

« Les réponses aux besoins d'accompagnement des personnes vivant à domicile »



Colloque départemental du 16 janvier 2019

Espace Florian - Châteauneuf sur Loire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Alexandrine LECLERC, Vice-présidente du Conseil Départemental, Présidente de la commission de l'Enfance, des Personnes âgées et du Handicap	4
PARTIE 1 : LE POINT DE VUE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETE ET DE L'AUTONOMIE	6
Pierre MONTIGNY, Vice Président du CDCA, Section « Personnes Âgées »	6
Jean Claude DION, Vice Président du CDCA, Section Handicap	9
ECHANGES AVEC LA SALLE	11
PARTIE 2 : LA NOTION D'ACCOMPAGNEMENT EN ACTION SOCIALE	12
L'EDUCATION POPULAIRE ET LE DEVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL COMME REFERENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VULNERABLES ?	12
Bruno GUYARD, Directeur des centres sociaux de l'Association Socio-Culturelle Abraysienne et Loïc TRIMARDEAU, Animateur fédéral à la Fédération des centres sociaux – Région Centre-Val de Loire	12
L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE : QUELLES REPONSES DU MEDICO-SOCIAL ?	18
Carole PEINTRE, déléguée fédérale à l'ANCREAI, Fédération des Centres Régionaux d'Études d'Actions et d'Informations	18
ECHANGES AVEC LA SALLE	26
PARTIE 3 : L'EVALUATION DES BESOINS ET ASPIRATIONS DES PERSONNES	29
LE PARCOURS RESIDENTIEL PROGRESSIF : RETOUR D'EXPERIENCE DE L'ACAIS DANS LA MANCHE	29
Céline FAUCHER, Directrice du pôle Habitats et des Activités de jour et Nadège AULNAY, Directrice des services d'accompagnement en milieu ouvert, Association du Cotentin d'Aide et d'Intégration Sociale	29
PRESENTATION DES TRAVAUX DE L'APIRJSO LA COURONNERIE: ELABORATION D'UN OUTIL D'EVALUATION	34
Catherine TALLANT-MAHOUT, Directrice du Pôle Vie Sociale et Habitat Et Yohann DELAGE Aide Medico-psychologue, APIRJSO La Couronnerie	34
ECHANGES AVEC LA SALLE	35
PARTIE 4 : SUITES ET PERSPECTIVES	38
Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale, Département du Loiret	38
CONCLUSION	40
Marc GAUDET, Président du Conseil Départemental	40

INTRODUCTION

ALEXANDRINE LECLERC, VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL, PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE L'ENFANCE, DES PERSONNES AGEES ET DU HANDICAP

Bonjour à tous. En ce début d'année, je vous souhaite mes meilleurs vœux de santé, de joie et de douceur. En ce moment, nous avons besoin de douceur dans cette ambiance nationale.

Je souhaite tout d'abord vous remercier d'avoir tous répondu présents à cette deuxième édition des rencontres de l'autonomie. Cela s'inscrit dans la continuité de notre première rencontre qui était le 12 septembre 2018. Elle portait sur la démarche d'inclusion par l'habitat des personnes en situation de handicap.

Je tiens à rappeler en quelques mots l'engagement politique fort du conseil départemental du Loiret. Engagement qui se veut partenarial et innovant pour conduire la transformation inclusive de notre territoire et accompagner le changement des pratiques des différentes familles d'acteurs concernés par la mise en œuvre de formules d'habitat innovantes, diverses, ainsi que les promoteurs des projets, dans l'élaboration de leur projet d'habitat inclusif.

Je tiens à vous informer que le Département du Loiret a répondu à l'appel à manifestation d'intérêt qui est : identification de « territoires 100 % inclusifs », lancé par la secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées.

Par cette candidature, nous souhaitons mettre en valeur les projets et les actions qui sont mis en œuvre sur notre territoire et conforter le Département et son engagement, mais aussi le vôtre, à promouvoir la construction d'une société inclusive.

Pour celles et ceux qui n'ont pas pu participer au colloque du 12 septembre dernier, vous trouverez sur le site Internet de la collectivité « Les actes du colloque ». C'est un document qui regroupe l'ensemble des interventions et les débats de la journée.

Il a fallu prendre ces actes et il nous a fallu du temps. Cette première rencontre a été riche d'échanges et d'apprentissages avec la présentation des orientations et des enjeux de la politique publique en faveur de l'habitat inclusif par différents partenaires institutionnels. Et d'autre part, par la découverte de plusieurs réalisations d'habitat inclusif grâce aux témoignages de porteurs de projets qui sont venus de toute la France, nous faire part de leurs expériences en matière de développement de formules innovantes.

À l'issue de cette journée, nous avons fait le constat partagé de la nécessité de nous mobiliser collectivement pour promouvoir ces pratiques inclusives à travers l'angle du logement et développer des solutions innovantes qui permettent aux personnes qui le souhaitent de vivre chez elle, selon leur choix, quel que soit leur âge ou leurs difficultés.

Nous sommes convaincus de la nécessité de faire évoluer l'offre d'accompagnement. Le Département, en collaboration avec l'association « La Fabrik' Autonomie et Habitat » a convié en novembre dernier l'ensemble de ses partenaires à une réunion de travail afin d'engager le chantier dans une logique de coût construction à partir du recensement des besoins de chacun.

De ce premier état des lieux, le Département s'est engagé à mettre en place un plan d'accompagnement spécifique et personnalisé visant à transformer l'offre existante et/ou à proposer des choix alternatifs aux personnes qui le souhaiteraient. Ce plan d'accompagnement et les actions qui en découlent vous seront présentés en fin de matinée.

Nous avons fait ensemble le constat que l'accès au milieu ordinaire sur l'ensemble des composantes du parcours de vie n'est possible qu'à la condition d'un accompagnement adapté aux besoins et aux aspirations des personnes.

Ce deuxième colloque que nous vous proposons autour des réponses à apporter aux besoins d'accompagnement des personnes vivant à domicile s'inscrit pleinement dans la continuité de celui sur l'habitat inclusif. L'accompagnement des personnes dans leur capacité à « être et vivre chez soi » constitue une dimension essentielle pour relever le défi d'une société inclusive.

Cette matinée aura pour finalité de mettre en débat la notion d'accompagnement à domicile et de repenser ensemble les réponses de proximité qui peuvent être apportées pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de fragilité.

L'objectif de cette deuxième édition sera de faire la démonstration par la preuve que le médico-social ne peut pas être la réponse systématique à tous les besoins d'accompagnement des personnes en situation de fragilité. Recourir aux dispositifs de droit commun peut le plus souvent répondre aux besoins et aspirations des personnes à vivre, comme tout un chacun.

Pour nous accompagner tout au long de cette matinée, je remercie Monsieur Jean-Luc CHARLOT, Directeur de « La Fabrik' Autonomie et Habitat ». Il va animer ce colloque avec Monsieur GUERINEAU, Directeur général adjoint responsable du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale.

Le programme qui vous est proposé aujourd'hui s'articule de la façon suivante :

- Une intervention des deux vice-présidents du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA). Ils sont bien présents.
- Ensuite, on posera la problématique de l'accompagnement en action sociale avec l'éducation populaire et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.
- La matinée se poursuivra par le témoignage d'une association gestionnaire d'établissements et services pour personnes handicapées dans la Manche qui a mis en place le « parcours résidentiel progressif ».
- Ensuite, nous aurons une présentation des travaux pour un outil de recensement des besoins et des aspirations des personnes élaboré dans le Loiret.
- Enfin, la matinée se terminera par la présentation du plan d'accompagnement départemental et des actions qui vous seront proposées sur les mois à venir.
- Le président Marc GAUDET viendra clôturer cette rencontre.

