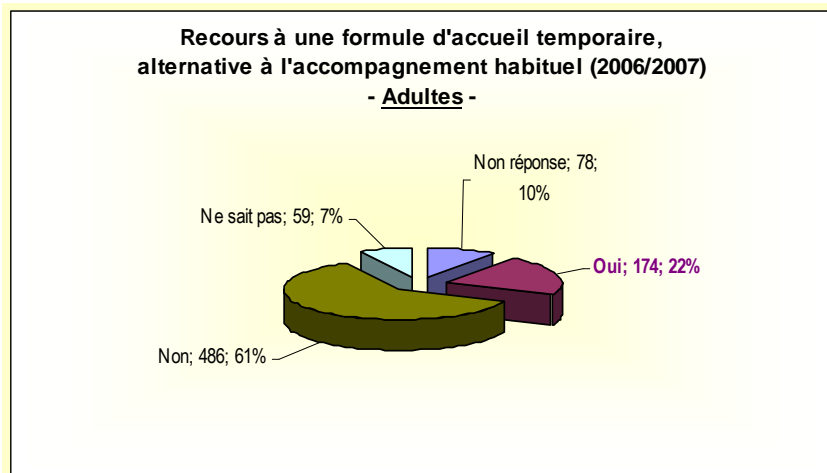
[Deux lieux de vie habituels n'ont pas été précisés].

Ces situations ont concerné majoritairement des enfants **déficients intellectuels, polyhandicapés ou ayant des troubles envahissants du développement/autistiques**, ayant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100%, se considérant comme **non autonomes** dans les actes de la vie courante.

Au regard du profil de ces enfants, il est certain que l'un des motifs principal de recours à une formule d'accueil temporaire aura été la nécessité d'étayer, à un moment donnée, les aidants familiaux ; ce que les chiffres confirmeront ci-après.

● **Adultes : 22% des adultes enquêtés ont eu recours à une formule d'accueil temporaire**

TABLEAU 40.



Rappel :
797 situations d'adultes repérées.

↳ **174 adultes (soit 21,8% des situations repérées)** disent avoir également eu recours au cours des deux dernières années (2006/2007) à une formule d'accueil temporaire alternative à leur accompagnement habituel.

Quel est le profil de ces 174 adultes ?

Plus d'un tiers de ces personnes (62) sont dans un **logement indépendant** : 27 d'entre-deux sont mariés et vivent avec leur conjoint (deux conjoints sont âgés de plus de 65 ans et trois sont également **handicapés**), avec ou sans enfant à charge ; six avec leur(s) enfant(s) uniquement.

➤ Autrement dit, 29 personnes **vivent seules**.

Un autre tiers des personnes (68) vit au **domicile parental** (26 d'entre eux n'ont d'ailleurs plus qu'un seul parent).
(Notons que dans 22 situations, le **parent est âgé de plus de 65 ans** ; et 5 parents sont également **handicapés**).

Une personne vit chez un autre membre de la famille.

Parmi ces 131 personnes :

- 59 ne bénéficient **d'aucun accompagnement particulier**.
- 17 adultes sont accueillis de jour dans une structure médico-sociale (FH/FO/FAM/MAS/IME/EAT)
- 6 adultes sont suivis de jour par une structure sanitaire (CATTP, CMP, hôpital).
- 44 sont suivis à domicile par un professionnel (SAVS/SAMSAH/SAD/SSIAD)

- 39 personnes sont accueillies à temps complet dans une structure médico-sociale (dont une fois en maison de retraite).
- 2 adultes sont accueillis au sein d'une famille d'accueil.

[Deux lieux de vie habituels n'ont pas été précisés].

Comme pour les enfants, nous pouvons dire que plus le handicap est important (et donc aussi la dépendance), plus le besoin est fort. Ainsi ces situations ont concerné dans la quasi-totalité des adultes ayant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100% et considérés comme **semi autonomes** ou **non autonomes** dans les actes de la vie courante. Ce sont des personnes déficientes intellectuelles, déficientes motrices, ayant un handicap psychique ou une maladie chronique invalidante. Quelques personnes polyhandicapés ou ayant des troubles envahissants du développement/autistiques ont également bénéficié de cet accueil.

L'accueil temporaire est une modalité d'accompagnement conçue pour répondre aux besoins de ce type de public :

- personnes à domicile
- absence d'accompagnement institutionnel
- dépendantes d'autrui
- aidant familial vieillissant [...]

Il n'est donc pas surprenant que ces personnes aient eu la nécessité de recourir à une telle formule.

➤ **A contrario, plus de la moitié des personnes enquêtées (adultes et enfants) n'ont jamais eu recours à ce dispositif.**

(Remarque : davantage de personnes ont répondu aux questions ci-après : des incohérences de réponses sont à nouveau détectées. Il convient donc de nuancer en revoyant à la hausse le chiffre des personnes ayant eu recours à une formule d'accueil temporaire).

Pour quelles raisons ? Celles-ci sont apparemment très diverses. Citons quelques exemples :

- **Absence de besoin identifié**
 - « Notre fille est dans un centre qui ne ferme pas pendant les périodes de vacances scolaires ».
 - « Je reste toujours au foyer ».
 - « Pas de besoin particulier, autonome ».
 - « Le problème ne s'est pas posé ».
- **Méconnaissance du dispositif**
 - « J'ai eu besoin mais je n'ai pas su à qui m'adresser ».
 - « Méconnaissance des structures ».
 - « Par manque d'informations ».
 - « Pas de propositions »
 - « Besoin d'une personne pour s'occuper de notre enfant dans un centre de loisirs. Personne ne se sent concerné par nos problèmes. Qui recrute ? qui paye ? Pas de réponse, ni au niveau de la mairie, ni au niveau de la MDPH ».
- **Insuffisance de l'offre**
 - « La disponibilité et le coût »
 - « Nous emmenons notre fils avec nous systématiquement : pas d'autre solution »
 - « Expériences antérieures peu satisfaisantes »
 - « Car n'existe pas à côté de chez nous »
 - « Difficultés à trouver et surtout à avoir confiance en un intervenant extérieur »
- **Rôle des aidants**
 - « Epouse à la retraite depuis mai 2006 ».
 - « Je ne laisse pas ma fille, je l'accompagne tout le temps ».
 - « Nous nous occupons de tout ».
 - « En cas de nécessité, nous faisons appel à notre entourage amical et professionnel ».
 - « Sa maman adapte ses horaires de travail en fonction de la prise en charge d'Hadrien ».
 - « Avons la chance d'avoir la famille et les amis qui nous rendent service ».
 - « On se débrouille entre nous »

A la lecture de ces commentaires, et au regard des résultats présentés ci-dessous, nous pouvons supposer que **les besoins réels d'accueil temporaire** (et qui ne se sont pas forcément concrétisés) **ont été largement supérieurs à ceux exprimés par les répondants.**

D'autant que les personnes ont apparemment une vision encore marquée par “ le tout ou rien institutionnel” :

- « On ne souhaite pas d'accueil en dehors du domicile familial ».
- « Souhait de rester en permanence à domicile ».
- « Nous ne voulons pas laisser notre enfant à des inconnus ».

1.2 Les motifs et les durées de recours à une formule d'accueil temporaire

Cette formule d'accueil temporaire, alternative à l'accompagnement habituel, a été utilisée pour répondre à différents besoins :

Besoins liés au projet de la personne (51%)	
Besoins liés à la situation de l'aidant familial (49%)	-> indisponibilité de l'aidant familial (25%)
	-> besoin de répit des aidants familiaux (24%)

(Remarque : 73 enfants et 231 adultes ont répondu ci-dessous, chiffres supérieurs à ceux annoncés précédemment)

1.2.1 Des besoins liés au projet de la personne handicapée

↳ 51% des situations concernent un besoin lié au projet de la personne handicapée.

- **Enfants : 33 personnes concernées** (45% des répondants)

TABLEAU 41.

Besoins liés au projet de la personne	Effectif	% sur 33 répondants
Séjour de préparation à l'entrée dans une institution, d'un retour à domicile, changement d'orientation ...	4	12,1%
Séjour lié au projet éducatif, de soins	7	21,2%
Séjour lié à un besoin de distanciation (crise, rupture) avec l'entourage, l'institution	8	24,2%
Séjour de vacances	17	51,5%
Séjour en attente de place en institution	1	3,0%
Autre raison éducative ou médicale	2	6,1%
Total / répondants	33	

Interrogés : 216 / Répondants : 33 / Réponses : 39
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

Le séjour de vacances a été le premier motif (**51,5%** des réponses) de recours à une formule alternative à l'accompagnement habituel. Mais s'agissait-il réellement d'accueil temporaire (au sens de la Loi)? En effet, comme le rappelle la circulaire 2005-224, ces situations ne doivent pas être confondues avec l'organisation des loisirs et vacances des personnes handicapées, y compris lorsque ces vacances se déroulent dans des conditions particulières (séjours en famille, en accueil ou en voyage), ne conférant pas à ces structures un caractère médico-social.

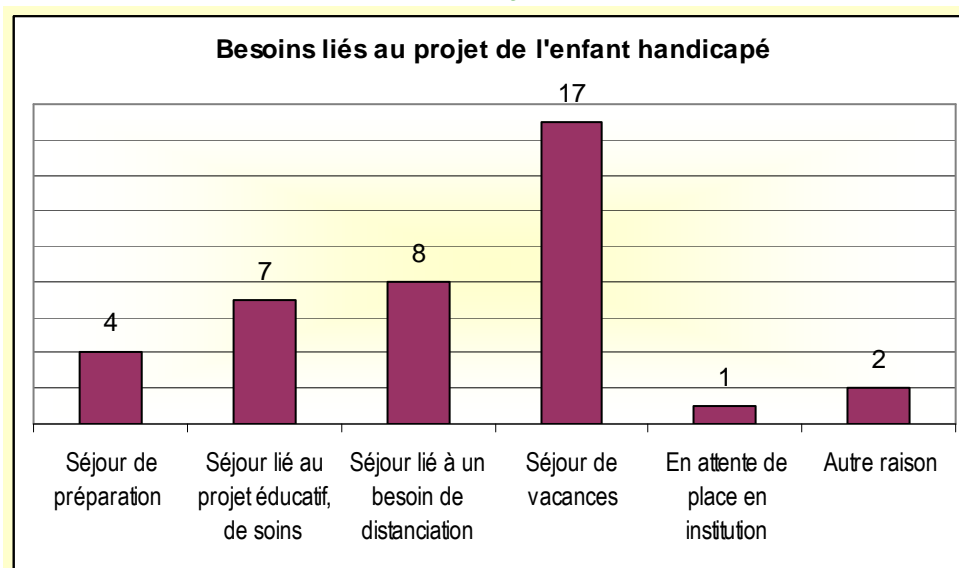
Le besoin de distanciation avec l'entourage ou l'institution a constitué la deuxième raison (**24,2%** des réponses).

Plusieurs remarques :

- “L’aide aux aidants” est la situation la plus communément invoquée et à laquelle peut répondre l’accueil temporaire.
Ce dispositif d’accompagnement constitue dans cette hypothèse une réponse importante dans une perspective de prévention des situations de maltraitance subies tant par les personnes handicapées, que leur famille.
- En raison de l’évolution des textes et des précisions apportées, les structures commencent depuis peu à apprécier l’opportunité de l’accueil temporaire pour répondre à un besoin de prise de distance dans la relation avec l’usager.
La circulaire 2005-224 rappelle cependant que cette démarche ne doit pas se faire dans l’urgence et la précipitation, mais au contraire, elle doit se préparer afin d’impacter favorablement l’évolution du projet de vie de la personne handicapée.

Un séjour lié au projet éducatif et de soins a été le troisième motif de recours à une formule temporaire (21,2% des réponses). Il concerne des enfants accueillis en établissement et pour qui l’accueil temporaire a permis de les observer dans un autre environnement et ainsi d’expérimenter d’autres pratiques dans un objectif d’évolution du projet.

TABLEAU 42.



Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans :

Les données obtenues démontrent bien que, quel que soit les motifs de recours à une formule d'accueil temporaire, alternative à l'accompagnement habituel, et liée au projet de la personne, il s'agissait de **courts séjours (majoritairement compris entre 1 et 30 jours)**.

- ↳ Nous pouvons donc considérer que toutes ces personnes ont eu besoin au cours des années 2006 et 2007 d'accueil temporaire (la durée étant inférieure aux 90 jours par an autorisés par la loi).

TABLEAU 43.

Séjour de préparation		Séjour lié projet éducatif, de soins		Séjour de distanciation	
	Effectif		Effectif		Effectif
1 à 15 j.	1	1 à 15 j.	3	1 à 15 j.	2
16 à 30 j.	1	16 à 30 j.	1	16 à 30 j.	3
31 à 60 j.	1	31 à 60 j.	1	31 à 60 j.	1
61 à 90 j.	-	61 à 90 j.	-	61 à 90 j.	1
141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	1
Total	4	Total	1	Total	8

Séjour de vacances		En attente de place en institution		Autre raison éducative ou médicale	
	Effectif		Effectif		Effectif
1 à 15 j.	9	1 à 15 j.	-	1 à 15 j.	1
16 à 30 j.	2	16 à 30 j.	-	16 à 30 j.	-
31 à 60 j.	4	31 à 60 j.	1	31 à 60 j.	1
61 à 90 j.	1	61 à 90 j.	-	61 à 90 j.	-
141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	-	141 à 180 j.	-
Total	17	Total	1	Total	2

⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des enfants et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

● **Adultes : 122 personnes concernées** (53% des répondants)

TABLEAU 44.

Besoins liés au projet de la personne	Effectif	% sur 122 répondants
Séjour de préparation à l'entrée dans une institution, d'un retour à domicile, changement d'orientation ...	25	20,5%
Séjour lié au projet éducatif, de soins	13	10,7%
Séjour lié à un besoin de distanciation (crise, rupture) avec l'entourage, l'institution	17	13,9%
Séjour de vacances	59	48,4%
Séjour en attente de place en institution	12	9,8%
Autre raison éducative ou médicale	25	20,5%
Total / répondants	122	

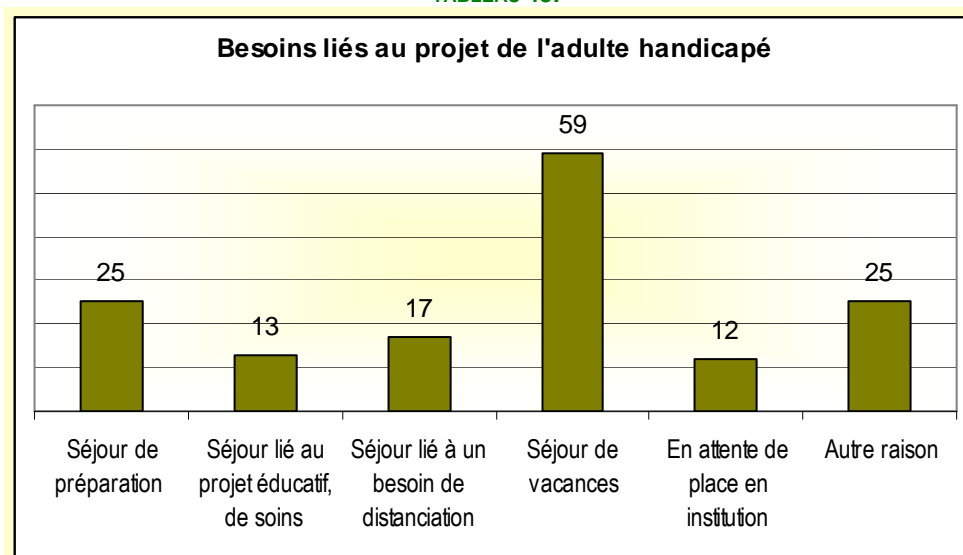
Interrogés : 797 / Répondants : 122 / Réponses : 151
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

Comme pour les enfants, le **séjour de vacances** a constitué pour les adultes le premier motif de recours à une formule d'accueil temporaire, et ce, dans la majorité des situations (**48,4%** des réponses).

Vient ensuite la réalisation d'un **séjour de préparation** (à l'entrée dans une institution, d'un retour à domicile, changement d'orientation ...**20,5% des réponses**).

Autrement dit, l'accueil temporaire a été utilisé dans cette hypothèse comme un mode d'essai afin de faire évoluer, à brève échéance, certaines situations.

TABLEAU 45.



Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans :

A nouveau, nous remarquons que les séjours d'accueil, alternatif à l'accompagnement habituel, et liés au projet de la personne, ont été de **courtes durées (majoritairement compris entre 1 à 60 jours)**.

Nous pouvons cependant remarquer que la durée des séjours liés à l'attente d'une place en institution est légèrement plus élevée que la moyenne, illustrant ainsi le recours encore très fréquent à l'accueil temporaire comme un moyen de pallier les insuffisances de places en accueil permanent (et cela sous la pression de la liste d'attente).

TABLEAU 46.

Séjour de préparation		Séjour lié projet éducatif, de soins		Séjour de distanciation	
	Effectif		Effectif		Effectif
1 à 15 j.	8	1 à 15 j.	7	1 à 15 j.	8
16 à 30 j.	8	16 à 30 j.	1	16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	4	31 à 60 j.	-	31 à 60 j.	1
61 à 90 j.	3	61 à 90 j.	1	61 à 90 j.	2
91 à 140 j.	1	91 à 140 j.	3	91 à 140 j.	3
141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	2
Total	25	Total	13	Total	17

Séjour de vacances		En attente de place en institution		Autre raison éducative ou médicale	
	Effectif		Effectif		Effectif
1 à 15 j.	17	1 à 15 j.	3	1 à 15 j.	5
16 à 30 j.	17	16 à 30 j.	1	16 à 30 j.	5
31 à 60 j.	14	31 à 60 j.	3	31 à 60 j.	3
61 à 90 j.	9	61 à 90 j.	2	61 à 90 j.	2
91 à 140 j.	2	91 à 140 j.	-	91 à 140 j.	2
141 à 180 j.	-	141 à 180 j.	3	141 à 180 j.	8
Total	59	Total	12	Total	25

⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des adultes et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

1.2.2 Des besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial

↳ 25% des situations concernent un besoin lié à l'indisponibilité de l'aidant familial.

● **Enfants : 18 personnes concernées** (25% des répondants)

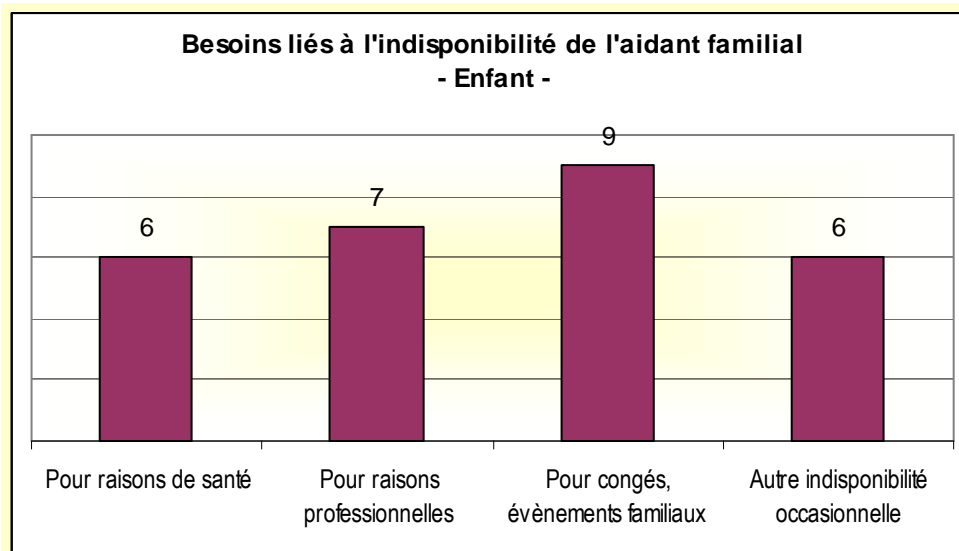
TABLEAU 47.

Besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial	Effectif
Pour raisons de santé	6
Pour raisons professionnelles	7
Pour congés, évènements familiaux	9
Autre indisponibilité occasionnelle	6
Total / répondants	18

Interrogés : 216 / Répondants : 18 / Réponses : 28
 (non réponses exclues)

Ces situations concernent exclusivement des enfants qui vivent au domicile parental.
 Les besoins se manifestent ici dans **une nécessité** (prévisible ou non, urgente ou non) de trouver une solution alternative en raison de l'indisponibilité temporaire de l'aidant familial.
 L'accueil temporaire présente dans ces hypothèses un **caractère plutôt exceptionnel**.

TABLEAU 48.



Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans:

Les durées des séjours liés à l'indisponibilité de l'aidant familial sont extrêmement courtes. Elles varient majoritairement **entre 1 et 15 jours** (ce qui est tout-à-fait cohérent). Nous sommes ici sur la recherche de solutions ponctuelles, occasionnelles.

TABLEAU 49.

Pour raisons de santé		Pour raisons professionnelles	
	Effectif		Effectif
1 à 15 j.	3	1 à 15 j.	3
16 à 30 j.	1	16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	1	31 à 60 j.	2
61 à 90 j.	-	61 à 90 j.	-
91 à 140 j.	-	91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	1	141 à 180 j.	1
Total	6	Total	7

En raison de congés, évènements familiaux		Autre indisponibilité	
	Effectif		Effectif
1 à 15 j.	4	1 à 15 j.	4
16 à 30 j.	3	16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	2	31 à 60 j.	1
61 à 90 j.	-	61 à 90 j.	-
91 à 140 j.	-	91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	-	141 à 180 j.	-
Total	9	Total	6

⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des enfants et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

● **Adultes : 59 personnes concernées** (26% des répondants)

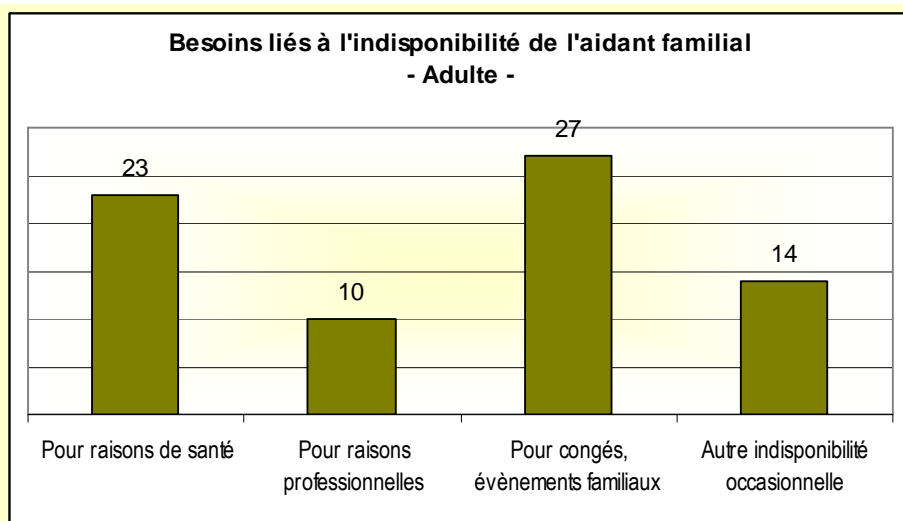
TABLEAU 50.

