



HAL
open science

Le concept de schéma : outil de programmation opérationnel ou démarche concertée au service d'une stratégie ?

Pierre Simon Gossot

► To cite this version:

Pierre Simon Gossot. Le concept de schéma : outil de programmation opérationnel ou démarche concertée au service d'une stratégie ?. Sociologie. 2008. hal-01891407

HAL Id: hal-01891407

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01891407>

Submitted on 9 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et
Insertion »

Parcours « Projets et politiques territoriales de santé »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**Le concept de schéma :
Outil de programmation opérationnel
ou
Démarche concertée au service d'une
stratégie ?**

présenté par

Pierre Simon GOSSOT

Maître de stage : Pascale COLOM, docteur, Coordination médico-sociale du
Conseil général du Rhône, Lyon.

Guidant universitaire : Denis POTRON, consultant-formateur indépendant,
Nancy.

Juin 2008

REMERCIEMENTS

En préambule à ce mémoire, je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord mon maître de stage, le Dr Pascale Colom, chargée de l'élaboration des schémas d'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées/handicapées - au sein du service de la CMS (Coordination Médico-Sociale) du Département du Rhône, pour l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. J'ai aussi une attention toute particulière pour Marie-Thérèse Seng, rédacteur territorial, qui m'a aussi beaucoup apporté en termes de réflexion.

Les autres personnes telles que le Dr Maryse Vocanson, directrice de la CMS ; le Dr Bernard Dionisius, conseiller technique Handicap ; le Dr Frédérique Chovet, chargée du suivi des établissements pour personnes âgées ; le Dr Sophie Pamies, médecin du Conseil Technique Santé, m'ont aussi beaucoup aidé dans la construction de ma représentation du fonctionnement des collectivités.

Je remercie également Madame Berlière-Merlin, directrice du pôle PA-PH (Personnes Agées – Personnes Handicapées) qui m'a offert un cadre de travail favorable pour cette recherche.

Je tenais à assurer de ma reconnaissance mon tuteur universitaire, M. Denis Potron et au Président du parcours de ma formation, le Dr Jean François Collin ainsi que tous les membres du Master « ProjTer » de Nancy : élèves, enseignants, secrétariat...

J'exprime ma gratitude à tous les agents rencontrés physiquement ou virtuellement lors des recherches effectuées et qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	...	p.6
A. CONTEXTUALISATION	...	p.11
I. L’histoire des schémas	...	p.11
1. LEURS ORIGINES	...	p.11
1.1. Au commencement		
1.2. Les repères historiques		
2. LEURS EVOLUTIONS	...	p.12
2.1. La loi n°75-535 du 30 juin 1975		
2.2. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002		
2.3. La loi N° 2004-809 du 13 août 2004		
3. NOTION D’OPPOSABILITE	...	p.16
II. Les schémas dans le département du Rhône	...	p.18
1. SCHEMAS DANS LES AUTRES DOMAINES	...	p.18
1.1. Les schémas génériques dans le domaine « sanitaire et social »		
1.2. Les schémas hors domaine « sanitaire et social »		
2. LES SCHEMAS PA/PH*(Personnes Agées/Handicapées)	...	p.24
2.1. Schéma départemental d’organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées		
2.2. Schéma départemental d’organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées		
3. CONCLUSION	...	p.25
3.1. Différences		
3.2. Ressemblances		
3.3. Limites des schémas		
B. DEMARCHE	...	p.28
I. Benchmarking	...	p.28
1. CHOIX DES SCHEMAS	...	p.28
2. LES POINTS A ETUDIER	...	p.29
2.1. La forme globale du document		
2.2. L’organisation de fond		
2.3. Le résultat du document		

3. CONCLUSION	... p.31
II. Lecture sur les schémas précédents PA - PH du Rhône	... p.32
1. SCHEMAS PH	... p.32
2. SCHEMAS PA	... p.35
3. CONCLUSION	... p.38
III. Echanges avec les professionnels	... p.39
1. CONSEIL TECHNIQUE SANTE A PROPOS DU SROS	... p.39
2. PROFESSIONNELS DE LA CNSA	... p.40
3. PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ELABORATION DES SCHEMAS	... p.41
3.1. Entretiens avec les professionnels en charge du schéma PA en Haute Savoie	
3.2. Entretiens avec les professionnels du schéma pour la protection de l'enfance dans le Rhône	
IV. Description de la mise en œuvre des schémas dans le Rhône	... p.44
1. ETAPES PREPARATOIRES	... p.44
1.1. Recherches sur la situation des personnes âgées dans le Rhône	
1.2. Echanges et Benchmarking	
2. ECHANGES EN INTERNE AVEC LES SERVICES DU POLE PA PH	... p.45
2.1. Grande réunion de lancement	
2.2. Réunions restreintes	
3. NOTE DE CADRAGE	... p.46
4. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC	... p.47
3.1. Le bilan du précédent schéma	
3.2. L'analyse des besoins et des attentes	
5. CONSTRUCTION DES INSTANCES	... p.48
6. CONSTRUCTION DES PROPOSITIONS	... p.48
7. ETAPE DE VALIDATION	... p.48

C. ANALYSE	...	p.50
I. Analyse du benchmarking	...	p.50
1. ANALYSE DE DEUX SCHEMAS DE CONFIGURATIONS EXTREMES SUR LES POINTS SUIVANTS	...	p.50
1.1. Organisation du document		
1.2. Organisation du schéma		
1.3. Etat des lieux		
1.4. Fiches-actions		
1.5. Evaluation		
1.6. Signatures		
1.7. Conclusion et orientations		
2. POINTS SPECIFIQUES DE CERTAINS SCHEMAS	...	p.56
2.1. L'état des lieux		
2.2. Les fiches-actions		
2.3. La méthode		
2.4. Conclusion		
II. Analyse de l'évolution des schémas PA/PH dans le Rhône		p.64
1. L'EVOLUTION DES SCHEMAS	...	p.64
2. LES TENDANCES ACTUELLES	...	p.65
III. Analyse des échanges avec les professionnels	...	p.68
1. QUELQUES QUESTIONS	...	p.68
2. LES LIMITES	...	p.69
D. DISCUSSION	...	p.72
CONCLUSION	...	p.81
BIBLIOGRAPHIE	...	p.83
GLOSSAIRE	...	p.84
ANNEXES		

INTRODUCTION

Proposée par le *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*, la première définition d'un schéma entend l'aménagement du territoire comme l'augmentation des équipements en tous genres (sanitaire, social, logement...): « un schéma est **un document définissant les orientations fondamentales de l'aménagement d'un territoire** » (*Admin.* 1972).

De nos jours, la loi définit en priorité le cadre législatif et le contenu des schémas départementaux mais elle ne donne pas de définition précise de ces documents. En revanche, d'après nos lectures, certains professionnels ont pu définir les schémas. Le *Conseil Technique Santé du Conseil général du Rhône* a pu décrire le schéma comme « **un processus d'aide à la décision, un instrument de gestion, de concertation sociale pour conduire un changement et un instrument stratégique**, ceci quel que soit son champ d'application, sa portée géographique ou sa durée d'intervention ». Pour le *Conseil général des Bouches du Rhône*, le schéma départemental peut être « **un document d'orientation et/ou de planification** de la mise en œuvre de la politique départementale dans un cadre cohérent, économe et satisfaisant en termes techniques, humains et sociaux ».

La mise en œuvre de ces schémas va parfois **modifier le paysage institutionnel et l'organisation territoriale**. Les schémas **reflètent la politique** des collectivités.

A l'origine des schémas, dans les années 70, nous assistons à **une montée en puissance de l'action publique**. En effet, les champs d'action des collectivités qu'elles se situent à l'échelon national, régional ou local, se diversifient pour faire face à une demande croissante des citoyens en services publics. L'Etat décerne des enveloppes conséquentes à ses services déconcentrés mais son organisation ne permet pas de mesurer les effets de son financement. Le gouvernement central s'interroge sur les effets de l'action publique et développe une demande **d'évaluation** de l'action. Il a besoin de connaître la **pertinence de son action** et il doit orienter ses **financements**.

L'estimation des besoins de l'utilisateur dans bien des domaines devient aussi une préoccupation essentielle. L'Etat souhaite étudier les besoins de la population pour proposer des réponses adéquates.

C'est dans cet esprit **d'évaluation de l'action et d'une meilleure connaissance des besoins** que les schémas apparaissent. Les schémas au regard d'une base de données, d'un état des lieux vont permettre de mettre en place une programmation. L'expertise va amener à définir de manière précise les besoins de la population. La programmation va permettre de répartir les actions dans le temps et donc de prioriser les actions à réaliser. Le domaine de la santé publique devient notamment le domaine précurseur de l'évaluation de l'action et les schémas sont devenus au plan conceptuel une forme innovante d'évaluation permettant aussi une programmation importante en termes financiers.

Jusqu'ici les schémas concernaient essentiellement les services déconcentrés de l'Etat. **Dans le cadre de la loi de 1982**, l'Etat a transféré de nombreuses compétences aux collectivités locales pour assurer une politique de **proximité** envers les citoyens français prenant en compte les **spécificités du territoire**. En conséquence les collectivités publiques sont appelées à animer et gérer **un nombre croissant de politiques publiques**. Afin de créer « une cohérence d'action et une coordination territoriale », les collectivités doivent **structurer leurs politiques et clarifier leurs actions**. Afin d'organiser les politiques territoriales, un grand nombre de collectivités s'inscrivent progressivement dans la démarche de schémas relatifs à des domaines variés. En définitive, au-delà d'un apport sur la connaissance des **besoins non-couverts**, sur **l'évaluation** de l'action et sur la **rationalisation des coûts** par planification des actions, les schémas aident aussi à **organiser et structurer les politiques publiques**.

La loi du 22 juillet 1983 est la première loi qui **mentionne la nécessaire élaboration des schémas départementaux** dans le domaine de la gérontologie et celui de l'aide sociale en faveur des personnes handicapées. Ceci dit, la mise en place des schémas départementaux prend un certain temps. Les premiers schémas voient le jour à partir de 1990. Actuellement il s'agit de schémas de **3^{ème} génération**.

Avec la décentralisation, **les politiques publiques locales** se sont centrées sur une meilleure connaissance de la population cible et de ses besoins afin d'apporter des réponses adaptées. Dans un souci d'**efficacité**, les politiques publiques doivent nécessairement développer une action adéquate et rationalisée à partir d'une **évaluation**.

Notre système actuel est alors de plus en plus tourné vers une société de projets, dans laquelle **les schémas des collectivités sont de plus en plus prégnants.**

Les schémas médico-sociaux servent à **donner du sens à l'action médico-sociale.** Ce sont des **outils de diagnostic partagé** à partir d'analyses fines. En effet, le schéma **organise la concertation** avec les acteurs dans une perspective de cohérence pour une meilleure réponse aux besoins. C'est en quelque sorte **la vitrine de la politique départementale,** il sert de référentiel commun à tous les acteurs concernés en termes philosophiques et opérationnels. Le schéma exprime **une intention** et des **objectifs prioritaires,** il propose **une stratégie adaptée, une programmation d'activités,** des **moyens nécessaires** dans le cadre d'une répartition équitable des moyens disponibles. Il est l'outil au service des politiques départementales.

Alors que la plupart des citoyens français n'ont pas connaissance de leur existence, les schémas représentent **un investissement important pour les acteurs concernés et pour l'institution qui le porte.** En réalité, un schéma est un projet dont la **préparation et le suivi** coûtent beaucoup en termes d'énergie, de temps, d'organisation, de stratégie... C'est un projet qui a aussi plusieurs **vertus** comme celles de fédérer les acteurs du même domaine, d'anticiper les problématiques à venir, de repenser le système médico-social, de remettre la personne au centre de l'action...

Les modalités de construction d'un schéma sont déterminantes pour l'implication des acteurs et pour son bon déroulement ultérieur. Ces modalités peuvent être influencées par l'objectif du schéma. Il convient donc de porter une attention particulière aux modalités de sa réalisation et de bien définir son objectif.

Les schémas s'inscrivent dans un contexte dont il faut prendre en compte, le **contexte historique, le contexte institutionnel, le système de relations préexistant entre les différents acteurs.** Ce sont autant de variables dont il faut tenir compte et qui peuvent conduire à adopter **une démarche spécifique dans un souci de pertinence.** Tous ces paramètres, ces vertus et ces coûts sont en interaction. Il est particulièrement compliqué de les prendre tous en compte dans un projet.

Selon le *CNRTL*, un projet au sens large se définit à la fois comme « une intention de faire et une estimation des moyens nécessaire à la réalisation ». Selon les courants de pensée récents, un projet doit permettre une adéquation entre les trois

éléments suivants : les **besoins, les demandes et les réponses**. Si les réponses recouvrent les besoins et les attentes, alors le projet est dans une position optimale pour sa réalisation.

Afin de faciliter la construction des schémas et afin de mieux prendre en compte ce triptyque et ces différents paramètres, les institutions porteuses des schémas doivent **s'appuyer sur une méthode précise**. Nous pouvons assimiler la construction d'un schéma à la conduite de projet. C'est pourquoi nous finirons cet exposé en proposant un **modèle de méthode pour la construction d'un schéma**.

La visée conférée à un schéma, ses objectifs, peuvent soulever plusieurs questions. Ainsi, **au-delà d'un document écrit** qui rassemble les orientations politiques et une programmation, nous pouvons nous interroger sur ce qu'un schéma peut apporter en termes **de réflexion, de concertation, de dynamique de projet, de réorganisation médico-sociale, de mutualisation des ressources...**

Une des questions qui se pose est de savoir si un schéma est **une production hasardeuse dictée par la loi**, par l'Etat ou un schéma est-ce **un outil stratégique de mise en place d'une politique de la collectivité** ? De quelles démarches allons-nous parler ? Quelle organisation spatiale, temporelle et humaine devons-nous prendre en compte dans les schémas ? A travers toutes les questions, il s'agit de porter un regard sur la conduite de projet : la méthode utilisée par rapport à l'objectif final.

Dans ce mémoire, nous analyserons comment se construit un schéma et comment l'objectif d'un schéma impacte la méthode choisie et la forme du document produit. A travers cet exposé, il est question de vérifier qu'il existerait **une relation entre les schémas et leurs contextes respectifs**. Plusieurs méthodes peuvent être mises à profit pour réaliser l'objectif général d'un schéma mais **nous montrerons que la démarche est étroitement liée à la finalité du schéma**.

Pour comprendre cette interaction entre l'objectif et la méthode d'un schéma, **nous analyserons différents schémas** mis en place dans le Rhône et dans d'autres départements, nous nous appuyerons sur des **interviews d'acteurs clés** : chefs de projets ou personnes missionnées pour coordonner des schémas.

A travers cet exposé, nous allons nous appuyer sur plusieurs parties. Nous replacerons le concept de schéma dans son **contexte historique et actuel** Nous décrirons **la démarche** dans laquelle nous inscrivons ce mémoire, avant d'**analyser les résultats** pour finalement répondre à la problématique et engager une **discussion** sur le sujet.

A. CONTEXTUALISATION

I. L'histoire des schémas

1. LEURS ORIGINES

1.1. Au commencement

La planification fut amorcée en France avec la loi hospitalière de 1970 instaurant la carte sanitaire. Celle-ci visait à réguler et à redistribuer un parc hospitalier mal réparti. Progressivement, l'idée d'efficience dans l'offre de soins s'est imposée, dans un contexte idéologique en évolution : application des modes de gestion du privé sur le public, développement de la réflexion quant à la médicalisation des systèmes d'information, souci d'efficacité et de « productivité » au sein de l'administration. Ainsi apparaît le concept de Schéma qui amorce le renouveau de la planification dans les années 1980, à travers plusieurs étapes développées dans le chapitre suivant.

1.2. Les repères historiques

C'est donc à travers quatre éléments clés, que l'on voit apparaître le concept de Schéma amorçant le renouveau de la planification dans les années 1980 :

- Instauration du plan gérontologique en 1982.
- Lois de décentralisation de 1986, qui donnent naissance au *Schéma départemental des équipements sociaux et médico-sociaux*. Cette législation étend la planification gérontologique aux personnes handicapées (*Schéma en faveur des personnes handicapées*) et à l'enfance ; l'initiative est conférée aux services départementaux des Conseils généraux.
- En parallèle, est créé le *Schéma départemental d'organisation en santé mentale*, à l'initiative des services déconcentrés de l'Etat.
- Enfin, la loi hospitalière de 1991, donne naissance au SROS (*Schéma Régional d'Organisation Sanitaire*), et transfère le pouvoir de créer de nouvelles structures sanitaires telles que l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation) et l'URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie).

La rédaction de ces schémas a permis **un renouveau de la planification sanitaire et sociale** même s'ils n'ont pas été généralisés à l'ensemble des départements français. Leur principal point fort réside dans leur aptitude à développer des mécanismes de concertation entre acteurs - du champ sanitaire ou du champ social – concertation jusque-là insuffisante.

2. LEURS EVOLUTIONS

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale s'inscrit dans un cadre légal :

2.1. La loi n°75-535 du 30 juin 1975

→ *Relative aux institutions sociales et médico-sociales, modifiée par la loi du 6 janvier 1986, adaptant la législation sanitaire et sociale au transfert effectué de compétences par la loi de 1983 en matière d'aide sociale et de santé, désigne le Département comme le principal responsable de l'élaboration de schémas dans deux domaines notamment : la gérontologie et l'aide sociale en faveur des personnes handicapées :*

La loi de 1975 porte sur les dispositions générales visant la **coordination** des institutions sociales et médico-sociales. Il s'agit aussi de mettre en œuvre des dispositions communes relatives à la **création et l'extension de certains établissements** sociaux ou médico-sociaux ainsi que des dispositions spéciales aux **établissements privés**. Dans cette loi, les **statuts des institutions sociales et médico-sociales** relevant des collectivités publiques doivent être définis. La programmation vient alors d'elle-même par la **création d'un service départemental d'action sociale**, avec des **dispositions financières**, avec des dispositions relatives aux établissements de **formation des travailleurs sociaux**, avec des dispositions diverses et transitoires.

Selon la loi de 1986, le schéma a pour but de proposer :

- Une réflexion sur la nature des besoins à prendre en compte.
- Une réflexion sur les moyens à prendre en considération, compte tenu des ressources disponibles (la notion d'évaluation apparaît pour la première fois dans une loi sociale).
- Des critères d'évaluation des actions conduites.

➤ Les modalités de la collaboration et de la coordination avec les divers partenaires.

Par ailleurs, elle prévoit les dispositions suivantes :

➤ La consultation d'une commission consultative composée de représentants des institutions sanitaires et sociales, de leurs usagers et des personnels sanitaires sur les orientations générales du schéma, constitue la première étape de la procédure de validation. **L'implication des usagers est une notion tout à fait nouvelle dans le domaine du médico-social.**

➤ En toute hypothèse, avant que le schéma départemental soit arrêté, le CROSS en est informé (Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale) – le CROSS est aujourd'hui remplacé par le CROSMS (Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale).

➤ Le schéma est arrêté par le Président du Conseil Général, sauf pour certaines catégories d'établissements, pour lesquels il est arrêtés par le Préfet **et** le Président du Conseil Général (jusque là : décision conjointe).

En revanche, en cas de non adoption du schéma, aucune procédure particulière n'est prévue.

2.2. La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002

→ *Rénovant l'action sociale et médico-sociale qui indique la finalité, le contenu et la durée d'application des schémas (selon le chapitre II section 3, article 18) :*

Établis pour une durée maximale de 5 ans, en cohérence avec les SROS et avec les dispositifs de coordination - CODERPA et instance équivalente dans le domaine du handicap - les schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

- a). Apprécie la **nature, le niveau et l'évolution des besoins** sociaux et médico-sociaux de la population.
- b). Dressent le **bilan quantitatif et qualitatif de l'offre** sociale et médico-sociale existante.

- c). Déterminent les **perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale** et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services.
- d). Précisent le **cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services**, à l'exception des structures expérimentales, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés en a).
- e). Définissent les **critères d'évaluation des actions** mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Dans un document annexé, il est possible de préciser la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au point c). Les schémas peuvent être révisés à tout moment à la demande de l'autorité compétente.

L'article 19 indique également que :

Les schémas sont arrêtés après avis du CROSMS et d'une commission départementale consultative comprenant notamment des représentants des collectivités territoriales, des professions sanitaires et sociales, des institutions sociales et médico-sociales et des personnes accueillies par ces institutions ou susceptibles de l'être.

2.3. La loi N° 2004-809 du 13 août 2004

→ *Relative aux libertés et responsabilités locales (art 50), qui au regard du rôle de chef de file de la politique gérontologique départementale confiée aux Départements, insère dans le Code de l'Action sociale et des familles (articles L 113-2 et L 312-5) les dispositions suivantes :*

Le Département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'action sociale et médico-sociale, les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention et détermine les modalités d'information du public.

Le schéma n'est plus conjoint entre l'Etat et le Département comme le prévoyait la loi du 2 janvier 2002, mais adopté par l'assemblée départementale. **Il appartient au préfet de faire connaître au président du Conseil général les orientations** que le schéma départemental devra prendre en compte pour les établissements et services relevant de la compétence de l'Etat ou de prestations prises en charge par l' Assurance maladie, 6 mois avant l'expiration du précédent schéma. En sa qualité de chef de file, le Département devra mettre en oeuvre une compétence liée –en prenant acte des orientations transmises par le préfet.

A ce titre, **la DDASS -service déconcentré de l'Etat-** occupe une place de choix parmi les institutions et partenaires.

Il n'a plus d'obligation de signature conjointe, **la co-signature** peut néanmoins avoir un intérêt et **doit être discutée**. L'expérience d'autres Départements (Haute Savoie) de la région a montré **l'intérêt d'une parole institutionnelle commune** face à des acteurs exigeants dans un contexte de rationalisation des moyens publics.

Le schéma départemental est **adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat** dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Dorénavant, il n'est plus stipulé que le schéma est établi en cohérence avec les dispositifs de coordination, le schéma est désormais adopté par le Conseil général **après** concertation avec le représentant de l'Etat dans le département (et non plus conjointement comme auparavant).

Autres dispositions :

Le schéma doit être mis en cohérence avec les autres schémas existants au plan national (Plan Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer) et au plan régional (Schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale) ou local.

Il permet une **anticipation des problématiques** à venir. Par exemple, dans le domaine de la gérontologie, le schéma doit tenir compte d'un vieillissement démographique accru (doublement des octogénaires à l'horizon 2015), en incitant à une mobilisation renforcée autour d'une **planification à plus long terme** (au-delà de la période réglementaire des 5 ans).

Il permet de donner du sens à l'action médico-sociale dans son ensemble :

- En établissant des outils de diagnostic partagé à partir d'analyses fines mesurant les besoins à l'horizon 2010 et 2015 (enquêtes).
- En organisant la concertation avec les acteurs tant au plan diagnostic que pour les axes d'amélioration, dans une perspective de cohérence d'ensemble, vers une meilleure réponse à des besoins.

Le schéma comporte classiquement 2 parties :

- Une partie cadre qui analyse les **besoins** des usagers, repère les difficultés et assigne des objectifs. Cette partie est donc composée d'un **aspect démographique** avec son évolution et ses projections et **un aspect diagnostic** avec un état des lieux sous forme d'enquêtes ou de recueils de données et un bilan du schéma précédent.
- Une partie mise en œuvre des **orientations** de la partie cadre, qui hiérarchise les projets retenus et noue à cet effet, les partenariats nécessaires. C'est souvent un **programme d'actions** comprenant pour chaque fiche : le contexte, l'objectif, les actions, les moyens, le ou les pilotes, les partenaires, l'évaluation.

Il importe néanmoins de choisir un modèle de référence :

- Document priorisant la programmation quantitative, normative
- ou
- Document porteur d'une dynamique incitative, volontariste, s'attachant davantage à la promotion d'une culture commune, valorisation de l'innovation et de l'évaluation.

3. NOTION D'OPPOSABILITE

Si certains des schémas de l'Etat (ex. le SROS) revêtent un caractère opposable (Ordonnances dites Juppé du 24 avril 1996), les schémas départementaux ne sont pas juridiquement opposables et n'ont donc pas de caractère exécutoire ou réglementaire.

Cependant, la partie cadre du schéma a valeur de référence commune dans le département, dès son adoption, quand bien même les orientations et les objectifs qu'elle définit ne sont pas opposables en droit.

Par ailleurs, dans la partie mise en œuvre, les partenariats conclus pour l'application des orientations du schéma sont, bien sûr, opposables à leur signataires, en vertu du caractère contractuel de la démarche.

Autrement dit, contrairement à la DRASS qui peut être conduite en justice si elle ne réalise pas les actions prévues dans le SROS, **le Conseil général n'a pas l'obligation d'atteindre les objectifs des actions conçues dans les schémas départementaux.**

Face aux enjeux démographiques majeurs pour les 30 prochaines années, le développement des politiques du vieillissement et du handicap sont actuellement parmi les priorités nationales. A ce titre, le Département est l'acteur privilégié car il est directement en charge de ces compétences. Si l'on se réfère aux schémas PA – PH ainsi définis, le lecteur peut être enclin à penser qu'action médico-sociale dans les deux domaines concernés relève de la responsabilité unique du Conseil général. Les schémas départementaux ne sont pas juridiquement opposables mais cela ne veut pas dire que les acteurs publics n'y portent aucun intérêt. Ces schémas sont très utiles dans l'organisation et la structuration des politiques publiques.

Les Conseils généraux peuvent tirer parti de ces schémas car il s'agit d'**instruments stratégiques de mise en œuvre des politiques départementales.** Processus d'aide à la décision, offrant un cadre pour la réflexion et un guide pour l'action, le schéma est un **outil au service des politiques départementales** : il exprime une intention, des objectifs prioritaires et propose une stratégie adaptée par la programmation d'activités et de moyens nécessaires à la réalisation des objectifs, dans un esprit de répartition équitable des moyens disponibles.

Le schéma gérontologique peut être aussi un **document de communication et de sensibilisation** sur la politique gérontologique au sens large, thématique sensible pour l'ensemble de la population et des familles. Il apparaît dès la page d'accueil sur les sites Internet des Départements. Il peut avoir des retombées en termes d'orientation des étudiants vers le choix d'exercer dans ces métiers qui touchent à la relation d'aide.

Dans la prochaine partie, nous allons présenter les différentes sortes de schémas existants dans le Rhône afin de mieux comprendre comment l'objectif d'un schéma impacte sur la méthode choisie et la forme du document produit.

II. Les schémas dans le département du Rhône

1. SCHEMAS DANS LES AUTRES DOMAINES

1.1. Les schémas génériques dans le domaine « sanitaire et social » :

Pilotés par la DRASS, l'ARH et/ou l'URCAM.

➤ **Schéma national et régional des services collectifs sanitaires**

Piloté par la préfecture de Région, ce document de planification comporte plusieurs objectifs. Il fixe les principales orientations en matière d'évolution des services de santé, pour un système de protection sociale solidaire, construit autour du malade, en intégrant les dimensions prévention et promotion de la santé, avec une attention particulière portée à certains territoires (zones rurales, zones péri-urbaines, zones très enclavées...). Il corrige aussi les inégalités intra et inter-régionales en matière d'offre de soins. Il a le devoir de promouvoir la continuité et la qualité des soins, de l'offre de proximité aux services dits « rares », en tenant compte des besoins de la population, des difficultés d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité. Il se doit de passer d'une logique d'institution à une logique de service de santé.

➤ **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire = SROS**

Ce document, piloté par l'ARH et révisable à tout moment, a une durée de 5 ans. Son but est de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande en santé.

➤ **Schéma national et régional des formations sociales**

Au niveau national, ce schéma est dirigé par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Au niveau régional, ce schéma est adopté par le Conseil Régional. Prévu pour 5 ans, il est aussi piloté en collaboration avec plusieurs acteurs : les collectivités territoriales, les centres de formation, les associations, les employeurs, les organisations syndicales. Ses objectifs sont de prévoir et susciter les évolutions nécessaires du dispositifs de formation afin de mieux répondre aux priorités des politiques sociales,

aux besoins des populations, aux attentes des employeurs et des salariés, et surtout, se doter d'un véritable cadre d'orientation au service d'une politique de qualification des travailleurs sociaux et d'accompagnement des politiques sociales.

➤ **Schéma des formations des infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres de santé**

Porté par la DRASS, ce schéma opère sur une durée de 5 ans. C'est un document stratégique qui a pour objectif de permettre à la région Rhône-Alpes de disposer de structures de formations adaptées aux besoins. Il fournit les données, les critères, les outils méthodologiques qui permettent de fonder les réponses apportées par la DRASS dans le domaine de l'ouverture de filières de formations, des agréments, des quotas, des subventions, des projets pédagogiques et de l'évaluation qualitative et quantitative des besoins. Il apporte aux autres acteurs de la formation (Etat et ARH) des éléments de décision en termes financiers et de positionnement sur l'offre de formation dans un contexte évolutif.

➤ **Schéma régional d'éducation pour la santé**

La DRASS est le principal acteur de ce schéma prévu pour 5 ans. Son enjeu est d'assurer un service public de qualité intégré au système de santé et au système éducatif. Ce service public qui a vocation à être organisé au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, doit être accessible à tous, et contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.

Pilotés par la DDASS

➤ **Schéma départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion : coordonner les acteurs de la lutte contre l'exclusion (CHRS).**

Ce schéma actuellement en vigueur pour une période de 5 ans, est la nouvelle génération du schéma départemental des Centres d'Hébergement de Réinsertion Sociale (CHRS). Il a pour objectif de renforcer l'adaptation, la complémentarité et la coordination des réponses, en termes fonctionnels, d'accueil, d'hébergement, de logement et d'insertion aux besoins des personnes et familles connaissant de graves

difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou retrouver leur autonomie personnelle ou sociale.

➤ **Schéma départemental de l'enfance handicapée**

Opérant pour 5 ans, ce schéma a pour but principal d'améliorer les parcours de vie des enfants et adolescents handicapés. Ne présentant qu'une petite partie sur la programmation de places, ce document est davantage centré sur l'amélioration de la qualité de vie des enfants, adolescents handicapés et de leurs familles.

➤ **Schéma SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile)**

Portant sur 5 ans, ce schéma définit les orientations et le nombre de places à apporter aux SESSAD. Ceux-ci devront initier des modalités d'accompagnement à l'insertion professionnelle des jeunes handicapés et proposer une prise en charge des enfants très dépendants. L'intégration scolaire, chaque fois qu'elle est possible, doit être priorisée.

➤ **PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie**

Ce document est un outil interdépartemental de programmation (création ou extension) de places pour les services ou structures d'accueil pour personnes âgées et pour personnes handicapées. Toutes les places programmées doivent être ouvertes à la fin des 5 ans d'application de ce schéma, du fait du caractère opposable de ce schéma. C'est un document très récent, de pure programmation présenté sous forme de tableaux chiffrés. Sa démarche est descendante-ascendante. Elle est descendante car cette initiative vient de l'Etat : l'Etat répartit ses financements sur les régions mais elle est aussi ascendante car ce document permet un état des lieux très complet au niveau des places en établissement ou service à domicile de chaque département : ainsi le PRIAC fait remonter les informations au niveau national pour une meilleure répartition des moyens.

➤ **Schéma départemental relatifs aux places en SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)**

Relevant de la responsabilité de l'Etat (autorisation, financement), la DDASS du Rhône a souhaité mettre en place un plan triennal de créations de places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile. Cette planification a pour objectifs d'atteindre le taux d'équipement cible pour le département, de réduire les disparités infra-départementales, de prendre en compte les besoins locaux des personnes âgées.

➤ **Plan départemental de prévention des dépendances face à la toxicomanie**

Elaborer en 2001, il a le devoir d'établir un diagnostic du soin et de la prévention dans le Rhône afin de déterminer des orientations et des actions à conduire.

➤ **Plan Alzheimer dans le Rhône**

Ce plan est en cours d'élaboration. L'objectif prioritaire est de **coordonner tous les acteurs de la santé pour une meilleure prise en charge des malades**. Les orientations principales de ce document se déclinent en 3 parties : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, connaître pour agir, se mobiliser pour un enjeu de société. Un projet important puisque dans le Rhône près 2800 malades sont diagnostiqués chaque année, soit près de 20 000 cas actuellement dans le Rhône.

Pilotés par le Conseil Général

➤ **Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes âgées (ou schéma gérontologique départemental ou schéma PA)**

Ce chapitre sera développé à la page 17.

➤ **Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes handicapées (ou schéma départemental du handicap ou schéma PH)**

Ce chapitre sera développé à la page 16.

➤ **Schéma départemental de la protection de l'enfance**

En association avec les secteurs associatif, judiciaire et de l'Etat, les services du Département renouvelle l'élaboration de ce schéma tous les 5 ans. Il est construit autour d'une triple intention : innover, anticiper, prévenir. Cette triple intention prend en compte les besoins de la structure familiale, elle est au service de l'aide à l'autorité parentale et elle est construite dans l'intérêt de l'enfant. Ce schéma est conçu pour permettre d'évaluer les actions menées et pour les développer de manière évolutive et adaptée.

1.2. Les schémas hors domaine « sanitaire et social » :

Pilotés par l'Etat

- **Schéma du développement commercial du Rhône**
- **Schéma directeur de prévision des crues**
- **Schéma départemental d'accueil des gens du voyage**
- **Schéma de prévention des risques naturels**

Pilotés par le Conseil Régional

- **Schéma régional du tourisme et des loisirs**
- **Schéma Régional des Services de Transport (SRST) en Rhône-Alpes**

Le SRST traduit les orientations de la Région en matière de transport de voyageurs et de marchandises. Il exprime la vision stratégique de la Région axée sur le service à l'utilisateur et le développement durable pour une meilleure organisation des transports.

Le contenu de ce schéma sera présenté en 5 parties : le cadre législatif, les enjeux, les champs d'intervention, le projet et les étapes de l'élaboration du schéma.

La démarche d'élaboration s'est déroulée jusqu'à l'automne 2007. Elle s'est appuyée sur une large concertation avec les partenaires du transport et de l'aménagement du territoire dans toute la région (11 réunions locales arrêtées de fin janvier à fin mars 2007) et s'est inscrite dans une approche de démocratie participative par la tenue d'un atelier « citoyens ». Elle a aussi veillé à être en cohérence avec les grands projets et schémas territoriaux et stratégiques de Rhône-Alpes.

L'élaboration du SRST est une démarche importante pour la Région Rhône-Alpes, quant aux enjeux et aux attentes fortes du secteur des transports, à l'heure du réchauffement climatique et du renchérissement de l'énergie.

- Schéma régional de l'enseignement supérieur et de la recherche

Pilotés par le Conseil Général

- Schéma Directeur Vélo
- Schéma de voirie
- Schéma d'aménagement de gestion des eaux
- Schéma de gestion et d'élimination des matières de vidange
- Schéma départemental de développement touristique
- Plan d'incitation départementale aux efforts en faveur du développement durable et l'utilisation des énergies renouvelables.

Piloté par l'intercommunalité

- Le Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT)

Créé par la loi SRU (Solidarité, Renouvellement Urbain) du 13 décembre 2000, il est l'outil de conception et de mise en œuvre d'une planification intercommunale. Il oriente l'évolution d'un territoire dans la perspective du développement durable et dans le cadre d'un projet d'aménagement et de développement. Le SCOT est destiné à servir de cadre de référence pour les différentes politiques sectorielles notamment celles centrées sur les questions d'habitat, de déplacements, de développement commercial, d'organisation de l'espace... Le schéma assure la cohérence de ces politiques sectorielles tout comme il assure la cohérence des documents qui les définissent, Programme Local de l'Habitat (PLH), Plan des Déplacements Urbains (PDU), et Plan Local d'Urbanisme (PLU). Le Contenu du SCOT tient en 3 parties essentielles : **le rapport de présentation** : il présente le diagnostic du territoire avec une attention particulière sur l'état initial de l'environnement pour mieux apprécier l'impact des orientations ou décisions prises ; **le Projet d'Aménagement et de Développement Durable (PADD)** : il présente les grands choix stratégiques en matière d'aménagement du territoire ; **Le document d'orientation** : il rassemble les prescriptions permettant la mise en œuvre du PADD.

2. LES SCHEMAS PA/PH (Personnes Agées/ Personnes

handicapées)

Jusqu'à ce jour, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et en faveur des personnes handicapées du Rhône, ont été **signés conjointement**, pour une période de **5 ans**, par le Conseil Général et par l'Etat.

La réflexion du Parlement en matière de décentralisation et de solidarité pour la dépendance confère de manière forte, au Département, un rôle de pilote et de coordinateur de l'ensemble des actions engagées auprès des personnes handicapées et auprès des personnes âgées. Après la loi de 2002 confirmée par la loi du 13 août 2004, la coordination gérontologique devient un volet obligatoire dans les schémas médico-sociaux. Devant cette diversité d'intervenants professionnels, associatifs, bénévoles, le Département a posé la nécessité d'orienter sa politique sur un axe prioritaire : la coordination. Effectivement, le schéma de la deuxième génération porte essentiellement sur la coordination des acteurs pour améliorer la prise en charge des usagers.

2.1. Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes handicapées

Le respect du projet de vie et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap, sont au cœur des préoccupations politiques et sociales du Département et de l'Etat qui souhaitent apporter des réponses ambitieuses aux questions posées par la dépendance des personnes handicapées.

Le dynamisme engendré par ce travail en commun, permet d'atteindre l'objectif essentiel qui est de situer la **personne au centre de la démarche** en lui permettant de maîtriser son parcours de vie par une offre multiple d'actions évolutives et complémentaires.

Ainsi, le but final est-il de **réduire les formes d'inégalités**, que peuvent engendrer les fragilités individuelles, et de faire en sorte que les Rhodaniens en situation de handicap finissent par **accéder aux droits fondamentaux et à une pleine citoyenneté**. En effet, concevoir la cité pour tous et l'adapter pour chacun doit aujourd'hui s'inscrire dans nos « schémas de pensée ».

Même si le Département est l'acteur pilote de ce schéma, l'Etat, partenaire privilégié, et le Département souhaitent tous deux que le schéma traduise leur volonté de **s'engager durablement** auprès des personnes handicapées et de leur famille. C'est dans ce cadre que le schéma détermine ses valeurs, ces principes d'action, ses enjeux, ses objectifs stratégiques...

2.2. Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes âgées

L'action en faveur des personnes âgées dans le Rhône est une **préoccupation fondamentale** des institutions qui en ont la charge. C'est pourquoi le Département du Rhône et l'État se sont engagés conjointement dans l'élaboration du schéma gérontologique actuellement en cours.