Nous allons pouvoir démarrer. Je remercie mon collègue Philippe VACHER d'être ici ce matin.

Merci à tous.

PARTIE 1 : LE POINT DE VUE DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CITOYENNETE ET DE L'AUTONOMIE

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Merci Madame LECLERC. Je suis chargé de vous accompagner dans cette matinée. C'est essentiellement une mise en débat de la notion d'accompagnement. Je vais préciser mon mode d'accompagnement pour ce matin. Je vais évoquer plutôt l'« accompagnement musical ». Je serais la partie qui accompagne la partie principale que vous êtes et que seront les intervenants.

On démarre sur une première prise de position. Le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) est ici avec nous. Installez-vous.

Le CDCA, instance créée par la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) vise à renforcer la participation des personnes à l'élaboration des politiques publiques du handicap et de la vieillesse. Le CDCA donne son avis sur les questions concernant les personnes âgées et les personnes handicapées. Nous avons ici Monsieur MONTIGNY et Monsieur DION avec nous.

Nous avons envie d'avoir votre point de vue sur cette question d'accompagnement de la vie à domicile. Nous aimerions que vous nous disiez quels sont les difficultés et les questionnements que posent cette notion et ses pratiques d'accompagnement de la vie à domicile.

On peut commencer. Monsieur MONTIGNY, peut-être. Normalement, vous avez un support, si tout fonctionne.

PIERRE MONTIGNY, VICE PRESIDENT DU CDCA, SECTION « PERSONNES ÂGÉES »

Nb : L'intervention de Monsieur MONTIGNY est complétée par le PowerPoint annexé au présent document.

Bonjour à tous. Jean-Claude DION et moi-même sommes Vice-Présidents. Pour Jean-Claude, c'est la partie handicap et pour moi, les personnes âgées. Il s'agit de la première prestation publique du CDCA depuis son installation, en dehors de notre instance.

Je suis le porte-parole de la section « Personnes âgées » du Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie. Je ne sais pas si vous connaissez l'instance. Elle est scindée en deux parties. D'une part, le handicap et de l'autre, les personnes âgées. Nous fonctionnons de manière relativement indépendante. Nous nous retrouvons pour les sessions plénières.

Au sein de la section « Personnes âgées », nous avons une réflexion sur la question du maintien à domicile. Comment mieux prendre soin de nos aînés ? C'est l'objet de cette consultation nationale qui, à l'initiative du ministère des Solidarités et de la Santé. Il y a une certaine unanimité sur le fait de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Une majorité de

Colloque départemental du 16 janvier 2019

« Les réponses aux besoins d'accompagnement des personnes vivant à domicile »

nos concitoyens (94%) souhaite que le maintien à domicile des personnes âgées soit favorisé. Un faisceau de communication convergente oriente la décision en ce sens. On n'entend pas d'opinion contraire à cette option.

Mais favoriser le maintien à domicile ne nous empêchera pas de continuer à proposer des alternatives à cette option. Le recrutement et la formation de personnel de bon niveau seront la condition de maintien à domicile des personnes vieillissantes.

Mettre à disposition et faire évoluer une offre plurielle apparaît comme un challenge aujourd'hui. Aussi longtemps qu'une personne est autonome, il est permis de penser qu'elle ne nécessite aucune attention particulière. Pourtant, il paraît souhaitable que soit proposé tout un accompagnement visant à prévenir les risques rencontrés par les personnes vieillissantes. Cela va des causes d'accidents jusqu'à la prévention de la dépression, perte d'équilibre, diminution des capacités cognitives, risque de chute, combattre la solitude, permettre l'accès aux activités physiques, la prévention des risques liés à l'âge ou qui s'accroît avec l'âge, en général.

Quand la perte d'autonomie survient, c'est souvent à l'occasion du retour à domicile. Les besoins d'accompagnement sont détectés. Il est primordial que la fluidité du parcours soit assurée pour préparer ce retour à domicile. Aucun patient ne devrait être renvoyé chez lui sans que les prérequis ne soient remplis. Le séjour court laisse peu de temps pour organiser le retour à domicile. Mettre en place des soins post-hospitalisation, prévoir une assistance ménagère, etc.

La personne est-elle seule ? Le logement doit-il être adapté ? Au niveau du CDCA « personnes âgées », nous émettons quelques propositions pour fluidifier le parcours du patient. Mise en place d'un support administratif aux assistantes sociales et hospitalières qui coordonnera le retour à domicile. Il faut anticiper la date du retour à domicile pour mettre en œuvre les services nécessaires en temps voulu. Il faut créer une liste de prérequis pour s'assurer que toutes les conditions sont remplies pour autoriser la sortie.

Il faut préparer les conditions matérielles et médicales, identifier la présence d'un aidant, la disponibilité des soignants et identifier les besoins qui permettent le retour à domicile. Il faut élargir l'utilisation de la fiche jaune de suivi qui accompagne le patient et sert de liaison entre les secours à domicile et le personnel hospitalier.

En fonction du territoire et de la disponibilité des médecins, des infirmières et des revenus, il est plus facile d'organiser son maintien à domicile. C'est plus facile quand on dispose des moyens nécessaires pour aménager son domicile. Les structures médico-sociales de support sont-elles disponibles pour l'accompagnement et la mise en œuvre des mesures qui ont été préconisées par l'établissement de soins ? Le maillage du territoire par les structures est-il suffisant en nombre et géographiquement ? Il y a une différence entre les territoires urbains et ruraux.

Là, je fais référence à cette partie qui s'appelle "Volet personnes âgées : axes transversaux" dans le Plan régional de santé de l'ARS Centre Val de Loire 2018-2022.

Cela nécessite la disponibilité d'un accompagnant compétent ou alors des aidants. Ils peuvent s'adresser à un guichet unique pour effectuer les démarches pour les personnes qui n'ont pas les capacités de les assurer elles-mêmes.

Favoriser le maintien à domicile sera-t-il plus ou moins coûteux que l'hébergement en structure collective ? Le financement des services d'aide à domicile a un coût bien souvent supérieur au revenu des personnes. Une étude comparative concernant les coûts d'hébergement, mais aussi les accompagnements médico-sociaux en fonction des différentes solutions est indispensable à notre réflexion. Domicile, établissements de soins, maison intergénérationnelle, etc. Il est important de laisser le choix de la formule aux citoyens âgés.

Cette question arrive sur le devant des préoccupations. Elle touche toutes les strates de la société. Une personne sur trois de 45 à 65 ans fait face à la dépendance d'un proche. Favoriser le maintien domicile, c'est aussi solliciter davantage les aidants familiaux. Est-ce qu'on n'attend pas trop de ces personnes ? Est-ce qu'il ne faut pas alléger leur responsabilité ? Aujourd'hui, l'aidant disparaît souvent avant l'aidé.

La publicité autour de ces offres doit être amplifiée pour faciliter l'appel à ces structures lorsque cela devient nécessaire. Un guichet unique pour le renseignement et la coordination existe. Le maintien à domicile peut conduire à l'isolement progressif. Si la personne n'est plus en capacité de se déplacer, elle va s'isoler progressivement. Il faut prévenir la rupture du lien social. La situation va être différente en milieu urbain ou rural.