	Effectif	% Sur 59 répondants
Pour raisons de santé	23	39,0%
Pour raisons professionnelles	10	16,9%
Pour congés, évènements familiaux	27	45,8%
Autre indisponibilité occasionnelle	14	23,7%
Total / répondants	59	

Interrogés : 797 / Répondants : 59 / Réponses : 74
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

Une autre problématique est mise en évidence par ces chiffres : le vieillissement des parents. **39%** des répondants ont eu recours à une formule d'accueil temporaire en raison de la dégradation de **l'état de santé de l'aidant familial, 45,8% en raison des congés ou d'évènements familiaux.** (Cette tendance se confirme avec l'avancée en âge des adultes handicapés ayant répondu à l'enquête).

TABLEAU 51.



Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans :

Chez les adultes, les durées moyennes des séjours liés à l'indisponibilité de l'aidant familial sont légèrement plus élevées que dans le secteur enfant (et certainement plus fréquents). Selon le motif, elles varient principalement **de 1 à 60 jours.**

TABLEAU 52.

Pour raisons de santé	
	Effectif
1 à 15 j.	9
16 à 30 j.	3
31 à 60 j.	2
61 à 90 j.	2
91 à 140 j.	2
141 à 180 j.	5
Total	23

Pour raisons professionnelles	
	Effectif
1 à 15 j.	3
16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	4
61 à 90 j.	-
91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	2
Total	10

En raison de congés, Évènements familiaux	
	Effectif
1 à 15 j.	9
16 à 30 j.	6
31 à 60 j.	9
61 à 90 j.	1
91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	2
Total	27

Autre indisponibilité	
	Effectif
1 à 15 j.	10
16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	-
61 à 90 j.	1
91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	2
Total	14

⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des adultes et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

1.2.3 Des besoins liés au répit des aidants familiaux

Pour accompagner durablement la personne en situation de handicap, le répit de l'aidant familial est primordial.

Les données présentées ci-dessous illustrent parfaitement cette condition.

↳ Notons que près d'un tiers des enfants et un quart des adultes ayant affirmé avoir eu recours en 2006/2007 à une formule d'accueil temporaire sont ici concernées (soit au total 24% des personnes -enfants et adultes répondants-).

● **Enfants : 22 personnes concernées** (30% des répondants)

TABLEAU 53.

	Effectif	% Sur 22 répondants
Soulagement périodique de la famille	21	95,5%
Situation de crise familiale	2	9,1%
Total / répondants	22	

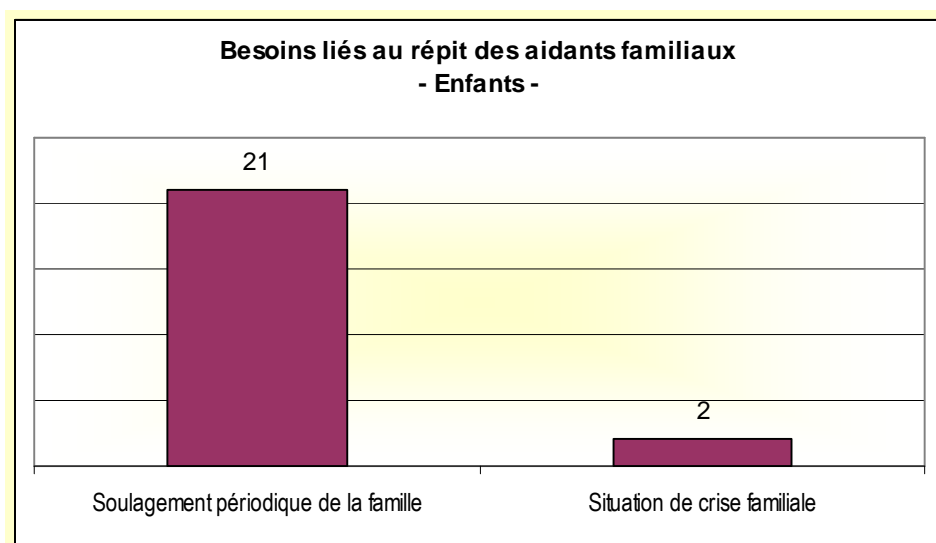
Interrogés : 216 / Répondants : 22 / Réponses : 23
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

Le besoin de soulager au quotidien la famille apparaît comme la raison principale de recours à une formule d'accueil temporaire (**95,5%** des répondants).

Ces situations concernent les enfants les plus lourdement handicapés et dits les moins autonomes.

La situation de crise familiale reste marginale ; illustrant parfaitement la distinction faite entre le temporaire et l'urgence.

TABLEAU 54.



Durée cumulée des séjours des enfants sur deux ans :

La moyenne des séjours, liés aux besoins de répit des aidants familiaux, varie, pour la majorité des situations, de **1 à 15 jours**.

TABLEAU 55.

Soulagement périodique de la famille		Situation de crise familiale	
	Effectif		Effectif
1 à 15 j.	10	1 à 15 j.	1
16 à 30 j.	5	16 à 30 j.	1
31 à 60 j.	5	31 à 60 j.	-
61 à 90 j.	1	61 à 90 j.	-
91 à 140 j.	-	91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	-	141 à 180 j.	-
Total	21	Total	2

☒ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des enfants et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

● **Adultes : 50 personnes concernées (22% des répondants)**

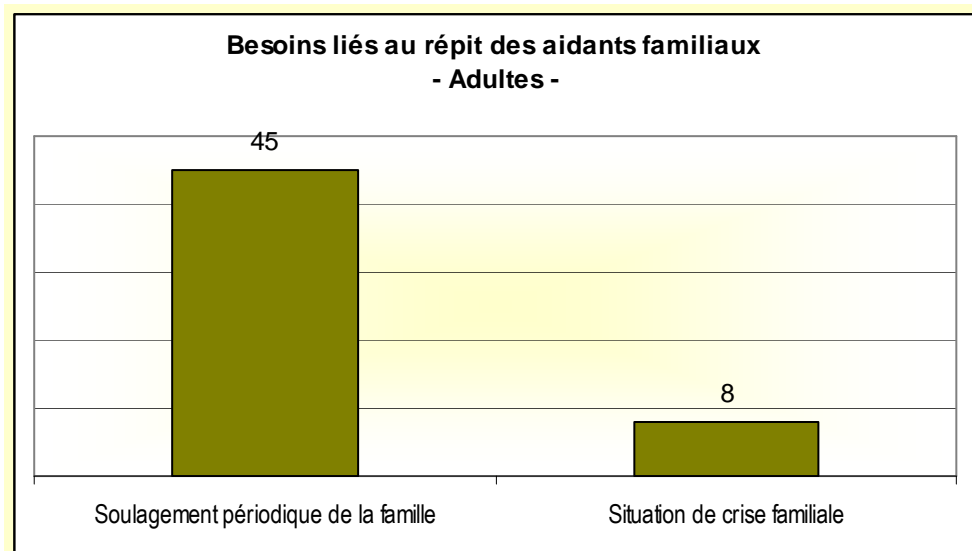
TABLEAU 56.

	Effectif	% Sur 50 répondants
Soulagement périodique de la famille	45	90,0%
Situation de crise familiale	8	16,0%
Total / répondants	50	

Interrogés : 797 / Répondants : 50 / Réponses : 53
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

45 personnes (soit **90%** des adultes répondants) ont bénéficié d'une formule d'accueil temporaire pour répondre aux **besoins de répit des aidants**.

TABLEAU 57.



Une corrélation peut être faite entre ces situations et l'avancée en âge des adultes handicapées concernés.

Durée cumulée des séjours des adultes sur deux ans :

Les durées moyennes des séjours sont également courtes dans le secteur adulte. Toutefois, les chiffres nous confirment que plus la personne handicapée avance en âge (et donc également l'aidant familial), plus les durées se rallongent.

Nous remarquons aussi que les séjours organisés pour résoudre une situation de crise familiale sont plus brefs que les autres (maximum 60 jours).

TABLEAU 58.

Soulagement périodique de la famille		Situation de crise familiale	
	Effectif		Effectif
1 à 15 j.	20	1 à 15 j.	5
16 à 30 j.	10	16 à 30 j.	2
31 à 60 j.	2	31 à 60 j.	1
61 à 90 j.	7	61 à 90 j.	-
91 à 140 j.	3	91 à 140 j.	-
141 à 180 j.	3	141 à 180 j.	-
Total	45	Total	8

⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des adultes et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

En conclusion, nous pouvons considérer que 35% des enfants et 30% des adultes ayant répondu à l'enquête (soit 304 personnes au total*) ont eu besoin au cours des années 2006 et 2007 d'une formule d'accueil temporaire (la durée moyenne utilisée étant inférieure aux 90 jours par an autorisés par la loi).

Mais il s'agit là très certainement d'une sous-estimation des besoins réels, en raison de nombreux questionnaires non renseignés.

* Rappel : 73 enfants et 231 adultes ont répondu à la question 1.2 « Motifs et durées », chiffres supérieurs à ceux ayant répondu à la question 1.1. = cette incohérence de données nous amène en prendre en compte les chiffres les plus élevés).

1.3 Solution alternative à l'accompagnement habituel utilisée au moins une fois (en 2006/2007)

Cette formule d'accueil temporaire, alternative à l'accompagnement habituel, a été utilisée pour répondre à différents besoins.

● **Enfants : un objectif de maintien à domicile**

TABLEAU 59.

	Effectif	% sur 76 répondants
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé médico-social	21	27,6%
Dans une autre structure spécialisée médico-sociale	13	17,1%
Recours à une offre spécifique au sein de l'établissement fréquenté	8	10,5%
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé sanitaire	2	2,6%
Dans une structure sanitaire	1	1,3%
Dans une famille d'accueil	2	2,6%
Par l'intervention d'une tierce personne à domicile (professionnelle ou non)	20	26,3%
Dans l'entourage (famille, amis, voisins) hors domicile habituel	29	38,2%
Autre	13	17,1%
Total / répondants	76	

Interrogés : 216 / Répondants : 76 / Réponses : 109
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (non réponses exclues)

↳ 76 enfants⁶ ont répondu à cette question.

Plus d'un tiers d'entre eux (**38,2%**) ont fait **appel à un membre de l'entourage** pour répondre à un besoin d'accueil temporaire de l'enfant (majoritairement lié à l'indisponibilité de l'aidant familial habituel) ; **26,3%** à **une tierce personne** ayant intervenu à domicile (professionnel ou non).

21 personnes (soit 27,6% des répondants) ont quant à elles eu recours à une structure d'accueil temporaire spécialisée.

Rappelons que dans le département du Loiret, deux établissements proposent aux enfants de l'accueil temporaire :

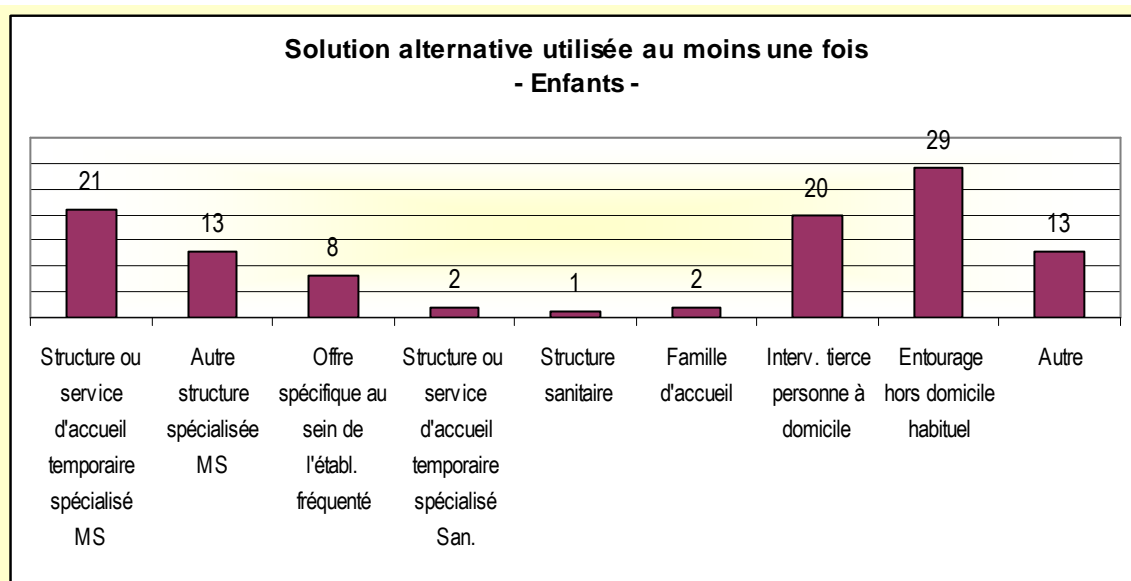
Structure :	Gérée par :	Située à :	Nombre de places :
IME Les Chatelliers	ASDM La Couronnerie	St Hilaire St Mesmin	1 place pour enfants de 4 à 20 ans
Le Levain	ASSEPH	Orléans	7 places

Notons par ailleurs que 13 enfants (soit 17,1% des répondants) ont pu bénéficier d'une formule d'accueil temporaire au sein d'une autre structure que celle habituellement fréquentée, illustrant les collaborations nouvelles et possibles entre établissements médico-sociaux.

Majoritairement, les solutions recherchées pour l'accueil temporaire des enfants avaient pour objectif leur maintien à domicile.

⁶ Chiffre supérieur à celui annoncé précédemment: ce qui met en évidence les incohérences de réponses relevées dans de nombreux questionnaires.

TABLEAU 60.



⇒ Quelle que soit la solution alternative utilisée, le niveau de satisfaction était majoritairement satisfaisant : la formule utilisée a été jugée dans la quasi-totalité des cas « *Très adaptée* » ou « *Adaptée* ».

● **Adultes : le recours à des solutions multiples**

TABLEAU 61.

	Effectif	% sur 244 répondants
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé médico-social	87	35,7%
Dans une autre structure spécialisée médico-sociale	35	14,3%
Recours à une offre spécifique au sein de l'établissement fréquenté	28	11,5%
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé sanitaire	8	3,3%
Dans une structure sanitaire	10	4,1%
Maison de retraite	4	1,6%
Dans une famille d'accueil	8	3,3%
Par l'intervention d'une tierce personne à domicile (professionnelle ou non)	53	21,7%
Dans l'entourage (famille, amis, voisins) hors domicile habituel	46	18,9%
Autre	32	13,1%
Total / répondants	244	

Interrogés : 797 / Répondants : 244 / Réponses : 311
Pourcentages calculés sur la base des répondants
(non réponses exclues)

↳ 244 adultes⁷ ont répondu à cette question.

35,7% d'entre eux (correspondant à 87 adultes) ont eu recours, au cours des années 2006/2007, à de l'accueil temporaire au sein d'une **structure spécialisée** à cet effet.

⁷ Chiffre supérieur à celui annoncé précédemment : ce qui met en évidence les incohérences de réponses relevées dans de nombreux questionnaires.

Nous comptabilisons aujourd'hui dans le département du Loiret 18 structures proposant de l'accueil temporaire, soit un total de 57 places. Il s'agit de :

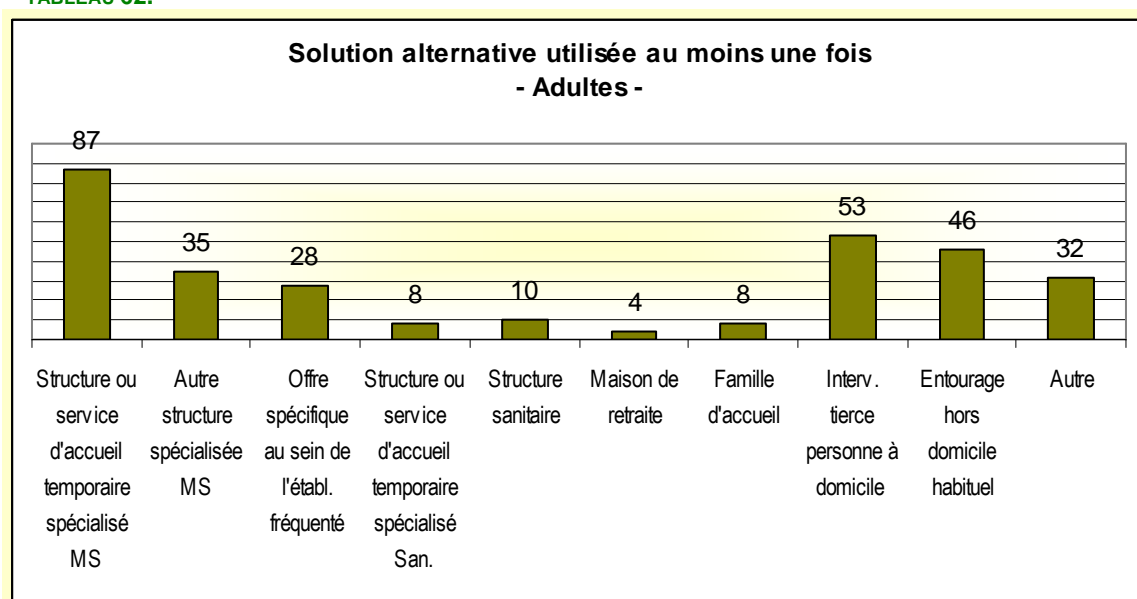
Structure :	Gérée par :	Située à :	Nombre de places :
Foyer de Vie Le Clos Roy	Association Les Clos du Loiret	Lorris	2 places à partir de 20 ans
Foyer Les Papillons Blancs	ADAPEI du Loiret	Orléans	1 place de 20 à 60 ans
Foyer Le Clair Ruisseau	ADAPEI du Loiret	Poilly Les Gien	1 place de 18 à 60 ans
Foyer Le Chêne Maillard	ADAPEI du Loiret	Saran	1 place de 20 à 60 ans
Foyer La Grimbonnerie	ADAPEI du Loiret	Villemandeur	2 places à partir de 20 ans
Foyer Les Terres Blanches	ADAPEI du Loiret	Amilly	1 place à partir de 20 ans
Résidence Les fontaines	ADAPEI du Loiret	Gien	2 places
MAS La Devinière	ADPEP du Loiret	Saint Jean de Braye	2 places à partir de 18 ans
Foyer de Vie Le Petit Cormier	AEFH	Saint Jean de Braye	8 places à partir de 20 ans
Maison familiale La sablonnière	AEFH	Marigny les Usages	14 places à partir de 18 ans
Accueil de jour	AEFH	Marigny les Usages	3 places à partie de 18 ans
Foyer de L'Herbaudière	APAJH du Loiret	Meung sur Loire	1 place partir de 18 ans
Foyer Jacques Cartier	APAJH du Loiret	Orléans	2 places de 18 à 60 ans
Foyer de Vie La Clairière	APHL	Fleury les Aubrais	3 places à partir de 18 ans
MAS Domaine de Chanteloup	ARRIMC	Dadonville	2 places de 18 à 60 ans
Foyer de Vie Les Amis de Pierre	Association Les Amis de Pierre	Orléans	2 places à partir de 18 ans
MAS Handas	HANDAS – APF	Lorris	2 places de 18 à 60 ans
FAM Le Hameau de Julien	Sésame Autisme	Boigny sur Bionne	7 places de 18 à 50 ans
Foyer Les 100 Arpents	Société mutualiste BNP	Saran	1 place à partir de 20 ans

Par ailleurs, **14,3%** des répondants ont pu bénéficier d'un accueil **dans une autre structure** spécialisée, et **11,5%** d'une **offre spécifique au sein de l'établissement fréquenté**.

- Cela concerne les adultes les plus lourdement handicapés et dits les moins autonomes dans les actes de la vie quotidienne.
Ce sont aussi des personnes qui ont généralement identifiés peu d'aidants familiaux.

Pour les adultes vivant à domicile, **21,7%** des répondants ont fait intervenir une **tierce personne à domicile** ; et **18,9%** ont fait appel à un **membre de l'entourage**.

TABLEAU 62.



- ⇒ Comme pour le secteur enfant, quelle que soit la solution alternative utilisée, le niveau de satisfaction était majoritairement satisfaisant : la formule utilisée a été jugée dans la quasi-totalité des cas « *Très adaptée* » ou « *Adaptée* ».

En fonction du profil de l'adulte handicapé (mode de vie, entourage familial et institutionnel, niveau d'autonomie...), la solution utilisée a été très variable.

Il est donc indispensable que l'accueil temporaire soit conçu comme un élément de souplesse et de réactivité dans une palette de différentes modalités d'accompagnement.

2- Connaissance du dispositif d'accueil temporaire et besoins dans le département du Loiret

2.1. Un dispositif a priori connu des personnes en situation de handicap

2.2. Les formules d'accueil temporaire identifiées : une diversité de besoins

2.1. Un dispositif a priori connu des personnes en situation de handicap

● Enfants

TABLEAU 63.

	Effectif	% Sur 216 réponses
Non réponse	15	6,9%
Oui	103	47,7%
Non	98	45,4%
Total	216	

● Adultes

TABLEAU 64.

	Effectif	% Sur 797 réponses
Non réponse	112	14,1%
Oui	406	50,9%
Non	279	35,0%
Total	797	

La majorité des personnes affirment connaître le dispositif d'accueil temporaire, tel que prévu par les textes juridiques.

Comment analyser ces résultats ?

S'agit-il d'une réelle connaissance du dispositif ou d'une confusion entre les termes "temporaire" et "inhabituel" ?

⇒ Quoi qu'il en soit, la diffusion de près de 10 000 questionnaires sur l'ensemble du département du Loiret aura permis de faire connaître ou de rappeler l'existence de cette modalité d'accueil à de nombreuses personnes potentiellement concernées.

2.2. Les formules d'accueil temporaire identifiées : une diversité de besoins

2.2.1. Formules d'accueil temporaire identifiées pour les ENFANTS

TABLEAU 65.

	Effectif	% Sur 194 répondants
Accueil de jour	60	30,9%
Accueil de jour et de nuit	63	32,5%
Hébergement de nuit seulement	3	1,5%
Pas de besoin particulier	89	45,9%
Total / répondants	194	

Interrogés : 216 / Répondants : 194 / Réponses : 215
Pourcentages calculés sur la base des répondants
(22 non réponses exclues)

La quasi-totalité des enfants n'ont exprimé qu'un seul type de besoin. Seules 21 personnes ont donné des réponses multiples (maximum 2).

↳ **58% des enfants** ayant répondu à l'enquête (**soit 126 enfants**) souhaitent précisément au moins une des formes d'accueil temporaire.

A contrario, 41% des enfants affirment ne pas avoir de besoin particulier en la matière, ce qui est bien évidemment à nuancer au regard de tout ce qui a pu être dit précédemment.
Notons également que 22 enfants handicapés n'ont pas répondu à cette question.