Les travaux entrepris, dans le cadre du dernier schéma, ont permis de porter un nouveau regard sur l'avancée en âge, conjuguant **réaffirmation des droits fondamentaux de la personne âgée et reconnaissance de son utilité sociale**.

Au vu de ces enjeux, il apparaît clairement que le Département doit se placer comme **pilote fort de l'action gérontologique** mais il doit en même temps associer ses partenaires dans l'élaboration de sa politique.

3. CONCLUSION

Devant une telle diversité de schémas, nous avons volontairement choisi de ne pas développer ici les schémas hors domaine « sanitaire et médico-social ».

3.1. Les différences

Il existe **une multitude de schémas**. Les schémas appartiennent à des domaines très différents. Suivant les domaines, leur existence est plus récente ou plus ancienne. Certains ont une démarche plus ancienne et d'autres ont évolué. Les acteurs porteurs des schémas sont très variés. Leurs enjeux respectifs ne sont pas comparables. A première vue, ces schémas peuvent apparaître très différents mais, en réalité, leur conception se ressemble énormément...

3.2. Les ressemblances

Les schémas sont tous très complémentaires et **ils ont tous le même but : améliorer la vie des citoyens français**. Parfois, certains schémas peuvent se recouper sur certains thèmes. Par exemple, le SROS touche le champ de la gérontologie au travers de la filière gériatrique et le schéma départemental gérontologique aborde la « **coordination avec le secteur sanitaire** ». Le schéma régional des transports recoupe le schéma départemental du handicap sur « **l'accessibilité des transports des PH** ». Le schéma des formations des infirmiers est sur plusieurs domaines concernant aussi le SROS et les schémas départementaux médico-sociaux, comme par exemple « **renforcer la prise en compte des politiques publiques** ».

Certes les schémas sont nombreux, mais **leurs contenus ne sont pas si dissemblables** que cela puisse paraître. Si nous faisons le parallèle entre les schémas départementaux médico-sociaux, le SRST, le SROS et le schéma des formations des infirmiers, nous observons qu'ils sont tous définis par un cadre législatif, qu'ils déterminent un état des lieux avec des enjeux spécifiques et ils ont tous une partie projet ou programme d'actions à réaliser dans la durée d'application du schéma. Le schéma est donc **un outil commun à ces différents domaines afin d'encadrer les politiques publiques**.

Devant ce foisonnement de politiques publiques, les collectivités ont eu **recours aux schémas pour structurer leur action politique**. De plus, dans l'intention de rendre l'action politique pertinente et efficace, les acteurs publics se sont trouvés dans un souci d'estimation des besoins. Ils utilisent alors les schémas pour réaliser un état des lieux afin d'évaluer en même temps les besoins et l'offre existante.

3.3. Les limites des schémas

La diversité d'appartenances politiques des politiques en charge des schémas entraîne une diversité d'approches : conception du partenariat, volonté d'associer les usagers, approche de la citoyenneté...

La coordination entre les schémas est tenue difficile par le fait qu'ils n'ont pas tous la même période d'application. Ils sont souvent **décalés dans le temps**. L'expertise comprenant l'évaluation des schémas et la détection de nouvelles problématiques n'est pas une phase réalisée au même moment pour tous les schémas.

Chacun des schémas intervient aussi sur **différents niveaux de territoire** : départemental, régional, national. Par exemple, cela peut entraîner des discordances entre les politiques départementales et la politique régionale. Les Départements comme les régions ont des caractéristiques très différentes concernant leur territoire : aspects démographiques, géographiques, historiques, socio-économiques. Les collectivités d'un même niveau de territoire n'ont donc pas les mêmes problématiques.

Pour toutes ces raisons, **les schémas atteignent leurs limites lorsqu'il s'agit de cohérence entre les politiques des différents domaines et entre les différents territoires.**

Dans le prochain chapitre nous nous appliquerons à détailler la démarche dans laquelle s'inscrit ce mémoire afin de comprendre comment l'objectif du schéma peut impacter la méthode choisie et le document produit.

B. DEMARCHE

Après avoir contextualiser l'environnement des schémas, nous allons maintenant nous intéresser à la problématique, à savoir : comment la finalité du schéma impacte-t-elle la méthode choisie et la forme du document produit ? En d'autres termes, nous devons montrer que la méthode retenue et le document final sont liés à la finalité du schéma. A travers cette problématique, nous montrerons aussi ce que peut apporter un schéma au-delà d'un document écrit.

Dans cette partie, nous allons présenter une comparaison entre schémas PA/PH (Personnes Agées/ Personnes Handicapées) d'autres départements (annexes 1 et 2). Suite à quoi nous décrirons les schémas PA/PH qui ont été réalisés précédemment dans le Rhône. Puis nous exposerons les échanges avec des professionnels sur différents schémas. Enfin nous verrons la méthodologie mise en place en temps réel pour les schémas PA et PH du Rhône.

I. Benchmarking

1. CHOIX DES SCHEMAS

Nous avons fait le choix d'étudier les schémas départementaux **de la région** à laquelle appartient notre département. La région Rhône-Alpes se découpe en 8 départements : **l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, l'Isère, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute Savoie**. Même si les problématiques et les populations ont des différences, il nous semblait intéressant de savoir si tous les schémas d'une même région se ressemblent ou s'il existe des différences suivant les territoires.

Nous avons aussi sélectionné d'autres Départements pour leurs **aspects démographiques**. Les schémas PA du **Cantal** et de la **Haute Vienne** ont été choisis car ils ont une proportion de population âgée nettement supérieure à la moyenne. Il s'agit, ici, de porté un regard sur les moyens mis en œuvre et la capacité des politiques publiques gérontologiques à faire face à cet aspect démographique.

Nous avons choisi certain Départements reconnu comme **Département « phare » dans le domaine du handicap. La Gironde, la Meurthe et Moselle, le**

Nord, la Seine Saint Denis, l'Hérault sont les Départements dont nous avons consulté les schémas PH car ce sont des Départements réputés pour leur côté précurseur ou innovateur dans le domaine du handicap.

Tous ces schémas sont **récents**, réalisés après la loi de 2004 qui place le Département comme pilote fort des schémas PA/PH. Nous désirons alors savoir comment le Département pilote ses schémas et quelle est la nouvelle relation entre lui et l'Etat.

De plus, la dimension contemporaine des schémas est un critère sélectif pour nous permettre de découvrir les nouvelles problématiques émergentes dans les autres Départements.

2. LES POINTS A ETUDIER

Les annexes 1 et 2 sont le fruit d'un travail réalisé par notre équipe. Nous avons essayé de procéder par ordre pour la description de chaque schéma. Nous avons réalisé une description de chaque schéma suivant les 3 aspects suivants : le premier aspect concerne la forme globale du document ; le deuxième s'intéresse à l'organisation de fond pour élaborer les schémas : méthode, état des lieux, fiches-actions, évaluation ; le troisième aspect est le résultat de notre analyse : signature(s), communication, stratégie...

2.1. La forme globale du document

Il est important de connaître **l'organisation du document** pour savoir si le document suit la logique de l'objectif final du schéma. Y-a-t-il plus de chiffres ou plus de textes ? Y-a-t-il plus de tableaux, plus de cartes, plus de graphiques, d'histogrammes, de « camemberts » ... ? Y-a-t-il plusieurs styles d'écritures, plusieurs rédacteurs ? A partir de la taille du document, la répartition entre les différents chapitres et à partir de toutes autres données sur la forme, nous pouvons avoir des indices sur la finalité du schéma avant de porter une analyse sur les autres points. Par exemple, les tableaux chiffrés conviendront davantage aux documents de programmations de places en établissement.

2.2. L'organisation de fond

Suite à cela, nous avons ainsi analysé **la méthode** utilisée par chaque Département, leur permettant de parvenir à la finalité du schéma. Notre analyse s'est concentrée sur plusieurs points : la démarche fermée ou participative, la dynamique partenariale, la constitution des instances (comité de pilotage, technique, de travail thématique), les missions de ces instances, la place de chaque acteur, les différents niveaux de réunions, les stratégies de concertation...

L'état des lieux est aussi l'objet d'une étude particulière. Il s'agit de savoir qui y participe, quels aspects sont abordés, quels constats sont réalisés et sont-ils partagés ? Il est intéressant de savoir si l'état des lieux est partagé ou réalisé seulement par une institution.

L'état des lieux comprend deux parties. La première est la partie de **bilan de l'ancien schéma** qui va nous révéler les changements à effectuer, les erreurs à ne plus commettre, les actions à modifier... La deuxième partie de cette partie concerne **l'étude des besoins**.

Il s'agit alors de savoir si le Département n'a fait que recueillir des données au sein des structures sous sa tutelle ou s'il est allé plus loin en prospectant par enquêtes auprès des professionnels et des usagers pour connaître leurs attentes. Si des inégalités subsistent entre les différents cantons du Département, cette partie peut aussi être effectuée dans une approche par territoire.

Les fiches-actions ou programmes d'actions constituent un troisième point qui détermine les orientations prises par le Département. Nous essayerons de voir si cette partie est toujours en accord avec l'état des lieux et la finalité désirée. Cette étape nous a permis de voir quelles innovations sont apparues dans les autres Départements et quels thèmes prioritaires ont-ils retenus. Il est donc important d'étudier ces fiches-actions pour connaître le lien entre la méthode, l'objectif général et les propositions d'actions.

L'évaluation va permettre **d'analyser la réalisation des fiches-actions**. L'évaluation mobilise les équipes dès le début de l'action et perd donc son caractère de contrôle. Elle n'intervient plus seulement en fin de l'action mais elle doit être omniprésente.

Grâce à l'évaluation, nous pouvons analyser la réalisation mais aussi la **non réalisation d'une action** et nous pouvons proposer des axes d'amélioration.

Ainsi l'évaluation peut être décomposée en plusieurs parties : analyse quantitative, analyse qualitative, degré de réalisation de l'action, les freins ou les impulsions de l'action.

2.3. Résultat du document

Selon la loi du 13 août 2004, l'état donne ses orientations six mois avant le début du schéma et le Département peut piloter seul les schémas départementaux. **La signature** du document peut être réalisée par le seul Département. Cette évolution confirme la position primordiale du Département dans les politiques publiques d'aides sociales : les schémas deviennent **les vitrines exclusives des politiques départementales**.

Cela dit, beaucoup de schémas sont encore signés conjointement par l'Etat (la DDASS) et par le Département notamment pour les schémas PH. La signature conjointe est symbolique du partage de la compétence en termes financiers, mais le Département est désormais le seul pilote des schémas médico-sociaux.

Suivant les souhaits du Département, le schéma peut être de nature différente. Il peut être un **document de communication** mais pour qui et pourquoi. Il peut être un **document stratégique d'orientations** pour appliquer la politique départementale. Il peut être un **document de programmations** pour répondre aux besoins de places en établissements...

3. CONCLUSION :

A partir de tous ces indices, **l'analyse précise du contenu d'un schéma permet de spécifier le caractère d'un schéma** : document de référence pour tous les acteurs et usagers, document de ligne de conduite pour tous les acteurs, document moteur de l'action coordonnée et concertée, ou document de présentation sans grandes ambitions et réalisé par obligation, ou encore un document provenant d'une démarche fermée avec un objectif précis, ou document d'orientations politiques...

II. Lectures sur les schémas précédents PA - PH

du Rhône

Ces lectures nous permettent de porter une observation sur l'évolution des schémas PA/PH dans le Rhône. Nous nous sommes intéressés à plusieurs points énoncés aussi précédemment...

1. SCHEMAS PH

➤ Schéma PH 1994-1997

Dès l'adoption, en 1994, du premier schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées, le Conseil général et la DDASS se sont attachés à faire évoluer l'offre en créant notamment des places nouvelles sur l'ensemble du Département et en adaptant l'existant grâce à la mise en œuvre d'un programme de médicalisation pour la prise en charge des personnes lourdement handicapées. Le premier schéma prévoyait pour le Département, une **programmation d'enveloppes budgétaires sur cinq ans pour les créations de places.**

Dans ce type de schéma, la finalité du document est donc de planifier la création de places en établissement ou en services à domicile sur cinq ans. Le document est sous la forme de tableaux chiffrés pour informer sur la programmation de places par années et le type de services ou établissements. La DDASS et le Conseil général sont les acteurs premiers de ce schéma. L'état des lieux, les fiches-actions et l'évaluation des actions envisagées doivent être axés sur des aspects tels que le taux d'équipement, les besoins non-couverts en places, la médicalisation de la prise en charge de personnes lourdement handicapées...

➤ Schéma PH 1997-2001

Entre 1997 et 2001, le schéma est surtout un moyen pour renforcer la communication et la **collaboration entre l'Etat, le Département.** A partir de 2000, une nouvelle génération de contrats, qui associent Etat, Département et associations gestionnaires d'établissements et de services, vient fixer des objectifs réalistes à moyen terme avec une notion d'évaluation. C'est à partir de ce moment que le schéma

départemental en faveur des personnes handicapées ne se limite plus à une simple programmation mais qu'il **commence à s'ouvrir sur d'autres actions visant à améliorer le quotidien de la personne handicapée.**

La finalité de ce schéma est de subvenir aux besoins de la population en fédérant les acteurs. La méthode requise est celle de la concertation partenariale afin de réunir les décideurs tant sur le plan des finances que sur les opinions pour avancer dans le même sens. Par rapport à l'ancien schéma, le fond du document portera aussi sur une démarche pragmatique, proche des réalités concrètes de la vie quotidienne et qui respecte la dimension humaine.

➤ **Schéma PH 2004-2008**

Dans le Rhône, le schéma PH 2004-2008 fait référence à un contexte particulier. Le Département du Rhône a fait le choix d'une territorialisation très fine avec 49 unités territoriales réparties sur 54 cantons comprenant 74 MDR (Maison Du Rhône) au sein desquelles travaillent des équipes pluridisciplinaires. La loi du 11 février 2005 crée la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) et organise notamment le dispositif de compensation du handicap. Cette mission est portée par les MDR et l'équipe pluridisciplinaire centrale. La création de la **MDPH** et la **territorialisation** du Rhône font partie des éléments qui vont fortement influencer la réalisation du schéma PH 2004-2008. A travers ceci, le Département se retrouve dans un souci de **coordonner les professionnels** pour assurer une meilleure prise en charge. Le schéma repose alors sur les **principes d'actions** suivant : cohérence territoriale, proximité, fluidité des dispositifs, individualisation, articulation entre sanitaire et médico-social, simplification administrative. Ces grands principes sont sous-jacents à toutes les actions et ce sont des notions à ne jamais perdre de vue lorsque l'on met une action en place. **La finalité** du document s'engage alors dans un cadre plus large que les précédents schémas : c'est la prise en charge de l'individu dans sa globalité. Cela dit, le schéma reste encore très médico-social.

Le document est présenté en 3 parties : introduction, état des lieux, axes prioritaires. Toutes les parties qui composent un schéma et qui sont énoncées par la loi de 2002, sont des parties prises en compte dans le contenu de ce schéma. Le schéma présente une trame définie par la loi qui donne des appuis méthodologiques.

Ce schéma, qui a mis deux ans à se construire, a reposé sur une grande concertation entre les acteurs. Afin de fédérer et de coordonner les acteurs, le Département a mis en place plusieurs instances où tout acteur concerné par le champ du handicap a pu trouver sa place et un rôle à jouer. **Huit groupes de travail** ont été mis en place pour réaliser des constats : emploi, vie à domicile, structuration des équipements, démarche qualité, besoins de soins, avancées en âge, outils d'évaluation, handicap psychique : **les préconisations ont fait suite aux constats. Le comité technique** était composé de directeurs généraux, d'établissements, de représentants des services du Département et de l'Etat, des rapporteurs des groupes de travail. Ce comité assure le suivi de la démarche d'ensemble et la validation technique des travaux des groupes de travail. **Le comité de pilotage**, quant à lui, est constitué des Elus désignés par Président du Conseil général, de représentants des Présidents d'associations désignés par le préfet et le Président du Conseil général, de représentant des services du Département et de l'Etat. Ce comité est chargé de la validation institutionnelle.

L'état des lieux des besoins est construit à l'aide du recueil de **données réalisés auprès de la COTOREP** et grâce à **4 enquêtes** dont 3 ont été menées par les services départementaux « *PH vivant en EHPAD* » et une par le CREA « *PH accueillies en établissement et services* ».

Le Département du Rhône a choisi **5 axes de développement prioritaires** pour la programmation de ses actions : favoriser l'insertion sociale et professionnelle, satisfaire les besoins d'accueil en établissement, droit d'accès au soin, démarche qualité dans les prestations, construire un véritable dispositif de gestion de l'action sociale, diversification de l'offre de l'accueil. Ce programme se décline en **42 fiches actions**. Mais du fait de la nécessaire mise en place de la MDPH, une partie des objectifs et des actions n'a pu être menée à bien. Cela dit, ce schéma intègre des orientations **politiques fortes et ambitieuses**.

L'évaluation est en cours mais elle n'a pas fait l'objet d'un suivi particulier tout au long du schéma. Elle permet cependant de dresser un bilan du schéma 2004-2008 sur lequel s'appuiera le prochain schéma.

L'élaboration du schéma a été le moment privilégié de **participation de plusieurs acteurs** mais ce fut aussi le moment privilégié pour **repenser le dispositif** de prise en charge des personnes adultes handicapées, apprécier **l'adaptation des moyens existants aux besoins** en matière d'établissements et de services, et enfin **établir un**

état prospectif des attentes des personnes afin de déterminer des orientations quant à l'offre de services sur l'ensemble du territoire départemental. Ce schéma prend la forme d'un document stratégique d'orientations politiques du Département dans le domaine médico-social.

2. SCHEMAS PA

➤ Schéma 1997-2001

Le premier schéma PA, réalisé sur la période 1997-2001, était essentiellement centré sur la coordination des acteurs participant à l'amélioration des services à domicile ou en établissement. Par ailleurs, durant la période d'application de ce schéma, de nouveaux dispositifs en faveur des PA ont été mis en place : **PSD**, réforme de la **tarification**, le passage aux **35H** dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Ce contexte en constante évolution a quelque peu perturbé la mise en œuvre du schéma. Ceci dit, au travers des prestations, la nouvelle approche des problématiques du vieillissement a permis aux institutions de **passer d'un concept d'aide sociale à celui d'un droit universel en faveur des personnes âgées dépendantes**.

Le document comporte cinq parties : la démarche choisie, la démographie, la situation de l'existant, les propositions d'actions et les perspectives qui annoncent l'évolution prochaine du contexte législatif, du contexte démographique et du contexte culturel et citoyen. Le document dispose de cartes et développe une approche cantonale. Il reste basé sur la démographie et les équipements.

La démarche retenue est expliquée dans une première partie. Le Département désire en effet faire connaître son parti de prendre le temps, son attachement à la démarche de concertation, les points forts et les points faibles de cette démarche. Le Département annonce qu'il s'agit de **prendre le temps** pour bien comprendre la mesure des choses et des problèmes, pour laisser à chacun le temps de s'exprimer, de formuler et de dialoguer. Le dialogue a lieu à différents niveaux : **au niveau départemental** avec le comité de pilotage qui rassemble l'Etat, le Département, les organismes de sécurité sociale et le CODERPA ; **au niveau local** par canton avec la participation des acteurs de terrain. **Les points forts** de ce schéma sont la forte mobilisation du terrain (1000 personnes dans les groupes de travail) et la participation exemplaire des élus à la

présidence des groupes de travail. Le principal **point faible** est apparemment la concertation entre les décideurs.

L'état des lieux a mis en évidence l'existence de nombreux services d'aide à domicile, une offre globalement satisfaisante en hébergement collectif mais une répartition inégale sur le territoire, ainsi que le nécessaire développement des dispositifs de coordination gérontologique.

Face à ce contexte, le premier schéma détermine **4 orientations majeures** : cerner les **attentes** de la PA, renforcer la **coordination** des institutions, accompagner l'**innovation**, démarche pragmatique dans le **respect de la personne**. Le Département du Rhône est un des premiers Départements à intégrer la dimension humaine dans son schéma PA.

Le schéma est co-signé par le préfet du Rhône et par le président du conseil général. Cette signature souligne le perfectionnement de la coopération entre ces deux acteurs. Ce premier schéma est surtout axé sur la coordination des professionnels : c'est **un schéma départemental d'orientations stratégiques pour améliorer la vie les usagers** en établissement ou en service à domicile.

➤ **Schéma PA 2004-2008**

Pour conduire le deuxième schéma gérontologique, la volonté d'asseoir une **dynamique partenariale** est réaffirmée. L'ensemble des élus du Département est associé aux travaux menés avec les différents acteurs et institutions. **Les personnes âgées sont également interrogées**, un recueil de leur parole est organisé à domicile et en établissement, permettant de repérer leurs besoins et aspirations, en particulier lorsqu'elles sont dépendantes.

L'organisation du document est communément organisé en deux parties : **état des lieux** avec le bilan de l'ancien schéma, l'analyse des besoins et des attentes ; et **les orientations** avec le programme d'actions.

La méthode de travail pour la préparation du schéma repose sur la mise en place de **plusieurs instances** tout comme le schéma PH : **comité de pilotage, comité technique et 14 groupes de travail centrés sur 6 thématiques précises** (place de la PA dans la société, soins médicaux, emploi – formation – professionnalisation, établissements et services, démarche qualité, coordination). Ces groupes sont constitués de tous les acteurs concernés : Elus (CG), DDASS, représentants des usagers, acteurs de

terrains (professionnels, associations...). Chaque groupe de travail thématique est chargé de définir **une problématique précise et de formuler des propositions d'actions concrètes** à mettre en œuvre dans le cadre du schéma. Le comité technique, composé de la direction du service départemental PA et des représentants des groupes de travail, assure le **suivi de la démarche d'ensemble et la validation technique** des travaux des groupes de travail. Le comité de pilotage, composé de représentants institutionnels de la DDASS et du Conseil général, est chargé de la **validation institutionnelle**.

Parallèlement, un état des lieux de la situation dans le Rhône a été réalisé à partir de l'analyse de données disponibles. Le diagnostic a porté sur les principaux aspects du champ gérontologique (démographie, santé, prestations, services et établissements) mais aussi sur l'expression des attentes et des besoins des PA et des acteurs.

La coopération inter-institutionnelle mise en œuvre à l'occasion de la préparation de ce schéma confirme l'évolution des pratiques de concertation au plus près de la PA. Elle vise aussi à reconnaître le travail pluridisciplinaire, à en assurer la promotion et le développement à tous les niveaux. C'est sur ces bases qu'on été formulées les orientations et préconisations à mettre en œuvre... elles se regroupent en **3 axes déclinés en programmes de 15 fiches-actions** : organiser avec la PA une prise en charge coordonnée, développer une offre médico-sociale de qualité et homogène, animer la politique gérontologique départementale. Les fiches-actions sont très détaillées, elles comportent le contexte, les objectifs, les actions prioritaires et l'évaluation des actions. Cela engage le Département à réaliser au mieux ses actions.

Ce document n'est pas seulement un document d'orientation pour améliorer le secteur médico-social mais il est aussi **un document de programmation d'actions visant à définir la politique départementale**. Lors de ce schéma, la concertation s'est nettement améliorée et la signature conjointe malgré la loi de 2004 en témoigne. La large et efficace diffusion prévue du document, a finalement été freinée par le choix du Conseil général de vendre le document. De plus l'évaluation qui devait être régulière n'a été réalisée que très partiellement. A partir de ces observations, nous pouvons constater que la stratégie n'est pas toujours en accord avec les principes du schéma. Cela dit, l'idée est là...

3. CONCLUSION

Ces schémas s'inscrivent de plus en plus dans une démarche participative.

Pour les schémas PA et PH du Rhône les plus récents, la préparation et la production de ces documents d'orientation ou de planification bénéficient de la participation de la plupart des organismes, des associations et des professionnels oeuvrant dans leurs champs concernés. L'élaboration de ces schémas s'inscrit dans une vraie démarche de projet qui, grâce à une large concertation, a permis d'établir un diagnostic partagé et de formuler des préconisations pour les cinq ans à venir. L'objectif de ces documents est avant tout de réaliser **un outil de travail facilitant le partenariat indispensable pour la mise en œuvre d'une politique efficace en faveur de la population concernée.**

Ainsi les schémas évoluent-ils dans un contexte « mouvant » au niveau des lois et au niveau des ambitions de la collectivité. Cela dit, ils progressent dans le même sens : ils tendent à devenir des **outils de programmation d'actions reflétant la politique départementale.**

Après avoir donné quelques indices sur la relation entre le choix de la méthode et l'objectif final du schéma, nous approfondirons notre recherche sur le traitement des échanges que nous avons pu avoir avec les professionnels au sujet de la méthode à utiliser pour la réalisation de schémas.

III. Echanges avec les professionnels

1. CONSEIL TECHNIQUE SANTE A PROPOS DU SROS

Cet entretien nous a permis d'avoir un regard sur l'évolution des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et de porter une comparaison avec les autres schémas. L'objectif de la réunion est de comprendre dans quelle logique se trouve le SROS 3^{ème} génération actuellement en cours sur la période 2006-2010, et de connaître les futures tendances prévues pour le prochain SROS.

Avant les SROS, il existait une planification nationale avec des enveloppes financières pour chaque région. Institués par la **loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière, les SROS et leurs annexes étaient destinés à compléter les cartes sanitaires et les indices de besoins qui, jusqu'alors, permettaient une planification purement quantitative de l'offre de soins. Ils devaient être **l'instrument de planification qualitative** qui manquait au dispositif de planification de l'offre de soins créé dans les années soixante-dix. Initialement, le schéma d'organisation sanitaire devait seulement déterminer : « *la répartition géographique des installations et activités de soins définies à l'article L. 712-2 qui permettrait d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population [...]* ». Mais le contenu des SROS a connu d'importantes évolutions au fil des différentes réformes hospitalières qui se sont succédé depuis 1991 en donnant ainsi aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) leur principal **instrument d'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population**.

Le SROS 3 est établi sur trois niveaux : il est réalisé dans une **approche territoriale** car, grâce aux PRSP (Plan Régional de Santé Publique) prévu par la loi 2004 de santé publique, nous savons qu'il persiste des inégalités de santé suivant les territoires. Le deuxième niveau est **l'organisation par filière**. Trois étages tendent à former le paysage sanitaire : les libéraux, les spécialistes, et les plateaux très spécialisés. Le système sort du découpage administratif pour aller vers un découpage par spécialité, par personne. Le troisième niveau concerne les **objectifs quantifiés et opposables** du SROS. Le constat de départ mettait en exergue l'existence de deux systèmes de financement bien différents pour les structures de soins. L'allocation de ressources aux établissements de soins s'est résolument orientée vers une Tarification à l'Activité (T2A). Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres : une **plus grande médicalisation du financement**, une **responsabilisation des acteurs** et une incitation à

s'adapter, une **équité de traitement** entre les secteurs, le **développement des outils de pilotage médico-économiques** (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés. Afin de donner à chacun le temps de s'adapter, la montée en charge de ce nouveau modèle de financement se fait de façon progressive avec une application complète en 2012.

Nous verrons dans la partie analyse, que ce système met en tension deux logiques et nous ferons la comparaison des limites du SROS avec les limites des schémas départementaux.

2. PROFESSIONNELS DE LA CNSA

La CNSA : **Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie**, n'est pas seulement un **organisme collecteur et répartiteur de crédits**, mais également un **espace d'élaboration de propositions et de diffusion de bonnes pratiques**, facilitant la mise en oeuvre et l'évolution des dispositifs d'accès à l'autonomie, dans leurs multiples dimensions. Trois principes en découlent : proximité, égalité, qualité.

Le Département du Rhône a souhaité travailler avec la CNSA sur **la convergence** entre le domaine PA et PH. Il était convenu que le Conseil général du Rhône devait intégrer un groupe de travail réunissant d'autres départements de France, pour réfléchir sur les modalités d'application de cette notion de convergence à l'échelle du département du Rhône. Il s'agissait de réfléchir avec d'autres Département sur **la manière de faire converger les 2 schémas PA et PH**. Cela peut être d'autant plus intéressant que la rencontre entre Départements peut permettre d'échanger sur les innovations, les manières de conduire leurs schémas.

Le CNSA prévoit donc de nous rencontrer très bientôt. Pour l'instant, **l'expertise, le benchmarking a été portée par le Conseil général du Rhône** (annexes 2 et 3).

3. PROFESSIONNELS EN CHARGE DE L'ELABORATION DES SCHEMAS

Le département du Rhône a souhaité réaliser **un bon nombre d'entretiens** avec les professionnels responsables de la mise en œuvre des schémas départementaux. De plus, les rencontres avec les responsables en charge du **schéma gérontologique en Haute Savoie**, avec les professionnels en charge du **schéma départemental de la protection de l'enfance**, nous ont beaucoup aidés dans notre réflexion.

3.1. Entretiens avec les professionnels en charge du schéma PA en Haute Savoie

Cette entrevue nous a permis de souligner quelques points intéressants au niveau de la relation finalité/démarche. Nous avons donc relevé les points forts de ce schéma qui ont été soulevés lors de notre entretien.

Le schéma PA de la Haute Savoie adhère à une **démarche est participative** : entretiens avec 3000 usagers et 100 professionnels. Suite à l'aboutissement d'un diagnostic **partagé** entre tous les acteurs, le Département de la Haute Savoie souhaite réaliser des fiches-actions communes aux attentes de tous acteurs afin d'agir sur la population âgée de manière pragmatique, efficace dans un esprit de **satisfaction et de rassemblement de tous les acteurs**. Tous les acteurs doivent être motivés et doivent participer à la réalisation du schéma.

Le Conseil général a recours à un cabinet qui a piloté la concertation : ce qui permet au service d'éviter la relation duelle avec les partenaires, parfois conflictuelle. Les acteurs sont répartis selon **un cadrage fort** : 160 personnes réparties en 8 groupes de travail thématiques de 30 personnes maximum. La DDASS a participé à toutes les instances et groupes de travail. L'intérêt est ici d'avoir un discours consensuel (**CG+DDASS**) pour bénéficier d'un poids conséquent face aux partenaires. L'atout dans ce schéma est la **forte mobilisation du CODERPA** qui a pour but de représenter les intérêts des retraités et des personnes âgées.

L'état des lieux réalisé sur chaque territoire, a permis de lancer la démarche de schéma. Le territoire est organisé de la manière suivante : cinq pôles gérontologiques (= maison départementale) ou 5 bassins de vie animés par 16 COLOC (COMités

LOcaux de COordination). Le Département a aussi choisi de valoriser les bonnes pratiques en vigueur sur chaque territoire et les points d'amélioration à envisager.

Un journal de projet est prévu en 3 numéros pour expliquer la démarche : les partenaires sont très intéressés car cela permet **d'afficher la politique départementale** et de la faire connaître.

La Haute Savoie a pris en compte des **thématiques particulières** de populations spécifiques : personnes vieillissantes en situation de précarité (SDF, migrants), pénurie de professionnels de santé liée à la proximité de la Suisse : travail avec les professionnels sur la formation, la maltraitance liée aux conditions de travail. De plus, **trois fiches-actions sont transversales PA/PH** : maltraitance, offre à domicile, personnes handicapées vieillissantes. La **convergence est anticipée**. Elle est anticipée avec le recrutement sur 2 pôles gérontologiques, d'infirmières et d'assistantes sociales spécialisées à la fois dans les 2 secteurs PA/PH.

3.2. Entretiens avec les professionnels du schéma pour la protection de l'enfance dans le Rhône

Cette réunion nous a permis de réunir quelques idées nouvelles apportant un plus à notre réflexion sur la construction d'un schéma. Le schéma de la protection de l'enfance réalisé pour la période 2006-2010, est dans esprit de concertation obligatoire avec l'Etat puisque le Département est en responsabilité des enfants confiés à la justice.

Au niveau des instances mises en place pour l'élaboration du schéma, cet entretien nous apprend qu'il est extrêmement important de bien **définir la place des acteurs au sein des différents comités**. Ici, le comité technique composé de personnes avec un fort pouvoir décisionnel est devenu le comité de pilotage car ce dernier était de part sa composition, en mesure de prendre des décisions. Le comité de pilotage définit les groupes de travail. Les groupes de travail thématiques sont composés de plusieurs membres appartenant à des institutions diverses et variées. Les membres de la même institution se réunissent préalablement en interne pour préparer les réunions du groupe de travail thématique. Nous avons pu observer **la stratégie de concertation des acteurs** dans ce schéma ainsi que **l'importance de la place des acteurs au sein des instances** mises en place pour l'élaboration du schéma.

Le comité de pilotage ne s'est pas arrêté à l'élaboration du schéma mais il est devenu par la suite le **comité de suivi et d'évaluation** du schéma en cours. Tous les

ans, il est prévu une grande conférence rassemblant un bon nombre d'acteurs et quelques Elus du CG. Cela permet non seulement de mesurer l'avancement du schéma mais cela exige aussi que le schéma soit mis en oeuvre.

Le schéma a été mis en difficulté au niveau de sa mise en oeuvre et de son bilan car les **UT** (Unités Territoriales) **ne sont pas réellement impliquées**. Cela dit le schéma comporte 40 fiches-actions qui ont toutes un ou des **responsables de l'action envisagée**. Elles n'ont pas été assez présentes alors qu'elles assurent quotidiennement les missions de l'enfance.

L'évaluation tient une place considérable dans ce schéma. Elle fait office d'une véritable démarche. Elle est prévue dès l'élaboration de l'objectif de l'action. Elle mesure non seulement l'avancée et les retombées de l'action mais elle évalue aussi les processus de mise en oeuvre de l'action. Cette évaluation ne vise pas que les résultats mais elle permet d'étudier les mécanismes. L'évaluation est dite « permanente ». Le schéma dispose d'un grand nombre d'indicateurs autant quantitatif que qualitatif qui facilitent l'évaluation. L'analyse et les orientations doivent être partagées. Les objectifs doivent être connus par tous acteurs permettant le pilotage des actions pour avancer ensemble d'une manière cohérente et coordonnée. « Les objectifs sont moins ambitieux que ceux que l'on pourrait écrire seul mais plus réaliste et partagés par l'ensemble des acteurs ».

Les phases précédentes de recherches documentaires, d'échanges, de rencontres vont finalement nous permettre de décrire la méthodologie retenue que le Département du Rhône souhaite mettre en oeuvre dans ce projet.

IV. Description de la mise en œuvre des schémas dans le Rhône

A travers cette recherche documentaire sur la population concernée et sur les schémas d'autres Départements ainsi qu'à travers les échanges en interne avec les services du Conseil général du Rhône, il s'agit d'anticiper sur les problématiques émergentes. **Les étapes préparatoires** ont un rôle primordial dans la définition du champ de l'intervention départementale, des acteurs associés, de la consultation des usagers, dans l'identification et la distinction des temps techniques et politiques, dans la définition de l'espace sur lequel on agit, l'articulation avec les autres dispositifs et les ressources nécessaires à mettre en œuvre dans ce schéma.

Toutes ces étapes préparatoires vont servir à l'élaboration des **notes de cadrage** qui seront validées par les Elus. Suite quoi le Département du Rhône sera en mesure de réaliser les étapes suivantes dans un cadre défini par les Elus : l'étape « **état des lieux** » comprenant l'évaluation de l'ancien schéma et l'analyse des besoins et des demandes, l'étape « **construction des groupes de travail** » participant ainsi à l'état des lieux, l'étape « **construction de propositions d'actions** » et l'étape de **validation**.

1. ETAPES PREPARATOIRES

1.1. Recherches sur la situation des personnes âgées dans le Rhône

La toute première étape a été de se documenter sur les **problématiques actuelles du Rhône** concernant les personnes âgées et les personnes handicapées. Nous avons donc recensé toutes les études intéressantes en provenance de **plusieurs observatoires** : INSEE, INSERM, ORS, IFROSS, DREES, DRASS, CRAM, DGRCE (étude « Share »), CTS du Conseil général du Rhône, CAEDIACT ; et nous les avons résumées et **classées par thèmes et sous-thèmes** : comparaisons européennes, organisation médico-sociale (offre en établissement, SSIAD et autres formes d'accueil dans le maintien à domicile), projection démographique et dépendance en Rhône-Alpes, contexte législatif et plans nationaux, conditions de vie (revenus, catégories socioprofessionnelles et inégalités de santé, adaptation du logement, transport/

isolement). Ce travail nous a conduit à l'élaboration d'un *dossier documentaire sur la situation des personnes âgées dans le Rhône (annexe 1)*.

Afin d'approfondir nos recherches, nous avons poursuivi nos investigations par **entretiens réguliers** avec l'INSEE Rhône-Alpes et la responsable du service documentation et le médecin directeur de l'ORS. Ces rencontres nous ont permis d'envisager une collaboration éventuelle de l'ORS sur des études concernant l'évolution et la projection de la population âgée du Rhône par territoire.

Concernant les personnes handicapées, il existe peu d'études hormis l'enquête HID (Handicap, Incapacité et Dépendance) qui doit être publiée très prochainement, le dossier documentaire, le recueil de données et les enquêtes peuvent être menées par le **CREAI**.

1.2. Echanges et Benchmarking

Après avoir étudié de près la population âgée du Rhône au travers de nos diverses lectures, nous avons eu recours au **benchmarking** au niveau des départements énoncés un peu plus haut. L'étude des documents produit à l'occasion des schémas départementaux, appuyées par entretiens téléphoniques lorsque c'est possible et l'échange direct avec la Haute Savoie, nous ont permis de mener à bien ce benchmarking. Cette analyse, portant sur des schémas hors département, nous a permis d'élaborer un *dossier sur les schémas PH (annexe 2)* et un *dossier sur les schémas PA (annexe 3)*.

En parallèle, les échanges avec la CNSA sur la thématique de la convergence, n'ont pu être menés à terme, la CNSA n'ayant pas encore mis en place des groupes travail.

2. ECHANGES EN INTERNE AVEC LES SERVICES DU POLE PA PH

2.1. Grande réunion de lancement

Cette étape est fondamentale en termes d'information des acteurs pour définir tous les éléments des étapes préparatoires énoncés en tête de ce IV. Cette réunion a inauguré **la démarche de concertation** dans un premier temps interne aux services du

pôle PA/PH. Les chefs de services doivent nommer dans leur service respectif, une « **personne ressource** » qui fera remonter les idées de chacun lors des prochaines **réunions restreintes** avec les animateurs du projet.