La réflexion du CDCA en relation avec le maintien à domicile est l'apport de la technologie, les ratios d'alerte ou détecteur de chute, système de présence verte, domotique expérimentée sur le Loiret, service de La Poste, acceptabilité par rapport à l'intrusion dans la vie privée et la surveillance par des proches ou des tiers, même si elle est bienveillante dans l'intention. Particularité en fonction des catégories socioprofessionnelles. Il y a la télémédecine. On peut expérimenter des systèmes pour aider chez-elles des personnes dépendantes.

La loi Elan réduit l'obligation pour les constructions neuves de la quantité de logements accessibles aux personnes handicapées et donc de logement permettant le maintien à domicile des personnes âgées. Une obligation d'installer un ascenseur dès le troisième étage a été intégrée à la loi. Mais le décret d'application présentée au gouvernement apporte des réflexions à cette obligation. Moins de 20 % des logements neufs y seront contraints. 63 % des immeubles collectifs ont moins de 10 appartements. La règle des 12 logements minimums s'applique par cage d'escalier. Quatre appartements par étage seront exonérés de toute contrainte. On ne peut que déplorer que cette évolution n'aille pas dans le bon sens et ne réponde pas aux besoins des citoyens.

Nous constatons que l'écosystème à mettre en place va nécessiter entre autre une co-construction avec les usagers, les pouvoirs publics et les élus, ainsi que des moyens dans des budgets contraints. Les pénuries de médecins, de personnels paramédicaux et d'aide à domicile devront être résolues sur tout le territoire de notre département. Elles affectent les personnes autonomes et d'autant plus celles qui le sont peu ou pas. L'actualité nous indique que nos concitoyens aspirent au maintien et à l'amélioration des services dans tous les domaines et surtout le territoire.

La réponse à ces aspirations nécessitera de revoir la priorité entre l'investissement dans les services et les infrastructures. Il faut changer le paradigme au sein des instances de décision. Un vaste chantier devant nous.

C'est le fruit de la réflexion de notre commission « personnes âgées ». C'est le début d'un chantier qui s'annonce ardu. Je vais passer la parole à Jean-Claude DION pour la partie handicap.

JEAN CLAUDE DION, VICE PRÉSIDENT DU CDCA, SECTION HANDICAP

Nb : L'intervention de Monsieur DION est complétée par le PowerPoint annexé au présent document.

Bonjour à tous. En ce qui concerne la formation spécialisée pour les personnes handicapées, elle s'est réunie à plusieurs reprises pour définir les besoins d'accompagnement et les réponses à apporter en matière d'accompagnement des personnes vivant à domicile.

Elle a fixé des préalables. Parmi les modes de compensation, les services d'accompagnement à domicile sont des dispositifs souples qui apportent un accompagnement dans les milieux de vie ordinaire et/ou vers l'emploi.

Pour l'ensemble des associations, ces dispositifs sont les pivots de l'articulation des différentes réponses et interventions auprès de la personne dans le cadre d'une stratégie globale d'intervention, pour la cohérence d'un parcours de vie.

L'évolution du contexte invite à s'interroger sur la place de ces services d'accompagnement à domicile, sur leur dimensionnement et leur mission et sur la nécessité d'un maillage territorial pertinent à retravailler dans le cadre d'une politique plus inclusive et dans un secteur en forte mutation.

Au niveau de l'évolution du contexte, elle s'est interrogée également. Dans un contexte européen de désinstitutionnalisation, la rapporteuse spéciale pour les droits des personnes handicapées pour l'ONU, Catalina DEVANDAS-AGUILAR, a « exhorté » le gouvernement pour mettre en place « un plan d'action concret pour assurer la fermeture progressive de tous les établissements existants et transformer l'offre actuelle de services ». Le rapport final est prévu pour mars 2019.

Cela entraîne une évolution des projets de vie des personnes, habituées à plus d'autonomie et d'inclusion dès l'enfance. Le vieillissement des personnes handicapées et des aidants. Le souhait des politiques que soient développées/inventées des formules intermédiaires combinant vie autonome et sécurisation de l'environnement, dont des formes d'habitat inclusif avec services.

C'est un projet de société que l'on ne peut que partager, dans lequel le secteur médico-social a toute sa place, mais qui n'en est pas le seul garant.

Les points de vigilance relatifs à l'accompagnement à domicile des personnes handicapées seraient d'ignorer le projet des personnes concernées dans la définition des modalités d'accompagnement. Considérer que les solutions d'hébergement médico-sociales sont exclusives et non inclusives. On le voit au travers des différentes associations et des différents établissements.

En termes d'hébergement, des associations ont pu mettre en place des appartements de type annexé ou proximité.

On défend aussi l'idée que les établissements de type hébergement travaillent sur une dynamique d'inclusion.

Il faut développer d'autres formes d'accompagnement encore inexistantes.

Créer des situations d'isolement est problématique. Le logement seul ne peut pas être inclusif. Il faut que ce soit tout l'environnement de vie qui le soit.

Pour nous, les conditions de réussite pour permettre des accompagnements à domicile plus nombreux et respectueux des besoins des personnes, il est nécessaire de prendre en compte les personnes et leurs besoins, de développer une fonction de coordination des parcours de vie, transversale pour l'accompagnement social, médico-social et de santé.

Favoriser l'interconnaissance des acteurs sur un territoire. Permettre l'ouverture des professionnels et des associations vers plus de partenariats. Former les professionnels aux nouveaux modes d'accompagnement et au pilotage de fonctions de coordination. Co-construire les réponses entre le Conseil départemental, l'ARS et les associations. De renforcer les services à domicile existants pour faire face à l'évolution des besoins et peut-être également plus généralistes, avec des plateaux techniques renforcés et une réflexion sur l'ensemble d'un territoire plus inclusif.

Les conditions de réussite pour permettre ces accompagnements à domicile : conduire une réflexion sur des modèles économiques viables, pour tout type d'accompagnement, en lien avec les pouvoirs publics. Intégrer l'habitat inclusif dans la réflexion sur le domicile, sans en faire une réponse qui se substituera aux solutions d'hébergement. Prendre le temps du passage au domicile, tant pour les professionnels que pour les usagers et les familles. Permettre aux personnes handicapées de pouvoir faire des allers-retours entre le domicile et l'institution tout au long de leur parcours de vie. Ouvrir la réflexion de l'accompagnement à domicile par les familles et les bénévoles, en plus de l'accompagnement médico-social pouvant être proposé.

10 propositions de la formation « personnes handicapées » ont été formulées par le CDCA :

1. La première, c'est d'engager une réelle concertation avec l'ensemble des associations pour évaluer les besoins réels afin de co-construire des réponses qui correspondent à ces besoins et de recueillir les propositions des associations.
2. Mobiliser des ressources pour assurer la phase de transition et permettre la formation des professionnels.
3. Permettre aux SAVS et SAMSAH de bénéficier d'un renforcement de moyens pour qu'ils puissent répondre aux besoins d'une population plus nombreuse sur l'ensemble du territoire.
4. Envisager la création de pôles/de plateformes d'aide ou de soins à domicile, regroupant l'ensemble des compétences nécessaires autour de la personne concernant son accompagnement social, médico-social et de santé pour un suivi de parcours renforcé, avec de réels coordinateurs de parcours.
5. Adapter les réponses médico-sociales à la réalité des territoires.
6. Réaffirmer la place des associations dans l'accompagnement médico-social.
7. Réaffirmer l'importance de solutions d'hébergement pour les personnes qui rencontrent des problématiques complexes.