L'accueil temporaire est attendu principalement sous deux formes : de jour / de jour et de nuit.
L'hébergement de nuit reste une demande exceptionnelle.

a) Quel profil pour quel besoin ?

☒ L'échantillon des répondants est suffisamment important et représentatif du public handicapé sur le département du Loiret pour dresser, pour chaque type de besoin, le profil des enfants correspondants.

❖ Qu'en est-il des **89 enfants** qui **ont répondu ne pas avoir de besoin particulier d'accueil temporaire.**

→ Il s'agit d'enfants vivant presque tous au domicile parental, avec leurs deux parents (68) ou un seul (13) [7 situations non précisées].

- La moitié d'entre eux ne bénéficient d'aucun accompagnement spécifique.
- L'autre moitié de ces enfants est suivie de jour par un établissement médico-social/sanitaire (IME, EPEAP, ITEP, CPO) et/ou en ambulatoire (SESSAD, SAFEP, SSEFIS, CMP/CMPP, CATTP).

→ Un enfant bénéficie d'un accueil à temps complet en IME.

Aucun taux d'incapacité ne prédomine. Il y en, en effet, autant d'enfants ayant un taux d'incapacité compris entre 50/79% que 80/100%.

Ce sont en revanche les enfants identifiés comme **étant les plus autonomes** qui sont concernés : c'est-à-dire, ce sont majoritairement ceux qui ont une déficience motrice, des troubles de la conduite et du comportement, une déficience auditive ou visuelle. Les quelques enfants déficients intellectuels reconnus également autonomes sont aussi représentés.

❖ **Concernant le besoin d'accueil de jour** (60 enfants concernés soit **47% des besoins exprimés**)

→ Il s'agit d'enfants qui vivent **au domicile parental**, avec les deux (34) ou un seul parent (21) [5 situations non précisées].

- Parmi eux, 10 enfants ne bénéficient **pas d'accompagnement particulier**.
- A contrario, beaucoup de ces enfants sont déjà accompagnés de jour par une structure médico-sociale/sanitaire et/ou par un **professionnel intervenant à domicile** (la plupart d'entre eux).

Les enfants ayant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100% sont les plus représentés (72% des répondants).

Ce sont essentiellement les enfants identifiés comme étant globalement **semi-autonomes** que nous retrouvons ici : les enfants déficients intellectuels, déficients moteurs, déficients auditifs et visuels.

⇒ Il semble qu'il s'agisse davantage du niveau d'autonomie des personnes qui influe sur le besoin que la nature même de la déficience/handicap.

❖ **Concernant le besoin d'accueil jour/nuit** (63 enfants concernés soit **50% des besoins exprimés**)

→ La quasi-totalité des enfants concernés (58) vivent également au **domicile parental** (44 avec les deux parents, 12 avec un seul parent) [2 situations non précisées].

- 6 d'entre eux ne bénéficient pas d'accompagnement particulier.
- A contrario, 52 sont **accueillis de jour dans une structure médico-sociale / sanitaire** (la plupart d'entre eux) et/ou par un professionnel intervenant à domicile.

→ 2 enfants sont déjà accueillis à temps complet dans une structure médico-sociale.

→ 1 enfant dans une famille d'accueil.

[2 lieux de vie n'ont pas été précisés].

Les enfants concernés sont les enfants dits **non autonomes** ayant un taux d'incapacité inscrit dans la tranche 80/100%. Cela concerne majoritairement des enfants déficients intellectuels, polyhandicapés et ceux ayant des troubles envahissants du développement / autistiques.

❖ **Concernant l'hébergement de nuit** (3 enfants concernés soit **2% des besoins exprimés**)

→ Cette demande reste exceptionnelle : seuls trois enfants ont identifiés ce besoin. Tous vivent au domicile parental (dont deux avec les deux parents).

Ce sont des enfants ayant une déficience intellectuelle et des troubles des apprentissages [1 situation non précisée]

⇒ Aucun point commun entre eux ne nous permet d'identifier un profil de personne pour ce type de besoin. Cette demande est davantage liée à la situation personnelle de chacun, au contexte familial particulier.

TABLEAU 66.

	Accueil de jour	Accueil de jour et de nuit	Hébergement de nuit seulement	Pas de besoin particulier
Déficience intellectuelle	14	13	1	20
Handicap psychique		1		2
TED /Troubles autistiques	9	17		4
Troubles de la conduite et du comportement	1	3		10
Déficience motrice	8	1		12
Polyhandicap	6	17		5
Déficience auditive	4			6
Déficience visuelle	2	1		2
Maladie chronique invalidante	6	1		6
Maladies génétiques				5
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1			5
Troubles des apprentissages et troubles du langage	1		1	3
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs	1			4
Trisomie	2	3		2
Ne sait pas	2	1	1	1

(non réponses exclues)

En conclusion, nous constatons que les souhaits d'accueil temporaire de ces 126 enfants correspondent à des demandes graduelles et progressives, très certainement liées à leur niveau d'autonomie globale et à la nature de l'accompagnement dont ils bénéficient actuellement. La plupart d'entre eux vivent au domicile parental. La motivation principale n'est donc pas sans lien avec le besoin de répit des aidants familiaux.

b) Où ces besoins sont-ils localisés ? Dans tout le département !

- VOIR CARTE 3 PAGE 64 - DEPARTEMENT DU LOIRET
- VOIR CARTE 4 PAGE 65 - AGGLOMERATION ORLEANNAISE

Les attentes se répartissent complètement sur la totalité du département (avec, bien sûr, une relation nette à la densité démographique des divers arrondissements).

TABLEAU 67.

	Arrondissement		
	Orléans	Pithiviers	Montargis
Accueil de jour	31	7	22
Accueil de jour/nuit	37	7	19
Accueil de nuit	1	1	1
Nombre de personnes concernées	69 55% des personnes	15 12 % des personnes	42 33% des personnes

Nous rappelons que le département du Loiret dispose aujourd'hui de 8 places d'accueil temporaire pour les enfants (dans l'arrondissement d'Orléans).

Les besoins sont pourtant bien plus importants. Et ces chiffres sont certainement une sous estimation des besoins réels d'accueil temporaire.

La circulaire 2005-224 précise par ailleurs que toute personne devra « dans la mesure du possible être accueillie dans la structure la plus proche de son domicile ou de son lieu de vie habituel de prise en charge [...] afin de limiter les temps de transports ».

Dans ce sens, les enfants enquêtés précisent majoritairement ne pas vouloir dépasser les 40 minutes de temps de transport pour bénéficier d'un accueil de jour, et 60 minutes pour un accueil avec hébergement.

Ce qui devra être pris en compte afin leur garantir des réponses de proximité.

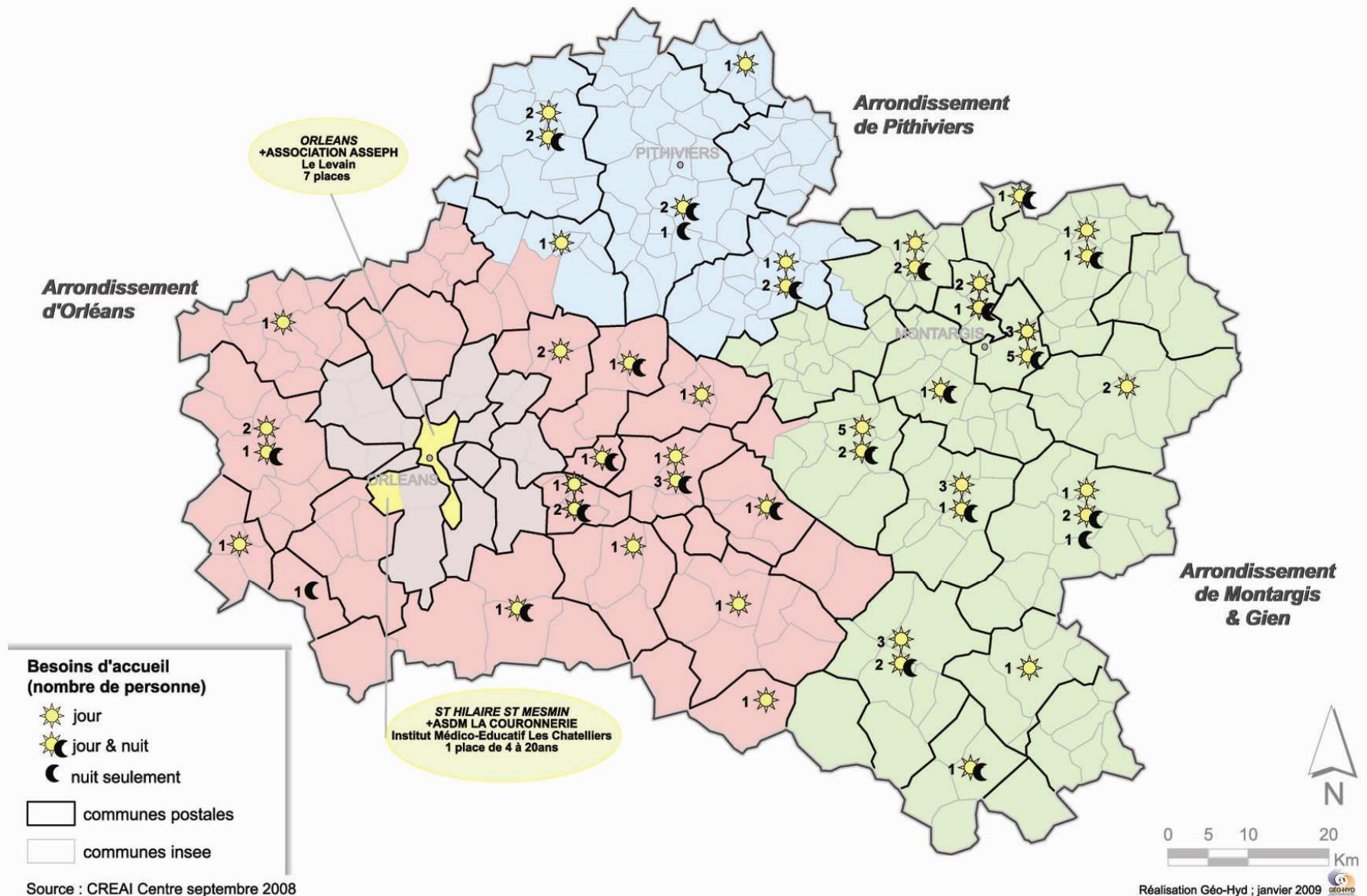
TABLEAU 68

Temps de transport pour un accueil de jour	Effectif	% Sur 94 répondants
jusqu'à 20 minutes	32	34%
de 21 à 40 minutes	48	51%
de 41 minutes à 1 heure	13	14%
Plus d'une heure	1	1%
Total	94	

TABLEAU 69

Temps de transport pour un accueil avec hébergement	Effectif	% Sur 80 répondants
de 15 à 30 minutes	23	29%
De 30 à 59 minutes	7	9%
1 heure	35	44%
1 heure 30	1	1%
2 heures	12	15%
3 heures et plus	2	3%
Total	80	

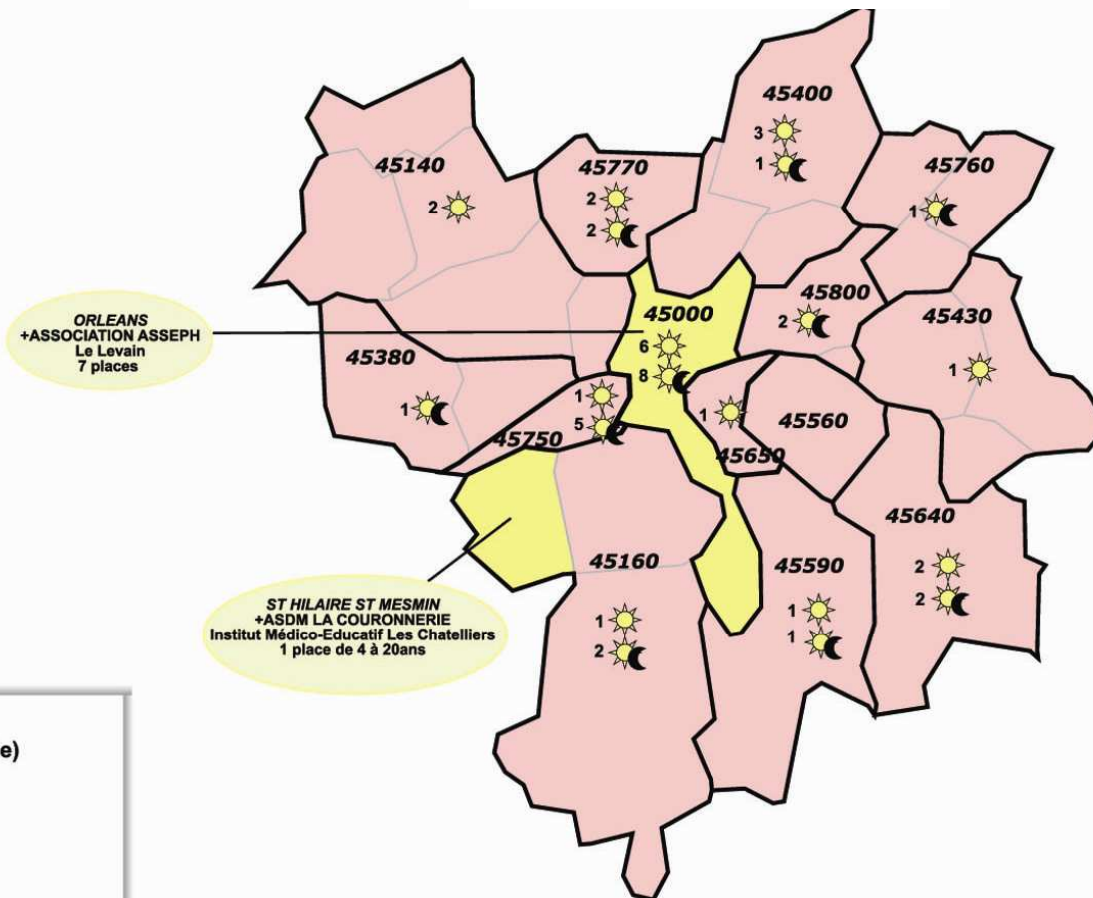
Formules d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (Septembre 2008)



Source : CREAI Centre septembre 2008

Formules d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (Septembre 2008)

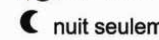
- Agglomération d'Orléans -



Besoins d'accueil (nombre de personne)



jour



jour & nuit



nuit seulement

communes postales

communes insee

Source : CREAI Centre septembre 2008

0 2,5 5 10 Km



Réalisation Géo-Hyd ; janvier 2009

Préconisation

Si nous appliquons le taux de réponse des enfants ayant répondu vouloir bénéficier à l'avenir de l'accueil temporaire, soit 58%⁸, à l'ensemble des enfants handicapés du département ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50% (soit 1 686 enfants⁹), 978 enfants handicapés sur le département du Loiret seraient potentiellement concernés un jour par de l'accueil temporaire.

Le GRATH constate cependant dans ses précédentes études que les personnes exprimant un besoin sont en moyenne trois fois plus importantes que les personnes qui auront effectivement recours à ce dispositif. Autrement dit, dans le Loiret, 326 enfants pourraient donc réellement faire appel à de l'accueil temporaire.

Enfin, si nous estimons qu'une place d'accueil temporaire peut rendre service à 12 enfants l'an¹⁰ (s'ils réclament chacun leur complet droit d'accueil),

➤ **Il serait nécessaire de créer à terme sur le territoire, en sus des 8 places déjà existantes, 19 places d'accueil temporaire, qu'il conviendra de répartir par arrondissement, par type de handicap et par type de besoin.**

= objectif à atteindre : 27 places au total

Remarque :

Ces résultats concordent avec les études nationales menées par le GRATH et les taux d'équipement moyens proposés.

⁸ Cf. Chiffre annoncé au 2.2.1

⁹ Sources : Données CAF et MSA mai 2007, correspondant aux personnes ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%.

¹⁰ Source : information GRATH

2.2.2. Formules d'accueil temporaire identifiées pour les ADULTES

TABLEAU 70

	Effectif	% Sur 652 répondants
Accueil de jour	116	17,8%
Accueil de jour et de nuit	229	35,1%
Hébergement de nuit seulement	24	3,7%
Pas de besoin particulier	349	53,5%
Total / répondants	652	

Interrogés : 797 / Répondants : 652 / Réponses : 718
Pourcentages calculés sur la base des répondants
(145 non réponses exclues)

La quasi-totalité des adultes répondants n'ont exprimé qu'un seul type de besoin. Seules 66 personnes ont donné des réponses multiples (maximum 2).

↳ **46% des adultes** ayant répondu à l'enquête (soit 369 adultes) souhaitent précisément au moins une des formes d'accueil temporaire.

A contrario, 44% des adultes enquêtés affirment ne pas avoir de besoin particulier en la matière, ce qui est bien évidemment à nuancer au regard de tout ce qui a pu être dit précédemment. Notons également 145 adultes handicapées n'ont pas répondu à cette question.

L'accueil temporaire est attendu principalement sous la forme **d'un accueil de jour et de nuit (35,1%)**. L'accueil de jour est souhaité pour 17,8% des répondants. L'hébergement de nuit reste encore une demande exceptionnelle.

a) Quel profil pour quel besoin ?

☒ L'échantillon des adultes répondants est également suffisamment important et représentatif du public handicapé sur le département du Loiret pour dresser, pour chaque type de besoin, le profil des personnes concernés.

❖ Qu'en est-il tout d'abord des **349 adultes** ayant répondu **ne pas avoir de besoin particulier** d'accueil temporaire (soit près de la moitié des adultes enquêtés).

→ Ce sont des personnes vivant majoritairement (233) dans un **logement indépendant**, seul ou avec un conjoint et/ou avec ou sans enfant à charge ; 77 personnes vivent **avec leur(s) parent(s) (dont la moitié est, soit âgée de plus de 65 ans, soit aussi handicapée)**.

○ La **plupart d'entre eux ne bénéficient pas d'accompagnement spécialisé particulier** (230).
Nous nous interrogeons donc sur la réelle absence de besoin d'accueil temporaire...

- 7 adultes sont accueillis de jour par une structure médico-sociale (FO, SAJ)
- 6 par une structure sanitaire (CMP, CATTP).
- 15 à domicile par un professionnel (SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAD).
- 52 situations non précisées

→ 30 adultes sont accueillis à temps complet dans une structure médico-sociale/sanitaire, 4 dans une famille d'accueil.

→ [5 lieux de vie habituels non précisés]

Les deux tiers d'entre eux ont un taux d'incapacité compris entre 80 et 100%, et sont considérés comme des personnes majoritairement **autonomes** : ce sont notamment des adultes déficients intellectuels, déficients moteurs, ayant un handicap psychique ou une maladie chronique invalidante.

❖ **Concernant le besoin d'accueil de jour et de nuit** (229 adultes concernés soit **62% des besoins exprimés**) :

- Près de la moitié d'entre eux vivent au **domicile parental** (104), avec, pour un certain nombre d'entre eux (41), un parent âgé de plus de 65 ans ou handicapé. Trois personnes vivent avec un autre membre de la famille.
 - 61 adultes vivent dans un logement indépendant (**la moitié vit seule**).
 - Parmi ces 168 personnes vivant à domicile, **77 ne bénéficient d'aucun accompagnement particulier**.
 - 28 personnes sont suivies de jour par une structure médico-sociale (principalement **FO, MAS, FAM** / EPEAP, SAJ, EAT, ESAT)
 - 2 par une structure sanitaire (CMP, hôpital)
 - 53 personnes bénéficient d'un intervenant à domicile (SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAD).
 - 8 situations non précisées.
 - ⇒ Le besoin exprimé d'accueil partiel à temps complet est tout-à-fait en adéquation avec la nécessité induite par l'évolution évidente de leur situation.
Ce sont, en effet, majoritairement des personnes ayant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100%, mais qui s'estiment aujourd'hui **autonomes ou semi-autonomes**, quelque soit le type de déficience/handicap.
Toutefois, lorsque ces mêmes personnes se projettent dans l'avenir, c'est bien un besoin d'accueil complet (de jour et de nuit) qui est identifié.
Ces résultats sont évidemment à mettre en lien **avec l'avancée en âge de ces personnes** (ayant pour conséquence une perte d'autonomie très probable) et, surtout de leurs aidants naturels qui ne pourront plus les accompagner autant que nécessaire
 - 50 personnes sont accueillies à temps complet par une structure médico-sociale, 4 dans une famille d'accueil.
- Les raisons du besoin d'accueil temporaire sont, dans cette hypothèse, différentes :
- soit il s'agit d'un besoin lié au projet de vie de la personne, principalement identifié en semaine ;
 - soit une réponse utile pour accueillir l'adulte handicapé lors des week-ends et périodes de vacances.

→ [7 lieux de vie habituels non précisés]

❖ **Concernant le besoin d'accueil de jour** (116 adultes concernés soit **31% des besoins exprimés**):

- La quasi-totalité des adultes concernés vivent, soit au **domicile parental** (46), dont 15 avec un parent âgé de plus de 65 ans ou handicapé, soit dans un **logement indépendant** (55) (parmi elles, **28 personnes vivent seules**).
- 4 vivent à domicile avec un autre membre de la famille.
- 1 personne vit dans un appartement thérapeutique.
 - Parmi ces 106 personnes, 15 ne bénéficient d'aucun accompagnement particulier.
 - 7 sont accueillis de jour par une structure médico-sociale (FO, FAM, SAJ)
 - 8 par une structure sanitaire (CMP, CATTP)
 - 15 par un intervenant à domicile (SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAD).
 - 61 situations non précisées
- 6 adultes sont accueillis à temps complet par une structure médico-sociale (FAM), 3 dans une famille d'accueil.
- [1 lieu de vie habituel non précisé]

Ce besoin d'accueil de jour a été identifié par les personnes dites **les plus autonomes**, ayant principalement une déficience intellectuelle, une déficience motrice, un handicap psychique ou une maladie chronique invalidante.

❖ **Concernant l'hébergement de nuit (24 adultes concernés soit 7% des besoins exprimés)**

Le besoin d'accueil temporaire sous la forme d'hébergement de nuit reste à nouveau exceptionnel.

- Il concerne des adultes vivant à la majorité chez leur(s) parent(s) (14 / dans un tiers des cas, les parents sont âgés de plus de 65 ans ou handicapés).
- 4 personnes vivent seules
- 2 avec un conjoint (avec ou sans enfant à charge)
 - Parmi ces 20 personnes, 10 ne bénéficient d'aucun accompagnement particulier.
 - 2 sont accueillis de jour par une structure médico-sociale (FO)
 - 1 personne par un SAD.
- 2 adultes sont accueillis à temps complet par une structure médico-sociale.
- [2 lieux de vie habituels non précisés]

Ce sont les personnes déficientes intellectuelles, ayant un taux d'incapacité compris entre 80 et 100%, qui sont ici majoritairement représentées.

- ⇒ Comme pour les enfants, il nous est difficile de déterminer un profil type. Cette demande est certainement liée à la situation personnelle de chacun, au contexte familial particulier.