Le long travail de recherche documentaire sur la population âgée du Rhône et sur les schémas, nous a permis d'établir des documents d'informations portant sur le contexte législatif, la santé, la sociologie mais aussi sur les résultats du benchmarking. Une réunion de réflexion et d'échanges interne au pôle PA/PH, rassemblant l'ensemble des chefs de service (CMS, Vie à domicile, Etablissements) nous a permis de présenter des travaux d'échanges et par la même d'enrichir les premiers constats.

2.2. Réunions restreintes

Ces réunions portent à la fois sur le repérage des problématiques actuelles, les enjeux et sur l'évaluation des anciens schémas. Un temps de travail a été consacré à la définition **des valeurs, des principes d'action, des enjeux, des objectifs stratégiques et du choix de la méthode**. Ce travail a permis d'établir **les notes de cadrage rédigées** pour les Elus avant d'obtenir leur validation.

Un autre temps de travail est en cours et porte sur **l'évaluation de chaque action** énoncée dans les précédents schémas PA et PH. Cette évaluation sera réalisée à l'aide d'un document reprenant toutes les actions sur les critères suivants : **analyse quantitative, analyse qualitative, degré de réalisation, freins à l'avancement de l'action et propositions de modifications ou de changements de l'action**.

3. NOTES DE CADRAGE

Le pôle PA et le pôle PH ont deux vice-Présidents distincts -Elus du CG. Le Département a donc décidé de prendre en compte cette différenciation et donc le rôle de chacun. Le Département devrait nommer deux comités de pilotage pour l'élaboration des schémas PA et PH. Il a été décidé d'écrire 2 notes de cadrage : l'une pour PA, l'autre pour PH. Ainsi nous avons construit **2 groupes de travail en interne** : l'un regroupant le directeur des établissements PA et la directrice des services à domicile ; et l'autre regroupant le directeur des établissements PH et la directrice des services à domicile.

Une fois la note de cadrage réalisée, celle-ci sera proposée aux Elus qui valideront ; ou l'amenderont et demanderont aux services de prendre en compte l'ensemble des axes sur lesquels ils souhaitent s'engager.

4. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

L'état des lieux est composé de 2 parties : le bilan de l'ancien schéma et l'analyse des besoins et des attentes de la population cible et des professionnels.

3.1. Le bilan du précédent schéma

Le bilan de l'ancien schéma s'effectue à 2 niveaux.

➤ Evaluation en interne

Après avoir contribué à la construction des notes de cadrage, les 2 groupes de travail en interne vont participer à l'évaluation de l'ancien schéma. Pour ce faire nous avons construit un *document standard d'évaluation* sous la forme de *l'annexe 4*.

➤ Evaluation en externe

En parallèle, nous avons souhaité disposer d'une évaluation externe. Dans ce cadre nous avons fait appel à des instances telles que le **CODERPA**, le **CDCPH**, des associations représentantes des usagers... Après concertation avec des acteurs incontournables tels que l'Etat au travers de la **DDASS**, il est préférable de développer une réflexion dans le cadre de **commissions de travail élargies dites « commissions schéma »**. Celles-ci seraient constituées pour partie des membres des commissions CODERPA et CDCPH mais élargies à l'ensemble des acteurs concernés.

3.2. L'analyse des besoins et des attentes

Ces groupes de travail vont venir valider le bilan de l'ancien schéma et l'analyse des besoins qui a été faite au travers du **recueil de données sur la situation des personnes âgées et des personnes handicapées dans le Rhône**.

Parallèlement plusieurs études seront réalisées pour éclairer certaines problématiques.

5. CONSTRUCTION DES INSTANCES

Le but de cette manœuvre est de répartir tous les acteurs dans différents niveaux d'instances afin que tout le monde trouve sa place et son rôle à jouer au sein du schéma.

Le comité de pilotage composé des élus, de la direction générale du Département et des partenaires tel que l'Etat, doit **assurer le suivi de la démarche et valider les propositions faites par le comité technique**. Ce comité doit être une instance ayant le pouvoir de décider des choix politiques.

Le comité technique ou communément appelé le « groupe de suivi », composé de représentants des usagers, des partenaires et des services du Département en charge de la population concernée, assure **le déroulement des opérations pour l'élaboration du schéma et il centralise les propositions des groupes de travail**.

Les groupes de travail thématiques, constitués des unités territoriales, du CODERPA ou du CDCPH, des partenaires, des services du pôle, sont là pour réaliser **de manière partagée** les phases suivantes : **un état des lieux, définir des choix, des objectifs et des priorités**.

6. CONSTRUCTION DES PROPOSITIONS

De l'état des lieux découlera les besoins non-couverts sur lesquels le Département doit travailler. **Ces thèmes seront portés par les groupes de travail thématiques chargés de proposer des actions visant à améliorer la vie des publics concernés**. Il est probable que les 2 publics en question aient des thèmes en commun tel que le logement, le transport... **Ces thèmes communs donneront lieu à des groupes de travail thématiques communs** aux domaines PA et PH.

7. ETAPE DE VALIDATION

Tous les travaux énoncés ci-dessus vont permettre l'élaboration des schémas. Ces schémas devront être présentés au **CROSMS et à l'Assemblée départementale en mars 2009 pour validation**.

Dans le Rhône, compte tenu du travail réalisé très en amont avec les Elus, les schémas sont votés sans difficulté. Les Elus sont particulièrement impliqués et connaissent très bien leur domaine de responsabilité : ce qui favorise la rapidité de décision de l'Assemblée.

Après avoir détaillé les étapes de construction d'un schéma, nous allons maintenant souligner les différentes démarches en lien notamment avec le contexte dans lequel ils se construisent.

C. ANALYSE

L'analyse doit nous permettre de comprendre comment se construit un schéma. Nous devons démontrer que la finalité d'un schéma influence le choix de la méthode.

I. Analyse du benchmarking

1. ANALYSE COMPARATIVE DE DEUX SCHEMAS DE CONFIGURATIONS EXTREMES

Dans cette partie, nous avons fait le choix de comparer le schéma de la Loire 2009-2013 et le schéma de l'Isère 2006-2010, tous deux en faveur des personnes handicapées. Nous avons choisi ces Départements car ils sont très différents. Leur démographie n'est pas la même. L'Isère est un des Départements les plus peuplés de France. Il compte 1 162 000 habitants. Dans la Loire, la population est moins nombreuse : 733 000 habitants. Les contraintes géographiques, le découpage territorial, le niveau économique de la population sont aussi des éléments qui diffèrent entre les deux Départements. Tous ces éléments pris en compte, les problématiques concernant la population handicapée sont probablement divergentes d'un Département à l'autre.

Dans cette partie, nous reprenons les points essentiels de notre étude (annexe 2 et 3) pour comprendre comment se façonnent deux schémas de construction différente. Les points suivants respectent un ordre logique : organisation du document, organisation du projet, état des lieux, fiches-actions, évaluation, signature, orientations politiques.

1.1. Organisation du document

Sur la forme, force est de constater que sur les schémas de 3^{ème} génération, un effort particulier est fait.

Le document de la Loire est un document court avec la rédaction d'un état des lieux très ciblé (voir partie C.I.3) et des fiches-actions concises relatives à une forme de programmation (voir partie 4). Le schéma est construit avec l'appui de cartes, de

tableaux chiffrés, avec des échéanciers et tout autre outil disponible pour la programmation.

L'Isère s'applique à décrire le contexte réglementaire, le découpage en 13 territoires, la méthode choisie, le champ d'intervention de l'Etat et l'état des lieux. Le document se veut clair et précis. Il est illustré par des graphiques, des « camemberts », des tableaux.

1.2. Organisation du projet

Dans ce deuxième temps, nous devons savoir si ces deux schémas utilisent une organisation différente pour parvenir à leurs fins.

La problématique de la **Loire** est bien ciblée : les adultes handicapés en attente de places en établissement. Ce **manque de places en établissement** va influencer tout le reste de la méthode ainsi que tous les points suivants...

L'Isère n'a pas ce problème, le Département peut alors s'élargir sur le bien-être de la population handicapée, sur la **prise en compte globale de la personne**.

La méthode choisie par la Loire est une **démarche fermée** à tout acteur autre que le Conseil général. Les instances dans la démarche sont peu nombreuses : un comité de pilotage et un comité technique. Il n'y a pas de groupes de travail thématiques. Le comité de pilotage est l'instance de validation des propositions retenues et travaillées par le comité technique. Ces instances comptent très peu de personnes, toutes faisant partie du Conseil général : la direction du handicap et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). **Le principal besoin** étant identifié (manques de places), cette méthode est utilisée **afin d'avancer au plus vite dans la construction de solutions** soit : **créer des places en établissement**.

En revanche, la démarche de l'Isère est une démarche **participative et concertée**.

Concernant la démarche participative, le Département instaure trois niveaux d'instances dont le rôle est décrit précédemment dans la partie B.II.1.3 (comité de

pilotage, comité technique, groupes de travail). Toutes ces instances incluent les usagers et leurs familles ou leurs représentants dans le domaine du handicap.

L'Isère est ainsi dans une démarche de concertation des acteurs. Tous les acteurs du domaine du handicap sont représentés dans les différentes instances.

Le Département souhaite asseoir son engagement politique en faveur d'action territoriale : il veut **utiliser son découpage en 13 territoires pour construire son schéma**. Le Département, les usagers et les acteurs se rassemblent en « **états généraux** » sous forme de grandes réunions par territoire au début et à la fin de l'élaboration du schéma.

Cette participation des usagers et cette concertation des acteurs a duré deux ans. Cette longue période témoigne d'un certain attachement à l'élaboration **de problématiques partagées** et à la mise en œuvre **d'orientations communes à tous**.

Le Département a choisi cette démarche **pour réaliser un diagnostic partagé par la majorité des acteurs et des usagers** ou de leurs représentants. Le schéma veut alors tout mettre en œuvre pour que **l'offre corresponde aux attentes de tous les usagers et acteurs concernés**.

Avec un comité de pilotage commun et 4 groupes de travail thématiques en commun dans les deux domaines, le schéma de l'Isère s'inscrit dans les engagements pris au niveau national derrière la CNSA qui réfléchit actuellement sur l'idée de **convergence**.

1.3. Etat des lieux

La loi prévoit pour tout schéma la réalisation d'un état des lieux mais il existe plusieurs façons d'en construire le contenu...

L'état des lieux de la Loire porte sur **le recensement de personnes**. Le Département de la Loire centre son état des lieux sur la **PCH** (Prestation Compensatrice du Handicap), le **dénombrement des personnes** avec orientation dans un établissement mais **sans solution** et la quantification des adultes de **plus de 20 ans en IME** sous l'amendement Creton.

La Loire fait un état des lieux de la PCH depuis sa mise en œuvre en 2006 car, avant la PCH, l'aide se nommait ACTP (Allocation Compensatrice de Tierce

Personne). Beaucoup de personnes sont encore aidées par l'ACTP : il est probable que celle-ci reste beaucoup plus avantageuse. La Loire a alors convenu d'évaluer l'apport de la PCH et de **proposer une montée en charge de cette nouvelle aide.**

Les recensements de personnes sans solution témoignent de la résolution du département à vouloir construire un document très **opérationnel** favorisant la **planification de places manquantes.**

Concernant l'Isère, l'état des lieux est en deux parties. La première concerne le bilan de l'ancien schéma et la deuxième est sur l'analyse des besoins actuels. Le bilan de **l'ancien schéma est très quantitatif** : nombre de places, taux d'équipement... et **l'analyse des besoins fait recours à une étude sur 2 919 questionnaires individuels** pour les usagers, les directeurs d'établissements et de services. L'objectif de cet état des lieux est non seulement **d'évaluer les besoins mais aussi d'évaluer la demande des usagers et des professionnels.**

L'évaluation de l'ancien schéma étant très quantitative, nous pouvons en déduire que l'ancien schéma devait être un outil de planification. La démarche participative au travers d'enquêtes dans le nouveau schéma révèle un certain changement d'approche par rapport à l'ancien schéma. Nous pouvons ainsi souligner ici le passage d'un **document opérationnel de planification** à un **document appliquant certaines orientations politiques comme par exemple : la démocratie participative.**

1.4. Fiches-actions

Les fiches-actions suivent une certaine logique. Les fiches-actions découlent d'un diagnostic réalisé en cohérence avec l'état des lieux vu précédemment.

Les fiches-actions de la **Loire** seront regroupées en 5 grands axes. Même si « l'accessibilité au transport » en fait partie, **le schéma porte sur l'accueil en établissement avec 4 axes qui portent sur les structures** pour PHV (Personnes Handicapées Vieillissantes), pour autistes, pour handicap psychique et sur les SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale).

A propos de **l'Isère**, le schéma reprend les thèmes suivants : le soutien à domicile, les accueils alternatifs, les établissements d'hébergement mais il porte aussi

sur la coordination des professionnels et le travail des personnes handicapées. Ceci dit, ce schéma développe une nouvelle approche inexistante dans l'ancien schéma. Cette partie traite de la prise en compte du **projet de vie de la personne handicapée**, de sa **reconnaissance** ainsi que celle de sa **famille**, du **bénévolat** et de la **culture**. Contrairement au schéma de la Loire, le schéma de l'Isère est fondé sur des valeurs et des principes d'action allant au delà de l'accueil et de la qualité dans les services et établissements. Il s'est élargi au **respect du choix de vie**, à la **proximité**, la **participation citoyenne**, la **prévention**, la **bienveillance**...

Encore une fois, les thèmes abordés dépendent bien de l'objectif initial du schéma qui est de répondre non seulement aux besoins mais aussi aux attentes de la personne handicapée. N'ayant pas de problème de places d'accueil, **l'Isère a donc choisit d'élargir son domaine d'action au profit de l'amélioration de la vie de la personne handicapée dans son quotidien et à domicile.**

1.5. Evaluation

L'évaluation est la plupart du temps prévue dans les fiches-actions. En lien avec l'objectif de départ, l'évaluation est un point qui nous permet de penser l'action et de réfléchir à son impact. Ce point permet de compléter nos renseignements quant à la manière dont se construit un schéma.

Concernant la **Loire**, l'évaluation des fiches-actions devrait être envisagée sur **une analyse quantitative et sur le degré de réalisation des actions avec des indicateurs de résultat**. Nous pouvons constater l'absence d'analyse qualitative. La Loire est partie sur une évaluation permettant d'analyser des données le plus souvent chiffrées. Ces données vont servir à évaluer les résultats de son outil de planification.

L'Isère a prévu **pour chaque action un ou plusieurs indicateurs et un référent chargé de l'évaluation**. Du fait de la coopération de tous les acteurs, le schéma suscite un réel engouement pour l'évaluation des actions. Chaque référent peut alors analyser quantitativement et qualitativement son action à l'aide d'indicateurs de résultat établis au préalable. L'évaluation prévue par l'Isère permettra d'envisager un diagnostic assez fin pour le prochain schéma.

1.6. Signature

D'après la loi de 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, le schéma départemental peut être **adopté par un seul pilote : le Conseil général**. La signature indique un positionnement fort du Département. Le choix d'un document signé conjointement ou non, par l'Etat et le Département, est un choix effectué par le Département au début de l'élaboration du schéma. Ce choix peut influencer toutes les phases de préparation du schéma. Par exemple, la démarche de concertation avec l'Etat peut être modifiée. Même si l'Etat n'est pas signataire du document, il est alors nécessaire que celui-ci reste un partenaire privilégié pour ne pas rentrer dans une relation de conflit ou dans une absence de concertation.

Les deux schémas présentés ici se sont tournés vers une signature unique du Conseil général. Cela dit, il est encore rare que les schémas départementaux du handicap soient signés uniquement par le Conseil général, car ils comportent très souvent des axes prioritaires dont les compétences appartiennent à l'Etat comme le « travail des personnes handicapées ». En revanche, les nouveaux schémas départementaux dans le domaine de la gérontologie sont pratiquement tous signés par le seul Département.

1.7. Conclusion et orientations

Après avoir analysé les points précédents, nous avons vu que ces deux schémas prennent des formes très différentes suivant leur finalité. Si le Département connaît **un important déficit** au niveau des places dans les différentes structures, le **but du schéma sera de les augmenter** en nombre ; donc le schéma prendra la forme d'un document de programmation. Une concertation avec les autres acteurs est restreinte. En effet, il n'est pas nécessaire que le Département s'engage dans une démarche participative lorsqu'il s'agit de **construire un document opérationnel de planification avec un état des lieux basé sur le recensement et des fiches-actions centré sur la création ou l'extension de places**. C'est le cas de la Loire.

Les problématiques des personnes handicapées en Isère ne sont pas identifiables d'emblée. **Le but du schéma est de mieux connaître ces problématiques et alors de répondre aux attentes de la population en situation de handicap**. C'est pourquoi le

Département a choisit **une démarche participative** qui fait intervenir autant les partenaires que les usagers et leur famille. Dans ce cas, des études et enquêtes sur l'analyse des besoins et des demandes sont nécessaires afin de **bâtir ensemble un état des lieux** d'où émerge **des orientations partagées** et **un programme d'actions satisfaisant l'ensemble des acteurs**. L'évaluation dans ce cas, porte à la fois sur des données quantitatives et sur des données qualitatives (enquêtes d'opinion auprès des usagers et des professionnels). C'est le cas de l'Isère.

2. POINTS SPECIFIQUES DE CERTAINS SCHEMAS

Nous allons maintenant analyser les points spécifiques des autres schémas faisant partie du benchmarking, notamment sur la partie « **état des lieux** » comprenant une sous-partie *estimation des besoins* et une sous-partie *bilan de l'ancien schéma*, la partie « **fiches-actions** » et sur quelques autres points influençant la méthode.

2.1. L'état des lieux

Au niveau de l'état des lieux, chaque département a fait le choix d'une **partie « démographie » brève ou très détaillée**, d'une **démarche participative, de concertation ou non**, d'une **approche départementale ou par bassins de vie**, d'un **bilan général ou d'une évaluation fine** de processus de l'ancien schéma. Evidemment cela dépend des ambitions politiques du Département...

➤ Recueil de données

Contrairement au schéma PH de l'Isère (2006-2010) basé sur une grande étude de la population, le schéma PA de la Drôme (2005-2009) et le schéma PH de l'Ain (2006-2010) ont une partie « démographie » très succincte. **Si le Département considère que sa population est homogène et qu'elle a peu évolué, alors la partie « démographie » peut être plus courte.**

A noter que certains départements choisissent de bénéficier d'un appui extérieur pour l'état des lieux afin d'approfondir et de révéler les problématiques de la population cible sur leur territoire. La plupart des schémas PA n'ont pas de cabinet d'expertise en appui mais presque tous les schémas PH travaillent avec l'appui du **CREAI** pour aider les services du Conseil général à réaliser leur état des lieux au niveau de la population

handicapée. Souvent la population âgée est mieux connue des services du Département que la population handicapée car il existe davantage d'études départementales sur les personnes âgées, et parce que le niveau d'expertise du Département est plus grand concernant la population âgée. Le recueil de données pour cette population est plus aisé à réaliser car la population âgée est plus homogène que la population handicapée. De plus le recueil de données est plus facile pour les personnes âgées parce que les équipes départementales, à partir des prestations telles que l'APA, ont une bonne connaissance des besoins liés à la Dépendance. Pour les personnes handicapées cette étude s'est surtout réalisée autour des établissements. Ceci est entrain de changer avec la mise en place de la PCH. La MDPH devrait bientôt développer une observation meilleure de la population handicapée.

➤ **Approche par territoires**

Par ailleurs, si le Département considère qu'il existe des **inégalités** entre certaines zones, il peut établir les données de son **état des lieux par bassins de vie**. C'est le cas des schémas PA de la Savoie 2005-2009 et de la Haute-Savoie 2008-2012. Malgré la **logique d'égalité** portée par le Département envers ses citoyens sur son territoire, l'enjeu, est ici de reconnaître l'existence d'inégalités au niveau des conditions de vie entre bassins de vie. Ces inégalités doivent être réparées dans une **logique d'équité** : « c'est le fait de donner plus à ceux qui ont moins pour réduire les inégalités ».

Si le Département élève les moyens sur certains de ses territoires en situation de précarité, alors cela permettra d'augmenter les statistiques du Département.

➤ **Bilan de l'ancien schéma**

Si le Département ne prévoit pas une évaluation fine de l'ancien schéma, c'est certainement parce que la politique du nouveau schéma n'a que très peu de rapports avec l'ancien.

En revanche, si toutefois le Département souhaite examiner davantage son ancien schéma, c'est peut-être parce qu'il veut s'appuyer sur une évaluation fine afin de mieux rebondir sur ce qui a été fait précédemment. Le Département peut mener une analyse quantitative et qualitative concernant les **résultats de l'action** mais il peut aussi

mener la même étude sur les **processus de l'action**. Le Département peut ainsi mesurer les éléments facilitateurs ou bloquants de l'action. Ainsi le Département peut se baser sur son expérience précédente pour ne pas recommencer les mêmes erreurs liées aux stratégies de déroulement des actions.

➤ **Conclusion**

Tous les Département n'ont pas besoin de mieux connaître leur population. Si la population cible n'est pas bien connue des services du Département, alors l'état des lieux sera plus complet que celui du Département qui considère que sa population est plutôt homogène et n'a pas évoluée.

Tous les Départements n'ont pas forcément de grandes disparités au sein de leur territoire. Si le Département possède une population avec des conditions de vie homogènes, alors le Département aura une approche globale pour tous les habitants concernés de son territoire. S'il subsiste de grandes inégalités au des bassins de vie du Département, alors Celui-ci choisira de baser son état des lieux sur chaque territoire préalablement définit.

Tous les Département n'ont pas nécessairement le besoin de dresser un bilan fin de l'ancien schéma. Si l'ancien schéma ne correspond plus aux orientations actuelles et qu'il est complètement dépassé, il n'est peut-être pas utile de le mentionner dans un état des lieux.

L'objectif final du schéma, la connaissance de la population cible, les inégalités de santé sur le territoire et les variations historiques (lois, évolution des orientations) sont autant de paramètres qui amènent le Département à configurer son état des lieux à chaque fois d'une manière différente.

Après avoir considéré les différentes formes de l'état des lieux, intéressons-nous à celles concernant les fiches-actions.

2.2. Les fiches-actions

Les fiches-actions dépendent de la nature du document. Si le schéma est un outil **de programmation**, le document sera présenté sous la forme d'une **planification**. S'il est un outil présentant **de grandes orientations**, le document peut être édité sous la

forme de **fiches-actions**. La plupart des schémas actuels ne sont plus sur un document de planification en termes de places et en termes financiers. De nos jours, presque tous les schémas sont parvenus à un document donnant de grandes orientations telles que la proximité territoriale, la coordination des dispositifs et des professionnels, la qualité de la prise en charge, le respect de la personne dans son choix de vie... Certaines de ces orientations de fond sont imposées par la loi mais le Département peut aussi innover à travers les schémas PA/PH sur de nouvelles thématiques telles que le logement, le transport, les activités physiques et culturelles, la citoyenneté.

Les fiches-action se présentent différemment. Certaines sont très complètes et présentent une évaluation. D'autres sont peu développées. Enfin certaines fiches actions sont rédigées par **une seule personne** ce qui peut nuire à la prise en compte des aspirations des autres acteurs.

➤ **L'organisation des axes prioritaires du schéma**

Le Département peut se servir de son découpage territorial pour répondre aux **spécificités** de chacun de ses territoires. Le schéma PA 2008-2012 de l'Ardèche **programme ses actions par bassin de vie**. Ainsi la collectivité assoie sa politique de territorialisation.

La majeure partie des schémas récents structurent leurs fiches-actions de la manière suivante : **constats, objectif** de la fiche, **actions, moyens** à mettre en oeuvre, **partenaires** à solliciter, **pilote** chargé de l'action, **évaluation** de l'action. Ces fiches sont généralement **bien structurées** (schéma PH Isère 2006-2010). Même si pour certains le contenu reste imprécis, les documents de planification sont toujours très clair dans leurs contenus. Le schéma PA 2008-2010 de l'Ain, a une programmation avec des **éléments budgétaires très précis**. Cela ne signifie pas que le Département porteur d'un schéma privilégiant la planification donc avec des fiches actions précises, réalisera au mieux les prévisions. Les Départements dans leur ensemble, essaient d'appliquer les actions prévues dans leur schéma. On constate par ailleurs que les schémas ne résument pas toutes les actions politiques du Département. Certaines programmation et/ou actions se développent à côté.

➤ L'évaluation

C'est à partir de **l'évaluation des actions précédentes et de leurs effets sur la population cible**, que le Département élabore ses propositions pour le prochain schéma.

Pour être efficace, l'évaluation doit être pensée à l'instant même de l'élaboration de l'action et de son l'objectif. Cela n'est pas toujours le cas : **certains schémas n'ont pas mentionné l'évaluation** de leurs actions dans leurs programmes. Si l'évaluation n'est pas présente au départ et que l'objectif n'est pas clair, les actions sont parfois difficilement mesurables. Cela peut donc fausser l'expertise et nuire à la construction du prochain schéma.

En revanche, d'autres schéma tel que le schéma PA 2005-2009 de la Savoie, ont **envisagé l'évaluation de manière anticipée** avec des **résultats attendus**, un **pilote-évaluateur**, avec **3 ou 4 indicateurs** de résultat par fiche et avec des **délais de réalisation**.

Le Département de la Savoie souhaite un suivi du schéma très strict pour s'engager à réaliser ses actions ou pour comprendre pourquoi, le cas échéant, elles n'ont pas pu se développer comme prévu : c'est l'évaluation des processus. Pour ce faire, il est intéressant de prévoir **un suivi du schéma** par une instance tel qu'un comité de suivi ou par des évaluateurs sur chaque action.

Dans le cadre de cette organisation – comité de suivi et des critères d'évaluation – il apparaît une préoccupation de réflexion de suivi, d'adaptation des actions.

2.3. Autres points influençant la méthode

Dans cette partie, il s'agit de montrer quelques autres points de la méthode qui peuvent être influencés par l'objectif d'un schéma.

➤ Démarche de concertation des acteurs et démarche de participation des usagers.

La partie « démographie » intègre la partie *estimation des besoins*. Des *besoins repérés* et du *bilan de l'ancien schéma*, vont découler des propositions d'actions. Bien sûr plusieurs démarches peuvent être mises en place pour réaliser l'état de lieux et la programmation d'actions. Par exemple, nous avons vu que l'Isère a recours à une **très large concertation des professionnels et des usagers**, notamment à travers

l'exploitation de **questionnaires**, l'organisation d'**états généraux** et de **réunions publiques** sur le territoire. Cette participation est nécessaire pour **établir des problématiques en cohérence avec les attentes des usagers et des professionnels**.

La Loire (schéma PA 2008-2012) a instauré *les jeudis du schéma* pour permettre à tous les acteurs du domaine de la gérontologie de se retrouver. La Seine-Maritime (schéma PA 2007-2011) a mis à disposition un **blog**, un **café des âges** et des conférences-débats. Ces initiatives cherchent à permettre l'expression des usagers et des professionnels de terrain.

A l'opposé, les schémas PH de la Loire 2009-2013, de la Meurthe et Moselle 2007-2011 et le schéma PA de la Drôme 2005-2009 ne priorise pas cette démarche de participation des usagers et de concertation avec les acteurs.

Là encore, si le Département a identifié un **manque de places** en établissement et en service à domicile comme le problème à résoudre, il ne jugera **pas nécessaire d'entrer dans une démarche participative** ou **de concertation** pour produire un document de **programmation de places**.

➤ Appui d'un prestataire extérieur

Dans le cadre du schéma PA 2008-2012, la Haute-Savoie a eut recours à un cabinet pour l'analyse des besoins et **pour animer** les rencontres avec les acteurs afin d'éviter les **conflits** entre le Département et les acteurs, et afin de prendre du **recul** sur les échanges.

Quelquefois, lorsque des conflits entre acteurs sont identifiés, certains Départements rencontrent préalablement les acteurs de manière **individuelle** afin de les préparer à une grande réunion **collective**.

➤ Suivi de la démarche de projet

Le Département de la Haute-Savoie a institué un **journal de projet** pour suivre la démarche en temps réel du schéma PA 2008-2012. Le Département a souhaité garder une trace des processus mis en place afin de pouvoir évaluer les mécanismes de concertation et pour conserver une crédibilité au niveau des acteurs.

La plupart du temps les schémas se construisent en 12 ou 18 mois. Le schéma PH 2006-2010 de l'Isère s'est construit sur **2 ans de concertation** avec les acteurs et les usagers. Cette démarche participative a permis d'élaborer un état des lieux partagé et un programme d'actions sur lequel tous les acteurs sont en accord.

➤ La place des Elus

Le schéma 2006-2010 de la protection enfance dans le Rhône, a une vision originale sur la place des Elus. **Quelques Elus ont pu participer aux groupes de travail thématiques.** Cette solution permet aux Elus de jouer la proximité avec les professionnels de terrain et les représentants de la population cible. Cela leur permet de montrer leur investissement et leur implication dans les problématiques de la population concernée.

Dans ce schéma, nous pouvons aussi souligner **l'importance des Elus dans le comité de pilotage.** La participation des Elus dans le comité de pilotage favorise des validations rapides.

Chaque année, une réunion à laquelle participent les Elus est organisée. Elle contribue au suivi du schéma. Cette participation renforce leur implication dans la réalisation du schéma.

Le schéma PH 2007-2011 de la Seine Saint Denis, donne la **parole des élus sous la forme de petits encadrés au sein même du document.**

L'implication des Elus peut se faire de différentes manières mais elle n'est pas toujours aussi visible. Elle peut se manifester par l'intermédiaire d'une note de cadrage ou à un autre temps « politique ».

➤ La signature du document

Comme dit précédemment, la plupart des schémas PH sont signés par le Conseil général et par l'Etat car les deux instances ont des compétences dans le domaine. En ce qui concerne les schémas PA, ils sont plus souvent signés par le seul Département. Cela dit, le schéma 2007-2011 du Nord est signé à la fois par le **Préfet de Région**, le **Président du Conseil général** et par le **Président du Conseil d'administration de la CRAM.** Cela marque **une réelle intention d'une démarche concertée.**

➤ La convergence

Le schéma du Nord a fortement anticipé la **convergence** en réunissant en son sein le **schéma PA**, le **schéma PH** et le **schéma de l'enfance**. Ce schéma ne révolutionne pas pour autant l'organisation médico-sociale du Département mais c'est un premier pas vers cette idée de convergence qui, dans ce cas, fait partie des orientations politiques que le Département désire prendre. Les schémas PA de la Haute-Savoie 2008-2012, de l'Isère 2006-2010 et du Cantal 2008-2012, ont tous des **groupes de travail thématiques communs** au domaine PA et au domaine PH. A titre d'information, ils traitent souvent des thèmes suivants : les Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV), la formation des professionnels, l'aide aux aidants, la qualité des services, le logement, le bénévolat, la reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille, l'offre à domicile, la maltraitance, le transport. L'Isère a même mis en place un **comité de pilotage commun** aux deux schémas.

2.4. Conclusion

Voici donc un ensemble d'éléments qui décrivent les différentes manières, méthodes de construction d'un schéma. Nous venons de montrer que ces **méthodes sont influencées par la finalité du schéma**. Par exemple, quand le but final est de pallier à un manque de places en établissement, le Département peut choisir d'entrer dans une démarche fermée pour répondre de manière optimale à cette problématique et inversement sur un schéma plus stratégique, il pourra choisir une démarche participative plus forte et de développer des axes de réflexion plus larges.

Le Département se doit d'appliquer une méthodologie en cohérence avec sa politique locale.

Après avoir déterminé son objectif, le Département devra choisir une méthode adaptée à celui-ci. Nous proposerons donc, dans la partie discussion, un modèle de méthodologie de schéma en cohérence avec les politiques locales actuelles.

II. Analyse de l'évolution des schémas PA/PH dans le Rhône

1. L'EVOLUTION DES SCHEMAS DANS LE RHONE

1.1. Outil de programmation financière : manque de places médicalisées en établissement

Au départ, le Département devait répondre au manque de places en établissements et services, et prévoir leur médicalisation. Les schémas, prévus et renouvelés normalement tous les 5 ans, étaient donc des documents élaborés dans un objectif de création de places dans le cadre d'une **collaboration** entre l'Etat et le Département. Ces deux institutions étaient dans une logique de **programmation financière** pour déterminer le nombre de places à créer par année.

1.2. Document d'orientations politiques : coordination et qualité des services

Il existe une évolution entre la première et la deuxième génération. Il apparaît clairement que d'une planification, de création de places, nous sommes passés à une véritable programmation d'actions touchant plus largement les domaines du handicap et de la gérontologie.

La **contractualisation** entre Etat, Département et associations va amener les schémas de 2^{ème} génération à définir de **nouveaux objectifs pour améliorer la vie des personnes** en établissement ou des personnes bénéficiant des services à domicile. En effet, les Départements ont le souci d'améliorer le dispositif d'accueil médico-social mais aussi de **développer une politique de qualité, plus large au service de la personne et dans un cadre d'une coordination des différents acteurs efficace.**

1.3. Document de programmation d'actions reflétant la politique départementale : centrer sur le bien-être

L'objectif de se **centrer sur le bien-être de la personne** dans sa vie quotidienne, amène les schémas à élargir leur population cible. Nous ne sommes plus

seulement sur des actions visant à améliorer la vie des usagers en établissements ou en services à domicile mais nous sommes aussi sur des actions visant à améliorer le quotidien de la totalité de la population âgée ou handicapée. « **Le document de programmation financière originel se transforme en document de programmation d'actions reflétant les orientations politiques départementales** ». Cela dit, la plupart des schémas ont une tonalité très médico-sociale et traitent de la Dépendance des personnes. Ils ne tiennent pas encore totalement compte de la personne dans sa globalité et développent insuffisamment le champ social, culturel... et la prévention – promotion de la santé.

2. LES TENDANCES ACTUELLES

2.1. Document ouvert à toute la population cible

Les schémas se calquent actuellement **sur l'évolution des comportements de la société** et prennent en compte ses aspirations au travers de valeurs et de principes. Les valeurs fondent le sens du schéma. Les principes sont les concepts dans lesquels s'inscrivent les actions. Les valeurs et les principes sont établis par la note de cadrage et sont communs aux prochains schémas PA-PH.

Les valeurs fondatrices sont : l'esprit d'ouverture réciproque au monde du handicap et à la société civile ; l'autonomie de la personne quelque soit son âge, un lieu de vie adapté et son handicap ; le respect du projet de vie ; la participation citoyenne.

Les principes d'action reposent sur : une information de qualité pour un choix éclairé ; individualisation de la réponse à la perte de l'autonomie et équité de traitement ; souplesse et cohérence du suivi des réponses par la reconnaissance du caractère évolutif du parcours de vie ; articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire ; rationalisation des coûts et démarche qualité ; proximité territoriale.

Le Département souhaite se servir du schéma dans la mesure du possible pour intégrer la population en perte d'autonomie à la population valide, pour conserver l'autonomie de la personne le plus longtemps possible, pour respecter les choix de la personne, pour répondre aux attentes de chaque individu, pour améliorer la qualité des services, pour simplifier la vie de l'individu en perte d'autonomie.

La portée des schémas va au-delà du médico-social. Les schémas ne concernent plus seulement les personnes au sein d'un service à domicile ou d'un établissement mais

ils développent des actions pour améliorer la vie de tous les Rhodaniens âgés ou handicapés.

Le temps de préparation des nouveaux schémas en perspective dans le Rhône porte sur une **période plus courte** car l'état des lieux est en partie déjà réalisée **grâce à l'expérience des années passées**. Ceci dit, il importe de définir une méthodologie au niveau de l'organisation des instances à mettre en place pour l'élaboration des schémas. Le rôle et la composition de ces instances va permettre à **tous les acteurs concernés de trouver leur place et d'agir dans le cadre du schéma** et par conséquent d'agir pour le bien-être de la population concernée. Les différents niveaux de commissions, de suivi, de pilotage, de pré-réunion pour optimiser les échanges et réduire les conflits entre certains acteurs sont autant de stratégies à mettre en œuvre pour le bon déroulement des schémas.

L'ouverture de la population n'est pas seulement faite à la population âgée ou à la population handicapée. Grâce aux préconisations de la CNSA concernant la **convergence**, les Départements tendent à faire converger le champ du handicap et le champ de la gérontologie. Soit les schémas PA et PH se réunissent en un seul document, soit les schémas sont distincts mais le souhait d'identifier une partie commune aux deux populations. **Dans ce cas, la population cible réunit à la fois les personnes handicapées et les personnes âgées.**

Certains aspects de l'organisation des deux schémas sont en lien avec un esprit de convergence. Par exemple, le comité de pilotage, le comité technique et les groupes de travail peuvent être communs aux deux champs. La note de cadrage peut aussi être commune aux deux schémas.

Pour l'instant, la convergence se traduit sur le terrain par la mise en place de formations et au niveau des métiers à la personne, par l'expérimentation d'établissements communs ou de services communs aux deux populations, par la prise en compte des thèmes suivants : logement adapté, accessibilité et transport, et vieillissement des PH.

A titre d'information, la CNSA va même plus loin dans ses préconisations car elle envisage la prise en compte d'un cinquième risque « dépendance » dans le système de protection sociale pour les personnes en perte d'autonomie qu'elles soient âgées ou handicapées.

2.2. Instrument stratégique au service des orientations politiques

En plus de faire une étude des besoins, les schémas sont maintenant particulièrement attentifs à **l'étude des demandes** en intégrant la population cible au schéma. Nous sommes dans une démarche participative où les usagers ont une place primordiale. Les changements des schémas dans le fond et la forme, c'est-à-dire sur dans la démarche de projet et l'aspect du document, témoigne d'un lien entre la démarche et les préoccupations de la société.

Le Département du Rhône construit ces schémas sur une **évaluation de plus en plus poussée et partagée**. Cela permet de travailler sur des **problèmes dont tous les acteurs, y compris les usagers, sont déterminés à solutionner**. Si les orientations politiques départementales sont partagées, il n'en sera que mieux pour l'image de la gouvernance territoriale et pour la motivation à mettre en oeuvre les schémas. Même si le Département est le seul signataire des prochains schémas, il n'oubliera pas sa démarche concertée car elle est nécessaire à l'efficacité et à la cohérence de ses actions.

Dans le Rhône, nous pouvons souligner l'investissement du CODERPA dans les travaux du schéma PA.

Ainsi les schémas évoluent-ils dans un contexte sociétal et législatif en mutation. Les politiques doivent prendre en compte les évolutions et les aspirations des citoyens.

III. Analyse des échanges avec les professionnels

Dans un premier temps nous verrons que ces entretiens nous ont permis de soulever plusieurs questions au niveau de la méthode à mettre en œuvre dans les prochains schémas. Dans un deuxième temps, nous allons nous appuyer sur nos échanges avec les professionnels pour donner les limites des schémas.