8. Renforcer le rôle de la MDPH dans l'accompagnement des personnes à la définition de leur projet de vie.
9. Intégrer l'e-santé à la réflexion commune.
10. Et inventer un type d'habitat permettant, quel que soit son lieu de vie, de rester maître de ses choix de vie, avec les services d'aide à domicile et un accompagnement social à proximité.

Merci.

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Merci pour cette restitution des travaux de vos deux commissions. Cela pose l'enjeu et les débats de ce matin. C'était une excellente introduction aux interventions qui vont se dérouler tout au long de la matinée. Il y a plusieurs convergences entre les deux commissions. Les préoccupations que vous exprimez sont la problématique claire de ce matin.

On peut prendre quelques interventions ou demandes de précisions, même si c'était précis et complet. Il y a peut-être des questionnements ou des demandes de précisions. Nous avons un peu de temps. Mais ce n'est pas une obligation.

ECHANGES AVEC LA SALLE

Un participant de la salle

Vous avez parlé de la contribution additionnelle pour la citoyenneté et l'autonomie. Cette contribution des personnes âgées à la retraite et des actifs représentent 3 milliards. Est-ce qu'elle est toute utilisée pour les personnes âgées, parce que c'était son but ?

Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale au Département du Loiret

Je ne vais pas répondre à la question en tant que représentant des services du Département. Mais cette question renvoie aux interrogations qui ont été posées sur l'écosystème de l'accompagnement des personnes qu'elles soient en perte d'autonomie ou en situation de handicap. On ne va pas pouvoir répondre à votre question ce matin. Mais le choix de vie des personnes, comment est-il économiquement supportable par l'ensemble de l'écosystème ? Ce matin, l'un des enjeux va être la capacité collective que nous avons à traduire les orientations telles qu'elles ont pu être présentées par les deux commissions.

Jean-Luc CHARLOT, Directeur de l'association « La Fabrik'Autonomie et Habitat »

Cette interrogation, on connaît la réponse. On sait que ce fléchage initial n'a pas été utilisé pleinement pour ce pourquoi il n'a pas été mis en place.

Ce n'est pas forcément l'instance de ce matin qui était le lieu pour apporter une réponse ou une affirmation telle que vous le faites. Même si cela peut être partagé

PARTIE 2 : LA NOTION D'ACCOMPAGNEMENT EN ACTION SOCIALE

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Nous débutons la deuxième séquence où nous allons nous interroger sur les fondements et les pratiques de l'accompagnement. Nous avons choisi d'interroger à la fois les fondements et les pratiques avec deux référentiels : le premier axé sur l'éducation populaire et le second sur le médico-social.

Nous commençons par l'éducation populaire avec Bruno GUYARD qui est Directeur des centres sociaux de l'Association socio-culturelle Abraysienne (ASCA). Madame Ramatou SOW ne pouvant être parmi nous, Loïc TRIMARDEAU va la remplacer concernant les centres sociaux.

Ensuite, nous reviendrons sur la dimension médico-sociale avec Carole PEINTRE. La question que nous nous posons lorsque nous avons préparé cette rencontre, c'était de nous donner à comprendre les fondements concernant l'accompagnement des personnes vulnérables et l'illustrer d'un certain nombre de pratiques.

Et vous pourriez nous dire également en quoi ces outils peuvent être des ressources sur le territoire par rapport à l'accompagnement des personnes.

L'EDUCATION POPULAIRE ET LE DEVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL COMME REFERENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VULNERABLES ?

BRUNO GUYARD, DIRECTEUR DES CENTRES SOCIAUX DE L'ASSOCIATION SOCIO-CULTURELLE ABRAYSIENNE ET LOÏC TRIMARDEAU, ANIMATEUR FEDERAL A LA FEDERATION DES CENTRES SOCIAUX – REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Bruno GUYARD

Merci de bien vouloir nous accueillir. Je remercie le Département du Loiret d'avoir convié les centres sociaux à participer à cette matinée.

Nous sommes dans un environnement qui ne nous est pas familier. Mais ce sont des publics que l'on accueille dans les centres sociaux.

Je vais faire une petite présentation rapide. Je suis directeur d'une association qui gère 3 centres sociaux. Je suis accompagné de Loïc TRIMARDEAU. Et je suis administrateur d'une fédération.

Dans la région Centre, il y a 71 centres sociaux dont 25 dans le Département du Loiret.

C'est le département qui est le plus doté en centres sociaux, mais avec une couverture du département qui est inégale. Sur ces 25 centres sociaux, nous en avons plus d'une vingtaine qui

se situent sur la métropole Orléanaise. Il y en avait un à Châteauneuf-sur-Loire il y a quelques années, mais il a malheureusement disparu.

Sur le plan national, il y a 2730 centres qui sont agréés par les caisses d'allocations familiales. 80 % d'entre eux se situent sur un territoire urbain et 20 % sur des territoires ruraux. Il y a 120 000 habitants qui sont engagés dans des instances de pilotage et d'animation de l'activité. J'y reviendrai, puisque la participation des habitants à l'activité des centres sociaux est l'un des principes d'action de ces structures. 80 % des centres sociaux agissent sur l'accompagnement du vieillissement. Ce sera plutôt notre propos de ce matin. Sur la question des personnes handicapées, les centres sociaux sont moins avancés que sur les personnes âgées.

Dans le Loiret, nous avons 650 bénévoles, dont à peu près la moitié sont des bénévoles réguliers. Les plus de 60 ans représentent la moitié des 650 bénévoles. En heures de bénévolat, cela représente à peu près 25 000 heures de bénévolat au sein des centres sociaux.

Avant de laisser la parole à Loïc TRIMARDEAU, qui va vous parler d'éducation populaire, je voudrais vous rappeler ce qu'est un centre social. Les missions du centre social, ce sont des lieux de proximité à vocation globale, familiale et intergénérationnelle qui intègrent toutes les personnes. Ce sont des lieux d'animation de la vie sociale qui permettent aux habitants d'exprimer, de concevoir et de réaliser leurs projets.

Cela permet la cohésion sociale sur le territoire, la prise de responsabilité des usagers et le développement de la citoyenneté de proximité.

Le centre social est un équipement de proximité, à l'écoute des besoins des habitants de son territoire. Il s'inscrit dans une logique de projet, de développement social local, auquel sont associés les habitants pour son pilotage et sa mise en œuvre. Tous les acteurs du territoire y sont associés également. Nous n'intervenons pas tout seul dans notre coin quand nous mettons en place des actions. Ça peut être des intervenants sociaux, mais ça peut être aussi des associatifs, des bénévoles associatifs ou des habitants eux-mêmes.

Les centres sociaux se placent dans le mouvement d'éducation populaire. Ils fondent leurs actions sur trois fondements : le respect de la dignité humaine, la solidarité et la démocratie.

Il y a une dimension individuelle, une dimension collective et une dimension d'intérêt général. On pense souvent que ces centres proposent des activités et des services, et c'est tout. C'est l'une des dimensions, mais ça n'est pas la seule.

Le centre social propose des activités et des services adaptés aux besoins particuliers exprimés pour les habitants en coopération avec les collectivités locales sur lesquels ils sont implantés. Nous avons des permanences sociales et juridiques dans des centres sociaux. On trouve de l'accompagnement à la scolarité.

Au niveau de la dimension collective, le centre social recueille des questions pour accompagner des projets collectifs d'habitants. Ce sont des projets qui répondront à leurs envies et à leurs besoins.