TABLEAU 71

	Accueil de jour	Accueil de jour et de nuit	Hébergement de nuit seulement	Pas de besoin particulier
Déficience intellectuelle	27	76	10	53
Handicap psychique	29	34	4	59
Autisme-TED /Troubles autistiques	5	16		4
Troubles de la conduite et du comportement	6	12	1	10
Déficience motrice	10	24	1	45
Polyhandicap	1	16	1	13
Traumatisme crânien	3	8	1	6
Déficience auditive	2	1		14
Déficience visuelle	6	4	1	22
Maladie chronique invalidante	10	17		49
AVC / Maladies cardio-vasculaires				5
Maladies génétiques				4
Divers problèmes de santé (diabète, cancer, SEP, anévrisme...)	1	4		12
Troubles des apprentissages et troubles du langage				1
Troubles dépressifs / dépression	2	2		8
Divers troubles ou problèmes moteurs ou psychomoteurs	4	1		8
Trisomie	1	2	1	4
Ne sait pas	5	6	3	22

(non réponses exclues)

b) Où ces besoins sont-ils localisés ? Dans tout le département !

VOIR CARTES 5 ET 6 PAGE 71-72 - FORMULES D'ACCUEIL TEMPORAIRE IDENTIFIEES PAR LES ADULTES ENQUETES

- CARTE 5 = DEPARTEMENT DU LOIRET
- CARTE 6 = AGGLOMERATION ORLEANNAISE

Les attentes se répartissent complètement sur la totalité du département (avec, bien sûr, une relation nette à la densité démographique des divers arrondissements).

TABLEAU 72

	Arrondissement		
	Orléans	Pithiviers	Montargis
Accueil de jour	75	9	32
Accueil de jour/nuite	147	14	68
Accueil de nuit	11	2	11
Nombre de personnes concernées	233 63% des personnes	25 7 % des personnes	111 30% des personnes

Concernant les temps de transports, les adultes enquêtés précisent majoritairement ne pas vouloir dépasser les 40 minutes de temps de transport pour bénéficier d'un accueil de jour, et 60 minutes pour un accueil avec hébergement.

Ce qui devra être pris en compte afin leur garantir des réponses de proximité.

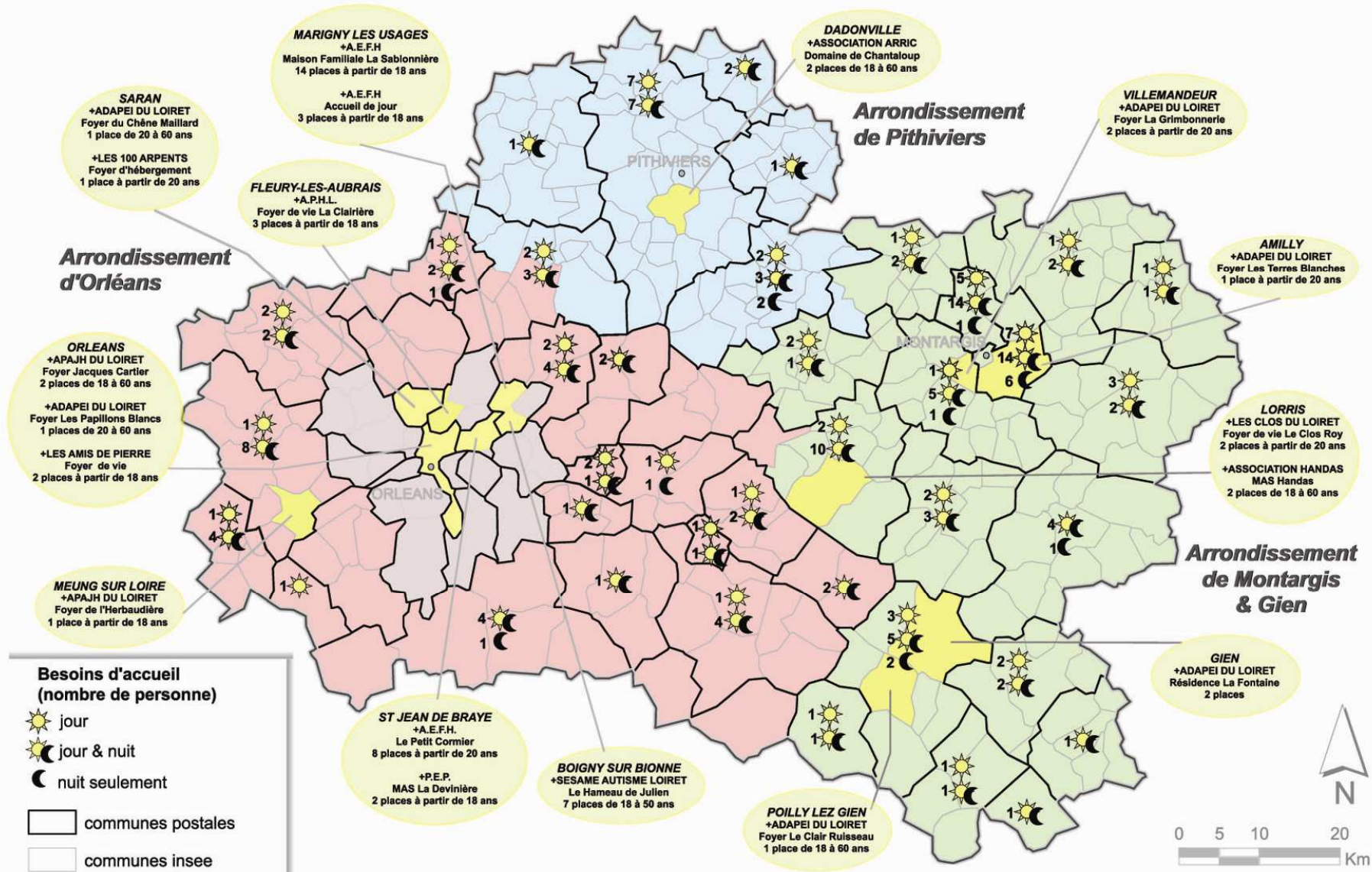
TABLEAU 73

Temps de transport pour un accueil de jour	Effectif	% Sur 94 répondants
jusqu'à 20 minutes	76	34%
de 21 à 40 minutes	99	44%
de 41 minutes à 1 heure	44	20%
Plus d'une heure	4	2%
Total	223	

TABLEAU 74

Temps de transport pour un accueil avec hébergement	Effectif	% Sur 80 répondants
Moins de 15 minutes	4	2%
de 15 à 30 minutes	80	37%
De 30 à 59 minutes	25	11%
1 heure	82	37%
1 heure 30	5	2%
2 heures	16	7%
2 heures 30	3	1%
3 heures et plus	4	2%
Total	219	

Formules d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (Septembre 2008)

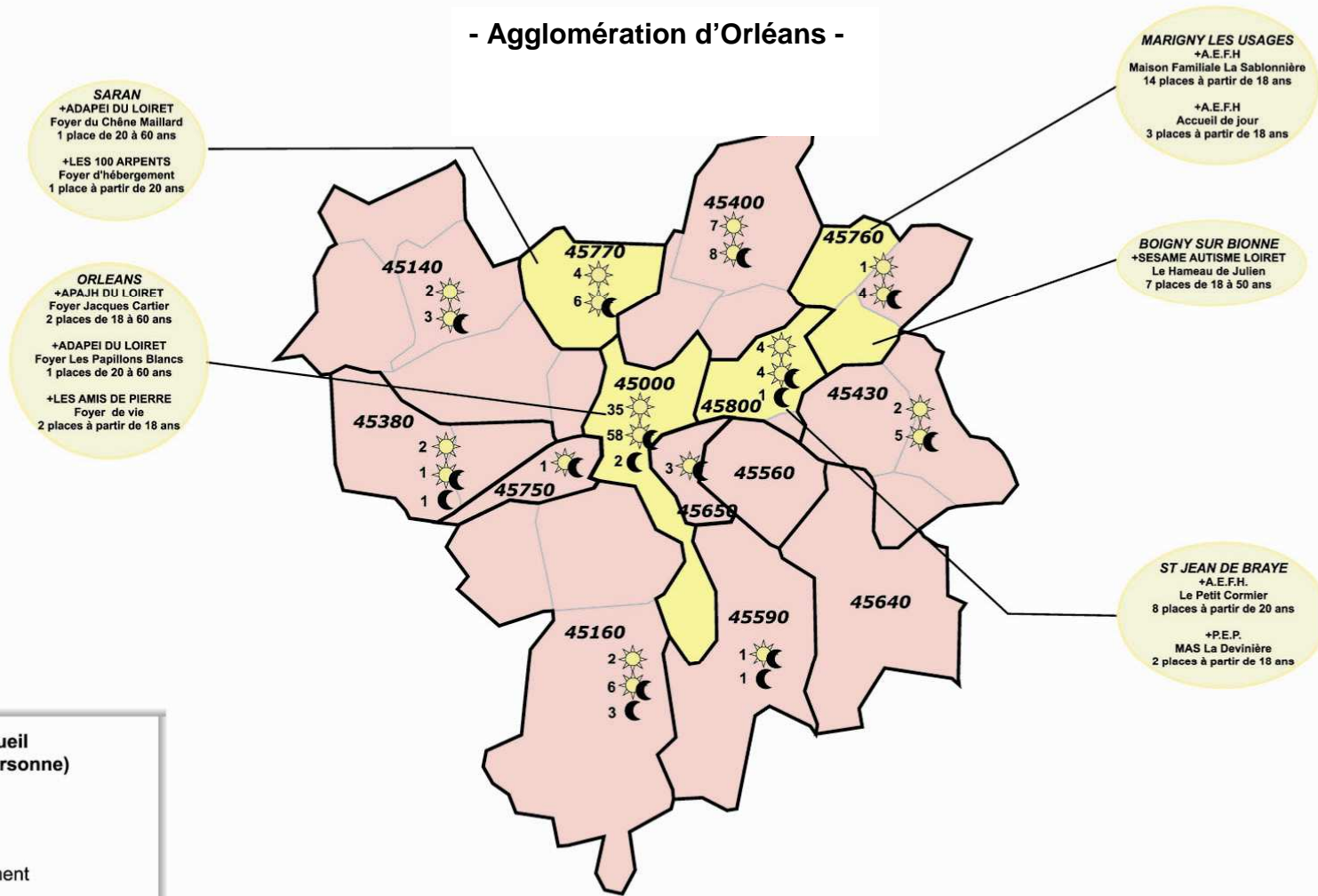


Source : CREAI Centre septembre 2008

Réalisation Géo-Hyd ; janvier 2009

Formules d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (Septembre 2008)

- Agglomération d'Orléans -



Besoins d'accueil (nombre de personne)

- jour
- jour & nuit
- nuit seulement

- communes postales
- communes insee

Source : CREAI Centre septembre 2008



Réalisation Géo-Hyd ; janvier 2009

☑ Préconisation

Si nous appliquons le taux de réponse des adultes ayant répondu vouloir bénéficier à l'avenir de l'accueil temporaire, soit 46%¹¹, à l'ensemble des adultes handicapés du département ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50% (soit 5 904 adultes¹²), 2 716 adultes handicapés sur le département du Loiret seraient potentiellement concernés un jour par de l'accueil temporaire.

Le GRATH constate cependant dans ses précédentes études que les personnes exprimant un besoin sont en moyenne trois fois plus importantes que les personnes qui auront effectivement recours à ce dispositif. Autrement dit, dans le Loiret, 905 adultes pourraient donc réellement faire appel à de l'accueil temporaire.

Enfin, si nous estimons qu'une place d'accueil temporaire peut rendre service à 7,5 adultes l'an¹³ (s'ils réclament chacun leur complet droit d'accueil),

- **Il serait nécessaire de créer à terme sur le territoire, en sus des 57 places déjà existantes, 64 places d'accueil temporaire** (*qu'il conviendra de répartir : par arrondissement, par type de handicap et par type de besoin.*)

= Objectif à atteindre : 121 places au total.

Remarque :

Ces résultats concordent avec les études nationales menées par le GRATH et les taux d'équipement moyens proposés.

¹¹ Cf. Chiffre annoncé au 2.2.2

¹² Sources : Données CAF et MSA mai 2007.

¹³ Source : donnée GRATH

2.3. Les moments identifiés

● **Enfants : un besoin majoritairement repéré pendant les périodes de vacances scolaires et en semaine.**

TABLEAU 75

	Effectif	% Sur 106 répondants
En semaine	56	52,8%
Les week-ends	38	35,8%
En période de vacances	62	58,5%
Autres	4	3,8%
Total / répondants	106	

Interrogés : 216 / Répondants : 106 / Réponses : 160
 Pourcentages calculés sur la base des répondants
 (20 non réponses exclues)

Remarque :
 20 enfants ayant identifié précédemment un besoin n'ont pas répondu à cette question.

Le moment le plus fréquemment repéré se situe **pendant la période des vacances scolaires (58,5%** des répondants).

Puis en semaine (52,8%), et enfin lors des week-ends (35,8%), et cela quelque soit le profil de l'enfant.

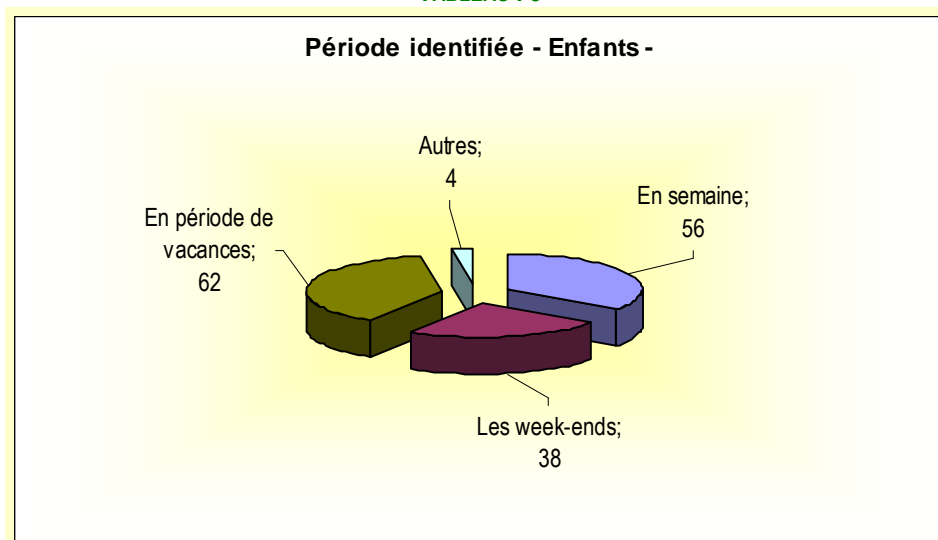
Remarque : 54 enfants ont exprimé des besoins multiples.

4 réponses « Autres » ont été données :

- Le mercredi
- En soirée
- En cas de problème de santé de l'aidant

⇒ Ces informations révèlent un besoin d'accueil temporaire **réactif et ponctuel, sur des temps bien déterminés.**

TABLEAU 76



- Si nous croisons ces différents moments avec les formules d'accueil temporaires souhaitées, nous obtenons les résultats suivants :

TABLEAU 77

	En semaine	Les week-ends	En période de vacances	Autres	Total
Accueil de jour	38	11	28	2	79
Accueil de jour et de nuit	23	35	39	1	98
Hébergement de nuit seulement		1	2	1	4
Pas de besoin particulier					
Total	61	47	69	4	181

(non réponses exclues)

Nous constatons que **le besoin d'accueil de jour se porterait davantage en semaine**, alors que **l'accueil jour/nuit lors des week-ends et périodes de vacances**.

● **Adultes : un besoin majoritairement repéré en semaine.**

TABLEAU 78

	Effectif	% Sur 279 répondants
En semaine	150	53,8%
Les week-ends	91	32,6%
En période de vacances	95	34,1%
Autres	44	15,8%
Total / répondants	279	

Interrogés : 797 / Répondants : 279 / Réponses : 380
Pourcentages calculés sur la base des répondants
(non réponses exclues)

(Remarque : 90 adultes ayant identifié précédemment un besoin n'ont pas répondu à cette question).

Le moment le plus fréquemment repéré se situe **pendant la semaine (53,8%** des répondants). Les périodes de vacances et les week-ends sont des périodes identifiées pour un tiers des personnes.

Remarque : 101 personnes ont exprimé des besoins multiples.

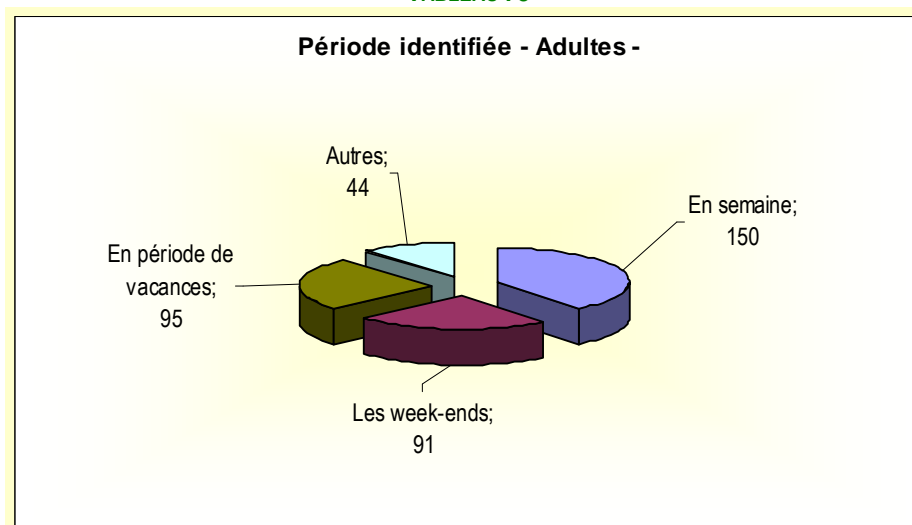
44 réponses « Autres » ont été données :

le matin et le soir	1
semaine complète	1
jour et nuit	3
à tout moment	1
selon les circonstances	4
imprévu exceptionnel	2
en phase de crise	4
répit des aidants familiaux	3
si problème de santé des aidants familiaux	16
placement définitif	2
cure	1
non précisé	6

⇒ Ces réponses illustrent la confusion faite par les répondants entre le moment souhaité pour bénéficier de l'accueil temporaire et la périodicité (faisant l'objet de la question ci-après).

Quoi qu'il en soit, comme pour les enfants, les adultes handicapés sont désireux d'un accueil pouvant répondre aux **situations exceptionnelles et imprévues**.

TABLEAU 79



- Si nous croisons ces différents moments avec les formules d'accueil temporaires souhaitées, nous obtenons les résultats suivants :

TABLEAU 80

	En semaine	Les week-ends	En période de vacances	Autres	Total
Accueil de jour	71	25	24	7	127
Accueil de jour et de nuit	89	74	76	40	279
Hébergement de nuit seulement	15	13	5		33
<i>Pas de besoin particulier</i>					
Total	175	112	105	47	439

(non réponses exclues)

La possibilité d'un **accueil de jour** est souhaitée majoritairement **à la semaine**.
 En revanche, le besoin d'un **accueil temporaire à temps complet est constant**, quelque soit le moment donné.

2.4. La périodicité identifiée

● Enfants : un besoin de réponses réactives

TABLEAU 81

	Effectif	% Sur 118 réponses
1fois/semaine	18	15,3%
1 à 2 fois /mois	7	5,9%
1 à 2 fois/an	18	15,3%
3 à 4 fois/an	14	11,9%
Selon les circonstances	51	43,2%
Autres	10	8,5%
Total	118	

(non réponses exclues)

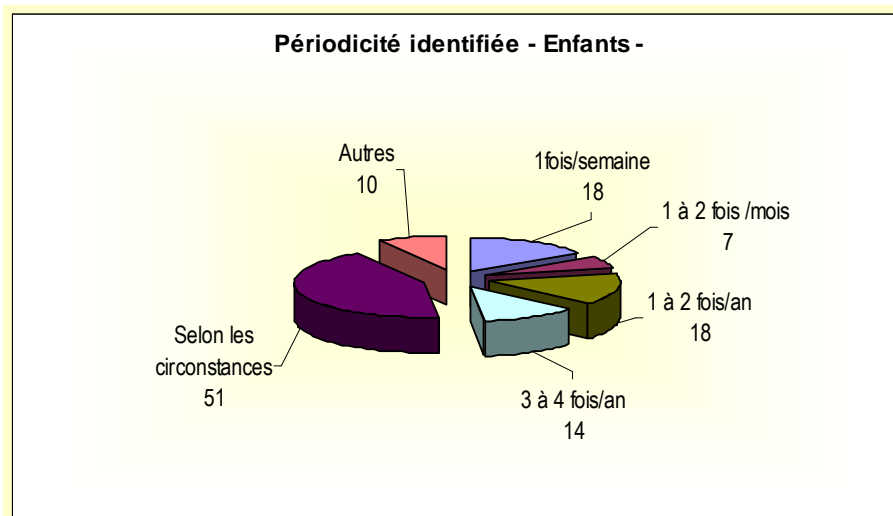
Les réponses apportées à cette question confirment ce qu'il a pu être dit précédemment, c'est-à-dire, l'attente de réponses réactives (**43.2% « Selon les circonstances »**), et ce, quelque soit la formule d'accueil temporaire envisagée.

[-> Cependant, vigilance à ne pas confondre accueil temporaire et accueil d'urgence.]

Remarque :

8 enfants ayant identifié précédemment un besoin n'ont pas répondu à cette question.

TABLEAU 82



⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des enfants et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

● **Adultes : un besoin variable, pour faire face à des situations ponctuelles**

TABLEAU 83

	Effectif	% Sur 356 réponses
1 fois/semaine	50	14,0%
1 à 2 fois /mois	27	7,6%
1 à 2 fois/an	55	15,4%
3 à 4 fois/an	27	7,6%
Selon les circonstances	163	45,8%
Autres	34	9,6%
Total	356	

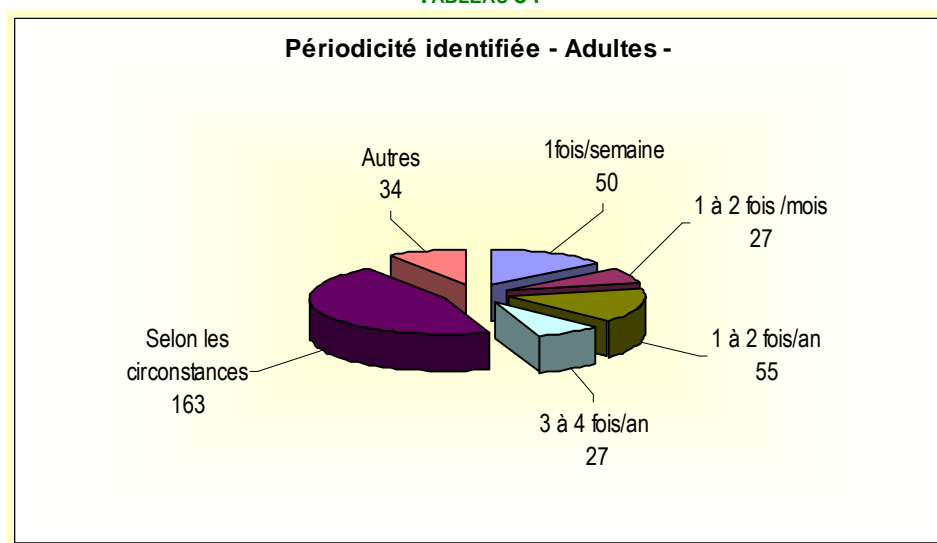
(non réponses exclues)

(Remarque : 13 adultes ayant identifié précédemment un besoin n'ont pas répondu à cette question).