1. QUELQUES QUESTIONS

Quel objectif, le Département adoptera-t-il pour le prochain schéma ? Le schéma, sera-t-il un document de programmation financière, de planification d'actions, d'orientations politiques ? Sera-t-il un document de publication des stratégies appliquées par le Département, un outil de communication entre les institutions ?

La forme du document est aussi une question importante, il doit donner l'envie d'être lu par tous (document simple et concis avec cartes, graphiques, encadrés des élus). Il doit refléter la politique départementale. Sa publication et sa divulgation sont aussi des éléments à prendre en compte.

Devons-nous être dans un **esprit de convergence** ? Faut-il associer, de manière symbolique, les **2 schémas en un seul** avec 2 grandes parties représentant le domaine PA puis le domaine PH ? L'organisation de la démarche est aussi attachée à cette question de convergence : le **comité de pilotage doit-il être commun** aux 2 domaines ? Devons-nous favoriser la mise en place de **groupes de travail thématiques communs** ?

De plus, le Département du Rhône doit réfléchir à **la place des acteurs** dans ces schémas. Quel est la place des **élus** du CG, de la **DDASS** (= Etat), des **usagers** et de leur entourage, des **représentants des services et d'établissements**, les **associations de représentants des usagers ou de leurs familles** ? Dans quels groupes ou comités seront associés ces acteurs ? Quelles seront leurs limites dans leur intervention ?

Comment satisfaire et **inclure tous les acteurs** dans l'élaboration du schéma : tant **dans l'état des lieux, dans le choix de la démarche que dans les propositions d'actions et dans leurs évaluations** ? Comment les associer tous ensemble sans créer de conflits ? Quelle stratégie de concertation est à mettre en place ?

L'état des lieux, doit-il être partagé ? Doit-il être réalisé par territoire ? Les propositions d'actions, par qui sont-elles proposées, validées ? Devront-elles être

ordonnées par territoire ? Avec des objectifs réalistes ou ambitieux ? Avec quelle évaluation ? Quels pilotes des actions ? Le schéma doit-il être adopté, signé par le seul Département ? ...

2. LES LIMITES

Même s'ils commencent à tendre vers cette approche, les schémas ne sont toujours pas sur une approche de la personne dans sa globalité. Tout comme le SROS reste centré sur l'hôpital, les schémas PA-PH sont centrés sur le médico-social ; les schémas du domaine « sanitaire » au sens large ont **une approche partielle de l'offre**. Cela dit, la prochaine génération de schémas devrait être aussi axée sur l'environnement de la personne pour améliorer sa qualité de vie. Il s'agit de prendre en compte non seulement la qualité des services de prise en charge de la personne mais aussi le parcours de vie de la personne avec ses activités quotidiennes, sociales, physiques et/ou culturelles. Nous faisons ici référence à l'OMS qui définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est donc une ressource pour vivre et non un but. Lors d'un projet ou d'un schéma « sanitaire » au sens large, cette définition positive nous amène donc porter une réflexion sur la **personne dans sa globalité**.

D'un autre côté, les collectivités porteuses de ces schémas sont dans un esprit de **rationalisation de l'offre** avec deux éléments à prendre en compte dans un compromis : la rationalisation des coûts et la qualité. Il est nécessaire d'être vigilant car, même si les politiques se rapprochent de plus en plus de la personne dans sa globalité, cette logique économique avec des critères de santé pourrait, en pratique, ne privilégier que la rentabilité.

Par ailleurs, les schémas sont maintenant confrontés à une certaine **évolution des comportements** en société. Ayant de plus en plus d'accès à l'information sur les choses innovantes, les citoyens désirent avoir le choix de leur destinée, de leur projet de vie. Les politiques sont alors dans un **souci de diversification**. Le SROS ne prévoit pas la possibilité pour les mères qui le veulent, d'accoucher à la maison. Les institutions liées aux schémas PA-PH ne donnent pas à la personne en perte d'autonomie, la

possibilité de choisir entre plusieurs établissements ou services à domicile. Les prochains schémas seront donc certainement dans ce souci de diversification de l'offre. Ce dernier paragraphe pose une question fondamentale : pour diversifier l'offre, les établissements doivent-ils évoluer ou les collectivités doivent-elles innover dans d'autres établissements ? Autrement dit, le schéma est-il **un outil de suivi de l'évolution ou un outil d'innovation** ? Bien sûr il est probable qu'il soit un peu entre les deux.

Les réponses paradoxales liées à des logiques différentes... La première logique est **une logique de maintien d'activités** : les politiques publiques servent aussi à créer ou à maintenir l'Emploi. C'est pourquoi le SROS s'ouvre sur la mise en place de plateaux très spécialisés. Dans le cadre de l'action médico-sociale et sociale, les Départements, grâce à la territorialisation, ont recruté plusieurs agents dans un but de coordonner les actions des professionnels.

En revanche, **la logique d'inégalités entre territoires** commence à émerger. Selon les PRSP, il existe de fortes inégalités de santé avec certaines zones en grande précarité. Il s'agit ici de répondre aux besoins et à l'accessibilité de l'offre de manière équitable sur les différents territoires.

Hors les collectivités vont parfois construire des EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) là où il n'y en a pas besoin. C'est là que **la logique de maintien de l'activité s'oppose à la logique d'équité entre territoire**.

En plus de ces limites internes à chaque schéma, il existe aussi des limites liées à la pluralité des schémas et la temporalité des schémas. Etant donné qu'ils sont continuellement décalés dans le temps et qu'ils ne sont jamais élaborés au même moment, les collectivités porteuses de ces schémas manquent de coopération et elles ont toujours un certain retard les unes par rapport aux autres.

Cette dernière limite rejoint ce que nous avons dit précédemment... **l'existence de plusieurs logiques crée certaines mises en tension**. La logique sanitaire, la logique médico-sociale, la logique sociale, la logique de la personne, la logique de territoire, la logique de maintien d'emplois sont autant d'approches mettent en difficulté une réalisation cohérente des politiques publiques.

Sans tarder, nous allons maintenant donner un avis dans la prochaine partie sur ce qui ressort de cette analyse.

D. DISCUSSION

La loi dicte la manière de concevoir les schémas : grossièrement elle donne la logique de projet en déclarant qu'il est nécessaire de réaliser un plan d'actions, d'orientations en cohérence avec un diagnostic partagé mais, au travers de notre analyse nous avons montré que **la démarche d'un schéma est fortement influencée par sa finalité...**

Après avoir déterminé la ou les problématiques propres à la population cible, il est nécessaire de fixer un objectif, une finalité au schéma afin de choisir la méthode qui peut permettre à la collectivité de répondre aux problèmes et d'atteindre son objectif.

Même s'il existe plusieurs méthodes pour la réalisation d'un seul schéma, le choix de la méthode et du document produit est indissociable de la finalité du schéma. En effet, si la collectivité doit répondre à un problème de places médicalisées en établissements, elle peut choisir de porter une démarche fermée aux usagers et ouverte aux seuls acteurs décideurs-financeurs de création ou d'extension de places. La collectivité peut alors produire un document très chiffré sous forme de tableaux : le schéma est alors un **outil de programmation**.

Par ailleurs, si le problème est un manque de cohérence entre les services, le but final du schéma peut être de coordonner les acteurs. Dans ce cas de figure, la collectivité peut choisir une démarche ouverte à tous les acteurs concernés par la population cible afin d'exalter la coopération entre ces acteurs pour améliorer la qualité des services dédiés aux usagers. Le document écrit donne les explications d'une nouvelle politique mise en place. Ici, le schéma est un **instrument de publication des orientations politiques de la collectivité**.

Cela dit, **il n'y a pas de bons ou de mauvais schémas** car, pour chaque schéma, le Département applique une méthode/démarche afin de répondre à la problématique et de parvenir à ses fins.

Nous nous apercevons que la finalité du schéma n'est pas le seul élément à prendre en compte. Les autres éléments qui impactent la méthode, sont trois éléments de trois niveaux différents : l'organisation territoriale, l'implication des Elus et la démarche de projet.

Le premier élément à prendre en compte est **la notion de territoire**. Le territoire est devenu le maître mot des politiques publiques. Il semble que les décideurs politiques, administratifs et les acteurs de terrain soient encore à la recherche du « territoire pertinent ». Tant la France est diverse, il n'existe pas un seul modèle d'organisation territoriale. C'est pourquoi un territoire n'est pas seulement un élément géographique mais doit se définir avant tout comme un système complexe de relations humaines, sociales, culturelles et professionnelles.

Dans le Rhône, le **découpage territorial est très fin** puisque le Département a défini une Unité Territoriale (UT) par canton soit 49 UT. Cette sectorisation **influence les schémas en termes de coordination, de traitement de l'utilisateur, de recueil des données...** Grâce à ce découpage, il est plus facile de repérer les inégalités de territoire. Les zones en grande précarité peuvent être masquées par une délimitation géographique trop large comprenant à la fois de petites zones précaires et des zones « riches ».

Après identification des zones précaires, la collectivité peut traiter ses zones selon la logique d'équité. **Cette logique d'équité s'oppose à la logique d'égalité**. Il ne s'agit plus de traiter les zones de manière égale mais de « donner plus à ceux qui ont moins ». Ce qui ne nous est pas permis de savoir pour l'instant, c'est « si on donne plus à ceux qui ont moins, est-ce que ceux qui ont plus auront moins » ? Mais le principe est bon et fondamental. Il s'agit de ramener toutes les zones au même niveau d'égalité.

Le deuxième élément concerne les temps politiques et l'implication des Elus. La validation de la note de cadrage et la validation finale du schéma sont des **temps politiques qui vont rythmer l'élaboration du schéma**. Par exemple, la note de cadrage est un temps pour le personnel technique qui espère un cadre de référence pour la construction et l'application d'un schéma. En amont de ces temps politiques, le personnel technique doit fournir un travail en termes de réflexions et d'analyses. Il est alors nécessaire d'ajuster la méthode retenue pour occuper ces temps d'attente et pour **accorder les temps technique de construction du schéma avec les temps politiques**.

L'implication des Elus est un élément qui va beaucoup influencer la méthode. Si les Elus suivent le schéma avec beaucoup d'attention, s'ils font partis des groupes de travail et du comité de pilotage, alors les temps de validation politique n'en seront que plus courts car les propositions faites seront déjà étudiées en présence des Elus. De plus, la présence d'un Elu impacte le groupe de travail : cela peut **modifier la participation** des membres du groupe de travail thématique. De même si les Elus intègre le comité de

suiwi du schéma, alors l'évaluation et la mise en place des actions envisagées par le schéma seront beaucoup plus rigoureuses car les agents en charge de ces actions ou de l'évaluation seront dans l'obligation de donner leurs résultats aux Elus.

Les Elus peuvent aussi modifier la forme et le contenu du document produit. Ils peuvent être amenés à avoir une **prise de parole directe dans le document** sous forme de petits encarts.

En parallèle, **la démarche de projet** évolue au cours de l'élaboration du projet. Le terme « projet » recouvre deux sens : **l'objectif** que l'on souhaite atteindre et **les modalités** à mettre en œuvre pour y parvenir. La démarche de projet en tant que démarche, est une façon de faire, une façon de travailler. Elle nécessite une **capacité de recul et de « projection »**, c'est-à-dire de vision d'avenir que l'on se donne.

La démarche de projet peut être personnelle et individuelle : projet personnel, projet de vie, mais elle peut aussi être collective. C'est le cas d'une démarche de projet ou d'une **démarche de territoire**.

Depuis longtemps dans le développement local, la démarche de projet fait référence à une dynamique collective conduite par des acteurs du territoire, éventuellement en partenariat avec d'autres acteurs. **Elle s'oppose à une démarche de type procédurale** qui n'utilise que les outils et procédures existants pour réaliser ses fins. Cette approche est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans le management des politiques. La dynamique collective est alors menée par les acteurs de l'organisation.

La démarche de projet est une **démarche de progrès**, d'innovation, de création et de mobilisation. Elle donne des orientations et permet l'évolution de ces orientations pour s'adapter à l'évolution des contextes. C'est une **démarche itérative**, c'est-à-dire qu'à chaque étape, le projet se réadapte, tandis que l'objectif est conservé ou conforté.

La démarche est souvent aussi importante que le projet lui-même, car c'est elle qui **crée la dynamique**, ou qui est **source de blocage**. Elle peut être directive ou participative. Dans le premier cas, elle conduit souvent à des blocages – et se rapproche des logiques d'aménagement -, tandis que dans le second, elle nécessite des capacités d'écoute et de dialogue de tous les acteurs, une volonté de construire ensemble, et elle est source de développement.

Une démarche participative pour mener un projet de territoire ou un projet d'établissement est porteuse d'une certaine vision de la citoyenneté, et d'une certaine conception de la vie politique du territoire ou de la vie sociale dans une organisation.

Nous pouvons relever **six points** sur lesquels la méthode peut évoluer de manière négative comme de manière positive. La **précision au départ de la mission de chacun** est primordiale. Celle-ci fait l'objet d'une lettre de cadrage ou de mission qui précise ce que l'on attend de chacun (objectifs, calendrier, moyens) et sa place dans le dispositif.

La **circulation de l'information** est un élément-clé de la bonne santé d'une équipe.

Des temps forts doivent être gardés chaque semaine, chaque mois, chaque année **pour parler de prospective, de stratégie, et d'orientations**. Cela signifie que pendant ces temps on arrête le téléphone, les réunions extérieures et les urgences sont neutralisées.

Les spécialisations ne sont pas un absolu. Chaque membre de l'équipe est co-responsable de l'ensemble du projet et doit pouvoir remplacer les autres membres de l'équipe en cas de besoin. Cela signifie que chacun a l'obligation de s'intéresser à la bonne marche des autres secteurs. La **curiosité** doit être un critère de recrutement.

Le chef de projet, quand il devient chef d'équipe, doit agir autrement. Etant à la fois au service des élus, des autres partenaires, de son équipe, garant de la réussite du projet, **responsable de l'animation d'un dispositif multi-acteurs**, il ne peut pas tout faire ni tout contrôler. Il doit fixer des missions, déléguer et contrôler a posteriori.

Il doit, de ce fait, **repenser autrement son efficacité et sa formation, et acquérir des compétences en organisation de son temps personnel** : rapport aux autres, agenda, téléphone, animation, négociation...

Un schéma peut prendre alors **plusieurs aspects** : il peut se construire au sein d'une **démarche participative** avec les usagers et leurs familles mais il peut aussi être dans une **démarche de concertation** des acteurs avec un renforcement du partenariat et l'élaboration d'un diagnostic partagé.

Pour résumer, dans l'élaboration du schéma, la collectivité porteuse doit tenir compte de paramètres tels que l'histoire, les principes, les enjeux, les objectifs liés à la portée de son action politique. Par ailleurs, tout comme il n'y a pas de bons schémas ou de mauvais schémas, il n'y a pas une méthode mais des méthodes. Quelque soit le schéma, quelque soit la méthode et les moyens utilisés, les collectivités tentent toutes de

réaliser leurs objectifs. Un schéma n'est qu'un outil... « il n'y a pas de bons ou de mauvais outils, tous ont leur utilité propre pour aider à atteindre l'objectif ». Cela dit, **la méthode choisie est déterminante pour l'implication des acteurs, son efficacité ultérieure, le positionnement de la collectivité.**

En ce dernier paragraphe, nous allons donc proposer une méthode pour construire un schéma. Notre méthode est composée de six temps : étape préparatoire, note de cadrage, état des lieux : diagnostic, étape de construction des instances, étape de construction des propositions, étape de validation (annexe 7).

La première étape se construit **avec les services concernés** de la collectivité. Elle se décompose en huit points.

En premier lieu, il s'agit de définir les contours du **champ** dans lequel s'inscrit le schéma. Pour se faire, il est nécessaire d'avoir recours à divers **recherches documentaires**. Il est préférable de commencer par le contexte législatif et les politiques nationales, locales. Nous devons connaître aussi l'environnement du schéma... avec quels autres schémas, ce schéma peut-il cohabiter ? Ensuite nous pouvons orienter notre recherche documentaire sur les problématiques actuelles liées à la population cible. Nous pouvons également porter un regard sur les anciens schémas de notre collectivité.

Le deuxième point concerne le « **benchmarking** », c'est une étude portée par la collectivité pour découvrir ce qui se fait ailleurs sur le même sujet. Lorsque nous voulons connaître les aspects innovants d'autres schémas, le benchmarking peut nous permettre de mener une comparaison sur des schémas du même domaine mais de différentes collectivités. Cette étude peut aussi être faite sur des schémas qui ne sont pas du même domaine quant il s'agit d'étudier les aspects innovants de la méthode du schéma. Pour cette étude, **les échanges et les rencontres** entre la collectivité et les responsables de l'élaboration des schémas sont primordiales pour la compréhension respective.

Ce point est **la prise de contact avec les acteurs associés**. Les échanges avec les hautes institutions sont parfois très utiles. Cela peut nous permettre d'anticiper sur les futures directives. Par exemple, la CNSA qui est à la fois un organisme de financement et de réflexion, peut renseigner sur les préconisations concernant une nouvelle problématique : la convergence.

Evidemment, d'un autre côté, la collectivité doit entretenir une relation privilégiée avec les instances déconcentrées de l'Etat pour une meilleure cohérence territoriale et pour une meilleure efficacité d'action.

Tous les professionnels, associations ou autres concernées doivent aussi être informés du lancement du schéma. Nous entrons ici dans une démarche de concertation.

Le quatrième point détermine **la consultation des usagers**. Par exemple, pour le schéma PA et le schéma PH, nous sollicitons respectivement le CODERPA et le CDCPH ainsi que des associations représentantes des usagers. Nous amorçons ici la démarche participative en informant de l'élaboration prochaine du schéma.

Il est aussi judicieux d'anticiper sur l'organisation des **temps techniques et des temps politiques**. Ces temps doivent être identifiés pour favoriser le déroulement de l'élaboration des schémas.

Après le temps, **l'espace** est aussi une donnée à prendre en compte quand on parle de collectivité territoriale. Quel espace gère la collectivité ? De quels grands ensembles fait-elle partie ? Et quel-est le découpage de son espace ?

Le septième point concerne **l'articulation avec les autres dispositifs**. Comment le schéma peut s'articuler avec les autres schémas, plans ou organisations ?

Pour finir, il nous faut savoir quelles **ressources** sont nécessaires à l'élaboration du schéma : l'équipe de projet et les responsables des services concernés de collectivité ; des ressources spécialisées telles que des experts ; des ressources disponibles telles que des études, des statistiques, des rapports...

La deuxième étape est l'élaboration de **la note de cadrage**. Il est question de déterminer plusieurs choses : les valeurs, les principes, les enjeux, l'objectif, les choix méthodologiques du schéma, les instances dans la démarche, les étapes de la démarche. La collectivité doit réaliser ce travail en interne, en tenant compte des recherches et des échanges précédemment effectués. Cette note de cadrage est alors présentée et validée par les décideurs, autrement dit les Elus. C'est eux qui décident des engagements que doivent prendre la collectivité au travers du schéma.

La prochaine étape est **l'état des lieux**. Ce diagnostic doit prendre en compte trois points.

Le premier est **l'analyse de données générales**. L'étude de l'évolution démographique de la population générale et des populations spécifiques permet de connaître notre société actuelle.

Les projections à 5, 10, 15, 20 ou 30 ans nous permettent de savoir quelles sont les tendances concernant la société de demain. Les schémas sont prévus pour cinq ans mais ils inscrivent dans une projection à long terme pour anticiper les problèmes à venir.

Les spécificités du territoire sont aussi des données générales qui méritent d'être approfondies pour mieux comprendre l'organisation territoriale.

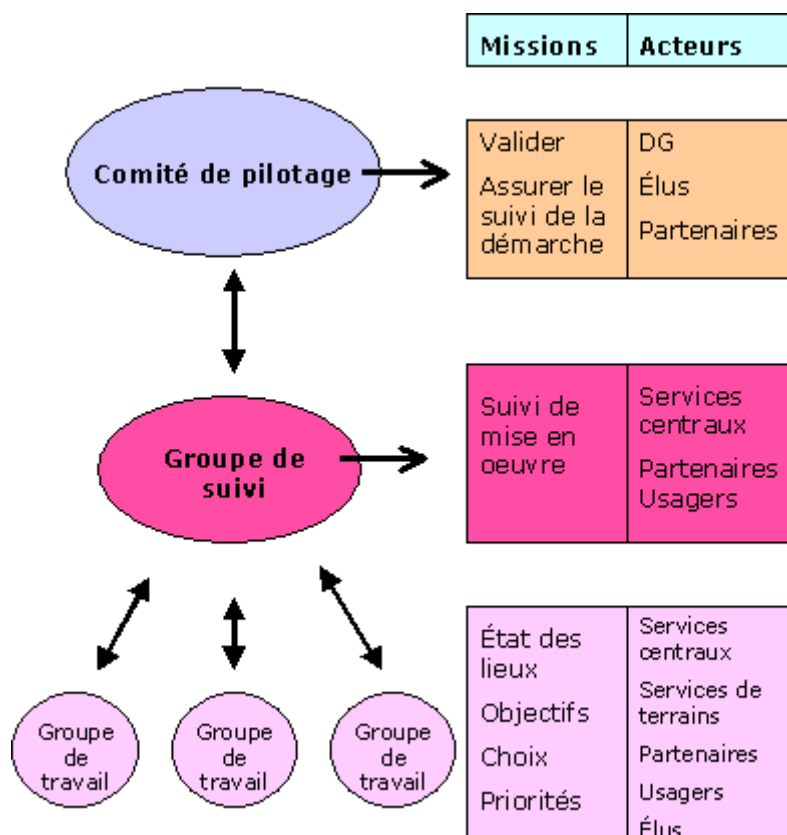
Le deuxième point concerne le **diagnostic lié à l'Action du schéma**. Nous devons accomplir le bilan de l'ancien schéma avec l'évaluation des processus de mise en œuvre et la réalisation des objectifs.

Nous devons aussi prendre en compte l'évolution des besoins : les besoins en évolution, les besoins nouveaux, les besoins émergents.

L'étude de l'évolution de l'offre de services doit permettre à la collectivité qui en a la charge, de savoir si la qualité ses services s'est améliorée et si la quantité de ses services a augmenté.

Le troisième point est l'idée **d'un diagnostic partagé** par tous les acteurs concernés. Il s'agit alors de valider l'état des lieux avec les partenaires.

La quatrième étape est la **construction des instances**.



Cette démarche de concertation se construit en plusieurs phases.

D'abord en interne à la collectivité, quand il existe des tensions au sein de la collectivité, il est préférable de lancer la démarche par de petites réunions. Autrement, nous pouvons lancer la démarche par une grande réunion de lancement avec tous les responsables afin que tous les agents de la collectivité soient au courant.

Les directeurs des services peuvent ensuite nommer des « personnes ressources » qui feront remonter l'information de chaque service lors de plus petites réunions. Ces différents groupes de travail sont appelés des groupes travail techniques. Ces petites réunions seront des réunions de travail. Dans un premier temps, elle servent à élaborer la note de cadrage qui fixe les valeurs, les principes d'actions, les enjeux, les objectifs stratégiques et le choix de la méthode. Dans un deuxième temps, elles seront utiles pour le bilan de l'ancien schéma.

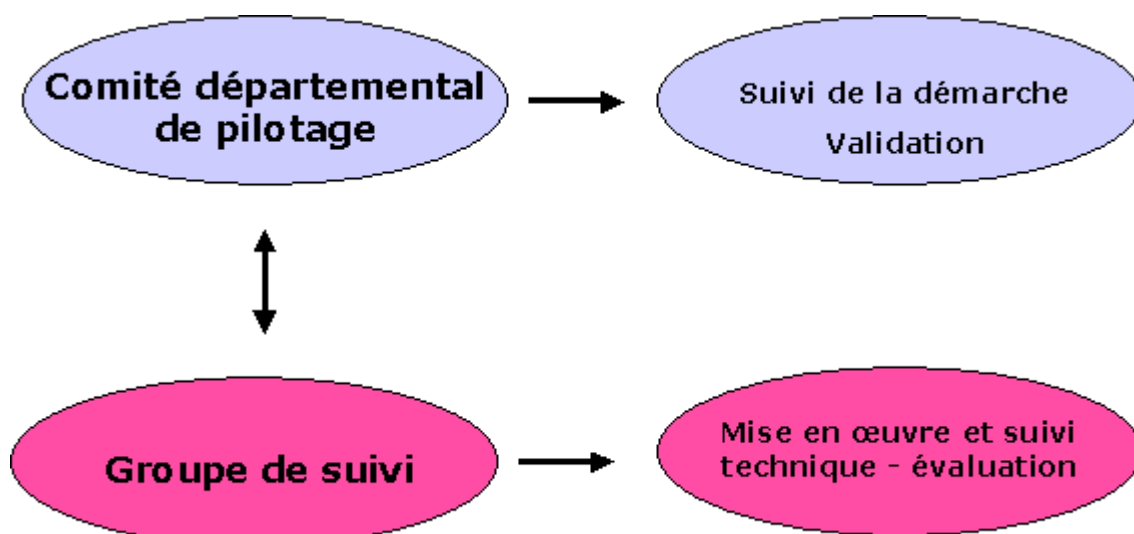
En externe, la construction des groupes de travail thématiques part des institutions représentantes des usagers. Par exemple, pour le schéma PA, ce sont les commissions du CODERPA qui sont élargies aux professionnels, aux bénévoles et aux

associations, aux groupes de travail techniques, aux acteurs privilégiés tels que la DDASS, le « CRIAS - Mieux vivre » dans le Rhône... Bien sûr, certains thèmes portés par ces commissions doivent évoluer ou changer au même instant de la construction de ces groupes de travail thématiques.

Cette nouvelle étape constitue **la construction des propositions**. Après validation de l'état des lieux par les groupes travail, ces derniers vont plancher sur les problématiques retenues dans le diagnostic partagé : une problématique par groupe de travail. Après quelques réunions de réflexion, les groupes de travail vont proposer des actions. A titre d'information, les groupes de travail techniques peuvent servir de comité de rédaction.

La dernière étape est **la validation du schéma**, c'est-à-dire des propositions d'actions. Cette validation comporte plusieurs procédures : le document doit être soumis aux commissions départementales, puis à l'avis du CROSMS et enfin à l'Assemblée Départementale.

Les six étapes de l'élaboration du schéma étant réalisées, la collectivité porteuse peut commencer à **mettre en œuvre le schéma**. Pour évaluer la mise en œuvre du schéma, le comité technique peut se transformer en **comité de suivi** du schéma.



CONCLUSION

Après avoir rappelé en introduction que les schémas sont apparus **pour structurer les politiques publiques et pour évaluer leurs actions**, nous avons tenté de démontrer en trois parties : **contexte, démarche, analyse** ; que la finalité du schéma impacte le choix de la méthode et le document produit.

La première partie nous a permis de replacer les schémas PA-PH dans leur **contexte historique et dans le paysage actuel** concernant les politiques locales. L'origine des schémas se trouve donc dans la loi de 1975 avec les raisons énoncées précédemment. Après quoi les schémas ont évolué dans un cadre législatif en constante mutation.

Le paysage actuel des politiques publiques nous montre qu'il existe une multitude de schémas mais qu'ils ont un fonctionnement assez semblable.

Dans une deuxième partie nous avons tenté de décrire la démarche dans laquelle nous avons réalisé ce mémoire pour comprendre à partir de quoi nous avons fondé notre analyse. C'est pourquoi nous avons décidé de détailler la méthode « **benchmarking** » qui nous a permis de voir ce qui se passe dans d'autres Départements. Suite à quoi, nous avons présenté nos **lectures sur les anciens schémas PA-PH** du Rhône. Puis, afin d'approfondir notre vision sur les schémas, nous avons eu recours à plusieurs entretiens. Pour finir sur cette partie, étant donné que nous sommes au cœur de l'élaboration des schémas PA-PH du Rhône, nous nous sommes permis de porter un regard sur la mise en œuvre de ces schémas.

Dans la troisième partie, il s'agit d'analyser le **benchmarking, l'évolution des schémas PA-PH du Rhône et les échanges avec les professionnels**. A travers cette partie nous vérifions que les schémas ont tendance à évoluer d'un outil de pure programmation vers un outil de publication des orientations politiques de la collectivité. Cette analyse permet de nous rendre compte que la finalité d'un schéma impacte fortement la méthode choisie et le document produit.

Par ailleurs, nous expliquons, dans la partie discussion, que la finalité du schéma n'est pas le seul élément qui influence la méthode et la forme du document. **La territorialisation du Département, l'implication des Elus et les fondements d'une démarche de projet** sont aussi des éléments qui peuvent influencer le cours d'un schéma.

Après cette explication, nous avons finalement proposé un modèle de méthode qui permet d'encadrer la construction d'un schéma.

De plus, le schéma peut s'inscrire dans une **démarche de réflexion continue**. Les activités des collectivités peuvent se dérouler et s'intensifier en fonction des développements de l'actualité politique et des nouvelles problématiques. L'esprit d'un schéma peut être dans une réflexion continue pour que son évolution se calque sur celle de la société. La démarche de réflexion continue amène à anticiper et à **prendre du recul sur les nouvelles problématiques**, de développer **une approche globale de la personne** et de réaliser **une expertise**.

Par ailleurs, le schéma est aussi dans une **démarche d'évaluation** avec la mise en accord de tous les acteurs sur un objectif commun partagé et sur un degré de réalisation par rapport à la cible à atteindre. Dans ce cas, il est nécessaire de se baser non seulement sur des indicateurs de résultats mais aussi sur des indicateurs de processus.

D'un autre côté, le document produit peut être un **outil de communication** envers les Elus, les partenaires, la population. A ce moment-là, le schéma a une vertu pédagogique.

En même temps, il peut être un **outil au service d'une stratégie** avec une méthode pour conduire un changement. Il peut se produire sous forme d'un instrument de gestion ou il peut engendrer des processus d'aide à la décision.

Dans ce mémoire, nous avons donc un aperçu de l'organisation des politiques publiques en France, nous pourrions alors persévérer et nous ouvrir à la construction des politiques publiques des pays d'Europe.

BIBLIOGRAPHIE

- **Amyot J.J.** et al. « *Pratiques professionnelles en gérontologie* », Ed. Dunod, mai 2007.
- **Caillet R.** « *Les nouveaux outils de la planification sanitaire* », In Actualités et dossiers de Santé publiques n°11, juin 1995.
- **Cauquil G.** « Conduire évaluer les politiques sociales territorialisées », Ed. Dunod, 2004.
- **Fayard R, Brixi O, Guillaud-Batailles, Pechevis M,** « Santé : travailler avec les gens : Approche participative, démarche de projet », Conseil Général du Rhône, 2003.
- **Institut de la Performance Publique.** « *Piloter un schéma départemental d'intervention sociale* », dossier rassemblé par Valérie Löchen, 2007.
- **Pineault R. et Daveluy C.** « *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* », Ed. Agence d'Arc, janvier 1987.
- **Prevost H.** « La conduite de projet », Ed. Technip, 1996
- **Sanchez J.L.** « Vieillesse et cohésion sociale : mieux observer pour mieux décider », Ed. ODAS, 1995.

GLOSSAIRE

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CAEDIACT : Conseil d'Analyse Economique et Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires

CDCPH : Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CG : Conseil Général

CHRS : Centres d'Hébergement de Réinsertion Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CMS : Coordination Médco-Sociale

CODERPA : COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Agées

COLOC : COmités LOcaux de Coordination

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

CRIAS : Centre du Rhône d'Information et d'Action Sociale en faveur des retraités, personnes âgées et personnes handicapées

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale

CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale

CTS : Conseil Technique Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

DDE : Direction Départemental de l'Equipement

DGRCE : Direction Générale Recherche de la Commission Européenne

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

EMS : Equipe Médico-Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETH : Equipe Technique du Handicap

GMP : Groupe Minimal de Points
HID : Handicap, Incapacité et Dépendance
IFROS : Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales
IME : Institut Médico-Educatif
IMEPro : Institut Médico-Educatif Professionnel
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDR : Maison Du Rhône
MSA : Mutualité Sociale Agricole
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PA : Personnes Agées
PADD : Projet d'Aménagement et de Développement Durable
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PH : Personnes Handicapées
PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SCOT : Schéma de COhérence Territoriale
SDF : Sans Domicile Fixe
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
T2A : Tarification à l'activité
URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
UT : Unité Territoriale

ANNEXES

Annexe 1 : études PA (Personnes Agées)

Annexe 2 : Benchmarking PH (Personnes Handicapées)

Annexe 3 : Benchmarking PA

Annexe 4 : Document d'évaluation

Annexe 5 : Note de cadrage PH

Annexe 6 : Note de cadrage PA

Annexe 7 : Résumé de la méthodologie « type » pour un schéma

ANNEXE 1 :
ETUDES PA

Viellissement, activités et territoires à l'horizon 2030.

Rapport publié par le Conseil d'Analyse Economique et la Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires : étude de 2004.

Résumé :

Une montée de la solitude.

Les inégalités entre retraités s'aggravent ; leurs revenus diminueront à partir de 2025 ; un risque plane sur les pensions de réversion sur les futurs veuves.

L'APA devrait passer de 3 à 7 milliards d'euro en 2030.

Le vieillissement devrait accroître les tensions entre générations : transmission plus tardive du patrimoine (un patrimoine souvent écorné), concurrence pour le logement (surtout dans les zones agréables) provoquant une hausse de l'immobilier, prédominance du personnel politique âgé...

Trois scénarios contrastés :

Ils portent sur trois facteurs : le taux de fécondité, le solde migratoire et la mortalité.

❖ **Le scénario gris ou médian** (en 2030 67,2 M d'hab) : **taux de fécondité constant, solde migratoire maintenu, baisse de la mortalité** → marché du travail ne s'améliore pas ; solidarité nationale se délite ; immigration mal maîtrisée ; rôle de l'Etat producteur de normes s'affaiblit sous les ONG et multinationales ; méfiance de la population à l'égard des hommes politiques ; les rapports entre générations se dégradent, les inégalités entre retraités se creusent ; les retraités les plus fragiles sont les PA seules (surtout les femmes) ; les plus mal loties monétisent leur patrimoine, peu ou pas d'héritage ; se loger devient un souci ; les TPE et PME disparaissent avec la difficulté de recruter du personnel qualifié et elles sont remplacées par de grands groupes intéressés par « l'économie résidentielle » et le commerce électronique ; les écarts s'accroissent entre territoires agréables ou dynamiques, et les autres territoires qui n'ont pas su attirés les retraités et les cadres.

❖ **Le scénario rose** (en 2030, 72 M d'hab) : **les tendances ne sont pas différentes de celles ci-dessus mais les comportements s'adaptent, permettant d'envisager un avenir meilleur** → mesures favorables à la familles = le nombre de naissances augmentent ; immigration maintenue, maîtrisée, qui répond à des besoins spécifiques ; 3,5% de croissance par an ; le marché du travail s'améliore, le chômage baisse à 4,5%, le taux d'emploi des 55-65 ans augmentent, l'âge

moyen de départ à la retraite passe de 58 à 63 ans ; la croissance permet le financement des systèmes d'assurance sociale et de solidarité ; les inégalités entre les retraités se maintiennent ; mouvements régulés des retraités vers territoires agréables (territoire non isolé et avec services sur place = filières professionnelles attractives) ; « l'économie présenteielle », la production est territorialisée et donc non délocalisable ; poursuivre un activité sans limite d'âge et le renouvellement correct du personnel politique atténuent les tensions entre générations.

❖ **Le scénario noir** (en 2030, 59 M d'hab en France) : **le taux de fécondité recule fortement, l'immigration se réduit au regroupement familial** → ouvriers qualifiés se détournent de notre pays ; contraction de la population de 2 M ; notre système de sécurité sociale et de solidarité s'effondre ; grandes difficultés économiques ; les assurances individuelles se développent ; beaucoup de jeunes en précarité et de Français plongent dans la pauvreté ; le revenu des retraités diminue ; le chômage augmente ; l'inflation se développe ; notre système de santé sous-investie dans la prévention = espérance de vie diminue ; les retraités les plus mal loties s'installent dans des zones reculées alors que les plus aisés s'installent dans des zones protégées ; zones de non-droits se multiplient, le prix de l'immobilier s'effondre dans les zones désertées et reste élevé dans les zones attractives ; difficultés à se loger (activité BTP presque absente = faute de main d'œuvre) ; services et PME subissent la concurrence du travail au noir ; plus d'ambition politique pour l'Europe et l'agriculture s'effondre.

Conséquences pour l'emploi et l'activité :

Remettre au travail les plus de 55 ans, répondre aux nouveaux besoins de main d'œuvre, en particulier dans le secteur des services à la personne, prendre en charge la dépendance, assurer la relève des PME familiales, adapter l'urbanisme et le logement aux PA, éviter les conflits de générations, font parti des nouveaux défis qui nous attendent.

Choix de vie et « économie présenteielle » :

Il est important que chacun puisse réaliser son choix de vie , indépendamment de son âge.

Les territoires doivent maintenir et stimuler les activités.

(les deux dernières feuilles de l'étude qui portent sur « les deux messages essentiels du rapport » et sur « quelques faits surprenants sur le vieillissement, les activités et les territoires » sont aussi deux notes très intéressantes à lire pour approfondir ce que l'on vient de d'écrire).

La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040.

INSEE, article de l'ouvrage : « Données sociales : la société française », 2006.

Résumé :

INTRO : La population de 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040 pour atteindre plus de 10 millions de personnes. Ce vieillissement rapide de la population amène à s'interroger sur le rôle de politiques publiques dont la solidarité collective qui intervient en complémentarité de la solidarité familiale. **Le partage des 2 formes de solidarité risque d'évoluer dans les 20 prochaines années.** En effet, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée aura tendance, à diminuer du fait de la **baisse du nombre d'aidants par famille et l'éclatement géographique des familles.**

1. **Le modèle destinie** (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées) établit sur la période 1998 / 2040, des hypothèses sur l'évolution à venir des modèles de santé des personnes âgées. Il est fondé sur le **scénario central** avec **maintien de la morbidité : l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès se décalent parallèlement ; les années de dépendance restent donc identiques.** L'âge moyen des personnes dépendantes augmenterait fortement entre 2000 et 2040 passant de 78 à 82 ans pour les hommes et de 83 à 88 ans pour les femmes.

Une personne sur 4 des générations d'après guerre risque de connaître la dépendance. Parmi les personnes nées entre 1940 et 1954, 41% connaîtront au moins une année de dépendance. Avec 29% contre 52%, les hommes sont nettement moins affectés que les femmes. La durée moyenne de la dépendance est de 4,4 années (3,7 pour les hommes et 4,7 pour les femmes). En revanche, les durées longues en dépendance seront rares.