Par exemple, l'accompagnement de projets de départ en vacances, notamment des seniors. L'aide à la création d'associations, l'organisation de fêtes de quartier, l'appui ou l'animation de groupes de parents dans l'objectif de soutien à la parentalité.

Et la dimension de l'intérêt général, c'est l'objectif de développement de la citoyenneté. Le centre social a pour ambition de renforcer le pouvoir d'agir des habitants sur les questions de société qui concernent leur territoire. Par exemple, l'organisation de débats sur des questions d'intérêt général, sur le logement, le transport, la santé, le soutien aux initiatives pour construire des réponses concrètes, etc.

Le concept d'animation globale portée par les centres sociaux est fondé sur la prise en compte de la personne dans sa globalité et son environnement social.

Comment ça se met en œuvre ? L'éducation populaire est l'une des principales sources d'action des centres sociaux. Je vais laisser Loïc TRIMARDEAU rappeler en quelques mots ce qu'est l'éducation populaire et je reviendrai ensuite sur la question du vieillissement.

Loïc TRIMARDEAU

Bonjour à tous. L'éducation populaire, c'est avant tout mener le projet social. C'est la principale source d'action des centres sociaux comme outil, démarche ou posture de l'accompagnement. L'approche d'éducation populaire à une visée de transformation sociale, notamment par le projet des habitants, afin de les faire participer à l'amélioration de leurs conditions de vie, au développement de l'éducation, à l'expression culturelle, au renforcement des solidarités et à la réduction des inégalités.

Cette démarche a sa pédagogie propre. Elle s'appuie sur des réalités quotidiennes et se situe en dehors des savoirs académiques. Elle recourt à l'action concrète et collective. Elle s'appuie sur l'expérience des gens. C'est une option qui permet le débat, la négociation et la confrontation. Cela implique la participation de l'utilisateur à l'analyse de sa propre demande, ainsi qu'à celle de la réponse que le centre social lui propose. On n'arrive pas en se disant que l'on connaît tout. On va au-devant des problèmes des personnes. On considère cette personne avec de l'empathie. L'éducation populaire développe un projet en favorisant l'émancipation, l'autonomie des individus et leur capacité à vivre ensemble.

Ce projet ne peut pas se mettre en place aujourd'hui sans le croiser avec le développement social local. Le centre social ne peut pas se soustraire à son implication territoriale. Le centre social a pour ambition de construire au quotidien des projets qui s'inscrivent dans une problématique de développement social local au regard des situations individuelles et collectives des personnes sur le territoire. Il doit s'appuyer sur des diagnostics partagés. C'est un travail de partenariat avec les différents acteurs locaux sur les différents territoires.

Un projet de développement social ne peut se construire seul. Les acteurs du centre social élaborent des réponses avec leurs partenaires et chacun intervient selon sa place dans l'espace public, entre les demandes sociales et les commandes institutionnelles, en considérant les habitants comme des experts sur leur territoire.

L'éducation populaire va fédérer les acteurs sur les centres sociaux. C'est au centre social d'arriver à mettre en œuvre sur le terrain des politiques éducatives et sociales.

Le centre social joue un rôle important dans les politiques de développement social des territoires urbains ou ruraux. Pour sa vision globale, ses modes de gouvernance participative et

la variété de ses interventions. Il n'est pas rare dans les centres sociaux d'avoir des instances de gouvernance uniquement constituées d'habitants. Il tisse des liens forts avec son environnement pour prendre sa part dans une société plus juste et plus harmonieuse, et avant tout partenaire des habitants pour favoriser les particularités de chacun. C'est un lieu de citoyenneté active.

C'est un ensemble de partenaires, élus, institutions et associations. Le projet du centre social est un projet au service du vivre ensemble. Accueillir et reconnaître les habitants dans leur globalité, être à l'écoute des besoins, pour/contre des réponses adaptées en s'appuyant sur le maillage territorial ensemble. Cela va faire la transition avec Bruno GUYARD qui va vous donner quelques exemples sur comment ça se met en œuvre. Merci.

Bruno GUYARD

Les enjeux de l'éducation populaire, c'est bien de construire du collectif, de parvenir à mobiliser les habitants des quartiers populaires, leur parler sans être technocratique et éviter d'avoir une posture de domination sur les habitants.

Même si la loi de 2002-2 qui rénove l'action sociale et médico-sociale oblige les établissements à associer les usagers à la gouvernance des instances de consultation, lorsqu'un travailleur social fait de l'action politique, ce n'est pas toujours bien vu. Nous n'avons pas à organiser des contre-pouvoirs. Si le fond de la colère est lié au non-ramassage des poubelles, nous n'avons pas à les organiser contre le bailleur social. Ce n'est pas le boulot des travailleurs sociaux.

Le mouvement des « gilets jaunes » illustre un besoin et un désir des classes populaires de participer pleinement à la vie de la cité dont elles ont été exclues. Attention, je ne suis pas en train de défendre le mouvement des « gilets jaunes ». Je vous en fais une lecture tout à fait personnelle.

L'éducation populaire est un enjeu majeur de notre société. Elle est un levier puissant pour redonner à chacun le pouvoir d'agir sur sa vie dans l'optique d'un avenir commun plus juste, plus solidaire, plus équitable.

Je vais maintenant axer mon propos sur la question du vieillissement et de l'accompagnement d'une catégorie de personnes dites « vulnérables » que sont les personnes âgées. Le défi démographique auquel est confronté la société française durant les 30 prochaines années nécessite de repenser la place des personnes retraitées dans la société, les politiques de prévention et les relations entre les générations. Le vieillissement peut être une ressource et une opportunité pour la personne, les territoires et les sociétés et permettre à chacun, quel que soit son âge de rester acteur, de participer à la vie sociale.

La transition qui est l'arrivée à la retraite est un moment privilégié pour permettre à la personne de se constituer un nouveau statut et un nouveau projet de vie. L'enjeu est d'accompagner les différentes transitions et de prévenir le plus en amont possible les ruptures liées à l'isolement social et au repli sur soi. Pour cela, les centres sociaux qui sont des acteurs généralistes de l'animation de la vie sociale contribuent, en partenariat avec les acteurs spécialisés, à inventer au quotidien, dans la proximité des territoires, de nouvelles réponses, à fabriquer des possibles.

Le lien social figure en première place des éléments protecteurs de la santé. L'isolement social est un facteur d'accélération de la perte d'autonomie et d'exclusion sous toutes ses formes. Le passage à la retraite marque le début d'une nouvelle période de vie et peut augmenter le risque d'isolement, notamment pour les plus fragiles. Aujourd'hui, la population des personnes en situation d'isolement relationnel est composée d'à peu près un quart des personnes âgées de plus de 75 ans. L'action des centres sociaux élaborée sur des pratiques de développement social local contribue à la diffusion de valeurs intergénérationnelles et citoyennes, favorisant le vivre ensemble.

Les Anglo-saxons parlent plutôt de « montée en âge ». Cela concerne la perte de mobilité, la mémoire qui défaille et parfois la dépendance.

La société et l'État ont depuis longtemps pris conscience de la nécessité d'assister la grande vieillesse et de couvrir ce que l'on appelle parfois le « cinquième risque », celui de la dépendance. Les réseaux des EHPAD ont été développés pour assurer des services nécessaires à tous ceux qui sont en perte d'autonomie. Le meilleur remède à la maladie n'est-il pas la prévention ?