Près de la moitié des adultes ayant répondu à cette question souhaiteraient bénéficier à l'avenir d'une formule d'accueil temporaire, **en fonction des circonstances (45,8%)**.

Il s'agit donc de la même approche que pour le secteur enfant : une réponse « à la carte » pour faire face à des besoins ponctuels (et ce, quelque soit la formule d'accueil temporaire souhaitée).

TABLEAU 84



⊗ Remarque générale :

Le croisement de ces réponses avec le taux d'incapacité des adultes et la nature de leur déficience ne donne pas de résultats significatifs et différents de ceux présentés ci-dessus.

2.5. La durée (par an) identifiée

● Enfants

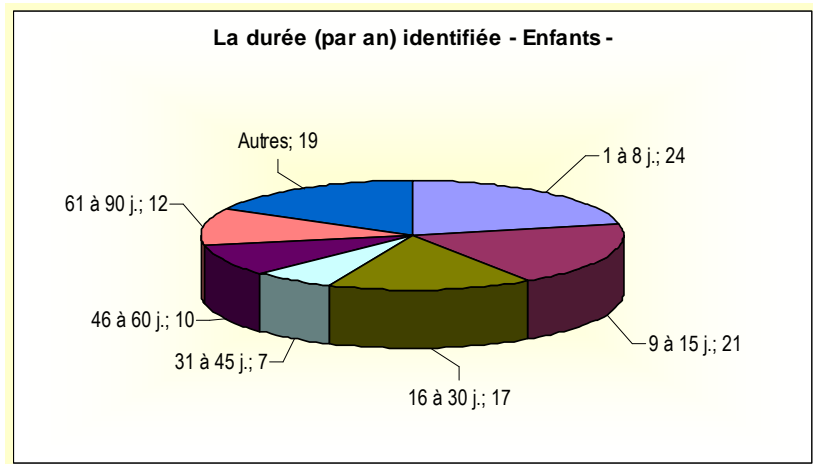
TABLEAU 85

	Effectif	% Sur 110 répondants
1 à 8 j.	24	21,8%
9 à 15 j.	21	19,1%
16 à 30 j.	17	15,5%
31 à 45 j.	7	6,4%
46 à 60 j.	10	9,1%
61 à 90 j.	12	10,9%
Autres	19	17,3%
Total	110	

(non réponses exclues)

↪ **82,7%** des enfants ayant répondu à cette question (soit 91 personnes) expriment un besoin d'accueil temporaire **sur de courtes durées** (inférieures à 90 jours par an).
 (Pour la moitié d'entre eux, il s'agirait de séjours compris entre 1 et 30 jours par an).

TABLEAU 86



● Adultes

TABLEAU 87

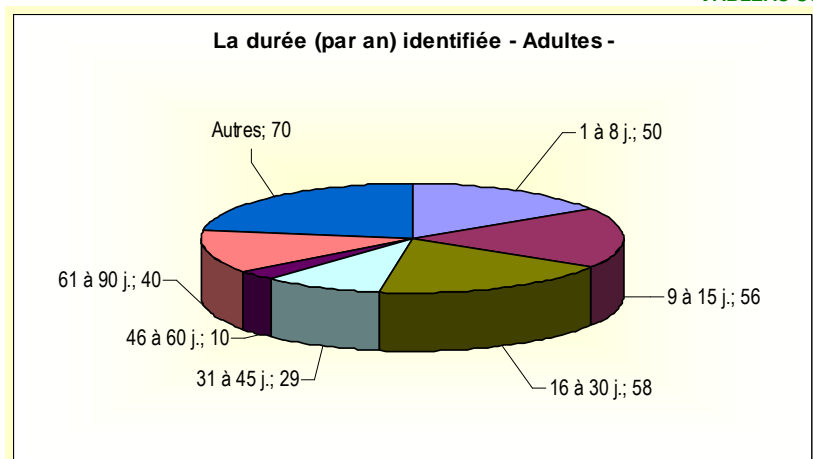
	Effectif	%
1 à 8 j.	50	16,0%
9 à 15 j.	56	17,9%
16 à 30 j.	58	18,5%
31 à 45 j.	29	9,3%
46 à 60 j.	10	3,2%
61 à 90 j.	40	12,8%
Autres	70	22,4%
Total	313	

(non réponses exclues)

↪ **77,60%** des adultes ayant répondu à cette question (soit 243 personnes) expriment un besoin d'accueil temporaire **sur de courtes durées**.

(Pour la moitié d'entre eux, il s'agirait de séjours compris entre 1 et 30 jours par an).

TABLEAU 88



2.6. Les modalités d'accueil identifiées

● Enfants

TABLEAU 89

	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
Dans une institution	70	67,9	20	33,3	6	15,3	96	47,5	
En présence d'un intervenant à domicile	15	14,5	31	51,6	7	17,9	53	26,2	1,84
Dans une famille d'accueil	10	9,7	7	11,6	6	15,3	23	11,3	1,82
En mixant plusieurs solutions	8	7,7	2	3,3	20	51,2	30	14,8	2,40
Total/ réponses	103		60		39		202		

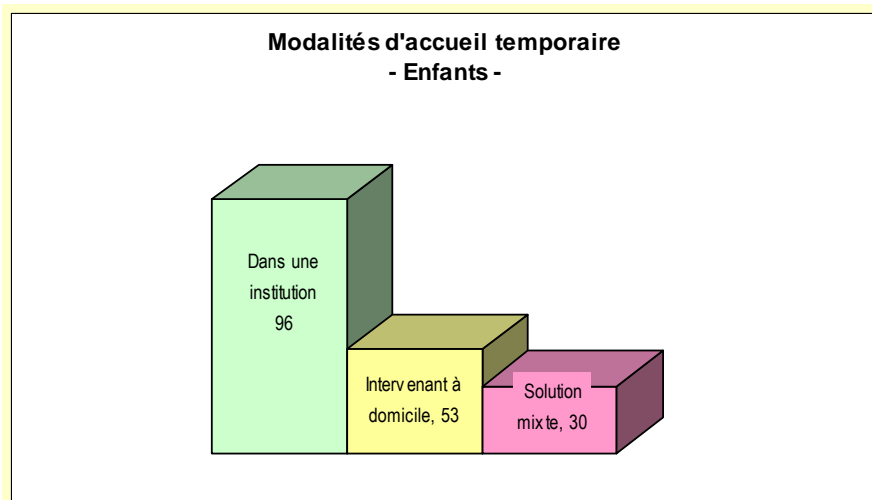
Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
Pourcentages calculés sur la base des réponses

L'accueil en institution constitue la formule d'accueil la plus souvent citée chez les enfants (96 fois soit **48% des réponses**) et arrive au premier rang dans l'ordre des préférences.

L'intervention d'un professionnel à domicile a été citée 53 fois (soit **26% des réponses**), illustrant le désir des personnes à rester le plus longtemps possible à domicile.

Le recours à la **solution mixte** a été cité 30 fois (**15% des réponses**), l'accompagnement en famille d'accueil 23 fois (**11% des réponses**).

TABLEAU 90



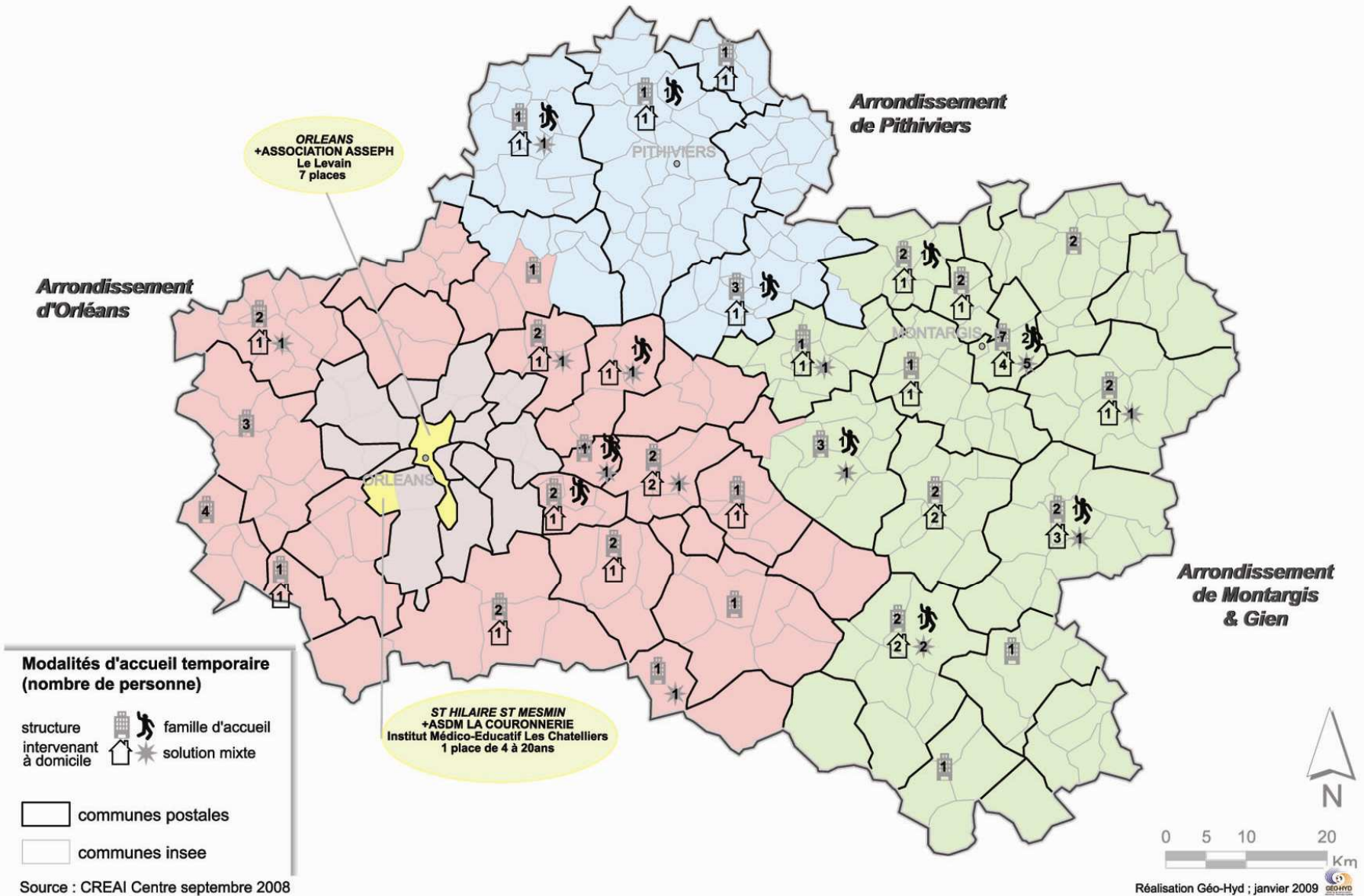
(Nombre de fois cité)

	Arrondissement		
	Orléans	Pithiviers	Montargis
L'accueil en institution	62	6	28
Intervenant à domicile	33	4	16
Famille d'accueil	14	3	6
Solution mixte	18	1	11

Où ces besoins sont-ils localisés ? :

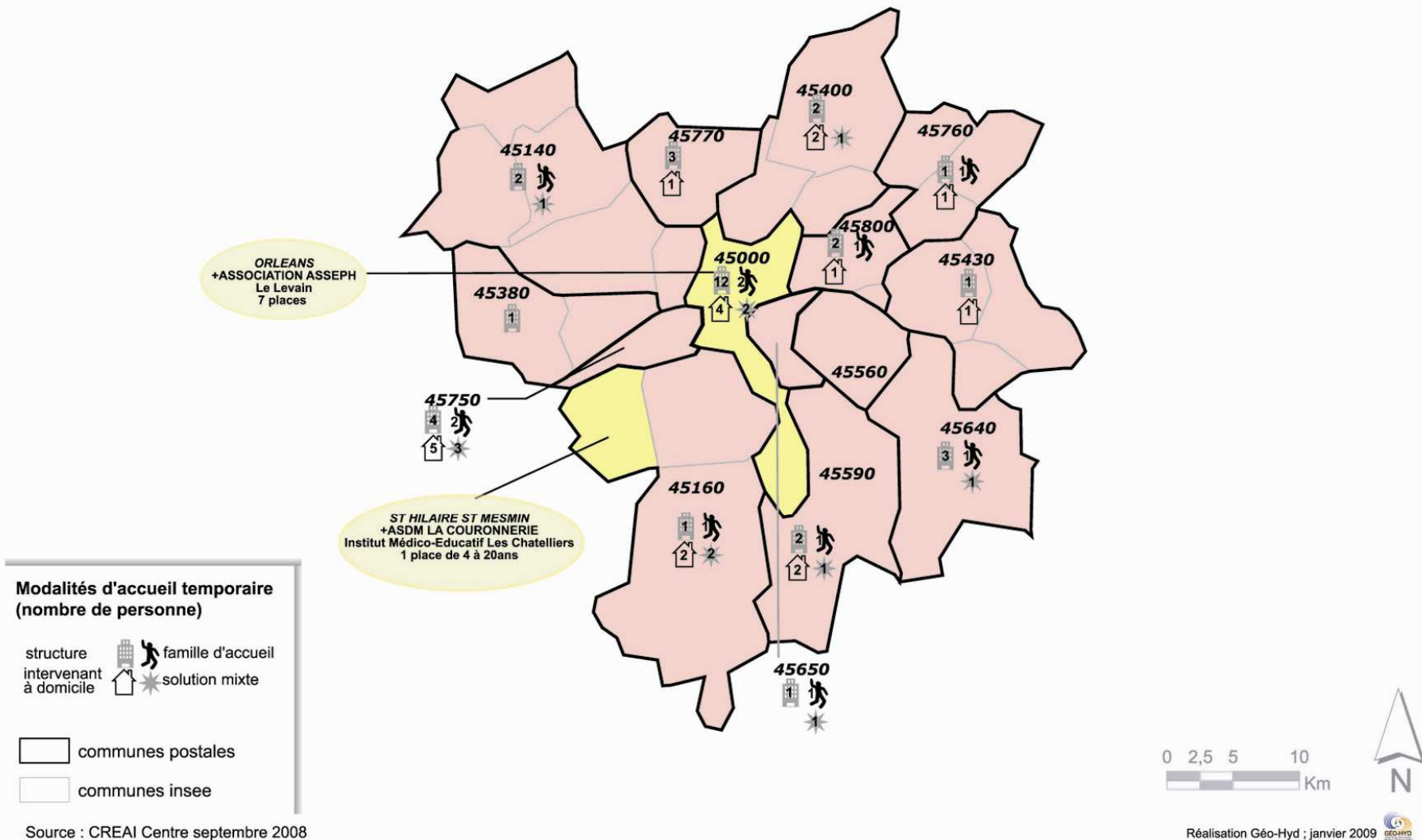
- VOIR CARTE 7 PAGE 81
MODALITES D'ACCUEIL TEMPORAIRE IDENTIFIEES PAR LES ENFANTS ENQUETES (DEPARTEMENT HORS AGGLO)
- VOIR CARTE 8 PAGE 82
MODALITES D'ACCUEIL TEMPORAIRE IDENTIFIEES PAR LES ENFANTS ENQUETES (AGGLO. ORLEANS)

Modalités d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008)



Modalités d'accueil temporaire identifiées par les enfants enquêtés (septembre 2008)

- Agglomération d'Orléans -



● **Adultes**

TABLEAU 91

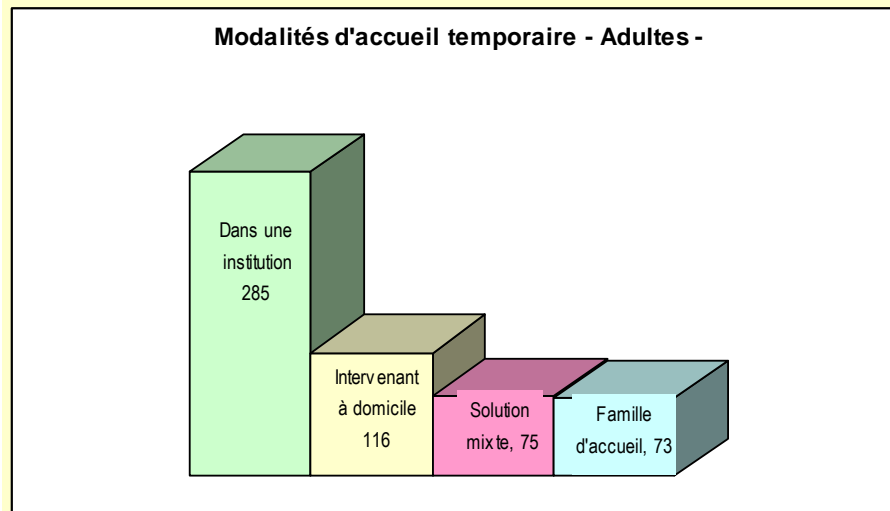
	Effectifs (Rang 1)	%	Effectifs (Rang 2)	%	Effectifs (Rang 3)	%	Effectifs (Global)	%	Rang moyen
Dans une institution	212	70,4	59	41,2	14	13,3	285	51,9	
En présence d'un intervenant à domicile	49	16,2	44	30,7	23	21,9	116	21,1	1,77
Dans une famille d'accueil	19	6,3	25	17,4	29	27,6	73	13,2	2,13
En mixant plusieurs solutions	21	6,9	15	10,4	39	37,1	75	13,6	2,24
Total/ réponses	301		143		105		549		

Le tableau donne les effectifs pour chaque rang et pour l'ensemble
Le rang moyen est calculé pour chaque modalité sur l'ensemble des réponses
Pourcentages calculés sur la base des réponses

Comme pour les enfants, **l'accueil en institution** constitue la formule d'accueil la plus souvent citée chez les adultes (285 fois soit **52% des réponses**) et arrive au premier rang dans l'ordre des préférences.

Ensuite, en second rang, il s'agit **de l'intervention d'un professionnel à domicile** (116 fois cités soit **21% des réponses**) et au troisième rang et même niveau, **l'accueil en famille d'accueil** (73 fois cités soit **13% des réponses**) et la **solution mixte** (75 fois cités soit 14% des réponses).

TABLEAU 92



(Nombre de fois cité)

	Arrondissement		
	Orléans	Pithiviers	Montargis
L'accueil en institution	184	22	79
Intervenant à domicile	77	7	32
Famille d'accueil	51	6	16
Solution mixte	49	5	21

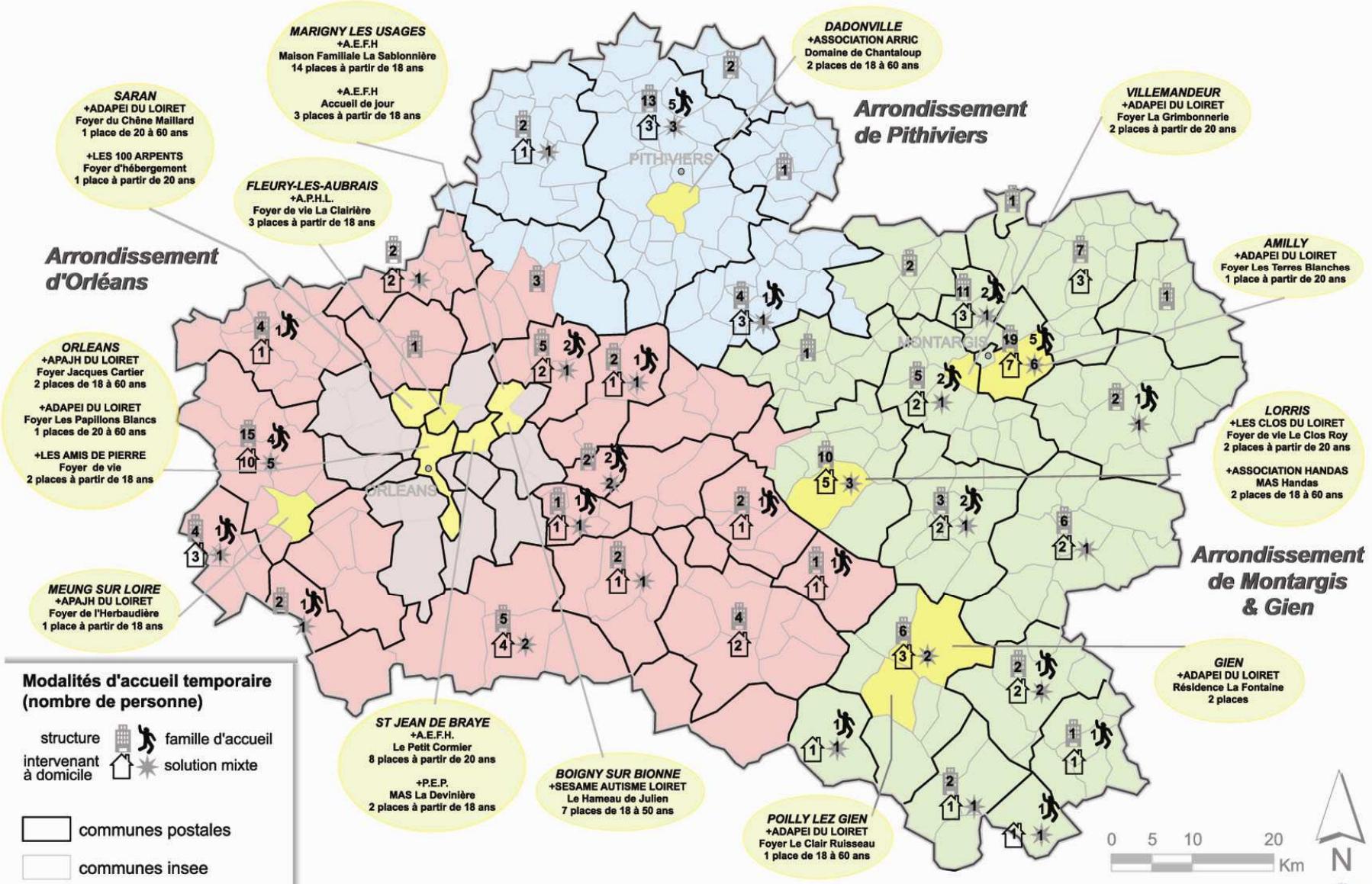
Où ces besoins sont-ils localisés ? :

- VOIR CARTE 9 PAGE 84**
MODALITES D'ACCUEIL TEMPORAIRE IDENTIFIEES PAR LES ADULTES ENQUETES (DEPARTEMENT HORS AGGLO)
- VOIR CARTE 10 PAGE 85**
MODALITES D'ACCUEIL TEMPORAIRE IDENTIFIEES PAR LES ADULTES ENQUETES (AGGLO. ORLEANS)

Les propositions d'accueil temporaire, selon les répondants, doivent s'inscrire dans un panel de modalités qui vont du « tout institutionnel » au maintien à domicile.