2. **Le nombre moyen d'aidants potentiels par personne dépendante devrait baisser.**

En raison de leur plus faible espérance de vie, les hommes avaient très souvent leur femme pour s'occuper d'eux à l'âge de la dépendance. Les femmes sont en revanche plus souvent veuves. A l'horizon 2040, la grande fréquence des ruptures dans les couples, cumulée à la baisse de la fécondité tend à diminuer la présence du conjoint pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi la proportion

d'hommes dépendants sans aucune aide doublerait pour atteindre 16% en 2040, tandis qu'elle diminuerait pour les femmes.

3. Les dépenses liées à l'APA

Le montant total de l'APA, tant le montant à la charge du bénéficiaire que le montant versé par le Département **augmenteraient de 50% hors inflation entre 2005 et 2040**, au même rythme que le nombre de personnes âgées dépendantes. La participation moyenne du bénéficiaire augmenterait régulièrement, passant de 25% à 43% du montant total.

Le montant total de l'APA, tant le montant à la charge du bénéficiaire que le montant à la charge des Départements tend à croître de 50 % hors inflation, au même rythme que le nombre de personnes âgées dépendantes.

Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040.

« Etudes et résultats » n°160, DREES, février 2002.

Résumé :

Cette étude réalisée à partir de l'enquête HID, appréhende 3 scénarios possibles d'évolution de la dépendance aux âges élevés :

- **Scénario optimiste** : augmentation de l'espérance de vie avec une compression de la morbidité en fin de vie.
- **Scénario pessimiste** : augmentation de l'espérance de vie avec augmentation du nombre d'année en incapacité.
- **Scénario central** : c'est plus ou moins une moyenne des 2 derniers.

A l'horizon 2040, ces 3 hypothèses conduirait à **une augmentation du nombre de PA dépendantes** (accélération prévues vers 2010 puis vers 2030).

Sur la période 2000-2040, la hausse serait respectivement de 35%, 80% ou 55%.

Cette hausse serait **concentrée sur les plus de 80 ans**.

Or, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui constitue aujourd'hui la grande majorité des aidants, devrait, d'après les projections de l'INSEE, augmenter d'environ 10% entre 2000 et 2040 : soit nettement moins que le nombre de PA dépendantes.

Ce constat, liés aux évolutions démographiques, pourrait être amplifié par l'accroissement **de l'activité féminine et de l'éclatement des familles** ; sachant bien sûr que d'autres facteurs et arbitrages individuels pourront venir augmenter ou réduire le potentiel effectif d'aidants.

Les personnes âgées en Rhône-Alpes, évaluation des besoins de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2020.

Observatoire Régional de la Santé, octobre 2005.

Résumé :

1 **Démographie/perspectives** : augmentation modérée de la population âgée jusqu'en 2010, puis augmentation plus rapide + de 40% entre 2010 et 2020) due à l'arrivée des générations de l'après-guerre. Entre 2000 et 2020, croissance de 50% des Rhône-alpins de plus de 65 ans et 80% chez les plus de 85 ans, entraînant un accroissement des besoins d'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Rhône (199) : 230 863 personnes de plus de 65 ans, 14,6%, 94,6% vit à domicile. Les plus de 85 ans sont encore 76% à vivre à domicile. Les hommes sont 85% à vivre à domicile contre 73% des femmes (institutionnalisation plus forte des femmes). Les premières générations de l'après-guerre atteindront 75 ans et plus en 2020 avec augmentation forte de l'effectif : plus de 50%.

2 **La population âgée dépendante** : selon le scénario central d'évolution de la dépendance, le nombre de PA dépendantes de plus de 65 ans augmenterait de 13 (+20 000, hausse de 22%) entre 2000 et 2020, enquête DRESS et HID 1999.

- En 2000, dépendance accrue chez les femmes après 77 ans, 10% de handicap à partir de 80 ans. Femmes représentent 70% de la population dépendante totale.

- En 2020 : le scénario central de la DRESS **au plan national** repose sur l'hypothèse que les taux de prévalence de la dépendance vont quelque peu baisser (gain d'espérance de vie sans dépendance), avec compression du taux de morbidité au cours des dernières années de la vie). Progression globale de la dépendance de 29 % en Rhône-alpes, soit un taux supérieur : 29% contre 22%. Concentration de la dépendance aux âges élevés : Augmentation de 52% du nombre de personnes dépendantes de plus de 85 ans en 20 ans **(+42% de plus de PA dépendantes de plus de 85 ans dans le Rhône)**.

Selon l'enquête HID, les problèmes de mobilité affectent 55,7% des femmes de plus de 75 ans, contre 31% des hommes, rendant difficile l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne.

3 L'offre en 2000 : évolution à l'horizon 2020

Les évolutions démographiques par groupe d'âge montrent que le nombre d'aidants familiaux par PA dépendante devrait être moins important (actuellement : 57% de l'aide, contre 43 par des professionnels).

Dans le Rhône, pour maintenir l'offre à son niveau actuel dans le cadre du scénario central d'évolution de la dépendance : 384 places supplémentaires de SSIAD seraient à créer, soit 24 supplémentaires par an. 7 923 places en établissement, soit 94 places supplémentaires par an, 2 300 nouveaux bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) entre 2010 (15541) et 2020 (17 863).

Evolution de l'aide informelle (aidants familiaux) à l'horizon 2020 : en lien avec l'évolution de la structure de population, baisse du nombre d'aidants potentiels par personne âgée dépendante, l'évolution est difficile à prévoir fonction de l'activité féminine, de l'éloignement des enfants... A l'heure actuelle, l'aide est assurée exclusivement par la famille/amis dans 1/3 des cas.

Professionnalisation probable de l'aide, (augmentation du nombre de relations d'aide) mais nombreuses inconnues (démographie médicale).

Problèmes fonctionnels et incapacités chez les plus de 55 ans : différences marquées les professions et le milieu social.

« Etudes et Résultats » n°295, DRESS, mars 2004.

Résumé :

1. Les ouvriers ont une espérance de vie plus courte que la moyenne et une espérance en incapacité plus importante : à 35 ans en 1990, les cadres pouvaient espérer vivre encore 43 ans dont 90% sans incapacité et les ouvriers 38 ans dont 81% sans incapacité.

2. La moitié des ouvriers, mais le tiers environ des cadres, déclarent ainsi des problèmes visuels, physiques ou d'orientation dans le temps. 40% de ces problèmes ont en outre une sévérité importante chez les cadres et les agriculteurs, contre 52% chez les employés et 62% chez les ouvriers. A âge égal, la fréquence des problèmes d'orientation dans le temps (...) est 6 fois plus élevée que la moyenne pour les inactifs.

3. Les différences d'incapacités subsistent à problèmes fonctionnels équivalents. Cela suppose qu'il existe des différences dans les **ressources mobilisées pour faire face** aux problèmes fonctionnels et incapacités, et, qu'il existe des **disparités sociales dans les risques de maladies et d'accidents** ; exemple : le **niveau d'instruction** (facilitant la mise en place de stratégie de compensation).

- Le Bac et les études supérieures diminuent le risque d'avoir des restrictions sévères d'activités pour les soins personnels et ce sont les facteurs associés au diplôme qui semble surtout jouer au niveau de la gestion des problèmes fonctionnels plus que ceux spécifiquement liés aux professions présentes ou passées

- Selon une étude de Cassou et al, en 2001, les conditions de travail pénibles subies en début de carrière peuvent être responsables d'incapacités survenue après le passage à la retraite.

Les CSP reflètent aussi d'autres caractéristiques sociales qui peuvent avoir un impact sur la santé et ses déterminants : **revenu du ménage, l'environnement socioculturel, le niveau d'instruction et de qualification, l'origine sociale...**

Le risque de rencontrer des **restrictions sévères d'activité pour les soins personnels est 2 à 3 fois plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres.**

CONCLUSION : donc deux niveaux de disparités face au risque de perte d'autonomie : exposition aux problèmes fonctionnels et probabilité d'y faire face.

(1) Pouvoir d'achat, logement, mode de vie :

comment vivrons nous à la retraite ?

Article paru sur le site Internet « senioractu » après un sondage de la TNS Sofres.

Résumé :

En France, la part des personnes âgées de **plus de 60 ans représente aujourd'hui plus de 20% de la population totale** et elle dépassera **30% d'ici 2050** selon l'INSEE. En 50 ans, le poids des personnes âgées de 85 ans et plus devrait gagner 6 points, passant de 2 à 8% de la population entre 2000 et 2050 tandis que ceux classes 65-74 ans et 75-84 ans se stabiliseront autour de 11%. Enquête TNS Sofres à suivre...

1. A partir de quel âge sommes-nous senior, âgé ou très âgé ?

Senior : 59 ans. Agé : 72 ans. Très âgé : 85 ans et demi. Cela dit, **plus on est diplômés et plus on repousse la limite d'âge** : senior à 57 ans pour les non-diplômés et à 62 ans pour les diplômés. Ce décalage est à mettre en perspective avec l'espérance de vie de ces catégories qui est également différentes. Cela dit, 68% des Français considère que le passage à la **retraite et la vieillesse sont deux étapes distinctes.**

2. Comment préparons-nous la retraite ?

Seuls 16% des non-retraités se disent aujourd'hui confiants pour leur avenir. Cette crainte est due au **niveau de vie et au pouvoir d'achat jugés insatisfaisants par 74% des Français** et anticipés comme pire à l'avenir. En revanche, l'image des retraités dans la société est jugée satisfaisante par 57% des Français. 39% des futurs retraités pensent que leur situation sera meilleure, 36% pensent qu'elle sera moins bonne et 16% pensent qu'elle sera ni moins bonne ni meilleure.

50% des non-retraités disent penser à leur retraite quand 22% ont même déjà pris des dispositions. 80% d'entre eux donnent une mesure concrète qu'ils ont prises ou vont prendre : dans 39% des cas c'est des placements financiers ou épargne, 8% achat immobilier ou investissement foncier.

Plus on s'approche de l'âge de la retraite et plus on prend ou envisage de prendre des dispositions pour sa retraite : 68% des 18-24 ans contre 88% des 50-64 ans. Ce la dépend de l'âge mais de la catégorie socioprofessionnelle car 98% des commerçants, artisans et chefs d'entreprises ont déjà anticipés.

3. Où vivront-nous à la retraite

L'investissement immobilier résulte d'une approche patrimoniale et d'une multi-résidentialité souhaitée : 24% des non-retraités pensent qu'à la retraite, ils vivront à des

endroits différents selon les moments de l'année. 41% des non-retraités pensent déménager pour 24% des retraités qu'ils l'ont réellement fait ou pensent le faire.

54% des retraités et des futurs retraités motivent leur déménagement par la volonté d'habiter dans une **région qui les attire**, devant la volonté de se rapprocher de leur famille.

La volonté d'avoir un logement plus adapté, au niveau de la surface, en termes d'accessibilité et d'équipements n'est citée que par environ 10% de personnes ayant ou désirant déménager dans une autre ville et par environ 27% des personnes souhaitant déménager près de leur domicile.

Si l'on déménage, c'est avant tout pour acheter (64%). 34% des non retraités souhaitent privilégier le bord de mer contre 13% qui l'ont réellement fait. Seulement 6% privilégient une grande ville et cela attire tout de même 20% des Parisiens.

4. Comment percevons-nous les retraités ou les personnes âgées ?

Le passage à la retraite n'est plus synonyme de vieillesse mais il reste anxiogène. La vieillesse reste associée à **la sagesse pour 41% des interrogés, à l'expérience pour 39%, au handicap pour 22%, à 20% pour le déclin.**

Parmi les craintes liées au grand âge, **35% citent la dépendance ou perte d'autonomie, 19% la maladie et problème de santé, 12% la solitude**, 7% la pauvreté, 7% perdre ses proches, 6% quitter sa maison. Vision optimiste pour 51% sur le lien social, vision pessimiste pour 49% sur la prise en charge, pour 40% sur la solidarité nationale et pour 29% sur les structures d'accueil.

41% des Français n'envisagent pas une dépendance éventuelle (63% des Français ayant une mère dépendante disent penser à leur dépendance). 30% pensent que les dépenses liées à leur prises en charge seront financées par la solidarité nationale contre 61% qui pensent qu'elles seront financées par leurs revenus et placements.

5. comment vivra-t-on à la retraite ?

On souhaite rester chez soi même si 15% des retraités ne sont pas réticents à l'idée de la maison de retraite. L'aménagement qui semble le plus nécessaire aux Français est **dans 23% des cas : l'escalier, 19% : la salle de bain, 10% : accès au logement**, 8% : la chambre, 3% : le salon, 2% la cuisine. 26% des Français pensent que leur logement ne nécessite aucun de ces changements.

55% des Français estiment que le développement de services à la personne est l'élément indispensable au maintien à domicile, devant les soins médicaux et l'accessibilité du logement.

Evolution des conditions de vie et du revenu des plus de 60 ans

Perspectives à l'horizon 2020.

Articles pour le Conseil d'Orientation des retraites, Professeur à l'université Paris 9 Dauphine et INSEE, 2003-2006.

1. Données européennes, données nationales

L'amélioration continue du niveau de vie moyen des PA constatée partout en Europe depuis les années 60 devrait se prolonger jusqu'en 2020 et au delà, malgré les réformes sur les retraites généralisées depuis une dizaine d'années.

Si le niveau de vie est légèrement inférieur (5%) par rapport à l'ensemble de la population, certains disposent cependant d'une situation plus favorable : couples ou hommes seuls dont les revenus moyens sont égaux voire supérieurs à la moyenne des ménages européens.

Cependant, l'affaiblissement des retraites par répartition suite aux réformes, devrait conduire à une augmentation des inégalités dans la distribution des revenus de la population âgée. Les effets des réformes 1990 et 2000 seront particulièrement sensibles en France, sur les taux de remplacement, effets qui ne seront sensibles que d'ici 2025, notamment pour les plus de 80 ans.

Le revenu des retraités français devrait continuer de croître de 30% d'ici 2020 et le patrimoine pourrait être multiplié par 4¹. La mise à contribution d'une grande partie des retraités européens issus de cette génération favorisée, est à envisager face à l'accroissement majeur de demande de prise en charge dépendance liée à la fois au vieillissement de la population et son augmentation importante, dans toute l'Europe.

Données françaises

*Selon une note établie en 2006 par l'INSEE (Division revenus et patrimoine des ménages) pour le Conseil d'Orientation des Retraites², **le niveau de vie moyen d'un ménage dont la personne de référence est retraitée s'élève en 2003 à 17 015€ par an par unité de consommation ou 25 523 € pour un couple.** Ce niveau de vie est inférieur de 10% au niveau de vie moyen des ménages dont la personne de référence est un actif, qui est de 18 995 € par unité de consommation.*

¹ Les facteurs économiques de la prise en charge en hébergement collectif des personnes âgées en perte d'autonomie- une mise en perspective européenne. E. BRUN, P. ULMANN, J DE KERVASDOUE. Revue SEVE, 2005

² Revenus des retraités et des actifs. INSEE Direction des statistiques pour le -Conseil d'Orientation des Retraites. Juin 2006

Les évolutions du niveau de vie depuis 1998 ont été plus favorables aux actifs qu'aux retraités, ce qui a creusé l'écart initial. (progression du niveau de vie des retraités de 7% contre 10% pour les actifs). En terme de revenu disponible par ménage, la progression des ressources des retraités n'est que 5,3% en moyenne, soit 2 points de moins que la progression du niveau de vie moyen. Les montants moyens de retraite par ménage retraité ont connu une hausse de près de 6% contre 9% pour les revenus d'actifs.

Les retraites à proprement parler constituent la première composante des ressources des ménages de retraités (près de 80% du revenu avant impôt), auxquelles il convient d'ajouter des revenus d'activité ou plus fréquemment des revenus du patrimoine et des revenus sociaux.

Selon plusieurs études, il ressort que l'évolution du niveau de vie des plus de 60 ans devrait passer par 3 phases successives :

- le niveau de vie de l'ensemble des retraités ne commencera à se dégrader qu' à partir de 2025, avec comme perspective probable, une paupérisation relative, à moyen terme, de l'ensemble des retraités.
- Pour les couples de retraités, il devrait s'améliorer jusque vers 2020.
- Le risque de pauvreté chez les retraités et les PA a fortement chuté entre 1970 et 1980. Depuis, il connaît une baisse tendancielle comme le taux de pauvreté d'ensemble fixé en 2002 à 4% (contre 6% en population générale). La pauvreté touche donc aujourd'hui plutôt les actifs et surtout les inactifs de moins de 60 ans.

- Niveau de vie et revenu disponible des retraités et des actifs (en 2003 : 25% de retraités) et 60% d'actif parmi les individus de 18 ans et plus)

Avant prise en compte de la composition des ménages, le revenu disponible moyen de retraités (22 314 €) est inférieur d'environ 30% à celui d'un ménage d'actifs (32 271 €, il en va de même pour le revenu médian (19 097 € contre 28 200€). Cet écart de revenu est cependant à moduler –les retraités étant plus souvent propriétaires de leur logement que les autres ménages . L'écart est encore minoré si on considère les classes d'âge : les revenus les plus élevés sont ceux des 50-59 ans, période de fin de carrière, correspondant au départ des enfants du foyer familial : La coupure est nette pour les seniors encore actifs (19 700€/an pour les 50-59ans) et les retraités (16 800 €/an pour les 60-69 ans).

Les niveaux de vie sont les plus faibles aux 2 extrémités de la vie : en-dessous de 30 ans mais également **après 80 ans**.

En 1998, selon tous les indicateurs, la situation relative des retraités était légèrement plus favorable qu'en 2003 en termes de niveau de vie, en lien avec une conjoncture globalement plus favorable. Cette dégradation relative entre 1990 et 2003 est due à une évolution légèrement moins favorable de leurs revenus que ceux des actifs.

- Composition des revenus et évolutions des retraites et pensions

Les revenus du patrimoine représentent environ 7 % des revenus avant impôts des ménages de retraités et seulement 3% pour les actifs.

Les retraites individuelles moyennes ont progressé de 5,8% sur la période 1998-2003. Cette évolution est voisine de celle des retraites moyennes par ménage (6,1%) et de l'évolution globale du revenu disponible des ménages de retraités (4,4%).

- Pauvreté

L'évolution des taux de pauvreté par âge montre une très forte diminution de la pauvreté monétaire (part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté) relative chez les plus de 65 ans depuis les années 70. Le développement du système de retraite, l'amélioration des carrières féminines et les évolutions du minimum vieillesse y ont largement contribué.

En termes de structure, les retraités et les inactifs de plus de 60 ans ne représentent que 12% de l'ensemble des pauvres.

L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA -a succédé au Minimum vieillesse au 1/1/2007) s'élève à 628 € mensuels au 1/1/2008).

2. Conditions de vie des personnes âgées dans le Rhône³

Pour rappel: le Rhône figure parmi les départements jeunes de la France métropolitaine, où le vieillissement se profile fortement :

- 300 000 Rhodaniens de plus de 60 ans, la part de « jeunes » seniors de moins de 75 ans est plus élevée dans le Rhône que dans le reste de la France, ils résident majoritairement dans la couronne lyonnaise,

³ La lettre INSEE Rhône-Alpes. Analyses. N° 3, avril 2003

- *Les personnes âgées sont les plus représentées dans les espaces ruraux, elles ne représentent qu'1/5è de la population des cantons urbains. On note cependant une sur-représentation des personnes du grand âge dans les communes de Lyon, Villeurbanne et Villefranche sur Saône. Au-delà de 85 ans, près d'une personne âgée de l'agglomération lyonnaise sur 2 vit seule à son domicile.*

Les différences de ressources sont importantes selon les territoires : si le Rhône se distingue par des valeurs plus élevées que dans l'ensemble de la France, le revenu annuel médian par unité de consommation de 60 à 74 ans varie selon les territoires : de 12 000 € dans certains cantons ruraux, il dépasse 19 500 € dans l'Ouest lyonnais.

Après 75 ans, la baisse du revenu est nettement liée à la diminution des revenus d'activité et à la perte du conjoint.

De fortes disparités territoriales, liées au degré d'urbanisation, apparaissent au chapitre des conditions de vie. Un contraste net distingue les grands centres urbains, leurs banlieues, les zones péri-urbaines et l'espace rural. S'y ajoutent une opposition entre Ouest et Est lyonnais et un cumul de handicaps dans les cantons ruraux du Nord-Ouest.

➤ Démographie :

Poursuite de la baisse de la mortalité et arrivée au seuil de la retraite des classes pleines du baby-boom, constituent un accélérateur du vieillissement : Multiplication des plus de 60 ans par 1,6 d'ici 2030 et quasi-doublement d'ici 2050.

Même si les générations à venir vieilliront en meilleure santé, la forte proportion de très âgés risque d'accroître le nombre de personnes souffrant d'incapacités, ce qui posera avec une acuité particulière le problème du partage entre solidarité nationale et solidarités familiales dans la prise en charge.

Groupe d'âge qui se renouvelle rapidement, avec un vécu de la vieillesse très différent de celui des générations antérieures, les plus de 60 ans connaîtront :

- une vie en couple plus longue dans l'avancée en âge (60% des plus de 60 ans aujourd'hui),
- une indépendance résidentielle plus grande, conséquence d'un choix de vie, mais aussi, à l'extrême vieillesse, une croissance de l'isolement relationnel.

→ *Conséquence de l'amélioration des conditions de vie et d'une sélection plus forte par l'état de santé : seuls 21% des plus de 85 ans intègrent aujourd'hui un établissement, tendance qui va se poursuivre.*

➤ Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées :

En lien avec l'accroissement des incapacités fonctionnelles et du nombre de malades atteints de maladies chroniques dégénératives, les demandes auprès des services de soins et services sociaux ont fortement augmenté au cours de la dernière décennie.

L'augmentation des personnes âgées dépendantes s'accroîtra dans les 20 prochaines années, accentuant le défi posé au système sanitaire et social, dans un contexte défavorable (réduction des possibilités de dépenses socialisées supplémentaires).

Le secteur social et médico-social comporte des SAAD, des prestations en espèce et des établissements d'hébergement collectif, dispensés et financés principalement par les Départements et l'Assurance maladie.

Des structures intermédiaires entre domicile et établissement se sont développées ces 15 dernières années (accueil de jour, hébergement temporaire, hôpital de jour, appartements collectifs gérés par une maîtresse de maison, accueil familial), **mais ces structures sont en trop petit nombre pour influencer sur les prises en charge locales.**

La fragmentation des prestataires reste la caractéristique dominante du dispositif chargé de répondre aux problèmes médico-sociaux du grand âge.

➤ **Les solidarités familiales perdurent en France :**

pour 50% des personnes de plus de 60 ans aidées en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, l'aide provient uniquement de l'entourage et pour 29%, une aide professionnelle est associée à une aide non professionnelle. Les $\frac{3}{4}$ des aidants informels sont des femmes dont 45% des filles ou belles-filles (entre 50 et 75 ans) de la personne âgée.

Ce soutien retentit sur la vie des aidants en termes d'organisation, mais aussi de bien être physique et moral. Ceux-ci sont de plus en plus considérés comme « les victimes cachées de la dépendance ».

➤ **Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?**

La dépense moyenne de santé va augmenter logiquement avec l'évolution de la pyramide des âges : le poids des plus de 65 ans passerait de 16% en 2000 à 25% en 2030 , celui des plus de 85 ans de 2% à 8% respectivement. Les estimations ont chiffré cet effet mécanique à 0,7% par an. Pour l'ensemble de l'OCDE, l'impact global a été évalué à environ 3 points de PIB à l'horizon 2050, dont 2 pour les soins et un pour la dépendance.

De plus, la plupart des études ont conclu que le coût de la dernière année e vie diminue sensiblement avec l'âge (la dépense est concentrée sur les 3 derniers mois). Le critère n'est donc pas l'âge mais la durée de survie. Le coût de la dernière année de vie s'est accru pour les 55–64 ans, pour diminuer ensuite. De plus il n'y a pas d'acharnement thérapeutique, contrairement à une idée communément répandue.

On constate depuis une vingtaine d'années un recul des limitations fonctionnels physique et des incapacités légères (restriction des activités de la vie quotidienne) et sévères (confinement à la maison). En revanche, la prévalence des maladies chroniques –moins souvent associées à des incapacités) a augmenté. La déformation du profil de dépense par âge est donc entièrement attribuable à l'évolution des pratiques de soins à état de santé donné- qui s'est amélioré au cours du temps pour les personnes âgées.

En conclusion :

- l'accroissement rapide des consommations médicales des personnes âgées ne relève pas d'une fatalité démographique mais d'une intensification du recours aux soins sous l'effet d'une offre et demande croissante,
- **-le plus grand risque de dépense ne réside pas ans les tendances démographiques ou d'état de santé, mais bien dans les technologies médicales.**

**« Vieillesse et logement, enjeux et nouvelles tendances à l'horizon
2030 »**

(Cahiers du LIPSOR, série recherche n° 8)- 2007

Auteur : Marc MOUSLI

Résumé :

Le vieillissement démographique aura des conséquences lourdes sur les questions de logement/ patrimoine immobilier/urbanisme.

On estime qu'il y aura en 2030 environ 20 M de personnes de plus de 60 ans (contre 12 M en 2000), dont 41% auront 75 ans et plus, dans un contexte d'augmentation de la population de la France métropolitaine de + 7,6% M entre 2000 et 2030.).

La plupart d'entre elles seront en bonne santé et bénéficieront encore des avantages sociaux acquis pendant « les 30 Glorieuses », relativement **bien formés**, à l'abri du besoin. En 1999, 84% de 85-89 ans étaient autonomes et tout laisse penser que cette proportion sera supérieure en 2030, plaçant l' **espérance de vie moyenne à 89 ans.**

Le **contexte général de la société est largement inédit**, irréductible à des projections : durée de vie, composition des familles, mariages/veuvage et divorces (triplement du taux de divorcialité), autonomie des jeunes, volonté des PA de rester chez elles jusqu'à la fin de leur vie.

L'absence de fluidité du marché du logement provoque de nombreux comportements entraînant une aggravation de l'état du système, ainsi des personnes seules continuent-elles à vivre dans des logements sociaux prévus pour des familles, faute de trouver plus petit et moins cher ; ou des retraités installés à la campagne conservent un logement loué en ville pour y loger un descendant ne réunissant les conditions de solvabilité exigées par les loueurs.

Si l'amélioration de l'habitat a permis une baisse importante de la mortalité au début de 20^e siècle (tuberculose définie comme maladie de l'habitat), au-delà des normes de confort et de sécurité offert par le logement moderne, **le logement offre néanmoins une marge de progrès non négligeable** : prévention des chutes, domotique, rapidité de l'intervention en cas de malaise cardiaque...

Le parcours résidentiel de nombre de baby-boomers a été : une période de pénurie de logement, un passage en habitat collectif, puis l'achat d'une maison individuelle. Il convient néanmoins de distinguer les Parisiens, les habitants des grandes villes et les autres.

- la majorité des personnes du 3^e âge ne déménagent pas au moment de leur retraite, vieillissent là où elles ont passé leur vie, notamment dans le péri-urbain. Les non urbains ont même tendance à s'installer en ville au 4^e âge, notamment au moment de la « perte » du permis de conduire : augmentation de la densité de PA dans les villes moyennes (50 000 à 300 000 hab) d'ici 2030,
- une minorité significative de seniors partent s'installer temporairement ou définitivement dans des territoires attractifs dont principalement le Languedoc-Roussillon. Seuls 2,4% des seniors de Rhône-Alpes sont dans ce cas.

Le maintien à domicile des PA : un objectif qui fait l'unanimité

Seuls 5% des 70-80 ans sont dépendants. Les 95% de personnes peu dépendantes peuvent vivre chez elles, ce qui suppose des logements adaptés et une certaine vigilance de l'environnement.

Jusqu'à 85 ans, 9 personnes sur 10 vivent à domicile dont ils sont propriétaires à 71% ou dans leur famille. Ce taux pourrait être amélioré par une meilleure organisation de l'aide et une adaptation des logements aux besoins du 4^e âge. Selon la CNAMTS, 2 millions de personnes de plus de 65 ans chutent chaque année et 8 000 de plus de 75 ans en décèdent.

Le besoin d'aidants professionnels va augmenter fortement, en lien :

- ▬ avec la diminution du nombre moyens d'aidants familiaux potentiels (baisse de la fécondité et augmentation des divorces),
- ▬ l'accroissement du nombre de grands vieillards.

Quant aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, de nombreux rapports dont le Rapport Delos pour l'ex Commissariat général du Plan : manque en matière de qualité des soins et des services, résultant d'un déficit d'organisation du travail (intervenant isolé sans soutien face aux PA, poids trop important du gré à gré ne permettant d'accéder à aucune formation continue. La formation des professionnels du domicile est donc un enjeu de première importance pour le maintien à domicile.

L'adaptation des logements, condition sine qua non du maintien à domicile : assurer sécurité et confort, dans un environnement agréable :

- Principales difficultés : mauvaise distribution des pièces, sols inégaux, manque de points d'appui , éclairage insuffisant, changement de niveaux, escalier raide Il n'existe pas de référentiel pour le logement dédié aux personnes âgées
- Nécessaire attention à l'environnement urbain : possibilité de sortir, d'accéder aux commerces, de se rendre dans un parc. Les communes ont conscience du problème et ont aménagé les abords des établissements → Pb de coût pour étendre cet aménagement à l'ensemble de la ville.

Quels besoins en Etablissement spécialisé pour demain ?

La vie en collectivité ne concerne qu'une personne sur 10 parmi les 80-90 ans.

ANNEXE 2 :
BENCHMARKING PH

SCHEMAS DEPARTEMENTAUX EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

SOMMAIRE

SCHEMAS DE LA REGION

L'AIN 2006-2010

L'ISERE 2006-2010

LA LOIRE 2009-2013

LA SAVOIE 2006-2011

LA HAUTE SAVOIE 2008-2012

AUTRES DEPARTEMENTS

LA GIRONDE 2007-2011

L'HERAULT 2005-2009

LA MEURTHE ET MOSELLE 2007-2011

LE NORD 2007-2011

LA SEINE SAINT DENIS

SCHEMAS DE LA REGION RHONE-ALPES

L'AIN (01) Schéma Adulte handicapé 2006-2010

A RETENIR :

➤ Points forts :

Présentation très claire. Cartographie et tableaux statistiques. Méthode simple et efficace. Fiches actions bien structurées.

Thèmes abordés :

- au travers du parcours de la personne et de ses besoins
- citoyenneté : loisirs, transport, ville, avec prise en compte des handicaps sensoriels, promotion de l'existant, accès aux aides techniques, accès au logement.

➤ Points faibles :

L'analyse est succincte, l'exposition des données manque d'explications. C'est un premier schéma en faveur des personnes handicapées réalisé dans l'Ain.

I. METHODE

1. Comité de pilotage

Il a suivi les différentes phases de l'étude et validé au fur et à mesure les divers documents et propositions en rapport avec l'avancement du schéma. Il est composé de : représentants de l'Etat, du Conseil général, de l'Assurance maladie, de directeurs d'établissements et d'associations de personnes handicapées.

2. Les différentes phases

La première a consisté à dresser un **diagnostic quantitatif** à partir de données socio-économiques et démographiques sur le département et la région. Ces éléments ont été complétés par une **enquête par questionnaires** auprès de l'ensemble des établissements et services prenant en charge les personnes handicapées de l'Ain.

A l'issue de ce diagnostic quantitatif, l'Ain a voulu mener un autre regard sur un **diagnostic qualitatif** en créant 6 groupes de travail répartis par acteurs : décideurs, associations de personnes handicapées, personnes handicapées physique et sensorielles, personnes handicapées mentales, personnes handicapées vieillissantes professionnels du secteur concerné.

Enfin les thèmes principaux retenus dans le diagnostic qualitatif conduisent à restructurer les groupes en **4 groupes de réflexion sur 4 grandes orientations**.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Suite à un éditorial et un résumé de la méthode, 3 parties structurent le schéma :

1. Diagnostic quantitatif : beaucoup de tableaux de statistiques, le texte est très aéré mais manque de profondeur.

2. Les grandes orientations du diagnostic qualitatif : chaque orientation est composée d'une petite partie « diagnostic » et d'une partie « objectifs et actions ».

3. Proposition d'adaptation de la capacité d'accueil du dispositif départemental : Ce chapitre propose une estimation du nombre de places à créer par type de structure sur la base des besoins quantitatifs identifiés dans le cadre du diagnostic quantitatif. Beaucoup de schémas et de cartes.

4. Conclusion : très sommaire (premier schéma).

III. ETATS DES LIEUX

Données COTOREP et de l'enquête par questionnaires.

IV. FICHES-ACTION

Quatre grands axes :

➤ **Penser et organiser la trajectoire de la personne :**

- **Accueillir, informer** → guichet unique, outils ressources
- **Coordination des professionnels**, orientation adaptée, projet de vie → informer, sensibiliser, territorialiser les équipes pluridisciplinaires, coordination COTOREP/MDPH.
- **Suivi des usagers à l'échelon départemental et individuel** → observatoire départemental, suivre et évaluer la situation de la personne handicapée.

➤ **Penser et organiser des prises en charge centrées sur les besoins des personnes :**

- **Relais entre les partenaires** → stages découvertes et périodes d'essai, orientation PHV, suivi psychiatrique périodique, renforcer prise en charge médicalisée.
- **Modes d'accueils alternatifs** → accueil d'urgence, accueil temporaire, accueil séquentiel, accueil de jour
- **Prise en charge adaptée à l'évolution de la population en institution** → temps partiel en CAT, projet de l'établissement et réalité de la population accueillie, soutien psychosocial, ressources humaines dans les structures.

➤ **Développer la prise en charge des personnes adultes handicapées :**

- **Mobilité et accessibilité des lieux publics** → loisirs, transport, ville, prise en compte des handicaps sensoriels, promotion de l'existant (annuaire, Internet, numéro vert)
- **Aides techniques et logement** → accès aux aides techniques, accès au logement
- **Plate forme des services à domicile** → hébergement alternatif, rôle de chacun et coordination, formation et validation des acquis pour les professionnels travaillant à domicile, continuité de services à domicile et prises en charge des urgences domestiques.

➤ **Renforcer l'accès à l'emploi :**

- **Milieu ordinaire** → ↘ licenciements pour inaptitude médicale, orientation et formation des travailleurs handicapés, insertion des jeunes adultes handicapés,
- **Milieu adapté et protégé** → coordination entre structures de travail protégé, accès dispositif formation, création d'entreprises (restauration, nettoyage, espaces verts...),
- **Passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire** → application des formules d'insertion existantes, reconnaissance des savoirs-faire professionnels, renforcer le rapprochement entre l'offre et la demande, élargir le rôle des services d'accompagnement.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Indicateurs bien identifiés.

VI. SIGNATURE

Département et Etat

L'ISERE(38) schéma Adulte handicapé 2006-2010

A RETENIR :

➤ Points forts :

Démarche participative. Aborde la convergence au travers de groupes de travail communs aux PH et aux PA.

Importante étude d'estimation des besoins en établissement en Isère pour les personnes « lourdement » handicapées.

Etude de population par un questionnaire distribué aux Isérois handicapés (2 252 réponses exploitables).

Document très précis et bien structuré.

Nouveaux thèmes : citoyenneté, culture, bénévolat, reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille ; transport, logement adapté, le sport adapté et les loisirs...

➤ Points faibles :

Bilan de l'ancien schéma uniquement sur les places créées ; grand nombre de thèmes abordés.

1. METHODE

Recours à une importante étude d'estimation des besoins en établissement en Isère pour les personnes « lourdement » handicapées.

1. Comité de pilotage :

Constitué de représentants des groupes de travail et de personnes plus hautement placées, comité de pilotage commun aux 2 schémas.

2. Comité technique propre aux PH.

3. Neuf groupes de travail :

Cinq sont spécifiques aux PH : PH âgées ; travail des PH ; accueil à la journée des adultes ; accueil à la journée des enfants ; équipements pour PH avec handicap lourd.

Quatre groupes communs PH et PA : logement ; bénévolat ; formation ; reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille.

4. Concertation

Deux ans de concertation. Démarche très participative : association de parents, de professionnels et autres, SROS, MDPH, COTOREP et représentants de toutes formes d'accueils participent aux groupes de travail.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Le document commence par un édit du Président du Conseil général et une fiche « valeurs, fondement et principes d'actions » de la Vice-Présidente du Conseil Général.

En introduction le contexte réglementaire : le cadre juridique et les objectifs du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, le découpage du département en treize territoires, Organisation des travaux, le champ d'intervention de l'Etat.

Puis le plan indique un état des lieux et une partie sur les 6 axes de la politique en direction des personnes adultes handicapées.

III. ETATS DES LIEUX

L'état des lieux aborde 2 thématiques :

1. Bilan du premier schéma : surtout sur le nombre de places, le taux d'équipement... et quelques thèmes novateurs qui ont été anticipés sur la loi du 11 février 2005 en créant : une structure d'information (Handicap Info 38), un dispositif pour la vie autonome, un dispositif expérimental pour un meilleur accès aux soins infirmiers pour les personnes très lourdement handicapées vivant à domicile.

2. Etude conjointe conduite par l'Etat et le Conseil général de l'Isère pour l'estimation des besoins pour les personnes lourdement handicapées. Cette partie fait aussi office d'un document préalablement écrit et très conséquent, résumé ici en quelques pages. Cette étude repose sur 2 919 questionnaires individuels.

IV. THEMES ET FICHES-ACTION

6 axes de la politique en direction des personnes adultes handicapées.

➤ La citoyenneté

LA CITOYENNETE MDPH, LE PROJET DE VIE, LA CULTURE, LE BENEVOLAT, LA RECONNAISSANCE DE L'USAGER ET DE SA FAMILLE.

➤ Le soutien à domicile

Le transport : accessibilité et demande

Le logement adapté.

Le sport adapté et les loisirs : accès et développement de la politique sportive

Les services de soutien à domicile, les services d'accompagnement et les services de soins infirmiers : SAVS, SAMSAH, SSIAD

Les prises en charge spécifiques : surdité sévère, PHV.

➤ **Les modes d'accueil alternatif**

L'accueil familial

L'hébergement temporaire

L'accueil à la journée

➤ **L'accueil en établissement pour adultes assurant l'hébergement**

L'offre d'hébergement en établissement pour adultes : foyers d'hébergement, foyers de vie

L'offre en établissement médicalisé pour adultes : MAS/FAM

L'approche qualitative : appel à projets, démarche qualité.