Comment mieux faire face à la montée des besoins en soins et en services à domicile si ce n'est en préservant leur intégrité physique et sociale et en leur offrant les moyens d'une vie active et enrichissante ?

Prévenir la perte d'autonomie, c'est tout autant en réduire les causes comme les moyens de transport, la perte de voisinage, etc. C'est considérer que le vieillissement n'est pas d'abord un risque, mais une opportunité, notamment lors de l'arrivée à la retraite, pour se construire une nouvelle tranche de vie, être acteur différemment dans la société. Les centres sociaux et socioculturels ont depuis longtemps repéré sur leur territoire la présence d'une population vieillissante importante.

Beaucoup ont intégré ce public nouveau dans leur projet ou leurs activités. Les centres sociaux sont nombreux à associer les retraités, nouveaux ou anciens, à leurs activités traditionnelles ou en créant de nouvelles animations, plus souvent à leur demande, et suivre leurs propositions. Les retraités ne sont pas seulement des usagers, mais également des acteurs bénévoles, animateurs d'atelier et parfois administrateurs.

En décembre 2015, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) place la prévention de la perte d'autonomie dans ses objectifs. Elle affiche une volonté politique de changer le regard sur la vieillesse et d'envisager les personnes âgées dans leur diversité.

La loi ASV a prévu de rassembler des acteurs qui sont invités à recenser les initiatives locales et à définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.

L'approche centre social fondée sur le développement social local et le pouvoir d'agir des personnes considère la vieillesse comme une ressource.

Le vieillissement de la population est l'un des grands défis du XXI^e siècle. Les centres sociaux et socioculturels se trouvent impactés par cette nouvelle réalité. Aujourd'hui, ils apportent un mode d'intervention spécifique et original à la personne retraitée dans son parcours de vie. Les centres sociaux se sont engagés dans la construction de nouvelles coopérations pour imaginer

ensemble de nouvelles réponses en considérant le pouvoir d'agir de cette partie de la population.

Les ruptures de liens sociaux peuvent avoir des conséquences irréversibles pour les retraités les plus fragilisés. L'épisode de la canicule de 2003 en est la preuve. Le repli sur soi, une vulnérabilité psychosociale potentielle liée à l'absence ou au nombre restreint de contacts avec des personnes extérieures, une incapacité des personnes âgées à faire face au vieillissement lorsqu'elles vivent seules sans environnement familial et social.

À terme, les actions développées doivent permettre de se reconstruire de nouveaux repères sociaux, retrouver un but et une utilité sociale au sein d'un groupe de populations. Cette appartenance à un réseau permet de sortir les retraités de l'isolement, mais aussi de recréer du lien et d'apporter des réponses utiles en termes d'expérience, de transmission de savoir-faire, de culture, de codes, de vivre ensemble à l'ensemble de la population.

Ces actions contribuent à changer la représentation des aînés sur le territoire en considérant la vieillesse non pas comme une charge, mais comme une ressource.

Le centre social est un équipement qui, de par ses missions, son agrément par les caisses d'allocations familiales, porte un projet d'animation globale visant la mixité sociale, culturelle et intergénérationnelle.

Les centres sociaux permettent d'accueillir les habitants retraités au quotidien toute l'année dans un lieu non stigmatisé « personnes âgées », de mobiliser les habitants retraités eux-mêmes à partir de leurs savoir-faire, de leurs potentialités et de leurs désirs.

Et enfin, il permet de développer des projets innovants et adaptés à chaque contexte local.

Voilà ce que je pouvais dire globalement sur la question du vieillissement.

Pour finir, je voulais vous donner un exemple car c'est bien d'être dans le concret des choses. Je voulais vous parler d'une expérience qui s'est déroulée à Saint-Sébastien-sur-Loire. C'est la mise en place d'une action qui s'appelle « jardinage, les échanges entre générations autour d'un potager ». C'est une ville qui s'étend sur les bords de la Loire. Il y a eu la construction de 200 logements tous identiques dans un quartier. Le centre social de « l'Allée verte » accompagne les personnes vieillissantes. De nombreuses animations destinées aux retraités sont mises en place.

En 2011, le centre a été interpellé sur les besoins liés à l'entretien du jardin des personnes âgées. Le plus souvent, il s'agissait de femmes veuves qui n'étaient pas dans la capacité d'entretenir leur jardin après le décès de leur conjoint. C'est pourtant terriblement important pour le maintien à domicile des personnes âgées. Les terrains sont souvent importants dans les cités pavillonnaires.

Le centre social de « l'Allée verte » était en relation de son côté avec l'association des jardins familiaux. Les amateurs sont nombreux car la ville s'est complétée de petits immeubles où se sont constitués des ménages plus jeunes. Parfois, le délai d'attente pour obtenir une parcelle était de huit ans. Mettre en lien les amateurs de jardin avec les propriétaires en matière d'entretien de jardins, c'est ce qui a été fait par l'action « jardinage ».

Une réflexion en profondeur sur le sujet a été faite. Pas question d'être un soutien au travail non déclaré ou alors que cela apparaisse comme une location déguisée. Il s'agit d'établir une relation égalitaire entre les deux.

Le contact s'accompagne d'échanges, le plus souvent un café et un brin de causerie. La relation doit être beaucoup plus qu'un simple service. Un contact interpersonnel autour du jardin. Les femmes accueillantes ont eu l'habitude d'un mari qui passait plusieurs heures chaque jour au jardin.

Mais ces échanges entre générations font partie de la vie. Tous reconnaissent qu'ils créent un temps nouveau dans la vie des retraités. Cela permet de remettre du collectif. Cela donne la possibilité aux uns et aux autres de s'écouter, de se comprendre.

Je vous remercie.

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Vous avez bien fait de prendre ce temps pour nous donner un exemple. Il y a des échos entre l'éducation populaire et le médico-social.

Nous allons faire le pendant en termes de référentiel de l'accompagnement avec Carole PEINTRE qui est délégué fédéral de l'association fédérale ANCREAI.

Nous sommes dans une période de transformation profonde à la fois de la conception et des pratiques de l'accompagnement médico-social. Peux-tu nous dire deux mots sur la période de transformation dans laquelle nous sommes ? Un certain nombre d'entre vous trouve que cette période de transition n'est pas très facile à vivre. On ne sait pas exactement vers où on va. Peux-tu nous éclairer sur tout cela ?

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNERABILITE : QUELLES REPONSES DU MEDICO-SOCIAL ?

CAROLE PEINTRE, DELEGUEE FEDERALE A L'ANCREAI, FEDERATION DES CENTRES REGIONAUX D'ÉTUDES D'ACTIONS ET D'INFORMATIONS

Nb : L'intervention de Madame PEINTRE est complétée par le PowerPoint annexé au présent document.

Bonjour à tous. Je ne sais pas si tout le monde connaît l'ANCREAI. Cela existe depuis 50 ans. Le siège est à Orléans et couvre toute la région Centre-Val de Loire. Nous avons un organisme technique. On ne défend pas les personnes en situation de handicap, les associations gestionnaires ou les pouvoirs publics. Nous sommes amenés à travailler avec tous ces acteurs dans une place technique tiers. On fait des études, les accompagnements à la qualité. Nous avons une posture un peu particulière.

Je suis remontée très loin, mais ça va être très rapide, sur le secteur médico-social. Cela n'existe pas dans les autres pays. Le départ, c'est la première guerre mondiale avec des dizaines de milliers de mutilés de guerre. À partir de là, on invente le premier barème d'invalidité. Ce n'est pas si historique et ancien que cela. Cela n'a été changé qu'en 1993.