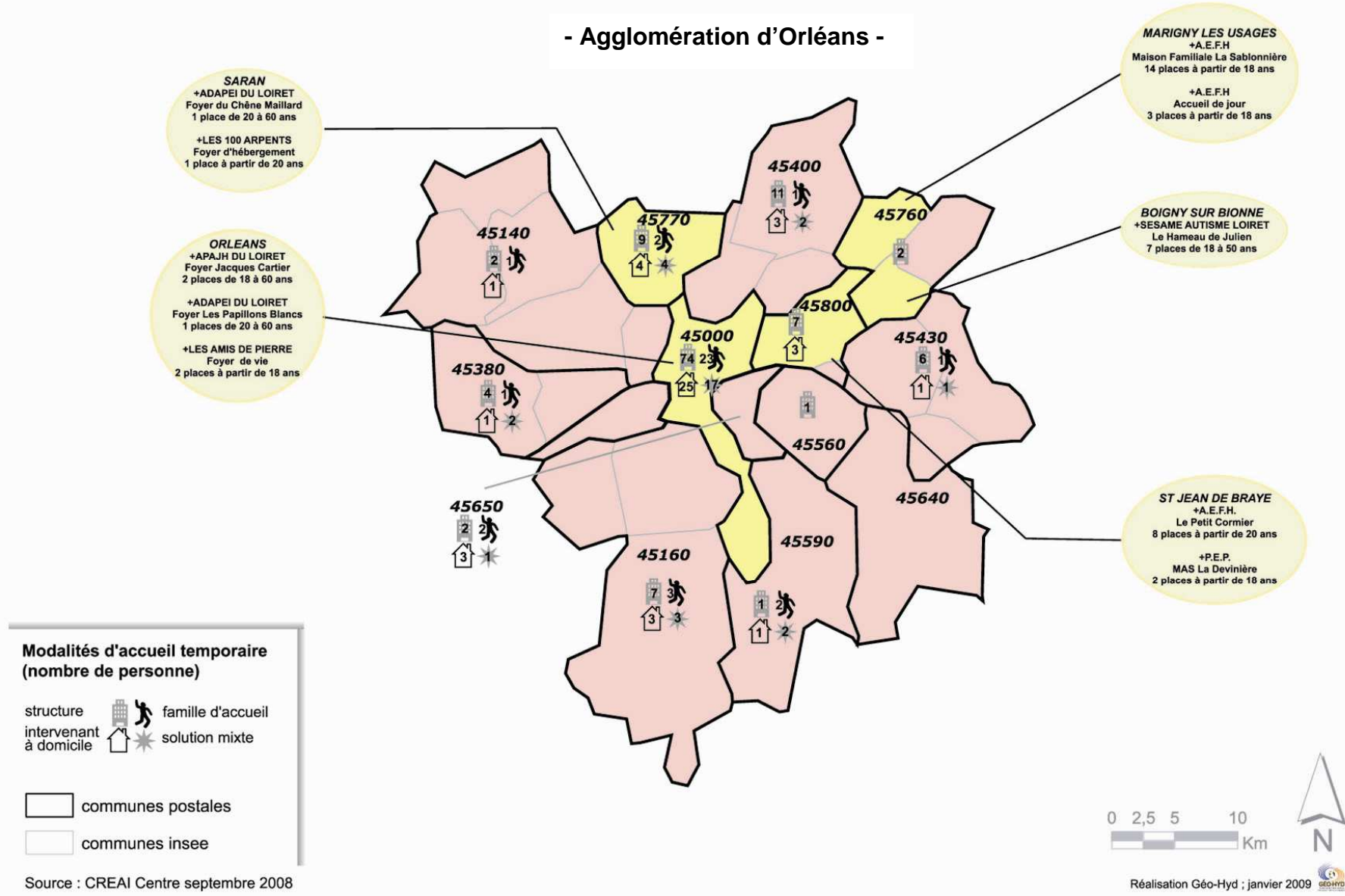
Remarque : Selon le rapport présenté au Gouvernement en 2003 par le GRATH, l'accueil temporaire peut retarder le placement définitif des personnes handicapées de 3 à 5 ans.

Modalités d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008)



Modalités d'accueil temporaire identifiées par les adultes enquêtés (septembre 2008)

- Agglomération d'Orléans -



SARAN
 +ADAPEI DU LOIRET
 Foyer du Chêne Maillard
 1 place de 20 à 60 ans

+LES 100 ARPENTS
 Foyer d'hébergement
 1 place à partir de 20 ans

ORLEANS
 +APAJH DU LOIRET
 Foyer Jacques Cartier
 2 places de 18 à 60 ans

+ADAPEI DU LOIRET
 Foyer Les Papillons Blancs
 1 place de 20 à 60 ans

+LES AMIS DE PIERRE
 Foyer de vie
 2 places à partir de 18 ans

MARIGNY LES USAGES
 +A.E.F.H
 Maison Familiale La Sablonnière
 14 places à partir de 18 ans

+A.E.F.H
 Accueil de jour
 3 places à partir de 18 ans

BOIGNY SUR BIONNE
 +SESAME AUTISME LOIRET
 Le Hameau de Julien
 7 places de 18 à 50 ans

ST JEAN DE BRAYE
 +A.E.F.H.
 Le Petit Cormier
 8 places à partir de 20 ans

+P.E.P.
 MAS La Devinière
 2 places à partir de 18 ans



● En conclusion

Si cette étude dessine bien les contours de la problématique de l'accueil temporaire dans le département du Loiret, il serait néanmoins illusoire de penser pouvoir chiffrer précisément les besoins des personnes en situation de handicap, tant ils sont nombreux et variés (et très souvent non identifiés par les personnes potentiellement concernées).

Cependant, à partir des résultats statistiques de l'enquête, (et en raison d'un taux de retour très satisfaisant -11%-, correspondant à plus de 1 000 personnes interrogées), des projections peuvent être effectuées pour réaliser un premier chiffrage des besoins d'accueil temporaire sur notre territoire des personnes ayant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%, afin de mieux appréhender le développement nécessaire de ce dispositif.

Clés de répartition

Orléans = 60 %
Montargis = 30 %
Pithiviers = 10 %

Etablissement = 60 %
A Domicile = 25 %
Famille d'accueil = 15 %

Sous quelles formes ?

- Des places adossées à des structures déjà existantes
- Des sites d'accueil temporaire spécifiques
- Des services intervenant à domicile
- Des accueillants familiaux intégrés au dispositif et connus des personnes
- Etc. : à inventer ...

● Pour les enfants

☑ Création de 27 places d'accueil temporaire, réparties de la façon suivante :

- 16 places sur l'arrondissement d'Orléans
 - 10 places : établissement [8 places existantes => 2 places à créer]
 - 4 places : intervenant à domicile
 - 2 places : famille d'accueil
- 3 places sur l'arrondissement de Pithiviers
- 8 places sur l'arrondissement de Montargis
 - 5 places : établissement
 - 2 places : intervenant à domicile
 - 1 place : famille d'accueil

● Pour les adultes

☑ Création de 121 places d'accueil temporaire, réparties de la façon suivante :

- 73 places sur l'arrondissement d'Orléans
 - 44 places : établissement [45 places déjà existantes]
 - 18 places : intervenant à domicile
 - 11 places : famille d'accueil
- 12 places sur l'arrondissement de Pithiviers
 - 7 places : établissement [2 existantes => 5 places à créer]
 - 3 places : intervenant à domicile
 - 2 places : famille d'accueil
- 26 places sur l'arrondissement de Montargis/Gien
 - 22 places : établissement [10 places existantes => 12 places à créer]
 - 9 places : intervenant à domicile
 - 5 places : famille d'accueil

➤ Rappelons par ailleurs que les enfants ont exprimé un besoin d'accueil temporaire réactif et ponctuel, sur des temps bien déterminés (le besoin d'accueil de jour se porterait davantage en semaine, alors que l'accueil jour/nuit lors des week-ends et périodes de vacances).

➤ Pour les adultes, l'enjeu serait de répondre aux situations exceptionnelles et imprévues qu'ils rencontrent en proposant de l'accueil jour/nuit [quels éléments de différenciation avec de l'accueil d'urgence ?].

Ces données devront être affinées dans le cadre d'une évaluation qualitative plus approfondie et d'une étude de faisabilité précisant les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs et créer un dispositif viable.

Il semble aujourd'hui nécessaire qu'un travail de fond soit engagé sur cette problématique à l'occasion de la révision du Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées. L'enjeu sera de créer les conditions de développement des solutions d'accueil temporaire et à donner au dispositif dans son ensemble **la souplesse et la réactivité nécessaires**.

● Annexes

- A.1. - Questionnaire
- A.2. - Liste des membres du groupe de travail
- A.3. - Les textes de référence



en partenariat avec



A.1. - Questionnaire

Enquête sur les besoins d'accueil temporaire des enfants et adultes en situation de handicap dans le Loiret

Madame, Monsieur,

La loi du 2 janvier 2002 reconnaît l'**accueil temporaire des personnes handicapées**, dont la définition et les modalités d'organisation sont précisées par le décret du 17 mars 2004 et la circulaire du 12 mai 2005. Une **personne handicapée peut en effet être accueillie de manière temporaire (c'est-à-dire pour une durée limitée de 90 jours maximum) dans un établissement ou suivie par un service spécialisé**. Cet accueil temporaire peut permettre des temps de répit aux aidants familiaux, la mise en place de modalités d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne, l'articulation entre deux projets d'accompagnement, comme de pallier les périodes de fermeture des structures...

Dans le cadre du schéma départemental du Loiret en faveur des personnes handicapées, il a été mis en évidence la nécessité de mener une étude de besoins sur l'accueil temporaire dans le département du Loiret, laquelle a été confiée au CREAI Centre.

Cette enquête a pour objectifs :

- de connaître les besoins des enfants, adolescents et adultes handicapés du Loiret et de leur entourage familial et professionnel en matière d'accueil temporaire,
- d'identifier les modalités de réponse à apporter aux demandes des personnes handicapées et de leur entourage.

Pour cela, il nous faut tout d'abord avoir votre précieux concours, et nous comptons vivement sur votre participation pour obtenir un nombre significatif de réponses, gage de qualité pour les résultats de cette enquête. Diffusé par différents acteurs, le questionnaire ci-joint vous parviendra peut-être en plusieurs exemplaires. Dans ce cas, bien sûr, retournez-nous qu'un exemplaire par personne en situation de handicap.

Même si ce questionnaire a un caractère facultatif *, nous vous remercions de toute l'attention que vous porterez à cette étude et du temps que vous voudrez bien y consacrer afin de mettre en place un projet qui réponde à vos attentes.

Merci de nous le retourner avant le 26 septembre au plus tard. **Si vous rencontrez des difficultés pour compléter le questionnaire, vous pouvez appeler le CREAI, au 02 38 74 56 00.**

Dans cette attente, nous vous prions de croire en nos sentiments respectueux.

Valérie Larmignat

Directrice du CREAI

* L'absence de réponse n'entraînera aucune conséquence pour la personne concernée, conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004.

Nota :

1/ Ce questionnaire est **anonyme** ; vous ne devez donc pas y porter d'informations nominatives. Les éléments d'identification (initiales, date de naissance, domicile...) serviront uniquement à repérer d'éventuels questionnaires reçus en double.

Ce questionnaire a fait l'objet d'une autorisation par la CNIL.

2/ Si vous souhaitez nous adresser des commentaires ou être informés des résultats de l'enquête, adressez-nous un courrier séparé à l'adresse suivante :
CREAI Centre, 58bis, bld de Châteaudun - BP 91329 - 45003 Orléans Cedex 1.

**Pour les questions 12 et 13 du questionnaire (page 5),
merci de bien vouloir reporter dans le tableau le numéro de la structure correspondant à votre situation.**

Question 12 : Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement pour ENFANTS / ADOLESCENTS

Structure médico-sociale

- 1 - Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS)
- 2 - Centre d'accueil médico-social précoce (CAMSP)
- 3 - Etablissement d'accueil temporaire (EAT)
- 4 - Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EPEAP)
- 5 - Institut d'éducation motrice (IEM)
- 6 - Institut d'éducation sensorielle (IES)
- 7 - Institut médico-éducatif (IME)
- 8 - Institut thérapeutique, éducatif, pédagogique (ITEP)
- 9 - Jardin d'enfants spécialisé (JES)
- 10 - Autre structure médico-sociale

Structure sanitaire

- 11 - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 12 - Centre médico-psychologique (CMP)
- 13 - Hôpital
- 14 - Secteur de psychiatrie infanto-juvénile (SPIJ)
- 15 - Autre structure sanitaire

Intervention d'un professionnel à domicile ou autres lieux de vie et d'activité

- 16 - Centre médico-psycho pédagogique (CMPP)
- 17 - Service d'éducation spécialisée de soins et d'aide à domicile (SESSAD)
- 18 - Service d'accompagnement à l'acquisition de l'autonomie et de l'intégration scolaire (SAAAIS)
- 19 - Service d'aide à la formation et à l'éducation professionnelle (SAFEP)
- 20 - Service de soins d'éducation et de formation (SSEFIS)
- 21 - Service de soins et d'aide à domicile (SSAD)
- 22 - Autre professionnel

Question 13 : Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement pour ADULTES

Structure médico-sociale

- 23 - Centre de pré-orientation (CPO)
- 24 - Centre de rééducation professionnelle (CRP)
- 25 - Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)
- 26 - Service d'accueil de jour (SAJ)
- 27 - Etablissement d'accueil temporaire (EAT)
- 28 - Foyer d'hébergement (FH)
- 29 - Foyer occupationnel (FO)
- 30 - Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- 31 - Maison d'accueil spécialisé (MAS)
- 32 - Autre structure médico-sociale

Structure sanitaire

- 33 - Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- 34 - Centre médico-psychologique (CMP)
- 35 - Hôpital
- 36 - Autre structure sanitaire

Intervention d'un professionnel à domicile ou autres lieux de vie

- 37 - Service d'aide à domicile (SAD)
- 38 - Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- 39 - Service d'aide à la vie (SAD)
- 40 - Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- 41 - Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- 42 - Autre professionnel



Avec



A.1. - Le questionnaire

Pour plus d'informations et pour disposer du questionnaire en fichier informatique, **contacter le CREAI Centre** :

58bis, bd de Châteaudun - BP 91329 - 45003 ORLEANS CEDEX 1 - Tél. 02 38 74 56 00

Aurélié Néon a_neon@creai-centre.asso.fr - Séverine Demoustier s_demoustier@creai-centre.asso.fr - Brigitte Lavarélo b.lavarelo@creai-centre.asso.fr

Ce questionnaire est également disponible sur les sites suivants :

Conseil Général du Loiret :

http://www.loiret.com/cgloiret/sites/schemas/pdf/enquete_accueil_temporaire.pdf

DDASS du Loiret :

<http://centre.sante.oouv.fr>

ENQUETE SUR LES BESOINS D'ACCUEIL TEMPORAIRE DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE LOIRET

- QUESTIONNAIRE à retourner au CREAI Centre pour le **26 septembre 2008** au plus tard •

Merci de ne **répondre** à ce questionnaire que si **votre taux / le taux d'incapacité de la personne concernée par le questionnaire est égal ou supérieur à 50%**.

A - PROFIL DE LA PERSONNE HANDICAPEE

1 - Comment et/ou par qui avez-vous eu connaissance de ce questionnaire ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. questionnaire reçu à domicile | <input type="checkbox"/> 4. autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> 2. questionnaire remis par un professionnel | <input type="checkbox"/> 5. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 3. sur un site Internet | |

2 - Qui répond au questionnaire ?

* cochez la case correspondante (une seule réponse possible)

1. La personne handicapée elle-même

✓ Son entourage familial

2. Epoux(se)/pacsé(e)/concubin(e)
 3. Enfant
 4. Père
 5. Mère
 6. Frère
 7. Sœur
 8. Autre (précisez) :

✓ Un professionnel intervenant après de la personne handicapée

9. Travailleur en institution
 10. Travailleur à domicile
 11. Travailleur libéral
 12. Famille d'accueil
 13. Assistant de service social
 14. Tuteur institutionnel
 15. Référent scolaire
 16. Autre (précisez) :

B - SITUATION DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Initiales de la personne

/ ___ / ___ /

3 - Date de naissance

/ ___ / ___ / ___ /
j j m m a a

4 - Sexe

1. Homme 2. Femme

5 - Domicile

Code postal : / ___ / ___ / ___ / ___ / Ville : _____

Cette adresse correspond-elle : 1. à votre domicile 2. à l'institution spécialisée qui vous accueille ou vous suit

6- Taux d'incapacité

Votre taux d'incapacité est de : / ___ / ___ / %

7- De quel régime relevez-vous ?

1. Du régime **général** (CAF) 2. Du régime **agricole** (MSA) 3. Ne sait pas

C - SITUATION DE HANDICAP

8- Type de Déficience / Handicap **PRINCIPAL** :

* cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> 7. traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> 2. handicap psychique | <input type="checkbox"/> 8. déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> 3. autisme, trouble envahissants du développement | <input type="checkbox"/> 9. déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> 4. troubles de la conduite et du comportement | <input type="checkbox"/> 10. maladie chronique invalidante |
| <input type="checkbox"/> 5. déficience motrice | <input type="checkbox"/> 11. autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> 6. polyhandicap | <input type="checkbox"/> 12. ne sait pas |

9- Types de Déficience(s) / Handicap(s) **ASSOCIE(s)** :

* cochez la case correspondante / Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> 7. traumatisme crânien |
| <input type="checkbox"/> 2. handicap psychique | <input type="checkbox"/> 8. déficience auditive |
| <input type="checkbox"/> 3. autisme, trouble envahissants du développement | <input type="checkbox"/> 9. déficience visuelle |
| <input type="checkbox"/> 4. troubles de la conduite et du comportement | <input type="checkbox"/> 10. maladie chronique invalidante |
| <input type="checkbox"/> 5. déficience motrice | <input type="checkbox"/> 11. autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> 6. polyhandicap | <input type="checkbox"/> 12. ne sait pas |

10- Niveau d'autonomie **intellectuelle et psychique** :

* cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. autonome (besoin d'aide occasionnelle) |
| <input type="checkbox"/> 2. semi-autonome (aide effective dans certains actes de la vie quotidienne, accompagnement fréquent) |
| <input type="checkbox"/> 3. non-autonome (prise en charge très importante, rapprochée ou permanente) |
| <input type="checkbox"/> 4. ne sait pas |

11- Niveau d'autonomie **physique** :

* cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1. autonome (besoin d'aide occasionnelle) |
| <input type="checkbox"/> 2. semi-autonome (aide effective dans certains actes de la vie quotidienne, accompagnement fréquent) |
| <input type="checkbox"/> 3. non-autonome (prise effective et permanente dans tous les actes essentiels de la vie) |
| <input type="checkbox"/> 4. ne sait pas |

D – LIEU DE VIE HABITUEL

12- Lieu de vie habituel :

* cochez la case correspondante / Une seule réponse possible

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 1. domicile parental |
| <input type="checkbox"/> 2. logement indépendant (seul <u>ou</u> avec époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) <u>et/ou</u> avec/ou sans enfant) |
| <input type="checkbox"/> 3. institution médico-sociale, y compris en appartement, foyer |
| <input type="checkbox"/> 4. maison de retraite |
| <input type="checkbox"/> 5. appartement thérapeutique |
| <input type="checkbox"/> 6. famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> 7. autre (précisez) : |

E - ACCUEIL / SUIVI / ACCOMPAGNEMENT ACTUEL

13- Situation actuelle / pour les ENFANTS et ADOLESCENTS

■ Si PAS d'accueil, PAS de suivi, PAS d'accompagnement. La personne vit :

1. à domicile, sans intervention
 2. à domicile, dans l'attente d'une (ré) orientation par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées)
 3. à domicile, dans l'attente d'une place au sein d'un établissement ou service médico-social.

■ Si Accueil / Suivi / Accompagnement :

* Mettre une croix dans la ou les **cases correspondant à votre situation** et préciser le numéro de la structure ou du service concerné (cf. liste jointe)

ENFANTS / ADOLESCENTS Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement ▼	N° structure (cf. liste)	Modalités d'accueil, de suivi, d'accompagnement				
		Semaine (lundi au vendredi)	Semaine et week-end	Week-end	Quelques jours dans la semaine (si oui, combien)	Quelques heures / semaine
Scolarisé ou en formation dans le milieu ordinaire						
Accueilli de jour dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour dans une structure sanitaire						
Accueilli de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure sanitaire						
Intervention d'un professionnel n° 1 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 2 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 3 à domicile ou autres lieux de vie						
Autre (précisez)						

=> Pour les enfants et adolescents, passez à la question 14

14- Situation actuelle / pour les ADULTES

■ Si PAS d'accueil, PAS de suivi, PAS d'accompagnement. La personne vit :

1. à domicile, sans intervention
 2. à domicile, dans l'attente d'une (ré) orientation par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées)
 3. à domicile, dans l'attente d'une place au sein d'un établissement ou service médico-sociale.