➤ **Le travail**

Les actions de l'Etat : milieu protégé, parcours d'insertion, plan de cohésion sociale et politique territorialisée de l'emploi, recrutement et maintien dans l'emploi.

Les actions du Département : assouplir les possibilités d'hébergement des travailleurs handicapés en milieu protégé et renforcer leur accompagnement social à domicile.

➤ **L'organisation et la coordination territoriale**

Prendre en compte les enjeux de la territorialisation

Mise en place d'un observatoire permanent départemental dans le champ du handicap.

Les fiches-actions peuvent comporter plusieurs actions en rapport avec le même thème et chaque action est structurée de la manière suivante : évolution et constat, actions, moyens, référents institutionnels chargés de la mise en œuvre, partenaires, évaluations.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Pour chaque action, un ou plusieurs indicateurs sont prévus pour évaluer le programme proposé par ce schéma. De plus, plusieurs référents institutionnels sont définis et assignés à chaque tâche.

VI. SIGNATURE

Département

LA LOIRE(42) Schéma Adulte handicapé 2009-2013

Schéma en cours

A RETENIR :

➤ Points forts :

La problématique est bien ciblée, la priorité est définie

➤ Points faibles :

Démarche non participative. Schéma peu avancé : peu de méthode, pas d'anticipation des étapes de validation, pas de comité ou groupes de travail. Rédaction du document en petit comité. Peu de marge de manœuvre sur les problématiques émergentes.

I. METHODE

Il existe en Loire un réel problème : le manque de place en établissement. C'est pourquoi le Conseil Général (CG) a décidé d'axer le schéma en priorité sur **la problématique des adultes handicapés en attente de places en établissement.**

Le sujet étant bien cerné, le schéma PH ne prévoit pas, pour l'instant, d'être dans une démarche participative : le comité technique est aussi le comité de suivi et le groupe de travail. Le schéma sera élaboré en grande partie par une équipe restreinte de professionnels regroupant le service « Direction du handicap » du CG et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Le comité de pilotage et les groupes de travail ne sont pas encore réellement définis.

II. ETATS DES LIEUX

Le schéma fera un état des lieux de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) depuis sa mise en œuvre en 2006. Avant la PCH, l'aide se nommait Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP). Beaucoup de personnes sont encore aidées par l'ACTP : il est probable que celle-ci reste beaucoup plus avantageuse. La Loire a alors convenu d'évaluer l'apport de la PCH et de **proposer une montée en charge de cette nouvelle aide.**

Il convient aussi de **quantifier les personnes avec orientation dans un établissement mais sans solution.**

De plus, l'équipe fera un état des lieux concernant la **quantification des adultes de plus de 20 ans.** Il s'agit de maintenir ces personnes handicapées dans les structures pour enfants telles que les Instituts Médico-Educatifs (IME) et les IME

Professionnel (IMEPro) au titre de l'amendement Creton. Cet amendement permet de repousser la sortie des personnes handicapées de moins de 20 ans des IME afin de se concentrer sur la **création d'établissements pour ces jeunes adultes handicapés**.

III. THEMES ET FICHES-ACTION

Le projet de programme d'action porte essentiellement sur 5 axes

- **Accessibilité aux transports publics.**
- **Création de structures spécifiques dédiées aux Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV).**
« La Caisse Régionale Assurance Maladie (CRAM n'accepte plus l'accueil de PHV en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ».
- **La prise en charge du handicap psychique en établissement et milieu scolaire.**
- **Développement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) = généraliser l'offre.**
- **Améliorer l'accueil de personnes souffrantes de troubles autistiques : les Foyers d'Accueils Médicalisés.**

IV. EVALUATION DES ACTIONS

Envisagée

V. SIGNATURE

Pas d'information

LA SAVOIE(73) schéma adulte-enfant handicapé 2006-2011

A RETENIR :

➤ Points forts :

Etat des lieux précis (réalisé par le CREAI)

Les fiches actions bien structurées

Résumés des groupes de travail dans le schéma.

Thèmes abordés : prise en compte l'enfant handicapé (prévention, scolarité, formation et soutien, l'accompagnement des familles), fiches actions communes adultes enfants et fiches spécifiques et s accès loisirs, culture et vacances, formations transversales,

➤ Points faibles :

Intervention extérieure - Coût élevé.

I. METHODE

1. Phase de diagnostic

Pour l'état des lieux, le CREAI a beaucoup aidé la Savoie sur plusieurs analyses :

- Analyse des données concernant la population générale du département de la Savoie données INSEE.
- Analyse des dispositifs d'offre avec enquête par questionnaire
- Analyse des flux interdépartementaux réalisée par l'observatoire du CDES
- Étude des besoins des populations (par la CDES, CREAI et groupes de travail)

2. Concertation – groupes de travail

Le comité départemental des personnes handicapées (CDCPH) élargi pour l'occasion aux acteurs du secteur personnes handicapées et des services de soutien à domicile se sont vu confier le pilotage des travaux. Les 7 comités techniques sont, en fait, les groupes de travail qui correspondent à 7 thèmes traités.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Le document est bien conçu. Quelques cartes et tableaux statistiques accompagnent l'état des lieux. Le schéma écrit comporte 6 parties si l'on compte les annexes...
contexte législatif, méthode, contexte départemental, orientations, fiches-actions.

III. ETATS DES LIEUX

L'état des lieux est rédigé sur 7 thèmes

Les données d'environnement

L'offre départementale, dispositif pour enfants handicapés

Le bilan du précédent schéma concernant les enfants handicapés

Les problématiques actuelles concernant les enfants en situation de handicap

L'offre départementale, dispositif pour adultes handicapés

Le bilan du précédent schéma concernant les adultes handicapés

Les problématiques actuelles concernant les adultes en situation de handicap.

IV. THEMES SOURCES ET FICHES-ACTION

3 axes et 14 fiches-actions...

➤ Concernant les enfants en situation de handicap

Développer la prévention, favoriser l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoce → Améliorer la prise en charge précoce, favoriser l'accès aux structures « petite enfance ».

Favoriser des parcours de scolarité et de formation adaptés → Développer l'offre de SESSAD, étendre la mission de certains établissements et services à celle de pôle-ressources, garantir une scolarité pour tous les enfants et adolescents quelle que soit leur situation de handicap, favoriser le maillage CFA/SESSAD/IMPRO

Optimiser et adapter l'offre aux besoins → Diversifier les modalités d'accueil, créer les places nécessaires

Développer le soutien et l'accompagnement des familles → Soutenir les parents tout au long du parcours, apporter des réponses de répit.

➤ Concernant les adultes en situation de handicap

Soutenir la vie à domicile → Permettre une équité d'accès aux aides humaines à domicile et une prise en charge coordonnée, apporter une aide aux aidants.

Diversifier l'offre pour garantir un parcours de vie personnalisé (SAVS, SAMSAH) → Développer les modalités d'accueil alternatives, créer un dispositif pour répondre aux situations d'urgence, favoriser les réponses de proximité.

Favoriser l'insertion professionnelle → Des travailleurs handicapés en milieu ordinaire : favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans les trois fonctions publiques, accompagner les entreprises du secteur privé soumises à l'obligation d'emploi des personnes handicapées, accompagner l'entreprise adaptée en tant qu'acteur de l'emploi en milieu ordinaire.

→ Des travailleurs handicapés en milieu protégé et leur accès en milieu ordinaire : adapter le parcours professionnel des travailleurs handicapés accueillies en ESAT,

Offrir aux travailleurs handicapés en ESAT la possibilité d'une insertion provisoire ou durable en milieu ordinaire.

→ Accompagner l'évolution des ESAT : renforcer le rôle social des ESAT, maintenir et développer les capacités d'activité et de production des ESAT de Savoie.

→ Renforcer et développer la formation des personnes handicapées et des professionnels : favoriser la formation professionnelle des jeunes handicapés avant leur entrée en ESATD, développer les liens IMPRO / entreprises en faveur des jeunes handicapés, améliorer la qualification des professionnels en ESAT.

Adapter l'offre aux situations de vieillissement des personnes handicapées

→ Diversifier les réponses au vieillissement des personnes handicapées, accompagner l'accueil en établissement pour personnes âgées.

➤ Orientations communes aux enfants et aux adultes en situation de handicap

Adapter l'offre aux situations de grande dépendance et à des situations spécifiques

→ Veiller à la qualité de vie et à la continuité des parcours, adapter l'offre d'accueil et d'accompagnement, créer des places d'accueil et actions d'accompagnement médicalisées, prévenir et traiter les situations de maltraitance.

L'accès aux soins → Développer l'offre de soins somatiques et psychiques dans les étab, développer l'accompagnement durant les hospitalisations.

Favoriser l'accès à la cité → Favoriser l'accès au logement, faciliter les déplacements, favoriser l'accès aux loisirs, à la culture et aux vacances.

Développer les compétences → Développer des formations à la qualité, favoriser la mutualisation des compétences, développer des formations transversales.

Restructurer le dispositif avec les outils de régulation partagés → Élaborer un référentiel départemental d'évaluation de la qualité, de la mise en oeuvre, du suivi du schéma à destination des établissements et services, élaborer des contrats d'objectifs et de moyens, développer des outils d'observation continue des besoins et attentes.

Les fiches-actions sont à la fois bien détaillées, assez synthétiques et bien structurées : problématique/constats, objectifs, moyens, pilotes et acteurs, échéancier, évaluation.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

L'évaluation est prévue pour chaque fiches-actions. Elle porte en moyenne sur 2 ou 3 indicateurs assez précis et facilement mesurable.

VI. SIGNATURE

Département et Etat

LA HAUTE- SAVOIE(74) Schéma adulte handicapé 2008-2012

A RETENIR :

➤ Points forts :

Partenariat DDASS et CG fort

Intervention du CREAI pour l'état des lieux = gain de temps + pertinence d'un nouveau regard.

Grande concertation entre tous les acteurs.

Approche territoriale

4 orientations communes PA/PH.

Mise en œuvre d'outils de suivi et d'évaluation du schéma.

➤ Points faibles :

CREAI = surcoût. Envisage l'évaluation dans une fiche-action = risque de ne pas suivre l'avancement de toutes les actions.

I. METHODE

Un schéma concerté

Le Schéma départemental en faveur des adultes handicapés a été élaboré en collaboration étroite avec les services de l'Etat et en concertation avec les associations œuvrant dans le secteur du handicap.

Il intègre les grands principes énoncés par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

- *libre choix du projet de vie*
- *compensation des conséquences du handicap*
- *accès facilité aux dispositifs de droit commun*

Le Schéma a pour objectif de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre nécessaire pour y répondre.

II. ETATS DES LIEUX

L'état des lieux a été réalisé par le CREAI.

III. THEMES SOURCES ET FICHES-ACTION

Cinq grandes orientations principales

➤ **Equilibrer l'offre de services et d'aides dans les différents secteurs du département en privilégiant la notion de bassin de vie, pour apporter des réponses de proximité.**

- **Améliorer la qualité de vie à domicile** par le développement de services de soins et d'aides à domicile plus proches et plus accessibles et en favorisant l'accès au logement et l'adaptation de celui-ci au degré de handicap.
- **Diversifier et adapter les modes d'accueil** des personnes handicapées, développer la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté dans tous ses aspects (travail, culture, loisirs environnement ...)
- **Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés** en formalisant pour chacun un parcours professionnel et en favorisant la mobilité, l'évaluation de leurs capacités, la formation et leur accompagnement social et professionnel en milieu ordinaire. Soutenir l'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique est une autre préoccupation de même qu'accompagner le passage d'adolescent à adulte en facilitant l'accès des jeunes au travail et à la formation professionnelle.
- **Améliorer la prise en compte du vieillissement** des personnes handicapées en renforçant l'offre d'hébergement spécialisé et en adaptant à leurs besoins les mesures destinées aux personnes âgées.

Quatre axes dits transversaux

- **Améliorer l'accès aux soins** pour les personnes handicapées
- **Améliorer la prise en compte du handicap psychique** et des situations de grande dépendance (autisme).
- **Adapter et améliorer la qualité des accueils et accompagnements**, prévenir et traiter les situations de maltraitance, soutenir les aidants pour rompre leur sentiment d'isolement.
- Mettre en œuvre les outils de suivi et d'évaluation du schéma.

V. SIGNATURE

Département

AUTRES DEPARTEMENTS

LA GIRONDE 2007-2011

A RETENIR :

➤ Points forts :

L'état des lieux très complet au niveau des thèmes abordés.

Le document est clair comporte beaucoup de tableaux statistiques et quelques histogrammes et cartes.

Fiche-action bien présentée : un à 3 indicateurs assez précis par action.

➤ Points faibles :

Document conséquent (313 pages). Fiches actions très nombreuses : 76.
Priorisations

I. METHODE

➤ **Une signature**

Après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du CROSMS, le schéma a été signé uniquement par le président de conseil général. Le schéma départemental sera transmis pour information à la Conférence régionale de santé et au Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

➤ **Avec la DDASS et la DDTEFP**

Le schéma a été élaboré en association avec Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, mais également la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

➤ **Concertation**

Pour l'état des lieux et l'évaluation de l'ancien schéma, les données ont été avancées par les acteurs suivants : CG, DDASS, DDTEFP, COTOREP, CAF, URCAM, CPAM, MSA... Ceci a été complété par plusieurs enquêtes de l'ORS : sur le vieillissement des personnes handicapées, enquête « psychiatrie », enquête auprès des organismes de tutelle, enquête auprès des ESAT de la Gironde.

Pour les 4 groupes de travail, les acteurs qui ont participé étaient : personnes handicapées et/ou leurs représentants, partenaires gérant des établissements et

services, représentants du secteur sanitaire : corps médical et para-médical (médecins, psychiatres, infirmiers, représentants du secteur hospitalier).

➤ **Les 4 groupes de travail**

- **Vie à domicile** : accessibilité et intégration dans la société, logement, aides techniques, transports, adaptation et coordination du dispositif, accompagnement social à domicile, aide à domicile, accès aux soins, sorties d'hospitalisation, repérage des personnes et soutien aux aidant familiaux.
- **Accueil et vie en établissement** : coordination territoriale et mutualisation des moyens, repérage quantitatif des besoins, accompagnement du choix de vie de la personne handicapée, organisation du cadre de vie, prise en charge des situations d'urgence sociale, articulation avec le secteur sanitaire, accueil familial.
- **Vieillesse des personnes handicapées** : évaluation, aide et accompagnement à domicile, limites de la prise en charge à domicile, prise en charge en établissement, vieillissement des travailleurs handicapés en milieu protégé, formation.
- **Handicap et travail** : information et communication, coordination et évaluation du handicap, travail en milieu protégé : les ESAT, accompagnement social, accès à l'emploi, formation, transport des travailleurs handicapés, logement des travailleurs handicapés, vieillissement des travailleurs handicapés.

Ces groupes sont en charge d'élaborer des constats (recenser les besoins des PH et de leur famille, recenser les moyens existants et les besoins non couverts, prendre en compte les souhaits des PH) et de faire des propositions...

➤ **Comité de pilotage**

Il est composé de représentant du **CG, DDASS, DDTEFP, MDPH**. Il valide les propositions des groupes de travail.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Après un édito, le sommaire annonce une introduction portant sur la méthode, des annexes et un glossaire. Cependant les 4 parties les plus intéressantes sont :

- **l'état des lieux**
- **les constats des ateliers**
- **axes et orientations du schéma**
- **fiches actions.**

Le document comporte beaucoup de tableaux statistiques et quelques histogrammes et cartes... Beaucoup de données sont traitées grâce aux enquêtes. Le document est très lourd (313 pages). L'état des lieux est à l'échelon

départemental, cela dit il est très complet au niveau des thèmes abordés (120 pages). Le document comporte tout de même 76 propositions d'action...

III. ETATS DES LIEUX

➤ Les personnes handicapées

La reconnaissance du handicap et les aides pour les PH

➤ Le dispositif de prise en charge et d'accompagnement

Le dispositif de soutien à domicile, les familles d'accueil, les établissements d'hébergement, les établissements de travail protégé, les sections occupationnelles à mi temps.

➤ L'emploi des PH dans le milieu ordinaire

L'emploi dans les établissements assujettis à la loi du 10 juillet 1987, les demandeurs d'emploi handicapés, les services de placement spécifiques Cap Emploi

➤ Les évolutions

Les décisions de la COTOREP, les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, la capacité d'accueil et d'accompagnement, les demandeurs d'emploi handicapés.

➤ Les enquêtes

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes par les établissements pour personnes handicapées, les services d'accompagnement à la vie sociale et les établissements pour personnes âgées.

Handicap psychique et hospitalisation psychiatrique : besoin d'accompagnement des travailleurs handicapés en milieu protégé en février 2006.

Besoin d'hébergement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap suivies par les services de tutelle de la Gironde en janvier 2006.

➤ Estimation des besoins de places à créer

IV. THEMES ET FICHES-ACTION

3 grands axes, 76 actions réparties en sous-axes...

➤ Affirmer la place de la personne handicapée dans la cité : aider à la vie autonome et favoriser l'insertion professionnelle : 29 actions.

Reconnaître la personne handicapée dans la société et changer le regard sur le handicap : 3 actions → prévention, formation sur l'accueil, accompagnement des élus

Contribuer à rendre accessible l'ensemble du cadre de vie : 11 actions → accessibilité aux bâtiments (programme, charte), transports (besoins, offre-demande), logement (informer des besoins aux bailleurs, pôle ressource), aides

techniques (dispositif, information), culture (accès arts, évaluation, accès patrimoine)

Favoriser l'insertion professionnelle : 14 actions → information - communication (rapprochement entreprises/PH, sensibiliser), évaluation du handicap et coordination (réseau, orientations ESAT, livret personnalisé), accès à l'emploi (répartition, connaissance), formation des PH (informer PH, concertation prescripteurs/formateurs, former formateurs sur troubles psychiques), travail en milieu protégé (capacité ESAT, réseau ESAT, diversifier activités), souplesse du dispositif de travail en milieu protégé (temps partiel)

➤ **Adapter et développer le dispositif pour favoriser un accompagnement garant de qualité de vie : 29 actions.**

Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vivre à domicile, seules ou en famille : 11 actions → informer les personnes handicapées sur les différents modes d'intervention de l'aide à domicile, renforcer et professionnaliser l'aide à domicile (répartition, réseau, former intervenants, futurs besoins), renforcer et élargir le dispositif d'accompagnement social (SAVS, conventions entre SAVS polyvalents et services spécialisés, social pour travailleurs), renforcer l'accès aux soins (créer services, capacité SSIAD), renforcer le soutien aux aidants familiaux (dispositif)

Développer les alternatives à l'hébergement permanent par des modes d'accompagnement diversifiés et souples : 6 actions → développer les dispositifs passerelles (accueil de jour ou temporaire, structures de préparation à l'autonomie, sections occupationnelles en complément du travail), diversifier les modes d'accompagnement (solutions entre foyer collectif et appart autonome), développer l'accueil familial (pour PHV et ESAT et accueil de jour non médicalisé, expérimental accueillants salariés).

Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle : 12 actions → adapter les capacités et la qualité de l'accueil à l'évolution des besoins dans le cadre d'une approche territorialisée (hébergement, ESAT, projets, qualité/coût, accueils différents pour une unité, sur même site différents handicaps, accueil d'urgence, psychiatres ou spécialistes dans unités conventionnées), favoriser la formation et l'évolution des pratiques professionnelles (formation initiale et continue, besoins futurs), développer et adapter le dispositif institutionnel aux besoins spécifiques du vieillissement (créer unités spécialisées, coopération entre établissements).

- **Favoriser la coordination des actions et des intervenants autour de la personne handicapée et améliorer la connaissance des personnes et des besoins : actions**

Développer l'information et la communication en direction des personnes et des professionnels : 1 action → organiser la diffusion d'information sur le handicap.

Améliorer la connaissance des personnes et des besoins : 3 actions → base commune et centralisée d'informations, réactivité sur l'évaluation et l'orientation des PH, évaluation liée aux PHV

Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne : 4 actions → CLIC ouverts aux PH, dispositif de veille et d'alerte pour personnes vulnérables, soutien jeunes parents handicapés : coordination intervenants et PMI

Prévenir les ruptures et accompagner les changements : 2 actions → transitions entre les modes d'accompagnement, accompagner travailleurs ESAT pour départ-retraite

Encourager la coordination territoriale, la complémentarité des interventions et la mutualisation des moyens : 3 actions → rencontres entre acteurs du territoire, mutualisation des moyens et des compétences entre services et établissements, gestion commune des places d'accueil d'urgence.

Renforcer la coordination et l'articulation avec le secteur sanitaire : 3 actions → favoriser la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales (coordination inter institutionnelle), formaliser le partenariat pour assurer une réponse coordonnée

autour de la personne et garantir la continuité des soins (convention entre sanitaire et médico-social, prévoir l'hospitalisation et préparer la sortie et le suivi de cette sortie, besoins des PH psychiques, accompagnement en fin de vie et soins palliatifs).

Adopter une démarche continue d'évaluation de la mise en oeuvre du schéma : 1 action → mettre en place le suivi du schéma.

Toutes les fiches-actions sont constituées de la manière suivante : modalités de mise en oeuvre, pilote, acteurs associés, indicateurs de suivi, délai de mise en oeuvre.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Des indicateurs de suivi du schéma sont présents dans chaque propositions d'action et une fiche-action est spécialement dédiée à l'évaluation du schéma.

L'HERAULT (34) Schéma adulte handicapé 2005-2009

A RETENIR :

➤ Points forts :

Forte mobilisation des partenaires héraultais dans la phase préparatoire, suivi partenarial de la réalisation du schéma.

Document avec une présentation claire, graphiques, tableaux statistiques, cartes...

Etat des lieux réalisé par le CREAI = expertise de fond.

Les fiches-action sont très claires et bien structurées. Les indicateurs de l'évaluation sont facilement mesurables.

Nouveaux thèmes : communication PH sensorielles.

➤ Points faibles :

Les fiches-actions assez succinctes.

I. METHODE

1. Phase de préparation

La préparation du schéma a donné lieu à une importante mobilisation des partenaires. La mise en œuvre des objectifs répondra aussi à cet impératif. La démarche de concertation s'est déroulée en deux phases : la première a permis sur des constats d'élaborer un diagnostic partagé (recours CREAI), la deuxième a concédé à faire remonter des fiches de propositions élaborées par les acteurs de la concertation.

Suite à cela, ce sont dégagés des priorités qui forment les groupes de concertation sur une base de volontariat. Ces groupes sont constitués de personnes en situation de handicap, des militants d'association du secteur, des professionnels de terrain ainsi que des professionnels du CG, de la DDASS, de la CRAM, de l'ARH et de la COTOREP.

2. Phase de réalisation

Chaque fois que cela sera possible un appel à projets sera lancé à l'occasion de la programmation des équipements ou structures. Des groupes de travail seront montés dans le domaines de l'organisation et de la coopération entre structures.

En outre un suivi partenarial sera organisé au niveau départemental en vue d'un retour sur les réalisations.

Document avec une présentation claire, graphiques, tableaux statistiques, cartes...

Après un éditorial, le sommaire se présente en 6 points : contexte, état du dispositif d'offre sociale et médico-sociale, analyses et travaux préparatoires, orientations, fiches-actions, annexes.

II. ETATS DES LIEUX

1. Contexte :

Environnement législatif

Procédure d'élaboration.

2. Etat du dispositif d'offre sociale et médico-sociale :

Synthèse des réalisations du précédent schéma → équipements, usagers, prestations.

Recensement des équipements → synthèse et détails par catégorie.

3. Analyses et travaux préparatoires :

Restitution des débats → accès aux droits communs et spécifiques, projet de territoire et territoire de projet, trajectoires de vie, institution (souplesse, passerelles, mutualisation), accéder à la santé.

Approches sectorielles → listes d'attente, adultes lourdement handicapés vivant à domicile, vieillissement, jeunes en attente de place en milieu médico-éducatif, décision de la COTOREP.

4. Conclusion

Deux principaux constats :

Le dispositif d'aide et les soins à domicile doivent être coordonnés, structurés, professionnalisés.

Les dispositifs institutionnels d'hébergement et d'accompagnement doivent être assouplis, ouverts.

Les questions émergentes :

L'accès aux soins, droit des personnes, leurs attentes par rapport à la vie au quotidien, la plus grande autonomie possible... accès à l'information, à la formation, à la sensibilisation des acteurs, aux transports, aux logements, à leur environnement.

IV. THEMES ET FICHES-ACTION

Trois grands axes et 30 fiches-actions

➤ Accès aux droits et à la citoyenneté

Accès à l'information → déconcentrer l'accueil et l'orientation des PH, site Internet donnant accès à l'information locale, transcrire et diffuser les informations en braille.

Insertion et participation sociale → service social spécialisé pour PH, accès aux moyens de communication pour PH sensorielles, lutte contre l'isolement et la solitude, accès à la culture et aux loisirs.

Fonctionnement institutionnel → prise en charge adaptée au projet de vie, mise en place de la MDPH, système d'observation partagée.

➤ **Trajectoires de vie**

Réponses pour la vie à domicile → accès au domicile, diversifier les modalités d'intervention, étoffer le dispositif d'accompagnement, accueil temporaire, sécuriser la vie à domicile, PH chargées de famille, coordination intervenants et interventions à domicile, vieillissement à domicile.

Développement de la vie en institution → hébergement de travailleurs handicapés, décloisonner les problématiques travail et activité, qualité accueil et hébergement, évolution des modes de financement, vieillissement des travailleurs handicapés.

Adaptation du dispositif aux personnes lourdement handicapées → médicaliser les services existants ou à créer, capacités en foyer occupationnels, coordination pour outils de suivi individualisés inter-dispositifs.

➤ **Gestion territorialisée des dispositifs**

Parvenir à des dispositifs de coopération, de coordination et de mutualisation.

Adapter l'offre d'accompagnement en milieu rural

Développer l'accueil familial

Améliorer la desserte en transports adaptés.

Les fiches-actions sont très claires et très simples. Elles comportent chaque fois quatre parties : constat, objectif, moyens, évaluation.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

L'évaluation est prévue pour chaque fiche-action. Elle porte en moyenne sur 2 ou 3 indicateurs assez précis et facilement mesurable.

VI. SIGNATURE

Département

LA MEURTHE ET MOSELLE Schéma Adultes handicapés 2007-2011

A RETENIR :

➤ Points forts :

CREAI a fait l'état des lieux.

Thèmes nouveaux : soutenir les associations sportives ou artistiques accueillant spécifiquement des PH.

➤ Points faibles :

Méthode et état des lieux non indiqués dans le schéma. Le schéma ne s'inscrit pas dans une démarche participative. L'évaluation fait parti de la dernière fiche-action. 51 actions. Les actions sont écrites seulement de manière descriptive, Ni les objectifs, ni les moyens à mettre en œuvre, ni les acteurs concernés ne sont clairement énoncés. Aucune évaluation prévue.

I. METHODE

Adopté à l'unanimité, par l'Assemblée Départementale dans sa session du 21 janvier 2007, le deuxième schéma départemental en direction des personnes adultes handicapées de Meurthe et Moselle a été élaboré conjointement par les services de l'Etat et ceux du Conseil général, avec l'appui du Centre régional d'études et d'actions en faveur des personnes inadaptées de Lorraine (CREAI Lorraine). Il couvre la période 2007–2011 et propose 5 axes et 21 orientations.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Le document va directement à l'essentiel, c'est-à-dire, qu'après un bref préambule et une brève définition du handicap, il traite directement sur ses **5 axes prioritaires, ses 21 orientations et 51 actions.**

Pas de bilan clair de l'ancien schéma. L'état des lieux fait parti d'une fiche-action à réaliser.

III. ETATS DES LIEUX

Il a été réalisé par le CREAI mais il ne figure pas dans le schéma.

IV. THEMES SOURCES ET FICHES-ACTION

➤ Favoriser une réponse individualisée et de proximité aux besoins des PH

Accueil et information des PH et de leurs familles :

Renforcer le rôle des PAIS : Point Accueil Information Service = CLIC

Développer un pôle de ressources auprès de chaque PAIS : annuaire, outils d'information

Faire connaître les pôle ressources au delà du seul territoire : réseau acteurs locaux

Aider la personne à construire un vrai projet de vie :

Aider la personne à formuler son projet de vie

Evaluer les besoins de la personne handicapée dans son lieu de vie (scolaire ou pro)

Identifier un référent unique pour la PH (si besoin est)

Développer l'aide aux aidants

Mieux prendre en compte l'évolutivité des situations de handicap :

Améliorer la prise en charge du handicap psychique

Poursuivre les politiques convergentes pour une meilleure réponse aux besoins des PHV

Prévenir – repérer – agir – contre la maltraitance : Association ALMA, CG et DDASS

Adopter la formation des professionnels au regard des besoins des PH :

Outil spécifique a élaboré par la MDPH pour évaluer les besoins en formation, et favoriser leurs transmissions vers les écoles des professionnels de la santé et du social. Former sur les sujets de la maltraitance, l'aide à domicile, l'accessibilité à l'environnement...

> Participation de la PH à la vie sociale pour une plus grande citoyenneté**Viser l'accessibilité de tout à tous :**

Appui technique de mise aux normes d'accessibilité pour les organismes ou collectivités

(les PAIS créeront une cellule territoriale d'appui composée d'interlocuteurs compétents)

Rapprocher l'offre et la demande de logements adaptés : recensement et mise à jour

Accéder aux aides techniques et mettre en place une veille technologique (expérimental)

Poursuite des engagements de l'Etat et du Conseil Général : attribution des tâches

Développer la formation et l'insertion professionnelle :

Faciliter l'accès au dispositif de formation de droit commun

Accompagnement des étudiants handicapés ; améliorer l'accessibilité à l'université

S'appuyer sur les dispositifs liés à l'emploi pour faciliter l'insertion professionnelle des PH

Mieux lutter contre les freins à l'emploi : mise en place d'un référent

Formation continue des travailleurs handicapés d'ESAT : accueil, évaluation, partenariats

Améliorer l'accessibilité des transports :

« Chaîne du déplacement » : plans communaux d'aménagement de l'espace public
Conseil Général : transports scolaires gratuits, réorganisation et Taxi TED en milieu rural

Participer à la vie sociale, faciliter l'accès à la culture et aux loisirs :

Accessibilité des équipements de loisirs et des manifestations culturelles

Informersur les activités sportives et culturelles adaptées

Soutenir les associations sportives ou artistiques accueillant spécifiquement des PH

Rester vigilant sur les services de proximité : maillage du territoire

➤ **Mobiliser et ancrer l'ensemble des services pour PH adultes sur le territoire**

Une bonne couverture territoriale de ces services d'aide et d'accompagnement :

Formaliser un état des lieux sur chaque territoire

S'appuyer sur la réglementation existante : SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAAAD, SPASAD

Favoriser un ancrage territorial des services existants de dimension départementale

Adapter l'offre de service aux besoins des PH :

Impulser la création de nouveaux services : ceux ci-dessus

Adapter les services existants et à venir aux habitudes des PH quelque soit l'heure

Qualité de l'accompagnement des PH dans les services existants : projet de service

Réseaux de proximité avec les professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Coordonner services « généralistes et spécialisés », services et réseaux transversaux... détections situation à risque, réponses situations d'urgence, partenariats dans CLIC

Mieux répondre aux besoins des PH qui représentent des problèmes de santé : SROS, fiche de liaison, accompagnateur formé aux spécificité du handicap, référent médical...

➤ **Etablissements pour PH adultes comme des pôles ressources d'un territoire**

Promouvoir les établissements comme plates-formes ressources territoriales :

Contribuer aux réponses à apporter aux personnes vivant à domicile

Apporter un appui au développement de nouveaux services

Apporter des réponses adaptées à la diversité des handicaps en priorisant les situations de handicap les moins bien prises en compte :

Créer une unité spécifique repose sur la définition d'un projet de soins et d'un projet de vie.

Développer de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement :

Promouvoir l'hébergement temporaire, accueil de jour, d'urgence (5 à 10 places par étab)

Promouvoir l'accueil familial

Promouvoir le concept de « résidence service »

Répondre aux besoins qualitatifs et quantitatifs en matière d'hébergement :

Qualité de la prise en charge des PH en établissement : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement structure, charte des droits, conseil de vie sociale, évaluation des prestations

Augmenter places : FAM, MAS, FAS, foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés

➤ **Conduire une politique qui s'appuie bien sur la connaissance des besoins des PH**

Développer l'observation partagée des besoins des PH :

Se doter d'un dispositif d'observation départementale des besoins

Rapprocher et relier les différents dispositifs d'observation sanitaires et sociales

Rechercher une meilleure articulation entre les schémas et programmes d'actions

Mettre en place un dispositif permanent d'appui et de conseil aux initiatives :

Créer une instance technique départementale, composée de professionnels experts

Avec une déclinaison auprès de chaque PAIS

Poursuivre la concertation durant la mise en œuvre du schéma dans les instances de pilotage : au niveau départemental et au niveau territorial

Développer l'expérimentation : Evaluer et transférer ; sur chaque territoire, expérimenter une thématique.

Evaluer la politique du handicap : mise en place d'une démarche d'évaluation.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Elle n'est pas prévue dans les fiches actions.

VI. SIGNATURE

Département et Etat

LE NORD (59) Schéma adulte handicapé 2007-2011

A RETENIR :

➤ Points forts :

L'état des lieux se fait à travers le bilan d'exécution du schéma adultes handicapés 2002-2006. Le schéma est conjoint aux trois pôles suivants : personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille. Le schéma est bien écrit et bien illustré, clair et précis ; surtout axé sur les services à domicile et la prévention, information, éducation.

➤ Points faibles :

Pas d'évaluation. Fiches succinctes à caractère seulement incitatif du schéma = pas de réelle obligation de résultats.

I. METHODE

➤ Une politique de solidarité pour tous les Nordistes

Le schéma est conjoint aux trois pôles suivants : personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille. Il y a là, un désir de prendre en compte la personne dans sa globalité (âge, environnement, emploi, logement...). Il s'agit de répondre aux besoins de la personne et de son évolution.

➤ Une politique de solidarité compatible avec les ressources du département

La priorité du schéma est la prévention et les services à domicile. Le schéma n'est pas un document de programmation d'équipements et de services ; le choix du Département est de fixer des orientations politiques, pour ensuite, avec ses partenaires, définir les conditions de mise en œuvre les plus efficaces, en tenant compte des coûts supportés par la collectivité et les usagers eux-mêmes dans certains cas.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Nous avons un grand préambule expliquant le choix d'un schéma conjoint et la notion de « solidarité pour tous ». Ensuite le document enchaîne sur trois grandes parties : personnes âgées, personnes handicapées, enfance famille. Puis il termine sur très peu d'annexes.

Pour chaque partie, après 2 ou 3 éditos, nous avons le sommaire qui annonce le bilan d'exécution du schéma précédent et les orientations stratégiques du nouveau schéma.

III. ETATS DES LIEUX

L'état des lieux se fait à travers le bilan du schéma adultes handicapés 2002-2006. Il porte donc 4 grands axes :

➤ **Adapter et promouvoir les actions et services de soutien à la vie à domicile afin d'offrir à la personne handicapée un réel choix**

Développer, adapter les interventions à domicile

Développer l'insertion professionnelle

Favoriser le développement de l'accueil familial

➤ **Adapter quantitativement et qualitativement la prise en charge institutionnelle en prenant mieux en compte certains handicaps spécifiques et le vieillissement de la population**

Renforcer, adapter et diversifier les structures d'accueil permanent

Faire évoluer la prise en charge pour les adultes handicapés vieillissants

➤ **Concertation et coordination**

Poursuivre la dynamique de concertation et de coordination institutionnelle

Mettre en oeuvre un processus d'accompagnement de la personne handicapée à la fois globalisé, personnalisé et évolutif Maison départementale des personnes handicapées

➤ **Observation et évaluation**

Observation de la population

Evaluation de la mise en oeuvre du schéma

IV. THEMES SOURCES ET FICHES-ACTION

Le schéma compte **4 grandes orientations**. Ces orientations sont toutes basées sur des **constats**, des **objectifs** puis la définition du rôle de chacun : **engagements du départements**, **contributions de l'état**, **contributions de la CRAM**, **apports des autres partenaires**.

➤ **Orientation stratégique 1 : Développer la connaissance des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap**

Objectifs :

- Structurer la connaissance des besoins et des attentes

- Mobiliser l'ensemble des acteurs pour la mutualisation et l'organisation des données disponibles

Engagements du Département :

- Animer un réseau territorialisé en vue d'une connaissance de l'ensemble des besoins à couvrir pour permettre la participation des personnes handicapées à la vie de la cité
- Recenser les populations bénéficiant des différentes prestations sociales du Nord : allocation compensatrice, accueil familial, accompagnement en établissement
- Liste d'attente départementale par type d'établissement et selon des critères communs
- Besoins impliquant une coordination entre les services du Département et la MDPH
- Développer une approche prospective

➤ **Orientation stratégique 2 : Développer la qualité de l'accueil et de l'information des personnes en situation de handicap**

Objectifs :

Offrir des services à la fois plus proches, plus lisibles et garantissant une qualité d'accueil

Engagements du Département :

- Gérer les interventions départementales au plus près des usagers
- Alimenter le livret d'information qui sera mis en place par la MDPH
- Accompagner les structures dans la mise en oeuvre des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 relatives aux droits des personnes accueillies : respect des droits de la personne, promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance ; évaluation
- Mettre en oeuvre le principe de l'accessibilité : collèges, transports.

➤ **Orientation stratégique 3 : Apporter des réponses adaptées pour compenser les situations de handicap**

Objectifs :

- Prévenir les situations de handicap
- Développer le soutien à domicile
- Diversifier et adapter les formes d'accompagnement
- Réguler les accueils en Belgique
- Favoriser l'emploi en milieu ordinaire

Engagements du Département :

- Promouvoir un habitat adapté

- Définir le rôle et les missions des services : services d'aide à domicile, services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés (SAMSAH)
- Développer l'accueil familial en diversifiant les formes d'accompagnement
- Développer des modes d'accueil diversifiés : accueil de jour en établissement, hébergement temporaire et séquentiel en établissement
- Revoir la politique de conventionnement avec les établissements belges
- Promouvoir une politique de l'emploi des personnes en situation de handicap dans les services du Département

➤ **Orientation stratégique 4 : Soutenir des actions visant à favoriser le lien social**

Objectifs :

Introduire de la souplesse et de l'innovation dans les réponses à apporter dans plusieurs domaines : culture, accessibilité, aides aux aidants.