Après, il y a le régime de Vichy. C'était vu comme quelque chose de sécuritaire et de redressement. Il y avait une visée morale dans un contexte assez autoritaire. C'est un peu le terreau de l'éducation spécialisée et en même temps, l'ordonnance de février 1945 sur la protection judiciaire de la jeunesse va définir l'« éducation ». Elle ne va plus être dans cet état d'esprit de visée morale, mais dans un enjeu social et républicain de ces enfants différents qui sont, à l'époque, inadaptés.

Le premier objet était celui de l'éducation. Ensuite, il y a l'ordonnance d'octobre 1945 qui va généraliser la sécurité sociale. L'État républicain devient le garant de la solidarité pour tous les citoyens. Il va y avoir un arrêté en 1946 qui va donner les premiers éléments de cadrage sur ce que peuvent être ces établissements de cure, de prévention, de soins. Après, il y a un décret de 1956. Entre les deux, on commence à parler de la notion de « médico-social ».

En 1956, ça commence à se structurer. Dans les années 1960, ce sont vraiment les fédérations de parents qui vont devenir des associations gestionnaires et qui vont créer une myriade de petites structures. Aujourd'hui, on demande de les regrouper pour avoir une efficacité meilleure. Nous sommes dans un contexte de contrainte budgétaire aujourd'hui qui change l'accompagnement.

À la fin des années 1960, on a cette myriade d'associations qui se structure. Le pouvoir public fait le constat que l'hôpital n'est pas efficace. Ce n'est pas un lieu pour y vivre à plus long terme pour les personnes âgées, les enfants et les adultes handicapés. Jusqu'ici, nous étions dans « la santé » au sens large.

Au moment des ordonnances de 1970, l'État a décidé de retirer du côté du sanitaire tout ce qui était relatif aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Dans la loi, nous avons l'accès aux droits des personnes. Ce terme de participation sociale et dans la loi de 1975. Il y avait tout dans la loi de 1975. Nous étions dans les principes plutôt que dans les outils concrets qu'on allait utiliser pour faire vivre ces principes. Et il y a la loi des institutions sociales et médico-sociales de 1975 qui définit les ressources à mettre en place.

Nous sommes vraiment dans une logique d'établissement quand on est sur cette loi de 1975.

On donne à l'époque 10 ans aux hospices pour se transformer en maison de retraite médicalisée ou non. Et la vingtaine d'années qui va suivre va préparer les années 2000. On vient contester le fait que l'accompagnement comme on le dit aujourd'hui au sens large, ça ne peut pas se résumer à des institutions et des réponses globalisantes. Il y a des mouvements de personnes en situation de handicap qui commencent à revendiquer leur lieu de vie et elles ne veulent pas être consignées dans des établissements.

Ce mouvement va se faire aussi bien pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap que l'aide sociale à l'enfance avec l'ambulatoire du côté du sanitaire. C'est un mouvement général. Aujourd'hui, on parle de virage inclusif, mais il a commencé bien avant.

De 1975 jusqu'aux années 2000, nous avons cette définition du handicap avec la première classification internationale du handicap. Nous avons la réforme des annexes 24 en 1989 qui élargit à d'autres handicaps plus complexes. Nous avons la notion de handicap rare, nous avons les premières recherches sur le vieillissement des personnes handicapées vieillissantes dans les années 1990.

Et en même temps que la réforme des annexes 24, c'est aussi le moment où il y a une instruction qui demande aux établissements de faire des demandes d'autorisation sur les SESSAD.

Au départ, ils ont été à l'initiative des ESAT, qui voyaient leurs travailleurs handicapés pour lesquels il n'y avait pas de problème en termes d'activité professionnelle. Mais pour ceux qui vivaient en milieu ordinaire, on voyait que ça n'allait pas tenir s'il n'y avait pas à côté à l'accompagnement social. Il y a eu également les SAVS qui ont eu en 2005 leur cadre réglementaire.

Ce sont des personnes qui étaient en capacité de s'exprimer, d'exprimer verbalement leurs attentes. C'est plus facile pour nous d'entendre des personnes qui s'expriment verbalement. On peut les écouter en priorité. Tout ce qui a été fait au niveau du handicap psychique a été les prémices de ce qui a pu être après une revendication plus large de toutes les personnes. Dans cette période, c'est vraiment la place déterminante de l'environnement. On s'accorde sur ce thème de « personne en situation de handicap ». C'est bien que cette situation de personnes en situation de handicap résulte d'accidents qui ont eu une incidence sur le fonctionnement de la personne, mais c'est aussi extrêmement lié à l'environnement de la personne. Il faut que la société se rende accessible à l'accueil de ces personnes.

Avec la loi du 2 janvier 2002, on met vraiment l'usager au centre du dispositif. On est toujours dans la structure médico-sociale. Nous sommes dans l'individualisation de l'accompagnement. On est dans la prise en compte de l'avis de la personne. On prend en compte son avis sur la qualité des prestations. Il y a des enquêtes de satisfaction. Et il y a la définition du handicap issue d'une nouvelle classification qui s'appelle désormais « classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé ». Elle donne une vision beaucoup plus multidimensionnelle du handicap. En fonction de son environnement, on peut vraiment être limité dans ses participations sociales ou au contraire être tout à fait en mesure d'aller à l'école, d'exercer son droit de vote, par exemple.

Il y a la notion du droit à la compensation du handicap. On ne répare pas la situation de la personne. On ne lui donne pas non plus un sous statut. Cette personne a les mêmes droits et les mêmes chances d'accéder comme les autres aux activités et aux rôles sociaux. C'est une condition humaine où l'on a accès à un certain nombre de choses. C'était l'idée de la PCH.

Dans les faits, la PCH reste quand même sur des aides techniques. Cela a eu un impact surtout pour les personnes les plus dépendantes. Et il y a eu aussi des limites sur certains profils comme le handicap psychique et le handicap cognitif notamment.

Il y a la définition d'un plan personnalisé de compensation. J'ai retrouvé dans vos propos tous les termes sur cette question de comment on se structurait, quels sont les enjeux au niveau du médico-social. Il y a un plan personnalisé de compensation dans la loi de février 2005. Encore faut-il le mettre en œuvre et définir un plan d'action pour la personne, qui ne se limite pas seulement aux établissements et services médico-sociaux.

Cela s'appuie sur le projet de vie de la personne et en insistant sur cette question de la participation à la vie sociale et à la citoyenneté.

Puis il y a eu également la loi HPST en 2009. C'est là où l'on revient à la séparation des ordonnances. C'était sans doute nécessaire pour avancer du côté de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité. On a une vision globale de la personne avec cette revendication de répondre à tous ses besoins.

Cette loi permet de remettre de la passerelle, du lien. Il y a eu la création des agences régionales de santé (ARS). Elles étaient là pour favoriser cette transversalité.

Cela fait neuf ans que ces agences ont été créées. Cette transversalité utilise les différentes ressources présentes au sein d'une agence et donc les leviers pour pouvoir permettre d'articuler beaucoup mieux les différentes ressources.

L'analyse des besoins au niveau d'un territoire, nous en avons aussi parlé. C'est la même démarche que les centres sociaux pour pouvoir agir de façon fine. Nous avons besoin d'avoir une analyse au niveau des territoires.