■ Si Accueil / Suivi / Accompagnement :

* Mettre une croix dans la ou les **cases correspondant à votre situation** et préciser le numéro de la structure ou du service concerné (cf. liste jointe)

ADULTES Différents types d'accueil, de suivi, d'accompagnement ▼	N° structure (cf. liste)	Modalités d'accueil, de suivi, d'accompagnement				
		Semaine (lundi au vendredi)	Semaine et week-end	Week-end	Quelques jours dans la semaine (si oui, combien)	Quelques heures / semaine
Travaille dans le milieu ordinaire						
Travaille en ESAT						
Accueilli de jour dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour dans une structure sanitaire						
Accueilli de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure spécialisée médico-sociale						
Accueilli de jour et de nuit dans une structure sanitaire						
Accueilli de jour et de nuit dans une maison de retraite						
Intervention d'un professionnel n° 1 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 2 à domicile ou autres lieux de vie						
Intervention d'un professionnel n° 3 à domicile ou autres lieux de vie						
Autre (précisez)						

15- Pour les enfants, adolescents ou adultes, cette situation :

- a) résulte du choix de la personne handicapée : 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
b) résulte du choix de l'entourage familial : 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
c) ne résulte pas d'un choix, mais de l'offre institutionnelle
(ex. périodes de fermeture de l'institution...) 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
d) est jugée adaptée par la personne handicapée : 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas
e) est jugée adaptée par son entourage : 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

f) commentaires (si nécessaire) :

F - ALLOCATIONS / PRESTATIONS DE LA PERSONNE HANDICAPEE

16- La personne handicapée perçoit-elle une allocation / une prestation

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

17- Si oui, précisez :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. AEEH (Allocation d'éducation pour enfants handicapés) | <input type="checkbox"/> 7. Rente d'accident du travail |
| <input type="checkbox"/> 2. complément AEEH | <input type="checkbox"/> 8. ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne) |
| <input type="checkbox"/> 3. AAH (Allocation Adultes handicapés) | <input type="checkbox"/> 9. MTP (Majoration Tierce Personne) |
| <input type="checkbox"/> 4. Majoration vie autonome | <input type="checkbox"/> 10. PCH (Prestation de Compensation du Handicap) |
| <input type="checkbox"/> 5. Avantage vieillesse | <input type="checkbox"/> 11. Autre (précisez) : |
| <input type="checkbox"/> 6. Pension d'invalidité | |

G - ENTOURAGE FAMILIAL EN SOUTIEN DIRECT DE LA PERSONNE (hors de l'institution)

Remarque : *si la personne handicapée vit seule, ou si elle vit en permanence en institution spécialisée (sanitaire ou médico-sociale), veuillez passer à la question 19*

18- La personne handicapée (hors de l'institution) vit :

Plusieurs réponses possibles

- Vit avec :**
- 1. son époux(se)/pacsé(e)/concubin(e), sans enfant à charge
 - 2. son époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) et enfant(s) à charge
- Précisez si :**
- époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) est âgé de plus de 65 ans
 - époux(se)/pacsé(e)/concubin(e) est handicapé(e)
3. enfant(s) à charge
- Vit chez :**
- 4. ses 2 parents
 - 5. l'un de ses parents
- Précisez si :**
- l'un des parents est âgé de plus de 65 ans
 - l'un des parents est handicapé
- 6. un autre membre de sa famille (fratrie, oncle, tante, grands-parents,...)
 - 7. une famille d'accueil
 - 8. Autre (précisez) :

19- Quels sont les aidants familiaux ?

Dans le tableau ci-dessous, précisez quels sont les aidants familiaux (Mère, Père, époux(se)/pacsé(e)/concubin(e), enfant, frère, sœur, autre ...) et renseigner les colonnes pour chacun des aidants :

Aidants familiaux	Vit au foyer		Travaille		Aide et accompagne	
	oui	non	oui	non	régulièrement	parfois

H - IDENTIFICATION DES BESOINS D'ACCUEIL TEMPORAIRE

20- Avez-vous déjà eu besoin de recourir à une formule temporaire, alternative à votre accueil / suivi / accompagnement habituel (au cours des 2 dernières années 2006/2007) :

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

21- Si non, pour quel(s) motif(s) :

22- Si oui, pour quel(s) motif(s) :

Cochez **une seule case par ligne correspondant à votre situation**

Besoins liés au projet de la personne handicapée	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
1- Séjour de préparation à l'entrée dans une institution, préparation d'un retour à domicile, changement d'orientation...						
2- Séjour lié au projet éducatif, de soins						
3- Séjour lié à un besoin de distanciation (crise, rupture) avec l'entourage, l'institution						
4- Séjour de vacances de la personne handicapée						
5- Séjour en attente de place en institution						
6- Autre raison éducative ou médicale						

Besoins liés à l'indisponibilité de l'aidant familial	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
7- Pour raisons de santé						
8- Pour raisons professionnelles						
9- En raison de congés, évènements familiaux						
10- Autre indisponibilité familiale occasionnelle						

Besoins liés au répit des aidants familiaux	Durée cumulée des séjours sur 2 années					
	1 à 15 j.	16 à 30 j.	31 à 60 j.	61 à 90 j.	91 à 140 j.	141 à 180 j.
11 – Soulagement périodique de la famille						
12 – Situation de crise familiale						

23- Quelle(s) solution(s) avez-vous utilisées ? Etaient-elles adaptées à vos besoins ?

Il ne s'agit pas d'émettre un jugement de valeur, mais de dire, en face de chaque solution utilisée, si elle vous a paru être la bonne formule pour répondre à vos besoins

Type de solution alternative utilisée au moins 1 fois	Cochez si utilisées au moins 1 fois	Niveau d'adaptation de la solution			
		Très adaptée	Adaptée	Peu adaptée	Pas adaptée
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé médico-social					
Dans une autre structure spécialisée médico-sociale					
Recours à une offre spécifique au sein de l'établissement fréquenté					
Dans une structure ou un service d'accueil temporaire spécialisé sanitaire					
Dans une structure sanitaire					
Dans une maison de retraite					
Dans une famille d'accueil					
Par l'intervention d'une tierce personne à domicile (professionnelle ou non)					
Dans l'entourage (famille, amis, voisins) hors du domicile habituel					
Autre (précisez)					

24- En fait, savez-vous qu'une personne handicapée peut être accueillie de manière temporaire (c'est-à-dire pour une durée limitée) dans un établissement ou suivie par un service spécialisé ?

1. Oui 2. Non

Rappel : Cet accueil temporaire peut permettre des temps de répit aux aidants familiaux, la mise en place de modalités d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne, l'articulation entre deux projets d'accompagnement, de pallier les périodes de fermeture des structures, etc....

25- De quelle(s) forme(s) d'accueil pourriez-vous avoir besoin à l'avenir ?

L'accueil temporaire peut prendre plusieurs formes (de manière séquentielle, à temps plein ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour).

- * Plusieurs réponses possibles :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Accueil de jour | <input type="checkbox"/> 3. Hébergement de nuit seulement |
| <input type="checkbox"/> 2. Accueil de jour et de nuit | <input type="checkbox"/> 4. Pas de besoin particulier |

26- A quel(s) moment(s) en particulier ?

- * Plusieurs réponses possibles :
- | | | | |
|-----------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | en semaine | <input type="checkbox"/> 3. | en période de vacances |
| <input type="checkbox"/> 2. | les week-ends | <input type="checkbox"/> 4. | autres (précisez) : |

27- Selon quelle périodicité auriez-vous besoin d'un accueil temporaire ?

- * Une seule réponse possible :
- | | | | |
|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | 1 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 4. | 3 à 4 fois par an |
| <input type="checkbox"/> 2. | 1 à 2 fois par mois | <input type="checkbox"/> 5. | Selon les circonstances |
| <input type="checkbox"/> 3. | 1 à 2 fois par an | <input type="checkbox"/> 6. | autres (précisez) : |

28- Pour quelle durée par an auriez-vous besoin d'un accueil temporaire ?

- * Une seule réponse possible :
- | | | | |
|-----------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | 1 à 8 jrs | <input type="checkbox"/> 4. | 31 à 45 jrs |
| <input type="checkbox"/> 2. | 9 à 15 jrs | <input type="checkbox"/> 5. | 46 à 60 jrs |
| <input type="checkbox"/> 3. | 16 à 30 jrs | <input type="checkbox"/> 6. | 61 à 90 jrs |
| | | <input type="checkbox"/> 7. | Autres (précisez) : |

29- Selon quelles modalités ?

- * Classez dans l'ordre de préférence (1^{er}, 2^{ème} ...) et n'indiquez rien si vous ne souhaitez pas de modalité précise

- ▼
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 1. | Dans une institution |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2. | En présence d'un intervenant à domicile |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3. | Dans une famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 4. | En mixant plusieurs solutions |

30- Durant un séjour en accueil temporaire, quel(s) type(s) d'activité souhaiteriez-vous que la structure vous propose ?

- * Classer dans l'ordre de préférence (1^{er}, 2^{ème} ...) / Vous pouvez préciser vos choix :

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. | Activités culturelles : |
| <input type="checkbox"/> 2. | Activités sportives: |
| <input type="checkbox"/> 3. | Activités manuelles et artistiques : |
| <input type="checkbox"/> 4. | Autres : |
| <input type="checkbox"/> 5. | Aucune activité particulière souhaitée |

31- Pour permettre cet accueil temporaire, quels sont vos besoins en matière de soins ?

- * Plusieurs réponses possibles

- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. | Suivi de traitements médicamenteux |
| <input type="checkbox"/> 2. | Soins spécifiques ou accompagnements thérapeutiques (ex. liés à une assistance respiratoire, à une épilepsie ...) |
| <input type="checkbox"/> 3. | Aucun |
| <input type="checkbox"/> 4. | Autres (précisez) : |

32- Parmi ces traitements et ces soins, certains nécessitent-ils la présence d'un(e) infirmier(e)?

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Oui | <input type="checkbox"/> 2. | Non | <input type="checkbox"/> 3. | Ne sait pas |
|-----------------------------|-----|-----------------------------|-----|-----------------------------|-------------|

33- Quels temps de trajet accepteriez-vous de faire pour utiliser un accueil temporaire ?

(en partant de votre résidence habituelle qui peut être le domicile ou la structure spécialisée)

- | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | <u>Pour un accueil de jour :</u> | / _____ / minutes de trajet |
| <input type="checkbox"/> 2. | <u>Pour un accueil avec hébergement sur plusieurs jours :</u> | / _____ / minutes de trajet |

Nous vous remercions d'avoir bien voulu prendre un peu de temps pour remplir ce questionnaire.

A.2. - Les membres du groupe de travail



ETUDE « ACCUEIL TEMPORAIRE »

Etude de besoins et d'opportunité préalable au développement
des capacités d'accueil temporaire dans le Loiret

MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

- Le pilote du projet « promouvoir l'aide aux aidants par le développement de relais institutionnels » :
 - M. Nieto, Directeur du Foyer Le Clos Roy (Lorris)

- Les membres de l'équipe projet :
 - M. René Girard, Directeur SAVS / SAMSAH (Passerelle 45)
 - M. Marc Petiprez, Directeur du Foyer de Vie La Grimbonnerie (ADAPEI)
 - M. Christian Bonnin, Directeur Général des établissements Sésame Autisme Loiret
 - M. Christian De la Rochemacé, Directeur et M. Franck Tanchoux, Chef de service, Foyer de vie Le Petit Cormier (AEFH)
 - Mme Valérie Bacle, Directrice Départementale (APF du Loiret)

- Un membre du groupe de travail « Développer l'accueil temporaire » du schéma départemental Enfance :
 - Mme Sylvine Duneau, Directrice Adjointe IME La Source (ADPEP)

- Conseil général du Loiret : Mme Six

- DDASS du Loiret : M. Van Wassenhowe / Mlle Péribois

- MDPH du Loiret : M. Mauffret / Mme le Dr Leloup

- MSA Cœur de Loire : Mme Celle

- Un représentant du CREAI Centre.

A.3. - Les textes de référence

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles

NOR: SOCA0420508D
Version consolidée au 26 octobre 2004

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-1 et L. 314-8 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6111-2 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 16 décembre 2003 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004,

Article 1 (abrogé au 26 octobre 2004)

Abrogé par Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 - art. 4 (V) JORF 26 octobre 2004

I. - L'accueil temporaire mentionné à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

II. - L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

L'accueil temporaire peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services, qu'il s'agisse d'établissements de santé au sens de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ou d'établissements sociaux ou médico-sociaux au sens du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'accueil temporaire vise, selon les cas :

a) A organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;

b) A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

III. - L'accueil temporaire est mis en oeuvre par les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 2 (abrogé au 26 octobre 2004)

Abrogé par Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 - art. 4 (V) JORF 26 octobre 2004

I. - L'accueil temporaire est organisé dans le respect des conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services mentionnés au III de l'article 1er.

II. - Les établissements et services mentionnés au I du présent article peuvent pratiquer exclusivement l'accueil temporaire. Ils peuvent accueillir des personnes présentant plusieurs formes de handicaps ou de dépendances. L'établissement ou le service doit disposer d'unités d'accueil ou de vie qui prennent chacune en charge au maximum douze personnes.

Les locaux répondent aux règles d'accessibilité et de sécurité en vigueur, ainsi qu'aux normes particulières existantes pour l'accueil de certains publics concernés par le projet d'établissement.

Ces locaux tiennent également compte du contenu du projet d'établissement afin notamment de s'adapter aux caractéristiques des publics accueillis.

III. - Pour les établissements pratiquant l'accueil temporaire de manière non exclusive, les demandes et les décisions d'autorisation visées aux articles L. 313-2 et L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles mentionnent le nombre de places réservées à l'accueil temporaire.

Le projet d'établissement ou de service et le règlement de fonctionnement, visés respectivement aux articles L. 311-8 et L. 311-7 de ce même code, prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire.

Article 3 (abrogé au 26 octobre 2004)

Abrogé par Décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 - art. 4 (V) JORF 26 octobre 2004

I. - L'admission en accueil temporaire dans une structure médico-sociale qui accueille des personnes handicapées est prononcée par le responsable de l'établissement, après décision des commissions départementales visées aux articles L. 242-2 et L. 243-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans la limite de quatre-vingt-dix jours par an, ces commissions se prononcent pour chaque personne handicapée, sur un temps annuel de prise en charge en accueil temporaire dans ces structures. Elles déterminent en tant que de besoin sa périodicité et les modalités de la prise en charge.

II. - A titre dérogatoire, en cas d'urgence, l'admission directe d'une personne handicapée présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % peut être réalisée pour des séjours inférieurs à huit jours pour les enfants et quinze jours pour les adultes.

Le directeur qui a prononcé cette admission en informe la commission départementale dont relève la personne visée au premier alinéa du présent article dans un délai maximal de vingt-quatre heures suivant l'admission. Il est également tenu d'adresser à cette même instance, à l'issue du séjour, une évaluation sur ledit séjour dans un délai de quinze jours après la sortie de la personne.

La commission fait connaître dans les meilleurs délais, le cas échéant au vu de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, sa décision à l'égard de cette admission et peut décider, s'il y a lieu, d'autres périodes de prise en charge en accueil temporaire.

Article 4

A compter de la date de publication du présent décret, les établissements et services existants mentionnés au III de l'article 1er disposent d'un délai de trois ans pour se mettre en conformité avec les dispositions de l'article 2 dudit décret.

Article 5

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre délégué aux libertés locales, la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées et le secrétaire d'Etat aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, François Fillon
Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, Nicolas Sarkozy
Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei
Le ministre délégué aux libertés locales, Patrick Devedjian
La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, Marie-Thérèse Boisseau
Le secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Hubert Falco

**Circulaire DGAS/SD 3 C n°2005-224 du 12 mai 2005
relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées**

NOR : SANA0530194C

Date d'application : immédiate

Références

Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Articles D. 312-8 à D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles résultant du décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les préfets de région, (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour exécution]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs et chefs de service de l'administration centrale (pour information).

L'accueil temporaire s'appuie sur l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les articles D. 312-8 à D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles, introduits par le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, en fixent les principes.

L'un des objectifs majeurs de la loi précitée consiste à diversifier les prises en charge ainsi que la gamme des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des publics fragiles, notamment les personnes âgées et les personnes handicapées. La nomenclature des établissements et services a été définie dans le code de façon très souple afin de diversifier au maximum la palette de l'offre et de favoriser le libre choix entre les prises en charge en institution et l'accompagnement hors les murs.

A ce titre, il est rappelé que l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles confère une base légale aux prises en charge à titre permanent, temporaire, sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, en semi-internat, externat, en accueil familial et en milieu ordinaire de vie.

Le décret précité du 17 mars 2004 permet de promouvoir et de développer très sensiblement ce mode d'accompagnement innovant pour les personnes âgées comme pour les personnes handicapées. Il définit ses conditions de mise en oeuvre et précise la place de l'accueil temporaire.

L'accueil temporaire des personnes handicapées justifie une approche particulière. Les présentes instructions précisent certains points du décret susvisé. Elles tiennent notamment compte des conclusions du groupe de travail animé en 2003 par M. Olivin (Jean-Jacques), président du groupe de réflexion et de réseau pour l'accueil temporaire des personnes handicapées (GRATH).

**I - L'ACCUEIL TEMPORAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES :
UNE RÉPONSE NOVATRICE AUX MARGES DE LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE :**

Souvent vu comme un séjour de répit ou comme une modalité « d'aide aux aidants », l'accueil temporaire est un instrument déterminant de la politique de maintien à domicile des personnes handicapées qui le souhaitent et de soutien à leur famille. Mais son apport va plus loin. Il constitue aussi un élément de souplesse et de réactivité dans la palette des différentes modalités d'accompagnement. En autorisant les temps de répit, de réflexion ou la mise en place d'articulations entre différents dispositifs d'accompagnement, il contribue à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées.

Quelles sont les situations auxquelles peut répondre l'accueil temporaire ?

a) L'aide aux « aidants »

La situation la plus communément invoquée est celle de « l'aide aux aidants ». Certaines personnes handicapées font le choix de vivre dans leur entourage familial. Il peut aussi s'agir d'un choix par défaut. Des relais sont parfois nécessaires en cas d'indisponibilité provisoire de la famille (hospitalisation, obligation professionnelle...) ou de besoin de prise de distance dans une relation permanente. La cohabitation peut aussi conduire à des problèmes relationnels, qui mettent en cause l'équilibre de vie des personnes ou de la famille, auxquels l'accueil temporaire peut apporter une réponse. Cette réponse est importante dans une perspective de prévention des situations de maltraitance subies tant par les personnes handicapées que parfois leur famille. Elle ne peut cependant consister en un simple éloignement, solution au seul problème relationnel ponctuel.

Elle doit mettre en oeuvre une démarche qui, outre la distance, permette les évolutions et les adaptations requises du projet de la personne handicapée.

A titre d'exemple, on peut considérer la situation d'une personne lourdement handicapée vivant habituellement dans sa famille. Bien que bénéficiant des aides humaines et techniques nécessaires, elle peut avoir besoin d'un accueil temporaire en établissement pour soulager son entourage, ou encore d'un accueil temporaire permettant une prise en charge par une autre équipe pouvant favoriser un mode relationnel différent et contribuer à un meilleur équilibre familial.

b) Une période de distanciation et de réadaptation pour l'institution accueillant la personne handicapée

Une institution confrontée à une situation difficile et soumise à une pression intense peut avoir besoin d'une phase de distanciation afin de se mettre en capacité de mieux répondre aux besoins de la personne handicapée. Ce temps de distanciation doit notamment être mis à profit :

- pour recentrer l'organisation de l'équipe et mieux poursuivre la prise en charge ;
- pour faire évoluer une prise en charge existante ou mettre en place un nouveau projet ;
- pour modifier un projet devenu obsolète ;
- pour favoriser l'acquisition de compétences des personnels ;
- pour que la personne handicapée développe d'autres ressources nécessaires afin d'accompagner l'évolution de son accompagnement.

Ainsi, un établissement accueillant des personnes très perturbées (personnes atteintes d'importants troubles envahissants du développement ou de troubles graves du comportement) qui nécessitent une mobilisation permanente de l'équipe, peut se voir offrir la possibilité de s'appuyer sur une autre équipe, dans une autre institution, pour prendre de la distance, dénouer des situations complexes et élaborer une nouvelle stratégie de prise en charge. L'accueil temporaire constitue ici un outil de prévention des situations de crise. L'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles permet, à ce titre et sous certaines conditions, l'instauration d'une prise en charge partagée.

Il ne saurait toutefois constituer le moyen d'évacuer les situations gênantes et de les faire résoudre par d'autres. Il s'agit bien de reconnaître que certaines personnes handicapées en souffrance peuvent perturber gravement le fonctionnement d'une institution voire remettre en cause l'équilibre de son équipe. A ce titre, les personnes handicapées elles-mêmes, comme les personnels qui les encadrent, ont besoin d'un temps de répit.

Pour être profitable et impacter favorablement l'évolution du projet de vie de la personne handicapée, la démarche de distanciation doit nécessairement se préparer.

Il est aussi préférable, dans les cas complexes, de prévoir de façon anticipée des périodes d'accueil temporaire avec une certaine régularité plutôt que de devoir gérer des situations de crise qui demandent ensuite un long travail de restauration de l'équilibre des personnes et des institutions. Cette disposition aide à prévenir la maltraitance par une gestion institutionnalisée des situations de conflit ainsi que par l'expression des besoins et des difficultés de chacun.

c) Une modalité d'essai ou d'expérimentation dans l'accompagnement de la personne

L'accueil temporaire peut aussi constituer un mode d'essai et être ainsi un outil programmé de la prise en charge. Certaines situations nécessitent des évolutions à brève échéance (essai de retour à domicile ou de prise en charge dans une institution). Dans ce cadre, il peut être indiqué d'accompagner ces tentatives par des périodes d'accueil temporaire ouvertes et utilisées en cas de besoin.

Il faut aussi être conscient que, dans une prise en charge au long cours, qui risque, du fait de l'allongement de la durée de la vie, d'être de plus en plus longue, la vie institutionnelle a besoin de stimulant tant pour la personne que pour l'équipe. Les seules ressources internes, mêmes mobilisées et vigilantes, ainsi que l'imagination de l'équipe, soit pour amener les personnes accompagnées dans un projet plus ambitieux, soit pour le rendre effectif, ne sont pas toujours suffisantes. Le recours à l'accueil temporaire permet d'observer la personne dans un autre environnement et ainsi d'expérimenter d'autres pratiques.

d) Une articulation entre deux projets d'accompagnement qui préserve les acquis de la personne handicapée

L'accueil temporaire peut aussi constituer une solution de maintien des acquis et de l'autonomie entre deux prises en charge afin de ne pas compromettre l'évolution et l'autonomie de la personne.

Cette situation est fréquemment rencontrée lorsque l'évolution de la personne handicapée (âge, évolution personnelle, etc.) implique un changement dans ses conditions d'accompagnement ou le lieu de celui-ci. L'accueil temporaire, associé éventuellement à d'autres interventions possibles, y compris dans le cadre du domicile, permet le maintien des acquis.

Il participe alors, avec d'autres prises en charge, d'une étape programmée dans le projet de vie de la personne. Ainsi, l'accueil temporaire peut être utilement mobilisé pour la période charnière que constitue le passage à l'âge adulte. En l'état, s'agissant des jeunes adultes qui n'ont pas vocation à rejoindre le milieu ordinaire du travail et en instance d'accueil en centre d'aide par le travail (CAT), la solution repose soit sur un retour en famille, le cas échéant assorti d'un suivi de l'établissement médico-social, soit sur une prolongation de l'accompagnement au titre de « l'amendement Creton ». Dans certaines situations, l'accueil temporaire constitue une solution mieux adaptée qui concilie les besoins de la personne et la mobilisation nécessaire de moyens médico-sociaux. Ainsi, un jeune adulte sorti d'un institut médico-professionnel (IMPro) pourra, si ses besoins le nécessitent, utilement bénéficier d'une prise en charge en accueil temporaire, de durée et de contenu adaptés, pour préserver ses acquis, maintenir ses apprentissages et son degré d'autonomie. Cette solution doit toutefois être programmée, réfléchie et s'inscrire dans un projet de vie cohérent. Elle ne saurait constituer un pis-aller pour gérer une attente.

e) Une réponse à certaines situations d'urgence

L'urgence s'apprécie tant pour la personne que pour son environnement, que la personne soit dans sa famille ou dans une structure.