Engagements du Département :

Créer et animer un fonds départemental à l'innovation

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Aucune évaluation prévue sauf pour l'action « accompagner les structures dans la mise en oeuvre des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 relatives aux droits des personnes accueillies ».

VI. SIGNATURE

Pour le schéma PH, nous avons trois éditos l'un signé par le vice président du conseil général chargé des personnes handicapées, l'autre signé par le préfet de la région du Nord-Pas-de-Calais et le dernier par le président du conseil d'administration de la CRAM.

LA SEINE SAINT-DENIS (93) Schéma adulte handicapé

A RETENIR :

➤ Points forts :

Petits encadrés pour définir certaines notions, pour donner la parole aux élus ; rappel des principes et des valeurs, des compétences de l'institution, mention d'une forte ambition du schéma, désir de rompre avec une approche trop quantitative et promotion d'une approche plus humaine et plus globale dans un esprit de citoyenneté. Schéma volontairement opérationnel et effectif avec 25 fiches-actions. Paroles et témoignages des PH.

➤ Points faibles :

Manque de lisibilité, de présentations graphiques. Aucune évaluation prévue. Peu de renseignements sur la méthode.

I. METHODE

5 groupes de travail. Pas de renseignements sur la méthode... mais on sent un désir de rompre avec une approche trop quantitative et une promotion d'une approche plus humaine et plus globale dans un **esprit de citoyenneté**.

Démarche participative avec sollicitations des acteurs institutionnels, des usagers, des représentants d'associations et de PH (paroles et témoignages des PH replacés en situation d'acteurs majeurs pour les politiques qui les concernent).

Schéma volontairement opérationnel et effectif avec 25 fiches-actions.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Manque de lisibilité, de présentations graphiques

III. ETATS DES LIEUX

Deux grandes parties : Principes et enjeux

A. Principes

1. Intérêt de repositionner les compétences de chaque institution.

Définition de principes pour l'action départementale (respect de l'individu dans ces choix, choix d'une politique publique non fondée sur l'âge mais englobant l'ensemble des parcours des âge...).

2. Définition d'une ambition pour le schéma : accès aux droits (enquête auprès des établissements). Une politique ouvrant sur un mieux « vivre ensemble » pour tous.

3. Description de la démarche à la fois participative et transversale

4. Schéma = outil d'orientation opérationnel (interview du PCG)

éléments de contexte : tenir compte des outils de planification tels que le PRIAC, le SROS, la MADPH, la PCH : quel pilotage dans ce cadre légal innové

B. Handicap en Seine Saint Denis

1. Environnement

- Fiche contexte démographique et socio-économique, précarité, chômage
- Structuration du tissu associatif
- Dispositif institutionnel (équipement, offre de travail ESAT, équipement médico-social pour enfant, psychiatrie adulte, pédopsychiatrie)

2. Bilan du 1^{er} schéma :

- Faire vivre le schéma, combler le déficit d'information, améliorer le dispositif existant, développer les prestations facultatives (aide sociale), alternatives à l'institutionnalisation, plans de soutien personnalisés.
- Actions supplémentaires : financement de chiens-guides pour aveugles, maltraitance
- Dépenses d'aides sociales en faveur des PH (montants chiffrés en million d'euro avec leur évolution, dépenses légales et extra légales)
- Point de vue des acteurs : difficultés besoins, attentes des PH, populations lourdement handicapées, PHV, logement, accessibilité, accès aux soins, emploi, scolarisation, participation à la vie sociale, attente et besoin vis-à-vis de la MDPH, qualité des services rendus et évolutions nécessaires, référents, (avec petits encadrés pour dire ce qui existe)

C. Le schéma (p.51) : un outil opérationnel, à partir de grands objectifs de citoyenneté

- Axes de développement pour le prochain schéma
 - Accompagnement des parcours de vie des PH favorisant leur autonomie et l'exercice de leur citoyenneté
 - Souligner l'importance des actions de sensibilisation, le « mieux vivre ensemble ».
 - Encourager les pratiques sociales et professionnelles favorisant la prise en compte de l'autonomie de la PH, en particulier dans l'articulation médico-sociale.
- Les structures médico-sociales constituent des ressources territoriales à mutualiser dans le cadre d'un plateau technique

IV. THEMES ET FICHES-ACTION

5 axes prioritaires, 4 à 6 fiches actions pour chaque axe...

➤ Approfondir la connaissance des besoins pour mieux accompagner :

Poursuivre la mise en œuvre de la MDPH, définir une politique d'évaluation et de suivi, concevoir un protocole d'évaluation du handicap psychique, améliorer la connaissance des besoins sanitaire, accueillir les PH.

➤ Proposer un accompagnement adapté au projet de vie :

Développer l'offre d'accueil et de services (augmenter le nombre de places en foyer de vie), diversifier l'offre d'accompagnement à domicile, répondre aux besoins des PHV, mettre en œuvre la PCH, instaurer un fonds départemental pour la compensation du handicap, renforcer le soutien aux porteurs de projets.

➤ Créer les conditions du plein exercice de leur citoyenneté par les PH :

Accès logement, coordonner les différentes interventions en matière d'accessibilité, accès transport public, centrale d'exploitation des transports, soutenir la participation sociale des PH.

➤ Assurer la continuité du parcours « socialisation, éducation, formation, emploi » :

Intégration d'enfants handicapés dans le droit commun, promouvoir l'emploi PH dans la fonction publique, favoriser des nouveaux modes d'action à partir du projet de vie de la personne (favoriser le travail de réseaux, la culture l'échange, former les administrateurs au montage de projet, organiser une bourse départementale de logement adapté, labelliser des entreprises pour la réalisation de travaux d'adaptation).

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Aucune évaluation prévue.

ANNEXE 3 :
BENCHMARKING PA

Schémas gérontologiques récents élaborés par différents Départements

SOMMAIRE

INTRODUCTION : CADRE LEGAL

LES SCHEMAS DE RHONE-ALPES

L'AIN 2008-2010
L'ARDECHE 2008-2012
LA DROME 2005-2009
L'ISERE 2006-2010
LA LOIRE 2008-2012
LA SAVOIE 2006-2010
LA HAUTE-SAVOIE 2008-2011

D'AUTRES DEPARTEMENTS

LE CANTAL 2008-2012
LA HAUTE-VIENNE 2007-2011

LES SCHEMAS DE RHONE-ALPES

L'AIN(01) Schéma gérontologique 2008-2010

(publié le 7/3/2008)

A RETENIR :

➤ Points forts :

Préconisation à la limite du champs médico-social classique : lutte contre l'isolement, prévention des effets du vieillissement, articulation avec le secteur de la santé, accompagnement et déplacement des personnes âgées.

La programmation des places Soins et hébergement à l'horizon 2010, en SSIAD et en EHPAD, se fait par bassin de vie, comparaison Rhône et France.

➤ Points faibles :

Pas de mention relative à l'évaluation.

I. METHODE

2 schémas distincts PA PH

Recours à cabinet *Equation management* Lyon

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

1. **Démographie** : données OMPHALE :  volution de la population entre 1999 et 2015.

2. **L'équipement du Département** (hébergement et SSIAD) avec comparaisons nationale et régionale.

3. **Orientations pour création de places d'ici 2015** (document chiffré bassin de vie par bassin de vie, explique les contraintes, CROSMS).

4. **Besoins des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer** (enquête PAQUID, Etude PATHOS de la CNAMTS :  chantillon Ernest 2001).

5. **Les professionnels de santé libéraux** (STATISS 2007), **l'APA**

III. ETATS DES LIEUX

39 entretiens avec des acteurs médico-sociaux ( tablissements, SSIAD) : repérage des besoins non couverts, puis...

Réflexions thématiques dans 6 groupes de travail avec définitions d'actions prioritaires.

IV. FICHES-ACTION ET NOUVEAUX THEMES

6 axes et pour chaque axe une à trois action(s) prioritaire(s) :

1. Adaptation et qualité du maintien à domicile :

(SSIAD, CLIC, professionnalisation, maltraitance, outils communs)

- Maîtriser la qualité des SAD et notamment le retour à domicile après hospitalisation,
- Renforcer les relations de coopération et de coordination avec le secteur sanitaire,
- Améliorer l'efficacité des dispositifs d'aide à l'adaptation du logement.

2. Organiser l'articulation avec le secteur de la santé :

(Suivi du projet en matière de réseau de santé)

3. Alternative à l'hébergement permanent :

(HT et accueil de jour)

- Suivi et évaluation des actions des petites unités de vie en matière d'accès aux soins,
- Etats des lieux et cahier des charges sur les logements-foyers.

4. Lutte contre l'isolement, prévention des effets du vieillissement :

- Suivi de l'évaluation du programme « ATOO » de la CRAM et sa prise en compte,
- Développement d'actions d'intérêt collectif conduites par la MSA et la CRAM, autour de la prévention des effets du vieillissement.

5. Troubles cognitifs :

- Elaboration d'un cahier des charges pour les unités spécialisées « Alzheimer »,
- Développement des unités spécialisées « Alzheimer » (appel à projet).

6. Adaptation et qualité de la prise en charge dans les EHPAD

- Elaboration d'un référentiel d'évaluation des conventions tripartites,
- Evaluer la mise en œuvre des conventions tripartites.

V. EVALUATION

- Comité de suivi, évaluation par le pôle en lien avec le CODERPA,
- Tableau de bord pour la création de places en EHPAD,
- 1 pilote désigné pour l'évaluation de chaque action.

Les fiches-action ne mentionnent pas de démarche de programmation d'évaluation.

VI. SIGNATURE : Signé par le Président.

L'ARDECHE(07) Schéma gérontologique 2008-2012

(parution : septembre 2008)

A RETENIR :

➤ Points forts :

Démarche participative avec mobilisation d'un grand nombre d'acteurs.

Nouveaux thèmes : promotion des métiers du grand âge, développement de la culture et du lien social.

➤ Points faibles :

Pas d'évaluation, sous-traitance (Inconvénient : coût élevé).

I. METHODE

Première grande réunion avec tous les acteurs (PA et PH)

150 personnes présentes dont 50 qui se sont inscrites dans le comité de pilotage.

Comité de pilotage :

50 personnes → représentants de la MSA, des SSIAD, des associations (Ain s ruraux), CODERPA, des établissements, des collectivités décentralisées et déconcentrées...

Comité technique :

4 médecins des 4 UT, équipe médico-sociale, représentants des autres services du Département (habitat, transport, enfance...) services prestataires, associations...

Comité de suivi :

5   6 personnes (essentiellement pôle)

Ateliers territoriaux :

Division du comité de pilotage en 4 groupes répartis sur les 4 UT. Six grandes orientations ont été dégagées.

6 groupes de travail :

1 groupe pour 1 orientation avec les membres de chaque groupe concerné par l'orientation (ex : orientation « maintien à domicile » → SSIAD...)

Validation du financement et des thèmes techniques par les élus représentant le pôle social.

2 schémas distincts avec parties communes (voir III)

2 cabinets : un pour PA et un pour PH (=CREAI)

Signature du Département et de l'Etat

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

En l'absence de document écrit, cette rubrique n'a pu être renseignée.

III. ETAT DES LIEUX

Il a été réalisé par territoire (4 territoires).

2 parties : analyse des nouveaux besoins et des besoins existants.

Analyse d'après la population, son évolution (projections, prévisions), puis répartition des bénéficiaires APA, des professionnels de santé, des établissements, des accueils familiaux, des SSIAD, des services prestataires (ex : ADMR), des transports, des logements adaptés...

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Six grandes orientations :

- Favoriser le maintien à domicile
- Etablissements
- Information et coordination gérontologique
- Formule alternative entre établissements et domicile

(accueil de jour et accueil familial)

- Promotion des métiers du grand âge
- Développement de la culture et du lien social

(culture bleue à domicile, café des âges, restauration collective...).

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Pas de réelle évaluation prévue pour le moment car schéma en cours d'élaboration.

VI. SIGNATURE

Signature Président

LA DROME(26) Schéma gérontologique 2005-2009

A RETENIR :

➤ Points forts :

Un objectif commun PA/PH : promouvoir les conditions de participation à la vie sociale.

➤ Points faibles :

Document peu lisible, peu chiffré, très court, sans graphiques, très classique, aucune mention de concertation avec les autres acteurs (encore moins les usagers) sauf Etat, pas d'information quand à la méthode, contexte démographique = 10 lignes.

I. METHODE

Une nouvelle instance départementale de pilotage, d'observation et de coordination gérontologique sera créée pour suivre la mise en place et l'état d'avancement de l'exécution du schéma.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Après un paragraphe « Démographie » et un rappel du contexte législatif, le texte énonce clairement l'objectif du nouveau schéma : poursuivre et renforcer la dynamique initiée par le schéma précédent.

III. ETAT DES LIEUX

Une demie-page intitulée « Les enseignements du 1^{er} schéma gérontologique ».

Six volets : vieillissement de la population, aspirations des PA et proches à domicile, qualité en établissement en conformité avec les valeurs d'aujourd'hui, accès au droit commun pour les publics spécifiques, renforcement de la coordination.

Le nouveau schéma se situe dans la continuité et le développement.

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Les fiches-actions sont précédées d'une page « **Orientations politiques** » avec plusieurs thèmes abordés : solidarité départementale, géographique, familiale et de proximité, citoyenneté, respect de la dignité de la personne, respect des droits, prévention et traitement des situations de maltraitance.

Quatre objectifs généraux PA :

Fiches comportant une partie Problématique et enjeux, des objectifs opérationnels...

- **Coordination des interventions**

Structurer la coordination gériatologique locale pour le développement d'une offre homogène sur le territoire,

Développer un outil d'observation et d'animation des instances locales de coordination,

Prévenir et lutter contre la maltraitance.

- **Promouvoir les conditions favorables au maintien à domicile**

Accompagner les services à domicile dans l'amélioration de la qualité des services rendus à la personne,

Contribuer à la préservation de l'autonomie de la personne et à ses conditions de mise en œuvre.

- **Développer une offre d'hébergement adaptée et diversifiée**

Favoriser l'équité d'accès par l'augmentation des capacités d'hébergement en établissement,

Développer les alternatives à l'hébergement complet,

Promouvoir le développement de réponses innovantes en matière d'hébergement.

- **Promouvoir les conditions de participation à la vie sociale**

(objectif commun PA/PH)

Faciliter déplacements et circulation,

Faciliter le lien social et la participation aux activités sociales.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Non connue.

VI. SIGNATURE

Signature par le Président.

L'ISERE(38) Schéma gérontologique 2006-2010

A RETENIR :

➤ Points forts :

Très large concertation des professionnels, des usagers (2 réunions sous forme Etats généraux au début et en fin de démarche d'écriture), 7 réunions publiques sur les territoires (rassemblant 1 000 personnes), une grande assemblée générale, analyse des besoins par territoire à l'horizon 2010.

Nouveaux thèmes : citoyenneté (prévention, réseaux de bénévolat), logement adapté, transport, maltraitance, accueil des étudiants chez les personnes âgées

➤ Points faibles :

Fiches-actions denses, présentation peu attrayante.

I. METHODE

1. Comité de pilotage :

Constitué de représentants des groupes de travail et d'institutionnels, **comité de pilotage commun aux 2 schémas.**

2. Deux Comités techniques :

PA(associant le CODERPA) et PH

3. Groupes de travail :

Lancement de **10 groupes de travail :**

- 5 spécifiques PH
- 5 spécifiques PA (Alzheimer, Domicile, Outils de communication **dont lutte contre l'isolement**, Populations immigrées, Etablissements)

Lancement de **4 groupes de travail communs** sur :

- Reconnaissance de l'utilisateur et sa famille
- Formation des professionnels
- Logement
- Bénévolat.

4. Démarche participative :

Animation des *Etats généraux de la gérontologie* : démarche partenariale sur 8 mois, en 4 étapes :

- réunions restreintes pour professionnels et élus,
- 60 entretiens individuels auprès de PA,
- réunions publiques, une grande AG finale (600 personnes) → **Elaboration de recommandations classées par thème** : aménagement du territoire, solutions

alternatives/innovantes, médiation sociale, éducation/communication, mémoire/intergénération, prévention, formation des personnels...

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Rédaction claire, document bien structuré :

- Intro : contexte législatif, bilan condensé précédent schéma, découpage territorial, méthode. Consultation initiale : *les Etats généraux, le champ d'intervention de l'Etat.*
- Etude de la population âgée (voir III)
- Cinq axes de la politique gérontologique 2006-2010 (voir IV).

III. ETAT DES LIEUX

L'état des lieux aborde 3 thématiques :

- Démographie (partie importante en volume),
- Les revenus par ménage (inégalités), l'habitat et les conditions de vie (à domicile, au regard de l'isolement), nouveaux arrivants de plus de 65 ans,
- L'espérance de vie, les besoins de santé et la dépendance (causes de décès, pathologies prévalentes, la dépendance (projections à l'horizon 2020).

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Les 5 axes de la nouvelle politique gérontologique :

- **Citoyenneté**

Citoyenneté, prévention, réseaux de bénévolat, reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille.

- **Le soutien à domicile** (dont logement, transport adapté, développement des SSIAD, PA immigrées).

Transport, logement adapté, soutien aux services prestataires d'aide à domicile, Qualité d'intervention des services prestataires d'aide à domicile,

L'accès aux services prestataires d'aide à domicile, le développement des SSIAD,

Les prises en charges spécifiques à domicile (maladie Alzheimer et apparentées),

Les prises en charges spécifiques à domicile (intégration des personnes âgées immigrées et population en exclusion sociale).

- **Les modes d'accueil alternatifs**

Projets intergénérationnels : l'accueil des étudiants chez les personnes âgées, les accueils de jour et les hébergements temporaires, l'accueil familial, logements-foyers et les domiciles collectifs.

- **L'accueil en établissement**

Nombre de places à créer et projets à implanter, accueil en établissement des personnes handicapées avançant en âge.

Prises en charges spécifiques en établissement (maladie Alzheimer et apparentées), la démarche qualité et le prix de journée.

Partie « accueil en établissement » très programmatique, territoire par territoire.

- **La coordination territoriale** (vers CLIC 3 + dispositif d'observation).

Développement du travail en réseau et la coordination autour de la personne âgée.

Les fiches-action peuvent comporter plusieurs actions en rapport avec le même thème et chaque action est structurée de la manière suivante : contexte et objectifs, actions, moyens, partenaires, évaluations.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Mise en place d'un comité gériatrique constitué de médecins hospitaliers et libéraux : rôle d'appui santé, expertise, évaluation.

Partie « Evaluation de chaque programme d'action ».

Création d'une cellule de veille et d'évaluation (2 professionnels recrutés).

VI. SIGNATURE

Signature Président du CG et Préfet

LA LOIRE (42) Schéma gérontologique 2008-2012

(Publication en juin 08 après passage en CROSM).

A RETENIR :

➤ Points forts :

Développement des alternatives à l'accueil médico-social et à l'hospitalisation : appartements regroupés, prise en charge HAD, réseaux de santé, accueil familial.

Démarche participative très ouverte, professionnels de terrain étroitement associés (ont menés les interview).

Appui sur un observatoire social qui suit les questions de démographie, de santé, de dépendance...

I. METHODE

Démarche en 3 temps :

1. Premiers assises gérontologiques : réunissant huit groupes de travail, ont validé l'état des lieux, actant **six thèmes prioritaires** : prise en charge en établissement, prévention santé et maltraitance, maintien à domicile, prise en charge Alzheimer, développement de la coordination gérontologique, solutions alternatives (Hébergement temporaire, Accueil de jour, Habitat adapté, Articulation avec le sanitaire (HAD, réseaux de santé)).

2. Les jeudis du schéma : un thème est traité chaque mois sur 3 jeudis consécutifs avec présentation par un expert hors CG et propositions **d'orientations**. Les territoires éloignés sont invités tout particulièrement à s'associer.

3. La parole des usagers : démarches participative auprès de 62 PA à domicile ou en établissement, + seniors valides, familles : **enquêtes qualitatives** (méthode enseignée par faculté de sociologie) **menées par les équipes du Département** (2 entretiens par prof), aide du CODERPA.

4. Débats locaux ouverts à la population : en présence élu canton, sur « Bien vieillir dans la Loire » pendant toute la Semaine bleue, par bassin gérontologique.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Rubrique non renseignée, pas d'écrits disponibles.

III. ETAT DES LIEUX

Six thématiques :

Prise en charge en établissement

Prévention santé

Prévention maltraitance

Prise en charge des démences

Solutions alternatives entre maintien à domicile et établissement

Quelle coordination gérontologique pour demain.

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Des 6 thèmes de départ, 4 axes prioritaires (30 fiches-projet) ont été dégagés dont :

- **Solutions alternatives entre domicile et établissement** : accueil familial, alternatives à l'hospitalisation (HAD, réseaux de santé), promotion d'innovations en matière d'habitat.
- **Quelle coordination gérontologique pour demain** : couvrir l'ensemble du territoire départemental (7 CLIC, 11 bassins), articulation avec réseaux de santé, coordination à la personne, coordination institutionnelle (conventionnement tri-partite de 2^e génération- prise en charge Alzheimer...)

Pour la partie démographie : commande à l'INSEE d'une étude présentant les **projections démographiques par bassins de vie.**

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Non connue, document écrit non disponible.

VI. SIGNATURE

Signature par président du CG.

LA SAVOIE (73) Schéma gérontologique 2005-2010

A RETENIR :

➤ Points forts :

- Dimension de programmation majoritaire, importance de la cartographie, programmation par cantons, fiches concises précisant le résultat attendu, le suivi de l'action, le pilote, les indicateurs d'évaluation, graphismes attrayants.

- **Axes nouveaux :** le « bien vieillir » constitue un axe à lui seul (cité en dernier), une fiche relative au lien social et une autre sur l'axe Activités culturelles et une sur l'habitat.

➤ Points faibles :

Les fiches-actions sont très succinctes.

I. METHODE

2 SCHÉMAS DISTINCTS 2006-2010 :

EXPLICATION DE LA METHODE TRES SOMMAIRE (CONTEXTE LEGISLATIF).

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

L'ETAT DES LIEUX CONSTITUE LA PARTIE MAJEURE DU DOCUMENT :

- Implication très forte des 7 territoires
- Fiches-actions peu claires.

Le préfet a rédigé une note d'orientation (p173) : accueil en établissement, SSIAD

III. ETAT DES LIEUX

Démographie : présentation très détaillée population actuelle et à l'horizon 2010.

Etat des lieux par 4 groupes thématiques : soutien à domicile, accueil en établissement, amélioration de la prise en charge pour la maladie d'Alzheimer, accueil familial + réflexion complémentaire sur la question de l'animation en établissement.

Etat des lieux très chiffré de l'offre en matière d'hébergement, en matière de PEC à domicile.

Cartographie très fine (point fort) avec offres disponibles besoins non couverts (établissement, SAD, SSIAD) en bas de chaque page : constat et analyse des besoins supplémentaires à l'horizon 2010.

A l'échelle du département, puis déclinaisons par territoire (7)

Une consultation territoriale rassemblant élus et acteurs de terrain a été chargée de recueillir la pertinence des actions proposées.

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Proposition d'actions autour de 7 axes :

- **Développer des réponses de proximité à l'échelle des Territoires**

Optimiser l'utilisation du logiciel de gestion des listes d'attente,

Améliorer les réponses territoriales,

Traiter la question du devenir des logements-foyers non transformés en EHPAD.

- **Organiser la coordination**

Affirmer les 7 territoires de développement social (TDS) comme zones de coordination,

Favoriser la mutualisation des moyens et des compétences.

- **Favoriser l'accès à l'information**

Faciliter l'accès à l'information des personnes âgées et de leur entourage,

Favoriser l'orientation par les professionnels.

- **Favoriser le diagnostic et le suivi des troubles cognitifs**

Sensibiliser et former les professionnels sur les pathologies liées à la désorientation afin de permettre un diagnostic et un suivi précoce.

- **Faire connaître l'accueil familial, favoriser la qualité et prévenir la maltraitance**

Clarifier le mode de prise en charge en accueil familial, développer et faire connaître ce type de service.

- **Favoriser la qualité**

Prévenir la maltraitance,

Approfondir la réflexion départementale sur le thème de la qualité.

- **Bien vieillir**

Promouvoir l'adaptation de l'habitat à la dépendance, Prévenir la perte d'autonomie et mieux prendre en compte la souffrance psychique et physique, Promouvoir la solidarité envers les seniors et préserver le lien social pour rompre la solitude, Faciliter l'accès aux activités culturelles et sportives pour toutes les personnes âgées, Accompagner l'entourage.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Sont précisés sur les fiches-action : le suivi du schéma, le résultat attendu de l'action, et son pilote, 3 indicateurs pour l'évaluation, le délais de réalisation total.

VI. SIGNATURE

Schéma signé par le seul Département

LA HAUTE-SAVOIE (74) Schéma gérontologique 2008-2012

A RETENIR :

➤ Points forts :

- Etat des lieux réalisé sur chaque territoire, a permis de lancer la démarche de schéma. Cinq pôles gérontologiques (= maison départementale) ou 5 bassins de vie animés par 16 COLOC (COmités LOcaux de COordination). Valorisation des bonnes pratiques en vigueur sur chaque territoire et des points d'amélioration à envisager.
- Un journal de projet (3 n° prévus pour expliquer la démarche) : partenaires très intéressés (éditorial rédigé par le président du CG).
- Démarche participative : entretiens avec 3000 usagers et 100 professionnels. Fiches-action en cours d'écriture. Recours à un cabinet qui a piloté la concertation (ce qui a permis au service d'éviter la relation duelle avec les partenaires, parfois conflictuelle).
- Cadrage fort : 160 personnes réparties en 8 groupes de travail thématiques de 30 personnes maximum. La DDASS a participé à toutes les instances et groupes de travail. Voie unique (CG+DDASS) face aux partenaires.
- Prise en compte des thématiques particulières, de population spécifiques : personnes vieillissantes en situation de précarité (SDF, migrants), pénurie de professionnels de santé liée à la proximité de la Suisse : travail avec les professionnels sur la formation, la maltraitance liée aux conditions de travail.
- Recours au CRAEI, structure ressource qui a aidé à aboutir à un schéma *Adulte handicapé*.
- **Trois fiches-action transversales PA/PH** : maltraitance, offre à domicile, personnes handicapées vieillissantes.
- Forte mobilisation du CODERPA.
- Convergence anticipée avec recrutement sur 2 pôles gérontologiques d'infirmières et d'assistantes sociales spécialisées à la fois dans les 2 secteurs PA/PH.

➤ Points faibles :

Accompagnement par cabinet (coût élevé), participation à l'élaboration, Durée de réalisation des enquêtes de besoins prolongée, en lien avec difficultés d'organisation (CRAM et MSA peu coopérantes pour mise à disposition des fichiers retraités).

I. METHODE

1. ANALYSE DE L'EXISTANT : EVALUATION DU DISPOSITIF SUR LES 7 TERRITOIRES (POLES GERONTOLOGIQUES) QUI ONT ANIME DES COLLOQUES AUPRES DES ACTEURS LOCAUX.

En parallèle, **enquêtes** (participation de la CRAM et MSA) entretiens avec :

- 100 entretiens avec professionnels, élus, associations, établissement pour recenser les besoins non couverts, directeurs de SSIAD (étude sur besoins en personnel qualifié en lien avec évolution du GMP)
- 3 000 entretiens usagers résidents d'EHPAD ou PA vivant à domicile.

2. Concertation : Semaine gérontologique : Huit groupes de travail sont invités à se réunir 2 fois sur 2 sites, **pour définir les orientations du schéma avec un objectif** : actions concrètes, réalisables, au plus près des personnes âgées.

Puis 160 personnes réparties en huit groupes de travail thématiques de 30 personnes maximum. La DDASS a participé à toutes les instances et groupes de travail. (intérêt d'un positionnement commun) face aux partenaires.

Forte mobilisation du CODERPA.

Thèmes des groupes : améliorer le dispositif de maintien à domicile, « bientraitance » et prévention de la maltraitance, quelle politique d'offre en établissement, Coordination, Maladie d'Alzheimer, Formation et recrutement, Précarité et vieillissement, Prévention et information à l'attention des usagers.

Découpage territorial : Cinq pôles gérontologiques (= maisons départementales) ou 5 bassins de vie animés par 16 COLOC (COmités LOcaux de Coordination). Ces 5 pôles sont labellisés « CLIC » et ils ont aussi chacun une ETH (Equipe Technique du Handicap) pour le pôle PH. Les COLOC servent de coordination mais ils ne sont pas des guichets ouverts au public. Les ETH (Equipes Techniques du Handicap) comme les EMS (Equipes Médico-Sociales) ont toutes un médecin, un attaché territorial coordonnateur, des infirmières et des assistantes spécialisées PA ou PH (sauf pour deux COLOC où elles sont à la fois spécialisées PA et PH).

3. Elaboration du schéma : phase en cours

Un journal de projet (3 n° de prévu pour expliquer la démarche) : partenaires très intéressés (éditorial rédigé par le président du CG).

4. Les comités : Comité technique de suivi du schéma : 2 représentants CODERPA, 2 directeurs de SAD, 2 directeurs EHPAD, 1 représentant CRAM, 1 représentant DDASS, des représentants Direction Service Gérontologie Départementale.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

En l'absence de document écrit, impossible de renseigner cette rubrique.

III. ETAT DES LIEUX

Etat des lieux décliné en fiches avec représentation graphique mesurant le point d'arrivée à l'instant T.

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Rédaction des fiches-action en cours.

Sur chaque fiche : commentaires, bonnes pratiques et données chiffrées, attentes des acteurs/points de vigilance.

11 fiches concernent la prise en charge à domicile, 7 la prise en charge en établissement, 4 l'information et la coordination.

Trois fiches-action transversales PA/PH : maltraitance, offre à domicile, personnes handicapées vieillissantes.

V. EVALUATION DES ACTIONS ENVISAGEES

Non connue.

VI. SIGNATURE

Une réflexion est en cours. Le Pôle préconise une signature conjointe étant donné l'investissement de la DDASS tout au long de l'élaboration. L'exécutif n'a pas pris de décision.

D'AUTRES DEPARTEMENTS

CANTAL(15) Schéma gérontologique 2008-2012

A RETENIR :

➤ Points forts :

Un domaine transversal PA/PH (formation des personnels, vieillissement des personnes handicapées),

Axes nouveaux : créer une maison de l'autonomie dans 3 arrondissements (expérimentation), adaptation du logement aux déficiences, aide aux aidants (formation assurée par l'UDAF).

➤ Points faibles :

Présentation classique, peu attrayante, évaluation limitée à la forme, peu innovant.

I. METHODE

Introduction très intéressante (contexte)

1. Un domaine transversal aux PA et aux PH, comportant 4 axes :

- Agir sur la formation initiale et continue des personnels (4 fiches-actions)
- Faciliter le recrutement et le maintien des personnels dans le Cantal (idem)
- Rassembler les moyens et regrouper les efforts (idem)
- Concertation avec DDASS tout au long de la démarche (co-animation)

2. Comité de pilotage :

8 conseillers généraux, direction de la solidarité, Inspection académique, DDTEF, DDE, DRASS, DDASS.

3. Comité technique :

Direction de la solidarité, DDASS, DDTE, DRASS, MSA, CPAM, URCAM, Représentants CODERPA.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

Réalisé à partir d'enquêtes :

- Enquête spécifique dans les établissements et services du Cantal, enquête exhaustive, dont le questionnaire a repris partiellement les informations recueillies par la DRESS (enquête 2003),
- Entretiens avec les acteurs de la gérontologie sur la base de grille,

- Puis mise en place de groupes de travail sur 6 thèmes, sur 2 séances de 3 h, afin d'élaborer des préconisations.

Seules les préconisations pouvant faire l'objet d'un développement opérationnel ont été retenues par CG et DDASS avant d'être présentées aux groupe de pilotage et au comité technique.

L'offre de services est déclinée en **10 fiches** dont l'amélioration de l'habitat, la téléalarme, l'analyse de l'activité CLIC.

III. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

5 axes pour répondre aux besoins de la population vieillissante

• Animer la politique gérontologique départementale (4 actions)

Piloter l'action gérontologique du Cantal au plan départemental

Constituer un Comité départemental de la coordination réunissant les Institutions Sanitaires et Sociales

Créer une équipe technique départementale chargée d'animer la coordination et de promouvoir l'action sociale

Organiser la coordination gérontologique sur la base des 3 arrondissements

(2)Créer une maison de l'autonomie dans chaque arrondissement

Organiser le suivi du schéma gérontologique

Mise en place d'un comité de suivi du schéma.

• Ajuster les services aux besoins de la population âgée (4 actions)

Répartir les places d'hébergement sur l'ensemble du territoire

Suivre l'évolution des besoins en places d'hébergement

Programmer le nombre de places à créer et les répartir sur le territoire

Développer les moyens des SSIAD

(3)Ajuster les moyens des SSIAD pour couvrir le territoire

Maintenir l'organisation du portage de repas à domicile

(4)Définir un cahier des charges du portage des repas à domicile.

• Accroître la qualité des réponses proposées par les établissements (8 actions)

Promouvoir la participation des usagers, lutter contre la maltraitance.

Accompagner les établissements dans la mise en place des orientations de la loi du 2 janvier 2002, et de la lutte contre la maltraitance

Adapter les établissements à l'évolution des attentes des résidents et de leurs familles

Poursuivre les avancées des conventions tripartites

Poursuivre l'adaptation architecturale des établissements à la dépendance et aux normes de sécurité

Améliorer la prise en compte des besoins des personnes souffrant de détérioration intellectuelle.

Améliorer la pertinence des orientations par diagnostic précoce

Mieux prendre en compte la détérioration intellectuelle pour les orientations au moment des admissions en établissement et dans le cadre des demandes APA

Développer le suivi individuel des personnes atteintes de détérioration des fonctions intellectuelles

Favoriser la coopération entre aide à domicile et hébergement : développer l'emploi partagé pour les personnes atteintes de détérioration intellectuelle

Poursuivre l'effort engagé dans la prise en charge des détériorations intellectuelles, et donner aux établissements les conditions d'un fonctionnement adapté

• **Renforcer et diversifier l'accompagnement à domicile (10 actions)**

Développer une prise en charge de qualité des personnes âgées à domicile par la formation des intervenants

(5) Soutenir la formation des intervenants

Favoriser l'intégration sociale des personnes âgées

Développer la « prise en charge » de repas partagée avec l'aide à domicile

Soutenir les associations de retraités dans leur rôle de maintien du lien social

Poursuivre l'adaptation des logements aux déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles des personnes âgées

Maintenir l'effort engagé pour l'adaptation des logements aux déficiences et accroître la sensibilisation

Valoriser l'accueil familial pour les personnes âgées

Développer la formation des familles d'accueil pour les personnes âgées

Soutenir les familles qui accueillent les personnes âgées présentant des troubles du comportement

Développer l'aide aux aidants

Répartir des places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour dans les établissements

Répartir des places d'accueil de jour spécialisé dans chaque arrondissement

Soutenir les familles par des lieux de rencontres et d'échanges

Actions d'aide aux aidants : projet UDAF.

• **Poursuivre l'innovation pour répondre aux besoins des PA (5 actions)**

Développer des formules alternatives à l'hébergement

Développer l'accueil temporaire au sein des familles d'accueil

Expérimenter l'accueil de jour itinérant appuyé sur des établissements

Formaliser le projet d'accompagnement des UVAF

Renforcer des innovations dans le domaine de l'aide à domicile

Expérimenter la garde de nuit itinérante

Développer la substitution à domicile de l'aidant naturel par une aide professionnelle

3 axes transversaux aux schémas PA/PH

- **Agir sur la formation initiale et continue des personnels (4 actions)**

Répondre aux besoins de formation des différents territoires

Recenser les mesures et dispositifs pouvant soutenir le développement de la formation à l'échelle du département

Planifier les besoins de formation initiale et continue

Optimiser l'utilisation des dispositifs de formation existants

Concevoir et organiser des actions de formation continue

- **Faciliter le recrutement et le maintien des personnels (4 actions)**

Suivre l'évolution des besoins en personnel des établissements et services médico-sociaux

Se doter d'outils d'observation

Améliorer l'image des métiers du secteur social et médico-social

Attirer des jeunes professionnels

Développer une action territorialisée de formation en direction d'une branche professionnelle

- **Rassembler les moyens et regrouper les efforts (4 actions)**

Promouvoir des solutions transversales aux problèmes de formation et d'emploi du secteur médico-social

Favoriser le regroupement de directeurs du secteur médico-social

Soutenir un projet innovant de rapprochement entre employeurs pour le recrutement de personnel qualifié

Elaborer des actions de formation mutualisées en mixant les personnels des établissements et services

Développer la mise à disposition de compétences par la mutualisation de services.

IV. EVALUATION

NC.

V. SIGNATURE

Schéma signé par le seul Département

LA HAUTE- VIENNE () Schéma gérontologique 2007-2011

A RETENIR :

➤ Points forts :

- Démarche participative : enquête auprès de 150 PA et plusieurs professionnels.
- **Nouveaux thèmes : transport, habitat** (CLIC=centre d'info sur le logement), guide des bonnes pratiques, PHV, établissements désignés comme centres ressources au delà de l'hébergement (formations aidants, atelier mémoire...), maltraitance, participation du CODERPA à la dynamique du schéma, Mettre au point une méthodologie d'évaluation du schéma.
- Apport du SROSS au schéma.
- Présentation claire et assez bien construite.

➤ Points faibles :

- Manque d'iconographie, très peu de points faibles.

I. METHODE

1. **Enquête** auprès de 150 PA à domicile.

2. Partenariat

Questionnaire qualitatif et quantitatif aux établissements, entretiens collectifs avec gestionnaires d'établissement et de services (bilan ancien schéma et axes de travail).

3. Quatre groupes de travail

- Maintien à domicile et prévention dépendance,
- Amélioration de la capacité et diversification de l'accueil en établissement,
- Fonctionnement des coordinations,
- Articulations des réseaux de santé.

II. ORGANISATION DU DOCUMENT

- Brève **introduction** (législatif et principes-modalités)
 - **Diagnostic** (voir état des lieux)
 - **Plan d'action** (voir fiches-actions)
- Annexes et lexiques

III. ETAT DES LIEUX

1. Démographie :

- **Recensement** et évolution des PA
- **Conditions de vie** (logement, revenus)

2. Généralités PA

3. Maintien à domicile (acteurs : associations, soins, repas, aides, maltraitance, CLIC, entreprises, télé-assistance, prestations légales et extralégales).

4. Les établissements d'hébergement/ prise en charge : capacité d'accueil avec nombre de places non occupées, taux d'équipement, réforme de tarification = conventionnement, transformation des logements-foyers car moins de places occupées qu'on ne le pensait, diversification des accueils avec ↑ HT, AF, AJ, UV + réflexion sur accueil des PH vieillissantes, GERINFO=outil liste d'attente ; **prestations** : Aide Sociale à l'hébergement, APA, plan département d'aide à l'investissement : construction ou restructuration).

5. Coordination institutionnelle (dispositif : 11CLIC, 29 guichets de proximité, répartition et missions ; apport du PRSP et SROS).

6. Axes d'amélioration proposés par les usagers et les professionnels.

7. Conclusion

IV. FICHES ACTIONS ET NOUVEAUX THEMES

Thèmes proposés par les professionnels et les usagers :

Diversifier la prise en charge,
Améliorer accompagnement des EHPAD,
Développer des campagnes de prévention ciblées,
Renforcer et former les professionnels,
Développer la coordination.

Plan d'actions : 13 actions

- **Structuration et développement du maintien à domicile**

Qualité maintien à domicile
Transport de proximité et lien social (appel à projet)
Adapter l'habitat p.53
Elaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques professionnels des SAD p.54
Renforcer la capacité départementale des SSIAD.

- **Renforcement diversification des établissements d'hébergement**

Renforcer et adapter la capacité des établissements (programmation chronologique et territoriale)
Apporter des réponses spécifiques aux PA atteintes d'Alzheimer ou apparentées
Apporter des réponses spécifiques aux PH vieillissantes p.66 CONVERGECE
Affirmer le rôle de centre-ressources des établissements pour PA dépendantes

- **Coordination et réseaux gérontologiques**

Renforcer les missions des CLIC,

Repérage maltraitance / promotion de la bientraitance p.75,

Inscrire l'action du CODERPA dans la dynamique du schéma,

Mettre au point une méthodologie d'évaluation du schéma.

V. EVALUATION

Plusieurs indicateurs de résultat par fiche et période d'application de l'action.

VI. SIGNATURE

Signature par le seul Département

ANNEXE 4 :

DOCUMENT

D’EVALUATION

GRAND THEME

Sous- thème I

ACTION 1

Analyse qualitative

Analyse quantitative

Degré de réalisation

Freins

Propositions (ou pilote concerné)

ACTION 2

Analyse qualitative

Analyse quantitative

Degré de réalisation

Freins

Propositions (ou pilote concerné)

...

ANNEXE 5 :

NOTE DE CADRAGE PH

Contexte législatif et réglementaire

L'élaboration du 3^{ème} Schéma départemental 2009-2013 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes handicapées s'inscrit dans un cadre législatif rénové avec la mise en œuvre de **la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des Personnes handicapées**, dont les principales dispositions ont pris effet au 1er janvier 2006.

Cette loi vise à :

- Compenser les conséquences du handicap notamment au travers de la nouvelle prestation de compensation du handicap (PCH) dont le Département assure le paiement,
- Améliorer l'accueil et l'information des personnes handicapées et l'évaluation de leurs besoins,
- Favoriser une réelle intégration de la Personne handicapée dans la cité, en lui permettant d'accéder aux dispositifs de droit commun : vie scolaire, enseignement supérieur, travail, sports, loisirs, culture, en favorisant l'accessibilité du cadre bâti, des transports,
- Favoriser la prévention du handicap, la recherche, l'accès aux soins,
- Promouvoir leurs droits en garantissant le libre choix du projet de vie des Personnes handicapées et en les plaçant au centre des dispositifs les concernant.

La prise en compte et la reconnaissance des besoins des personnes relèvent désormais d'une nouvelle structure : **la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**,. présidée dans le Rhône par le Président du Conseil général dans le cadre d'un Groupement d'Intérêt Public, dont le Département assure la tutelle administrative et financière. Le monde du handicap y est directement associé au travers du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées. La MDPH est fortement impliquée dans l'élaboration du futur schéma. Le Département du Rhône a fait le choix d'un **accueil de proximité** sur chaque territoire et les missions PA-PH sont portées par les Maisons du Rhône, en lien avec des équipes pluridisciplinaires apportant une expertise dans certains domaines (enfance, placement, travail etc.).

Au plan national, une réflexion est engagée sur la création d'un **5^{ème} risque** de Sécurité sociale pour faire face à l'augmentation des dépenses liées à la perte d'autonomie.

Les dispositifs pour personnes âgées et handicapées sont appelés à se fondre dans une prestation unique pour compenser la déficience quel que soit l'âge de la personne, dans un **esprit de convergence** des prestations. L'effectivité de cette mesure est prévue en 2011, avec la création d'un service d'accueil et écoute sous le nom de Maison de l'autonomie.

Par ailleurs, le 3^{ème} schéma s'inscrit dans un contexte de **réformes importantes des politiques publiques** qui impacteront dès 2009 les organisations sanitaires (création des Agences régionales de santé) et les pratiques professionnelles des métiers de la santé.

La programmation des places en établissements et services pour adultes handicapés relève :

- De la compétence unique du Département pour les établissements et services non médicalisés (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale -SAVS, accueil de jour, foyer d'hébergement, foyer de vie), en fonction des besoins repérés et des possibilités de financement de la collectivité ;

De la compétence conjointe du Département et de l'État (Assurance-maladie) pour les structures médicalisées telles que les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés -SAMSAH, foyers d'accueil médicalisé) ;

- De la compétence unique de l'État (Assurance maladie) pour les maisons d'accueil spécialisé.

Pour la gestion et la programmation des crédits de l'Assurance-maladie, l'État s'appuie sur le PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), qui identifie au niveau régional et départemental les priorités de financement.

Valeurs, enjeux, objectifs

Le nouveau schéma traduit la politique de l'action sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées. Il s'appuie sur des valeurs et des principes d'action qui fonderont l'action d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées quels que soient les acteurs.

La convergence des dispositifs PA/PH pourrait faire place à des valeurs communes aux 2 schémas Personnes âgées et Personnes handicapées.

Les valeurs

- Autonomie de la personne quel que soit son âge, son lieu de vie et son handicap.
- Respect du projet de vie.
- Participation citoyenne.
- Esprit d'ouverture réciproque du monde du handicap et de la société civile.

Les principes d'action

- Information pour un choix éclairé,
- Individualisation de la réponse et équité de traitement,
- Souplesse et cohérence du suivi des réponses par la reconnaissance du caractère évolutif du parcours de vie,
- Formalisation des pratiques professionnelles,
- Articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire,
- Proximité territoriale.

Le schéma se propose de renforcer et de poursuivre la **dynamique partenariale** engagée de longue date avec les acteurs institutionnels et associatifs.

Les enjeux :

La connaissance du handicap dans toute sa diversité est un pré-requis à la mise en place d'une politique et son suivi. En effet, l'accompagnement doit être adapté aux multiples formes du handicap (psychique, physique). Déjà présente dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'évaluation continue des attentes et besoins constitue une nécessité absolue pour analyser avec pertinence **les besoins et demandes des personnes**.

Or, l'estimation du handicap au plan épidémiologique reste très **incomplète**.

La population n'est pas recensée par l'INSEE et les recueils statistiques en cours ont une orientation très administrative par prestation et non par handicap.

Ce contexte permet difficilement **d'anticiper sur les évolutions démographiques** susceptibles d'affecter telle ou telle catégorie de handicap (exemple de la cérébro-lésion qui touche un nombre croissant de personnes suite aux accidents de la route, du travail...).

Les besoins des personnes handicapées et de leur familles sont en **profonde mutation** liée à leur souhait de **plus d'autonomie** et à des **besoins de prise en**

charge continue (enfant, adulte), **plus souple, évolutive** en fonction de leur projet de vie et donc **moins standardisée**.

Les Personnes handicapées souhaitent, par exemple, pouvoir évoluer plus librement entre l'établissement et le domicile, pouvoir bénéficier des mêmes services entre le secteur enfant et adulte (SESSAD qui n'existe pas dans la prise en charge adulte) ou de structures innovantes (ex : foyer d'hébergement médicalisé pour autistes).

Cette aspiration se traduit également dans le développement de projets de SAVS/SAMSAH avec logement, ou de domicile collectifs, qui rendent la frontière entre le domicile et l'établissement de plus en plus floue. Or la définition du statut domicile/établissement a des conséquences directes sur les prestations attribuables et les orientations de la CDAPH.

Il convient donc de faire **évoluer** le cadre traditionnel des structures et des types de prise en charge, tout en respectant la réglementation.

La vie autonome nécessite par ailleurs la **mise à disposition de logements adaptés** qui passe par une nécessaire coopération des bailleurs, l'amélioration du montage des plans de financement et de la prise en charge financière des travaux. Les technologies d'assistance ou Domotique renforceront l'aide apportée pour une vie à domicile de qualité.

Quant à la prise en charge des **soins somatiques ou psychiques** en médecine de ville et hospitalière, les personnes handicapées ont peu accès à une offre de soins spécifiques et d'accompagnement aux soins (locaux peu accessibles, éloignement des lieux de soins, délais importants, peu de connaissance des conduites pour rassurer la Personne handicapée), autant de freins à une **prise en charge médicale de qualité**.

L'évolution des services à domicile pourrait générer une demande importante à laquelle il faudra faire face en termes de volume et de diversité de métiers et de services (garde de nuit, surveillance journalière, aide ménagère etc.). Il conviendra d'accompagner cette évolution en ouvrant ce champ à tout service qui dispose des compétences nécessaires pour intervenir.

La vie à domicile repose essentiellement sur le **soutien et l'aide apportés par les familles (50% de l'aide humaine totale à valider par Mme Atamer)**. Leur rôle devrait croître avec le choix d'un grand nombre de Personnes handicapées d'une vie autonome. Dans une démarche prospective, il serait intéressant de mieux

connaître **leurs attentes** pour continuer à assurer cet étayage dans un souci d'ouverture des familles et de la société sur le handicap.

Le vieillissement des personnes handicapées en établissement et à domicile est un autre enjeu à prendre en compte. L'accompagnement médico-social passe par l'adaptation des structures, notamment la transformation des établissements (ex : foyer d'hébergement requalifié en foyer de vie pour des personnes qui ne peuvent plus travailler), ou la médicalisation si besoin. Le développement de l'accueil d'urgence doit être proposé pour faire face à la rupture de prise en charge familiale suite à la survenue d'évènements graves affectant l'un des parents âgés.

Objectifs

- Développer des **outils d'observation et de planification pertinents** au sein de la MDPH. Ils visent l'appréciation, l'analyse dynamique des besoins des personnes handicapées et la nature des réponses à mettre en œuvre : un parc d'établissements adaptés aux besoins et aux différents types de handicap et une offre de services diversifiée.

Ces outils pourraient s'inscrire dans une dimension régionale afin de prendre en compte les notions de bassins de vie et d'établissement à vocation régionale pour handicap spécifique (ex : épilepsie).

- **Promouvoir l'autonomie** en favorisant :
 - une **fluidité des parcours** en offrant des solutions innovantes et souples d'accompagnement entre le domicile et l'établissement, le secteur enfant et le secteur adulte. Un rapprochement avec le *Schéma Enfance handicapée* est à envisager, dans un souci de complémentarité entre réponses pédagogiques et réponses médico-sociales : parcours de scolarisation et de formation adaptée devront être favorisés avec l'étayage des établissements et des services médico-sociaux,
 - **Une insertion dans la vie professionnelle** dans le milieu ordinaire ou dans le milieu protégé. Ceci suppose de promouvoir à la création de places en ESAT,,
 - **Un accès aux transports adaptés** et à tous les lieux de vie sociale et culturelle,
 - **Un accès à des logements adaptés aux différents types de handicap.**

- Promouvoir la qualité dans les **établissements et les services au travers du respect du projet de vie des PH**. Pour ce faire, il conviendra de les accompagner dans cette démarche plus individuelle et plus flexible et de formaliser et appliquer des préconisations de « **bonnes pratiques professionnelles**»,
- Organiser les interventions en matière de **prise en charge sanitaire** autour de la personne, en articulation avec la prise en charge médico-sociale et éducative par le renforcement des équipes mobiles et la création de centre ressource pluridisciplinaire,
- Apporter une réponse adaptée au **vieillessement des personnes handicapées** tant au plan de leur adaptation professionnelle (par ex : aménagement du temps de travail au sein des ESAT), de l'hébergement que de la prise en charge médicale renforcée si nécessaire.

Choix méthodologique

Le schéma constitue un moment de mobilisation du plus grand nombre possible d'acteurs : acteurs institutionnels, acteurs de terrain, représentants d'usagers. La reconnaissance du caractère de référence du schéma est fortement liée aux conditions de sa réalisation.

Méthode participative associant les associations d'usagers, les présidents de conseil de la vie sociale et les représentants des personnes handicapées notamment le CDCPH.

Méthode partenariale :

L'Etat (DDASS, ARS) est un partenaire privilégié tout au long de la démarche, notamment dans les phases préparatoires du schéma, mais aussi lors de la participation aux groupes de travail et lors de la proposition des programmes d'actions. Par ailleurs, il aura un rôle de co-animateur dans toutes les instances qui guideront la démarche.

D'autres institutions, structures et associations de PH sont associées à la démarche résolument concertée et consensuelle (DDTEFP, Assurance maladie, acteurs du sanitaire, Acteurs du handicap, acteurs du logement, services à domicile etc.)

Apport d'expertise extérieure (ex : CREAL Rhône-Alpes) qui dispose d'une compétence en observation et évaluation pour arriver à la phase de diagnostic partagé et assurer l'animation des groupes de travail thématiques.

Étapes de la démarche

D'une durée optimale de 12 mois effectifs incluant les phases préparatoires et de validation, le schéma comporte plusieurs phases actives qu'il convient d'enchaîner en vue d'une bonne efficacité de son déroulement :

- une réunion de lancement de la démarche partenariale, qui pourrait être portée par le Vice-président, avec l'appui du service de la Coordination médico-sociale du Pôle PA PH,
- 7 groupes de travail thématiques dont 3 groupes communs à PA PH dont l'objectif sera de produire des préconisations à partir des thématiques consensuelles ou enjeux stratégiques,
- planification de 4 réunions des groupes entre juin et décembre 2008,
- élaboration des programmes d'action par le Pôle PA/PH associant les partenaires, à partir des propositions des groupes de travail.

Instances dans la démarche

Trois instances portées par le service de la Coordination médico-sociale guideront et animeront la démarche.

- **Un comité départemental de pilotage**

Mission : valider la démarche et son suivi

Acteurs : Direction générale, Vice président, Etat, autres institutions partenaires.

- **Un groupe de suivi**

Mission : suivi de la mise en oeuvre

Acteurs : directeurs des pôles PA/PH, Proximité territoriale, Conseil technique Social, autres pôles en fonction des champs retenus, usagers.

- **Groupes de travail thématiques**

Mission : valider l'état des lieux et le bilan de l'ancien schéma, propositions de programmes d'action suivant les thématiques retenues

Acteurs : Equipes territoriales, usagers, partenaires, DUT, services des Pôles concernés.

Echéancier prévisionnel

Lancement des schémas	juin 2008
Lancement des instances	Juin 2008
Validation de la phase diagnostic/Etat des lieux	Juin 2008
Réunion des groupes de travail thématiques (3 ou 4, au rythme d'une réunion mensuelle)	entre Juillet et Décembre 2008
Synthèse des programmes d'action	Décembre 2008
Rédaction du document final de préconisations	Janvier et Février 2009
Validation par la Commission départementale des Affaires sociales, le CROSMS et l'Assemblée départementale	Mars 2009

CHOIX D'ORIENTATIONS SOUMIS A ARBITRAGE DE L'EXECUTIF DEPARTEMENTAL

Ce document constitue la base de travail pour l'élaboration de la note de cadrage définitive. Un certain nombre de points nécessitent un arbitrage des Elus et de la direction générale.

Participation des Elus

Quelle place/expression les Vices-Présidents souhaitent-ils prendre ?

- une prise de parole directe dans de petits encarts sur le document,

OUI

NON

- l'ouverture ou l'animation, en lien avec le service de la CMS et la direction du Pôle, des 2 temps forts du schéma : la journée de lancement (Juillet) et la journée de restitution des propositions formulées par les groupes de travail thématiques (janvier 2009)

OUI

NON

- une participation aux groupes de travail thématique,

OUI

NON

- autre : à préciser

Contenu du schéma

Doit-il prendre une orientation prioritaire de programmation de services ou de structures?

OUI

NON

ou doit-il prioriser un outil d'orientation politique ?

OUI

NON

Depuis 2004, le Département a développé une politique ambitieuse d'ouverture de places. Cette politique se poursuit sur les 3 prochaines années (535 places sur 3 ans). Le schéma 2009-2013 pourrait faire le bilan de la programmation réalisée et en cours, et mettre l'accent sur la démarche-qualité sans outil de programmation en annexe.

Etes-vous favorable à cette présentation ?

OUI

NON

Schéma conjoint PA/PH

Forme du document

Un seul recueil comportant 3 chapitres -un PA et un PH- auxquels s'ajoute un chapitre commun PA/ PH dans l'esprit de la convergence

OUI

NON

Des valeurs communes fondatrices du schéma pour les 2 groupes de population PA et PH.

OUI

NON

Positionnement sur la signature du schéma

Le schéma peut être signé conjointement par le Département et l'Etat ou seulement par le Président. Cependant l'Etat assure majoritairement le coût total de la prise en charge du handicap (enfance, travail), il serait judicieux de l'associer à la démarche et plus symboliquement à la signature.

Etes-vous favorable à une signature conjointe Département-Etat ?

OUI

NON

Partenariat

▪ Etes vous favorable à une participation active de l'Etat dans les instances de suivi ?

OUI

NON

dans les différents groupes de travail ?

OUI

NON

Place des usagers

- Etes-vous favorable à la participation d'associations de Personnes handicapées ou membres de droit de la CDA ?

OUI

NON

- Etes-vous favorable à un positionnement fort du CDCPH non activé actuellement ?

OUI

NON

Recours à un prestataire extérieur

Etes-vous favorable au recours à un prestataire extérieur pour accompagner la démarche du schéma et des études particulières ?

Une ligne financière est prévue à cet effet (pôle PA/PH).

OUI

NON

Docteur Maryse VOCANSON

Directrice Coordination médico-sociale

ANNEXE 6 :
NOTE DE CADRAGE PA

adjointe

SERVICE COORDINATION MEDICO-SOCIALE

S/C de Mme la Directrice du

service

Le 30 avril 2008

<p style="text-align: center;">SCHEMA DEPARTEMENTAL 2009 - 2013 EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES</p>
--

Contexte législatif et réglementaire

L'élaboration du 3^{ème} Schéma départemental 2009-2013 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des Personnes âgées s'inscrit dans un cadre législatif rénové avec :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui instaure une véritable planification sociale et médico-sociale avec l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Elle conforte la dynamique de ces outils dans l'élaboration et la valorisation des politiques départementales,
- la loi du 13 août 2004 sur les libertés et responsabilités locales, qui confie aux Départements le rôle de chef de file de la politique gériatrique et de pilote de la coordination,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des Personnes handicapées, dont les principales dispositions ont pris effet au 1^{er} janvier 2006. Cette loi vise entre autre à compenser les conséquences du handicap.

Par ailleurs, les dispositifs pour Personnes âgées et handicapées sont appelés à se fondre dans une prestation unique ou droit universel d'aide à l'autonomie pour compenser la déficience quel que soit l'âge de la personne, dans **un esprit de convergence** des prestations sans pour autant uniformiser les réponses.

Au plan national, une réflexion est engagée sur **la création d'un 5^{ème} risque**. Il s'agit de créer un nouveau champ de protection sociale dédié au risque dépendance pour faire face à l'augmentation des dépenses liées à la perte d'autonomie.

Enfin, le 3ème schéma s'inscrit dans un contexte de réformes des politiques publiques, qui impacteront dès 2009 les organisations sanitaires et incidemment le secteur médico-social (création des Agences Régionales de Santé, évolution de la carte hospitalière) et les pratiques professionnelles des métiers de la santé. Il devra s'inspirer des plans nationaux : Solidarité Grand Age, Plan Alzheimer et Plan Bien vieillir.

Au niveau régional, le schéma doit tenir compte des recommandations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS III) élaboré par l'Agence régionale de l'hospitalisation et du PRIAC, outil de programmation préparé par les DDASS et les DRASS qui fixe les priorités de financement en terme de création et d'extension d'établissements dans chaque région, par département.

Au niveau départemental, le schéma doit intégrer les orientations du Plan départemental « Prise en charge médico-sociale des Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées dans le Rhône- document d'orientations 2008-2011 ».

Valeurs, principes d'actions, enjeux du schéma

Le nouveau schéma traduit la politique du Département dans le domaine gérontologique et repose sur des valeurs et des principes d'action qui pourraient être communs aux domaines Personnes âgées et Personnes handicapées dans l'esprit de la convergence.

▪ Les Valeurs

- Autonomie de la personne quel que soit son âge et son lieu de vie, sa situation de handicap
- Respect du projet de vie
- Participation citoyenne.

▪ Les principes d'actions

- Information de qualité pour un choix éclairé
- Individualisation de la réponse et équité de traitement
- Souplesse et cohérence du suivi des réponses par la reconnaissance du caractère évolutif du parcours de vie,
- Articulation entre les secteurs médico-social et sanitaire

- o Rationalisation des coûts et démarche qualité
- o Proximité territoriale.

Le schéma se propose de renforcer et de poursuivre la **dynamique partenariale** engagée de longue date.

▪ **Enjeux**

Le Département du Rhône connaîtra, dans les prochaines années, un **vieillissement plus marqué**. Comme sur l'ensemble du territoire national, le Rhône sera confronté à l'arrivée massive des générations de l'après-guerre, particulièrement entre 2010 et 2040.

L'INSEE prévoit un **doublément des plus de 85 ans** entre 2000 et 2020 (de 7 874 à 11 153 personnes), entraînant une **augmentation de la dépendance** en chiffre absolu.

Dans le Rhône, des études menées par l'Observatoire Régional de la Santé et par l'INSEE Rhône-Alpes ont montré une **répartition très inégale des populations âgées** sur le territoire départemental.

Les personnes âgées de plus de 85 ans et les personnes vivant seules sont surreprésentées dans les **centres des grandes villes**. Le **milieu rural** est caractérisé par une surreprésentation des personnes âgées **de plus de 85 ans vivant seules à domicile, avec de faibles revenus**. Ces disparités de conditions de vie génèrent des inégalités de santé en terme de vieillissement prématuré sur des zones en situation de précarité socio-économique (Vaulx en Velin, Tarare et le Haut Beaujolais).

Même si l'espérance de vie sans incapacité devrait augmenter, les personnes âgées seront porteuses de maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires...) nécessitant une prise en charge sanitaire ponctuelle notamment hospitalière, tout en continuant à vivre à domicile. **La coordination entre acteurs du sanitaire et du médico-social** devra être renforcée au moment de la sortie d'hôpital, notamment pour les personnes vulnérables (très âgées et/ou isolées), dans l'objectif de fluidifier la filière et d'éviter le recours itératif au service des urgences.

L'ampleur du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer constitue un autre enjeu de taille, tant pour le patient lui-même (20 000 cas

estimés dans le Rhône) que pour son entourage, qui, selon les études publiées, présentent un niveau de stress important avec des incidences sur leur santé : problèmes cardio-vasculaires, dépression et alimentation déficiente. Ces conséquences sont d'autant plus à prendre en compte que la durée de vie d'une personne atteinte de troubles neurocognitifs est en moyenne de 13 ans.

Au plan national, les revenus des personnes âgées devraient croître dans les dix prochaines années puis baisser sensiblement à partir de 2025, avec **paupérisation relative de l'ensemble des retraités**. Les niveaux de vie les plus faibles concernent majoritairement les plus de 80 ans, seuil qui marque une fragilisation liée à la dépendance et à la perte du conjoint.

Concernant l'aide informelle apportée principalement par les aidants familiaux, ces derniers seront moins nombreux proportionnellement à la croissance du nombre des personnes âgées dépendantes. La **baisse des aidants potentiels** par personne âgée dépendante est donc en perspective.

Le maintien à domicile, qui reste une aspiration profonde des personnes âgées, suppose une réflexion sur **l'adaptation des logements** et sur la prise en compte du vieillissement dans les futures constructions immobilières. L'utilisation de la domotique et plus largement, des **nouvelles technologies de l'information et de la communication** (NTIC) sont à considérer pour soutenir un maintien à domicile de qualité visant à favoriser le lien social et à contribuer à la sécurité de la personne.

La population âgée, qui devrait se renouveler fortement dans les 10 prochaines années, porte un **profil sociologique différent** des générations précédentes. Le niveau de formation et de diplôme, l'accès à l'information diversifiée (internet) et la **volonté d'exercer un libre-choix** sur l'offre disponible, constituent autant de facteurs qui vont modifier profondément l'expression des attentes et des besoins des personnes âgées, du domicile à l'établissement. Mieux connaître les aspirations de cette nouvelle population est un enjeu majeur pour proposer des réponses diversifiées, personnalisées, innovantes, au plus près de la personne sans engendrer de coût supplémentaire.

Au-delà des réponses médico-sociales, le vieillissement peut être envisagé sous l'angle du **développement du territoire**. La mise en valeur des territoires en tant que pôle de qualité de vie (logement adapté, aménagement urbain incluant les

transports, maillage sur le territoire des services à domicile de qualité, usage des NTIC) peut largement contribuer au développement économique et social, notamment en permettant de conserver des emplois de services et ainsi changer le regard sur le poids des aînés.

La population des jeunes seniors constitue un **vivier** qui gagnerait à être valorisé. Toutes les actions susceptibles de **promouvoir l'activité librement choisie**, à titre bénévole ou salarié, des jeunes seniors dans le champ familial ou en dehors, contribuent à l'apport de richesses en matière d'expérience, de solidarité, d'entraide et au « Bien vieillir » (maintien des capacités, rôle social reconnu, etc.).

Objectifs

- Renforcer l'**observation** de la population âgée de plus de 60 ans. Développer la connaissance des nouvelles générations arrivant à la retraite, de leurs attentes et celles des personnes de plus de 75 ans confrontées à l'entrée dans la dépendance.
- Proposer une **approche territoriale**, pour une meilleure connaissance de l'environnement des problématiques locales, pour une réponse plus adaptée.
- Favoriser le **lien social et lutter contre l'isolement** quelle qu'en soit la cause : isolement géographique, accessibilité aux transports, grande vulnérabilité, précarité, niveau de dépendance élevé en établissement et à domicile, en proposant des réponses diversifiées, adaptées à l'âge et à la perte d'autonomie.
- Valoriser le **rôle social** des personnes âgées dans la société, en favorisant le bénévolat, notamment les échanges entre les générations et conduire une réflexion sur l'intérêt et l'adaptation de l'activité salariée, au-delà de l'âge officiel de la retraite.
- Promouvoir une **prise en charge médico-sociale de qualité** de la personne âgée à travers :
 - **le développement de la coordination gériatrique départementale** portée par les MDR-CLIC, en favorisant l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social,
 - **l'aide aux aidants** : développer des actions diversifiées allant des actions d'information individualisées ou collectives à la recherche des solutions de répit,

o **la modernisation des services d'aide à domicile et des établissements** dans un souci de mutualisation des ressources et des compétences. Il conviendra de prendre davantage en compte le niveau de perte d'autonomie, les besoins et les objectifs de la personne dans un contexte de diminution du nombre des aidants naturels et professionnels et de rationalisation des moyens.

▪ **Faciliter l'accès au logement adapté**

o Conduire une réflexion départementale associant l'ensemble des acteurs institutionnels du logement pour favoriser **l'aménagement de logements adaptés** et intégrés à la vie de la cité, et anticiper la réponse aux besoins à venir pour les logements à construire.

o Développer des **outils de connaissance et de partage d'information** sur le parc existant, les besoins et les réponses à élaborer.

o Conduire une réflexion sur les établissements tant en termes **d'aménagement intérieur** (rénovation des établissements ou nouvelles constructions) que dans un objectif d'ouverture sur l'environnement extérieur.

▪ Développer **une culture du « Bien vieillir »**

En dehors des objectifs ci-dessus qui participent au « Bien vieillir », **développer des campagnes ou des actions locales** autour de l'équilibre de vie et de la prévention des pathologies du vieillissement (dépression/suicide, prévention des cancers, prévention des troubles sensoriels etc.)

Choix méthodologique

Le schéma constitue un moment de mobilisation du plus grand nombre possible d'acteurs : acteurs institutionnels, acteurs de terrain, représentants d'usagers. La reconnaissance du caractère de référence du schéma est fortement liée aux conditions de sa réalisation.

- **Méthode participative** associant les associations, les représentants des Personnes âgées notamment le CODERPA, l'Union départementale des associations familiales et des experts.

- **Dynamique partenariale**

Etant donné l'importance de ses missions et de ses compétences, l'Etat aura une place privilégiée tout au long de la démarche de concertation et d'élaboration des programmes d'action.

D'autres institutions, structures spécialisées sont associées à la démarche en fonction des thèmes de travail retenus, (Assurance maladie, CRAM et MSA, Caisses de retraite, acteurs gérontologiques, acteurs du logement, des transports, de l'action culturelle etc.).

- **Recours à des prestataires extérieurs pour la réalisation d'études spécifiques.**

Etapes de la démarche

D'une durée optimale de 12 mois effectifs incluant les phases préparatoires et de validation, le schéma comporte plusieurs phases actives qu'il convient d'enchaîner en vue d'une bonne efficacité de son déroulement :

- une réunion de lancement de la démarche partenariale, qui pourrait être portée par le Vice-président, avec l'appui du service de la Coordination médico-sociale du Pôle PA-PH,
- 7 groupes de travail thématiques dont 3 groupes communs PA-PH dont l'objectif sera de produire des préconisations à partir des thématiques consensuelles ou enjeux stratégiques. Planification sur quatre réunions entre juin et décembre 2008.
- Elaboration des programmes d'action par le Pôle PA-PH associant les partenaires, à partir des propositions des groupes de travail thématiques.

Instances dans la démarche

Trois instances portées par le service de la Coordination médico-sociale guideront et animeront la démarche.

- **Un comité départemental de pilotage**

Mission : valider la démarche et son suivi.

Acteurs : Direction générale, Vice-président, Etat, autres institutions partenaires.

- **Un comité de suivi**

Mission : suivi de la mise en œuvre.

Acteurs : directeurs des pôles PA-PH, Proximité territoriale, Conseil technique social, autres pôles en fonction des champs retenus, Etat, usagers.

▪ **Groupes de travail thématiques**

Mission : valider l'état des lieux et le bilan de l'ancien schéma, élaborer les propositions d'actions suivant les thématiques retenues.

Acteurs : équipes territoriales, usagers, partenaires , Elus.

Echéancier prévisionnel

Lancement des schémas	juin 2008
Lancement des instances	Juin 2008
Validation de la phase diagnostic/Etat des lieux	Juin 2008
Réunion des groupes de travail thématiques (3 ou 4, au rythme d'une réunion mensuelle)	entre Juillet et Décembre 2008
Synthèse des programmes d'action	Décembre 2008
Rédaction du document final de préconisations	Janvier et Février 2009
Validation par la Commission départementale des Affaires sociales, le CROSMS et l'Assemblée départementale	Mars 2009

**CHOIX D'ORIENTATIONS SOUMIS A ARBITRAGE DE
L'EXECUTIF DEPARTEMENTAL**

Ce document constitue la base de travail pour l'élaboration de la note de cadrage définitive. Un certain nombre de points nécessitent un arbitrage des Elus et de la Direction générale.

Participation des Elus

Quelle place/expression les Vice-présidents souhaitent-ils prendre ?

- l'ouverture ou l'animation, en lien avec le service de la Coordination médico-sociale et la Direction du Pôle, des 2 temps forts du schéma : la journée de

lancement (Juin) et la journée de restitutions des propositions formulées par les groupes de travail thématiques (janvier 2009)

OUI NON

- une participation dans le comité de pilotage et les groupes de travail thématique

OUI NON

- une prise de parole directe dans de petits encarts sur le document final

OUI NON

- autre : à préciser :

Contenu du schéma

- **Le schéma doit-il prendre** une **orientation prioritaire de programmation** de services **ou** de structures ?

OUI NON

- **ou doit-il être** un **outil d'orientation politique** ?

OUI NON

Concernant les établissements, il convient d'avoir une réflexion plus large que la simple programmation en terme d'offre nouvelle, afin d'intégrer les perspectives d'évolution du parc actuel.

- **Schéma conjoint PA/PH**

Valeurs et principes d'action

Des valeurs communes fondatrices du schéma pour les 2 groupes de population PA et PH. Introduction commune pour l'ensemble du recueil

OUI NON

Approche territoriale

Démarche innovante tenant compte des dernières études (ORS, INSEE) et des recommandations (Haute Autorité de Santé, Programme Régional de Santé Publique). Cette approche récente pourrait être présentée à l'ensemble des élus. Elle présente l'intérêt d'une anticipation du vieillissement pathologique précoce et d'autres pathologies spécifiques à venir sur certains territoires (Haut Beaujolais, Tarare, Vaulx en Velin) :

OUI NON

Forme du document

L'option qui pourrait être retenue, serait celle d'un seul recueil comportant 3 chapitres : un PA et un PH, auxquels s'ajouterait un chapitre commun PA-PH dans l'esprit de la convergence :

OUI NON

Positionnement sur la signature du schéma

Schéma conjoint Département – Etat **ou** seule signature du Président ?

En faveur d'une signature unique Président du Conseil général : visibilité et positionnement clair du Département comme pilote de l'action gériatologique depuis la loi du 13 août 2004 :

OUI

NON

Place des usagers : position des élus sur la démarche ci-dessus

o **Place privilégiée du CODERPA**, instance consultative de réflexion chargée d'émettre des avis et propositions en matière de politique gériatologique, au travers de la **valorisation de ses travaux** qui pourront servir d'appui aux programmes d'action du schéma :

OUI

NON

o Les groupes thématiques pourraient s'appuyer sur la **dynamique créée** depuis 3 ans dans toutes les commissions avec élargissement aux autres acteurs :

OUI

NON

ANNEXE 7 :
RESUME DE LA
METHODOLOGIE
« TYPE » POUR UN
SCHEMA

Démarche en 6 temps

Étape préparatoire avec les services

Définir le champ **Recherches documentaires** :

- Assises dans le contexte législatif et les politiques nationales, locales
- Environnement des schémas : les autres schémas.
- Recherches documentaires sur les problématiques actuelles concernant la population cible de la collectivité.
- Regard sur les anciens schémas de la collectivité.

Acteurs associés **Echanges et rencontres** :

- “Benchmarking” des schémas.
- Echanges avec hautes instances (ex : CNSA).
- Rencontre avec le responsable des schémas intéressants.

Consultation des usagers (ex : coderpa/cdcph)

Temps technique et temps politique

Espace

Articulation avec les autres dispositifs

Ressources nécessaires

- Equipes et services du pôle concerné de la collectivité
- Ressources spécialisées (ex : logement...)
- Sources disponibles (ex : études, stat, rapports etc.)

Note de cadrage

Principes

Enjeux

Objectif

Choix méthodologique

Instances dans la démarche

Étapes de la démarche

Etat des lieux

Évolution démographique de la population générale et des populations spécifiques

Projections à 5 ans et plus (20 ans)

Spécificités des territoires

Bilan de l'ancien schéma: évaluation du processus et réalisation des objectifs

Évolution des besoins: besoins en évolution, besoins nouveaux, besoins émergents

Évolution de l'offre de service quantitative et qualitative.

Validation de l'état des lieux avec les partenaires.

Etape de la construction

Groupe de travail Propositions d'actions

Description de la démarche de concertation :

En interne

- grande réunion de lancement
- petites réunions avec « personnes ressources » pour note de cadrage qui fixe les valeurs, les principes d'actions, les enjeux, les objectifs stratégiques et le choix de la méthode.
- petites réunions avec « personnes ressources » pour le bilan de l'ancien schéma.

En externe

- associations représentantes des usagers (CODERPA / CDCPH) + acteurs concernés (professionnels de terrain, spécialistes des problématiques, autres associations ou organismes...)

Etape de construction des propositions

Etape de validation (exemple des schémas PA/PH)

Soumis :

- aux commissions départementales
- à l'avis du CROSMS
- à l'Assemblée Départementale



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER

Nancy-Université

Le concept de schéma : Outil de programmation opérationnelle ou Démarche concertée au service d'une stratégie ?

Gossot Pierre Simon

Université Henri Poincaré, Nancy 1.

juin 2008

Schéma, démarche de projet, territoire, politiques publiques, concertation, programmation versus orientations, méthode, stratégie, objectif, enjeux, ressources, besoins, évaluation, collectivités territoriales, Conseil général, Elus...

Dans ce mémoire, nous commençons par donner un aperçu de **la structuration progressive des politiques publiques du Département**. Après la première loi de décentralisation de 1982, plusieurs blocs de compétences sont transférés de l'Etat aux collectivités locales. Par un souci **d'évaluation de l'action politique et d'évaluation des besoins**, les politiques locales vont donc se structurer par l'intermédiaire de schémas. Un schéma est un **outil de programmation ou d'orientations politiques** porté par une collectivité dans un cadre législatif défini.

Ici, il s'agit de montrer que **la finalité d'un schéma influence le choix de la méthode et le document produit**. A travers cette problématique, nous avons décidé d'analyser ce qu'un schéma peut apporter en termes de réflexion, de réorganisation territoriale, de concertation des acteurs, de mobilisation des ressources... Nous nous apercevons que la finalité n'est pas la seule chose qui impacte la méthode choisie et la forme du document. D'autres éléments perturbateurs entrent en jeu : **la territorialisation, l'implication des Elus, la démarche de projet...**

Diagram, project approach, territory (land settlement), public policies, professional cooperation, scheduling versus political guidance, method, strategy, objective, stakes, resources, needs of the local population, valuation, territorial community, county council, elected members...

This report starts with an insight into **the gradual structuring of public policies on the French territory**. The 1982 law of decentralization entailed the transfer of several competences from the State to territorial communities. Diagrams will contribute to structure local policies **by estimating the expectations of the local population and the appropriate political action**. A diagram is **a tool for scheduling or for political guidance** carried out by the territorial community within defined legislative rules.

Here, the point is to show **the impact the aim of a diagram has on the method used and the final shape of the resulting document**. The purpose of this problematic is the analysis of the contribution of a diagram in terms of reflection, professional cooperation, participative democracy, land settlement, mobilization of resources... However, we come to realize that the aim of the diagram is not the only influencing element to take in account. Other disruptive elements are at stake : **differences of territory, the implication of the elected members, the project approach...**