L'accueil en urgence constitue une solution indispensable dans la palette des prises en charge. Il convient cependant de distinguer l'accueil temporaire résultant de la conjonction des différents éléments évoqués précédemment et celui qui permet de résoudre une crise. Dans ce dernier cas, l'accueil temporaire doit garder un caractère exceptionnel. En effet, le recours à l'accueil temporaire comme instrument de gestion d'une crise sanctionne généralement un processus long de dégradation de la relation entre la personne handicapée et son entourage, voire tout son environnement. Or, ce processus aurait vraisemblablement pu être interrompu par le recours à une opération programmée de distanciation.

Les admissions d'urgence réclament une approche particulière qui doit se retrouver dans le projet de la structure et le projet d'accompagnement des personnes. Il faut dans le cas particulier de la crise prévoir le temps nécessaire pour restaurer des relations détériorées ou compromises ou pour permettre la mise en place d'un nouveau projet individuel. Il est essentiel de profiter de ce temps de recul pour porter un regard nouveau sur la situation de la personne, analyser ses besoins et préparer les adaptations de son accompagnement.

f) Les périodes de fermeture des établissements et les périodes de vacances des personnes lourdement handicapées - un cas particulier de recours à l'accueil temporaire pour assurer une continuité dans la prise en charge :

Certaines personnes handicapées nécessitent une prise en charge médico-sociale permanente, y compris lors de la fermeture de l'établissement d'accueil. Pour ces personnes, le développement de formules d'accueil temporaire est justifié.

Cette situation concerne généralement les personnes lourdement handicapées qui nécessitent, y compris pendant cette fermeture, une prise en charge médico-sociale avec un plateau technique ou/et un encadrement spécialisé. Ces périodes de fermeture interviennent principalement pendant les congés scolaires. L'accueil temporaire peut alors intervenir et développer un projet qui prend appui sur des activités éducatives de socialisation (loisirs, sports, culture) qui se substituent aux activités scolaires, de formation ou de travail encadré.

Ainsi, une personne polyhandicapée pourra être accueillie dans une structure à la campagne ou au bord de la mer qui comporte les aménagements indispensables à sa situation. Elle continue à bénéficier des soins et de l'accompagnement qui lui sont indispensables mais avec des activités éducatives allégées et un projet orienté vers les loisirs, les sports ou la culture. De même, des personnes autistes peuvent ainsi bénéficier à intervalle régulier de temps d'accueil temporaire, y compris pendant les périodes de vacances scolaires ou celles de leur entourage.

Les activités sont alors davantage orientées vers la socialisation de la personne. Elles sont intégrées à leur projet de vie et sont identifiées au sein du projet éducatif et thérapeutique de la structure.

Il s'agit d'une forme de prise en charge médico-sociale temporaire qui s'articule généralement avec un accompagnement médico-social au long cours.

Ces situations ne peuvent être confondues avec l'organisation des loisirs et vacances des personnes handicapées dans leur ensemble, y compris lorsque ces vacances se déroulent dans des conditions particulières. En effet, les personnes handicapées, comme le reste de la population, recourent à différentes formes de vacances qu'il s'agisse de séjours en famille, en accueil ou en voyage. Certaines participent à des séjours de vacances spécialement conçus pour des groupes de personnes handicapées. Cette catégorie de séjours s'effectue dans des lieux et avec des activités adaptés à l'état de santé des personnes accueillies qui tiennent compte de leurs déficiences. Ces formes d'accueil ne confèrent pas pour autant aux structures un caractère médico-social et elles ne relèvent pas de ce type d'agrément.

II. - AU REGARD DE SON POSITIONNEMENT DANS LE CHAMP MÉDICO-SOCIAL, L'ACCUEIL TEMPORAIRE JUSTIFIE DE MODALITÉS D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT SPÉCIFIQUE

a) Une durée maximale de 90 jours par an

L'article D. 312-10 - I du code de l'action sociale et des familles limite la durée de l'accueil temporaire à un maximum de 90 jours par période de 12 mois.

L'accueil temporaire peut se dérouler en une seule fois ou peut se renouveler plusieurs fois dans l'année dans les limites indiquées ci-dessus.

Ainsi, la situation d'une personne atteinte de troubles graves (handicap physique avec autres déficiences associées, polyhandicap, autisme...) et prise en charge par sa famille constitue un bon exemple de recours à l'accueil temporaire. La famille a besoin de pouvoir la confier plusieurs fois dans l'année à une structure à temps complet. Cet éloignement est nécessaire à la famille pour se ressourcer, garder son unité, son potentiel éducatif et ses possibilités d'accompagner la personne tout au long de l'année. Ces périodes peuvent devenir plus fréquentes pendant certaines phases de l'évolution : passage à l'âge adulte, vieillissement etc. Le recours à l'accueil temporaire peut venir compléter l'aide de service de soins à domicile ou intervenir en complément d'un accueil à temps complet.

Plus encore que les autres modes de prise en charge, l'accueil temporaire permet d'aider, de soulager, ou d'accompagner les personnes handicapées et leurs « aidants » dans l'éducation et le soin. Cette aide doit pouvoir être programmée et renouvelée selon une fréquence adaptée pour acquérir une pleine efficacité. Il s'apprécie avec une grande souplesse et peut prendre l'ensemble des formes de l'accueil prévues à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

b) Une procédure d'autorisation à distinguer

La création de places d'accueil temporaire peut intervenir dans des établissements existants, dans des établissements nouvellement créés, dans le cadre de structures dédiées ou sous la forme de places d'accueil temporaire dans une structure prévue pour une prise en charge au long cours.

Dans le cas d'un établissement existant, l'accueil temporaire étant une activité nécessairement distincte, elle doit être considérée comme une activité nouvelle et non comme un prolongement ou une extension du projet déjà autorisé.

Cela signifie que les créations de places d'accueil temporaire, quelles que soient les modalités de l'accueil et la capacité de cette section (même lorsqu'il s'agit de quelques places) doivent faire l'objet d'un dossier spécifique sur le contenu du projet et son coût en application des articles R. 313-2 et R. 313-3 du code de l'action sociale et des familles.

L'arrêté préfectoral relatif à l'activité de l'établissement et à sa capacité doit mentionner l'accueil temporaire et le nombre de places réservées à cet effet.

S'agissant des structures dédiées, au regard du public accueilli, l'autorisation doit se référer aux instructions existantes (par exemple, pour les enfants, les articles D. 312-11 à D. 312-122 du code de l'action sociale et des familles).

Toutefois, ces établissements pouvant accueillir des personnes atteintes de différentes formes de handicap, l'agrément ne peut simplement se référer à l'addition des normes prévues par les différents textes concernés. Il en résulte que ces normes devront chaque fois être analysées au regard de la mission de la structure et des objectifs de prise en charge et donc comporter les adaptations conformes à sa taille et au projet d'organisation et de fonctionnement. Les équipements, pour un temps d'accompagnement limité, peuvent être allégés et les équipes être moins diversifiées dans leur composition. Ainsi, l'appareillage nécessaire pour une rééducation au long cours ne s'impose pas dans le cadre d'une prise en charge de durée limitée, à la condition que le projet d'établissement comme les projets individuels ne le nécessitent pas. Cet examen attentif, critique et de bon sens des projets ne saurait toutefois porter atteinte à une stricte vigilance s'agissant du respect des conditions de sécurité et de la qualité de la prise en charge.

La spécificité de l'accueil temporaire s'inscrit dans le projet d'établissement. Notamment, dans l'hypothèse d'une structure ne disposant que de quelques places d'accueil temporaire, il convient que le projet d'établissement prévoie expressément les modalités de cet accueil spécifique, de même que l'évaluation de cette activité. Le projet d'établissement ou de service doit être le résultat d'une réflexion sur l'organisation de la prise en charge, les rapports avec l'établissement où se situent les places d'accueil temporaire et notamment l'utilisation des moyens ou services existants, les relations avec la famille, l'équipe et/ou la structure qui suit habituellement la personne.

Une importance particulière doit être accordée dans la procédure d'autorisation à l'effectif des personnels et à l'adaptation de cet effectif (en nombre et qualification) aux personnes accueillies, en fonction des modalités de mise en œuvre de l'accueil temporaire.

c) Une composition des équipes cohérente avec les caractéristiques de l'accueil temporaire

Les effectifs prévus pour l'accueil temporaire doivent être appréciés et parfois renforcés, selon les catégories concernées, par rapport aux ratios d'encadrement habituel en établissement ou service.

S'agissant des personnels thérapeutiques, la présence de quelques personnes handicapées supplémentaires, dans le cadre de places d'accueil temporaire dans une structure préexistante, n'implique pas obligatoirement le renforcement de l'équipe médicale ou paramédicale. En effet, il peut être souhaitable dans certaines formes d'accueil temporaire d'alléger, voire de suspendre une thérapie ou des rééducations pendant la durée de l'accueil temporaire, la prise en charge éducative ou l'accompagnement humain pouvant en revanche être renforcé à cette occasion.

Si nécessaire, il conviendrait alors plutôt de privilégier le maintien des relations avec les praticiens traitants habituels de la personne accueillie sous forme d'indications et de recommandations, les interventions directes n'étant mobilisées qu'à titre exceptionnel. Cette organisation ne doit notamment pas entraîner des retours réguliers vers lesdits praticiens traitants et des déplacements incessants entre lieux d'accueil temporaire et lieux de soins. Toutefois, s'agissant de l'accueil de personnes très lourdement handicapées nécessitant des soins médicaux et paramédicaux constants (personnes polyhandicapées par exemple), il peut s'avérer nécessaire d'envisager un renforcement de l'équipe soignante si celle-ci, dans sa configuration habituelle, n'est pas en mesure d'assurer la prise en charge avec toute l'intensité ou la spécificité voulue.

Il existe aussi des cas où l'accueil temporaire est, pour partie, justifié par la nécessité d'effectuer des rééducations intensives qui ne peuvent avoir lieu dans le lieu de vie ou d'accueil habituel. La présence de médecins et/ou psychologues et/ou rééducateurs est alors indispensable. En tout état de cause, l'effectif des personnels médicaux et paramédicaux est étroitement lié au projet et à l'étendue des collaborations extérieures que celui-ci prévoit, tant dans un service adossé à une structure existante que dans le cadre d'une structure dédiée.

L'accueil temporaire implique un positionnement particulier des personnels par rapport aux pratiques du secteur. En effet, ils doivent se mobiliser pour un temps donné sur un projet impliquant des apports dont ils ne verront pas obligatoirement les effets. Les équipes doivent bénéficier d'une formation adaptée pour être en capacité de s'adapter aux personnes reçues, à la brièveté des séjours et à la rotation importante des personnes accueillies. Elles doivent être en capacité d'établir, en très peu de temps, les relations nécessaires de collaboration avec d'autres services concernés, en amont et en aval, par la prise en charge des personnes. Elles doivent aussi procéder à des évaluations plus régulières, définissant des objectifs qui pourront être remis en cause rapidement par d'autres équipes.

A cet égard, le recrutement de ces personnels constitue un enjeu de qualité et de succès de cette forme d'accueil. Il doit privilégier la motivation, l'expérience, la polyvalence et l'adaptabilité.

d) Des modalités d'orientation propres à l'accueil temporaire

La procédure de droit commun pour l'accueil temporaire reste la saisine préalable de la commission compétente afin de programmer et préparer l'accueil des personnes. La commission a la possibilité de prévoir plusieurs séjours en accueil temporaire.

Elle se fonde sur les avis de l'équipe pluridisciplinaire amenée à évaluer les besoins en accueil temporaire de la personne et de son environnement, au même titre que ses autres besoins.

La commission, comme pour toute forme d'accueil temporaire, doit se prononcer :

- sur la durée exacte de l'accueil temporaire (nombre de jours) ;
- sur la périodicité éventuelle de cette forme d'accueil (durée éventuellement en plusieurs séjours fractionnés dans la limite des 90 jours) ;
- sur les modalités de l'accueil temporaire : à temps complet, de jour comme de nuit, à temps partiel en accueil à la journée, par séquence dans la journée ou dans la semaine (ex : 3 heures tous les jours ou 3 jours par semaine...) ou en le modulant avec d'autres activités ou d'autres formes de prise en charge.

Elle peut, en regard de situations bien identifiées, se prononcer sur un nombre de jours d'accueil temporaire sur l'année en cours avec indication de la périodicité des temps d'accueil, afin que les besoins de la personne puissent se concilier avec les possibilités d'accueil des structures concernées. Cette souplesse offerte par l'accueil temporaire nécessite un réel suivi.

Sauf indication thérapeutique contraire, la personne devra, dans la mesure du possible, être accueillie dans la structure la plus proche de son domicile ou de son lieu habituel de prise en charge afin de faciliter les liaisons, les relations, et de limiter les temps de transport.

Dans les situations d'urgence, l'article D. 312-10 du code de l'action sociale et des familles prévoit une procédure d'admission qui introduit des aménagements dans le fonctionnement habituel de la commission. La commission est saisie, le cas échéant a posteriori, et doit répondre dans des délais très courts. Les équipes pluridisciplinaires placées auprès de cette commission sont destinataires des avis et de toutes indications pouvant les aider dans leur évaluation en cas d'accueil selon la procédure d'urgence. Elles peuvent ainsi confirmer les solutions d'accueil temporaires en cours, mais aussi en fixer la durée et éventuellement prévoir, dans la limite des 12 mois suivants, les autres périodes d'accueil temporaire nécessaires.

La commission doit notamment être attentive au respect des délais de saisine par les établissements pratiquant des accueils d'urgence ainsi qu'à la transmission, par ces mêmes établissements, du bilan établi à l'issue du séjour.

La plus grande vigilance doit aussi être exercée sur le respect des critères de recours à l'accueil temporaire par la commission compétente, par les établissements qui le pratiquent et par les autorités de contrôle et de tarification.

En effet, les places d'accueil temporaire, notamment dans les établissements ne disposant que de quelques places en complément d'une activité permanente, ne doivent pas être détournées de leur destination. Elles ne constituent pas une variable d'ajustement du nombre des autres places autorisées.

Si l'accueil temporaire est considéré par la personne ou par sa famille comme une manière d'accéder à une prise en charge prolongée, on aura sans doute augmenté très provisoirement la capacité d'accueil « permanent » d'un établissement mais de fait, rien n'aura été résolu pour les situations complexes visées par ce dispositif.

L'accueil temporaire n'est pas destiné à pallier les insuffisances de places en accueil « permanent ». Le développement de la création de places en établissements et de services d'accompagnement médico-sociaux se poursuit au travers des différents programmes pluriannuels.

e) Les travaux en cours pour adapter les modalités de financement et de participation aux spécificités de l'accueil temporaire

Pour favoriser le développement de l'accueil temporaire et pour lui donner toute la souplesse et la réactivité qui doivent le caractériser, il apparaît souhaitable de recourir au forfait global dans les établissements à prix de journée et à la dotation globale dans les établissements qui ne font que de l'accueil temporaire.

Ces dispositions ont été inscrites dans le projet de nouveau décret budgétaire et comptable, en cours de concertation, qui devrait prochainement venir compléter les articles R. 314-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles relatifs à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce mode de financement tiendrait mieux compte des spécificités de l'accueil temporaire et notamment des mouvements dans l'accueil des personnes.

En effet, l'accueil ne peut pas toujours être programmé comme dans la plupart des autres structures qui réalisent la majorité des admissions à date fixe. Lorsque le dispositif sera bien inséré dans le champ médico-social, les périodes de vacances entre deux admissions devraient se réduire.

Le même projet de décret précise, s'agissant des personnes adultes handicapées, en application de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, « les conditions dans lesquelles les personnes accueillies temporairement peuvent être dispensées d'acquitter tout ou partie des frais afférents à leur prise en charge ». C'est ainsi que pour permettre aux personnes concernées de garder les ressources nécessaires à la poursuite de leur projet de vie à domicile, la participation proposée pour les personnes en accueil temporaire dans les établissements visés au 7° de l'article L. 312-1-I du même code, ne peut pas excéder le forfait hospitalier. Dans les établissements relevant de l'aide sociale départementale, le montant de cette participation serait fixé par le règlement départemental d'aide sociale.

Dans l'attente de ces probables évolutions de la réglementation, l'accueil temporaire reste financé sous forme de prix de journée. Toutefois, la connaissance du contexte est importante. Elle ne peut qu'inciter les établissements et les services de tarification à clairement identifier les dépenses et recettes concernant l'accueil temporaire, notamment dans les structures pour lesquelles l'accueil temporaire constitue une activité annexe. Cette démarche simplifiera le travail nécessaire d'évaluation et la procédure ultérieure.

III. - Une attention particulière doit être accordée au développement de cette modalité d'accompagnement qui préfigure les évolutions à moyen terme du secteur médico-social

L'accueil temporaire s'inscrit dans les grandes orientations de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et de 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.

Il participe de la réponse à plusieurs enjeux majeurs identifiés par ces textes et qui se conjuguent :

- accès et maintien des personnes handicapées dans les dispositifs de droit commun (école, emploi...) avec, pour ce faire, compensation du handicap par la mise en place d'aides techniques, d'aides humaines, d'aides financières et un accompagnement adapté ;
- modification de l'approche dans les procédures d'orientation et à terme de l'organisation et du fonctionnement des services et des établissements ;
- évolution des établissements qui vont, pour partie, se rapprocher d'un fonctionnement de service avec plateau technique comportant la diversité d'approches nécessaire ;
- mise en place d'un projet individuel contractualisé avec l'usager et sa famille qui s'inscrit dans le projet d'établissement et doit entraîner des prises en charge partielles, partagées et diversifiées dans le temps et dans l'espace.

Le développement de l'accueil temporaire induit le déploiement d'instruments et de pratiques qui favorisent une évolution du secteur médico-social en réponse à ces enjeux.

a) La mise en place d'une démarche dynamique liant accompagnement, évaluation et évolution du projet des personnes

La personne en accueil temporaire est placée dans une situation particulière. Elle se situe dans un processus en mouvement qu'il convient de prendre en compte et de mettre à profit.

Le dispositif qui accueille la personne se trouve dans l'obligation de répondre à ses besoins immédiats tout en préparant la suite de son projet. L'accueil temporaire intervient donc comme moyen d'observation mais aussi comme un facteur d'évolution dans la mesure où le projet a été conçu pour une courte durée et où les observations faites sont susceptibles d'être utilisées et reprises.

Les projets d'accompagnement personnalisés doivent être construits afin non seulement de créer une coupure, mais aussi pour inscrire positivement ce temps dans le parcours de la personne.

L'accueil temporaire confère une place particulière à l'évaluation de la situation des personnes. Un de ses objectifs est de pouvoir, sur une durée limitée, procéder à des observations et si possible à un bilan et une évaluation.

b) Une procédure d'évaluation des pratiques plus réactive

La réussite de l'accueil temporaire tient largement à son insertion dans le paysage médico-social local et à son adaptation aux contraintes du terrain.

A ce titre, plusieurs paramètres doivent particulièrement faire l'objet de suivi et d'évaluation afin de permettre les évolutions requises :

- le motif de l'accueil temporaire : à quelle situation a-t-on répondu ?
- le temps moyen du séjour, avec identification des situations extrêmes ;
- le nombre de séjours uniques, le nombre de séjours répétés, la fréquence maximale de ces répétitions ;
- les suites de l'accueil temporaire notamment en terme d'évolution pour la personne ;
- les relations de la structure d'accueil temporaire avec la famille et, le cas échéant, l'institution qui lui a confié la personne ;
- les échecs et leur analyse.

c) Une plus grande souplesse dans l'adaptation de l'offre médico-sociale

Le développement de ce mode de prise en charge et l'expérience particulière qui en résultera peuvent aider les établissements et services à évoluer vers un mode de fonctionnement plus séquentiel, en réseau avec les autres structures médico-sociales ou sanitaires et avec les autres partenaires (école, milieu professionnel, etc.) conformément aux besoins de la personne.

Il entraîne des collaborations nouvelles et une meilleure ouverture de la structure sur l'extérieur. Ce sont ces nouveaux modes de travail et d'organisation qui peuvent faire évoluer les établissements et services afin qu'ils deviennent un élément d'un dispositif et non un dispositif en soi amené à répondre seul à tous les besoins identifiés. Il peut conduire aussi à encourager une réflexion sur l'ensemble du projet d'établissement.

L'accueil temporaire apparaît comme une bonne représentation de ce que devrait être, dans l'avenir, le dispositif médico-social : plus réactif, proche de la personne, capable de formaliser rapidement des projets, de les faire aboutir et de les évaluer.

L'accueil temporaire peut notamment conduire les établissements et services à sortir d'un fonctionnement trop rigide. Il peut représenter pour certains établissements une première forme de diversification dans leur activité.

d) Une cohérence dans l'accompagnement qui s'inscrit dans un projet d'ensemble

L'accueil temporaire doit s'insérer correctement dans le dispositif médico-social avec les collaborations nécessaires. Si tel n'est pas le cas, il ne représentera plus qu'un temps sans grande signification dans la vie de la personne, une prise en charge trop courte et sans prolongement.

Toutes les garanties à mettre en oeuvre au titre de l'accueil temporaire sont à penser pour l'évolution du dispositif médico-social : implication et suivi des commissions chargées de l'orientation et des équipes techniques, association étroite des familles, de l'entourage et des associations représentant les usagers et leur famille pour leur permettre d'exercer leur vigilance dans la cohérence de la prise en charge.

Il faut donner une réalité et du sens à l'accueil temporaire. Il est indispensable de garantir la mise en place de projets diversifiés et adaptés dans la continuité pour l'ensemble des personnes.

Conclusion :

Il apparaît donc qu'en raison des situations concernées, de ses modalités de fonctionnement et de sa capacité d'entraînement sur le secteur médico-social, l'accueil temporaire, qui pouvait apparaître aux termes de la loi comme se limitant à un mode de prise en charge nouveau dans une palette à développer, constitue un axe de modernisation de l'offre d'accompagnement en direction des personnes handicapées.

Les services déconcentrés doivent s'attacher au développement de places d'accueil temporaire, aider et promouvoir les projets existants tout en restant très attentifs à la nature de ces projets, à leur objectif, à leur évolution et leur évaluation.

L'accueil temporaire doit être pris en compte dans la planification médico-sociale et faire l'objet d'un développement prioritaire. Il doit ainsi être apprécié en termes d'équipements nécessaires à inscrire dans les schémas départementaux tant pour les enfants que pour les adultes.

Dans un premier temps, il serait souhaitable de le développer prioritairement à partir des équipements existants. Ce n'est pas la seule modalité de développement mais c'est sans doute la plus simple. Des structures spécialement dédiées à l'accueil temporaire pourront aussi être développées. Elles seront susceptibles de constituer des lieux d'observation privilégiés en termes de prise en charge et constitueront en outre une source d'enseignements utiles et transposables.

Je vous demande d'accorder une grande vigilance et un traitement prioritaire aux projets de création ou de développement de structures qui comporteront des places d'accueil temporaire.

Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. Tregoat