Et il y a aussi la notion d'émancipation, de faire entendre sa voix. Dans les années 2000, il y a eu une révolution législative aussi bien dans le sanitaire, le social que le médico-social. Les orientations sont les mêmes et c'est plutôt bien. En mars 2002, il y a aussi une loi sur les droits des malades. Nous sommes dans la même optique. C'est la prise en compte des droits et de la parole des usagers. La personne est actrice de sa propre santé au sens large. Il y a une approche situationnelle et territoriale. On n'intervient pas uniquement sur la personne.

Ces difficultés sont forcément en lien avec l'environnement dans lequel elle s'inscrit et elle évolue. Il faut bien sûr aider la personne et compensé quand c'est nécessaire par des aides techniques et humaines. Mais cela ne va pas remplacer l'accessibilité et la mise en accessibilité pour une société inclusive.

Tout cela a abouti à des plans personnalisés de scolarisation, des plans personnalisés de l'enfance, et également des plans pour les personnes âgées. On essaie d'avoir une approche globale dans les réponses. Et éviter les ruptures. C'est vraiment le souci, les ruptures qui sont liées à toutes les étapes de la vie, mais aussi à d'autres éléments. Nous sommes sur la notion de parcours qui ressort partout dans toutes ces lois dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. C'est une révolution « douce ».

C'est plutôt tout le travail de 1975 à la fin des années 90. Il y a eu un consensus dans la société, un mouvement des associations, un mouvement sociétal, qui a été intégré dans la législation. Mais après, il y a un écart. On le traduit au niveau législatif par des lois. On fait intervenir un petit bout d'hôpital, un petit bout de service à domicile, un petit bout de foyer... Mais c'est problématique au niveau de la réglementation et du financement.

Cette « révolution douce » a surtout été consacrée à l'appropriation de nouveaux principes d'intervention et à l'acculturation de l'ensemble des acteurs. Les plus optimistes se sont lancés dans des expérimentations de pratiques innovantes. Cela a permis ce terreau de plein de choses innovantes. Cela permet aujourd'hui de passer à cette révolution organisationnelle absolument indispensable. Nous sommes partis de la société, de son souhait. Nous sommes revenus au

national pour réglementer. Nous sommes redescendus au local pour expérimenter. Là, on revient au national pour faire passer des lois pour rendre possible ce que les lois d'avant n'avaient pas pu faire. Nous sommes dans cet aller-retour entre le terrain et les lois.

Il y a de nombreux chantiers nationaux. On a parlé tout à l'heure de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Loi ASV). Maintenant, il faut avoir de nouveaux outils. Aujourd'hui, il y a une mise en mouvement du secteur médico-social qui s'accélère. Il y a une avalanche de textes réglementaires, d'outils, d'informations. Cela produit un manque de lisibilité. Cela peut produire également de l'anxiété. Mais c'est aussi une période formidable où l'on peut aussi inventer, créer, expérimenter. Les pouvoirs publics ont souvent peur de ne pas avoir la visibilité de ce qui se passe sur le terrain.

Les actualités en termes législatifs vont dans ce sens. Maintenant, nous sommes vers la simplification. On se rend compte que l'on va vers la pluralité des acteurs. La même chose pour le dernier rapport de la commission sociale du Sénat sur le financement de l'accompagnement médico-social. C'est ce terme « accompagnement » qui est privilégiée car il englobe la notion d'hébergement et d'accueil de jour. Ça devient le terme générique, l'accompagnement médico-social. Il y a des acteurs nombreux et diversifiés. Il va y avoir un enjeu majeur de la coordination jusqu'à créer une plate-forme territoriale du handicap. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'on est dans une période de transition qui peut faire peur.

Il y a deux autres éléments qui sont venus se rajouter de façon extrêmement récente : la révolution organisationnelle et le virage inclusif. Il y a une forte volonté politique exprimée par le cabinet du secrétariat d'État aux personnes handicapées d'expérimenter des « territoires 100% inclusifs ». Il y a aussi des échéances qui ne seront peut-être pas les mêmes.

Il y a un troisième point qui n'est pas forcément très enthousiasmant qui fait qu'on n'est pas dans le même contexte aujourd'hui : le contexte budgétaire contraint. Du côté des conseils départementaux, on sait que la santé financière des conseils départementaux est de plus en plus fragile. On va vers des contraintes budgétaires qui vont vers des arbitrages financiers, qui passent par une évaluation fine des besoins des personnes. Nous sommes dans cette période de transition assez logique, avec deux facteurs très contemporains qui viennent se rajouter. Il y a trois facteurs qui se croisent pour vivre et dépasser brillamment cette période de transition. En termes de structuration, cela vous montre que les changements sont sur plusieurs plans (Cf. diapositive 20).

Je vais revenir sur trois concepts très rapidement. Il y a des concepts qui se sont développés dans les politiques sociales, sanitaires et médico-sociales. Cela impacte la transformation médico-sociale et c'est totalement en lien avec l'évolution des pratiques professionnelles des acteurs qui sont au quotidien auprès des personnes.

Il y a le passage d'un modèle biomédical à un modèle bio psycho-social. Et il y a la notion d'inclusion dans la société mais aussi la prise en compte désormais de l'avis de la personne. On reconnaît son expertise.

Voici un petit schéma (Cf. diapositive 22) sur lequel on peut voir que la Classification Internationale des Handicaps (CIH) est le point de départ. Parfois, des gens me disent que les médecins viennent juste d'assimiler la CIH de 1980. Avant, il n'y avait rien.

Après, avec la CIH, on a intégré un processus. Dans la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) de 2001, il y a de nouveaux aspects. La question des facteurs personnels et des facteurs environnementaux. On sait à quel point dans l'insertion professionnelle, on se rend compte qu'il y a des éléments en terme de motivation d'un individu à l'autre ou de représentation du travail par rapport à son propre parcours de vie. Cela joue considérablement sur son parcours d'intégration personnelle.

Si on agit sur l'empowerment (ou autonomisation) de la personne, en général, elle va mieux. Cela peut aller jusqu'aux fonctions organiques. Cette notion de rétablissement, cela fait que les gens vont mieux. C'est fondamental, ce concept. Les dispositifs spécialisés ont ensuite essayé d'être intégrés.

L'expertise de la personne, c'est vraiment retiré du principe qu'elles ont expérimenté des limitations, le fait de ne pas pouvoir aller voter, de ne pas pouvoir aller travailler et donc elles ont quelque chose à en dire. Elles sont expertes de la question. C'est vraiment la reconstruction des projets. Partir de ce qui fait sens pour la personne. Parfois, on va chez la personne, les volets sont fermés, tout est en désordre. On se rend compte que pour la personne, au départ, ce n'est pas le ménage qui importe. À partir de là, on va pouvoir concevoir quelque chose de plus global et élaborer un projet. On part de ce qui fait sens pour la personne.

Et troisièmement, associer les personnes dans l'évaluation de la qualité des diagnostics. Avec l'autodétermination, on va plus loin. C'est en soi un axe d'accompagnement et une visée que d'aider les personnes à faire des choix et à s'interroger dans cette méthodologie pour elle-même et par elle-même. C'est vraiment participer à développer le pouvoir d'agir de la personne, la possibilité pour la personne d'agir sur son environnement. Cela fait partie de l'éducation, de l'accompagnement éducatif. C'est à elle de se questionner sur ce qui est bon pour elle.

Pour en finir sur la transformation de l'offre médico-sociale, il y a sept points (Cf. diapositive 27). Je ne vais en développer qu'un seul. Aujourd'hui, il y a cinq enjeux principaux, cinq axes majeurs pour la transformation de l'offre médico-sociale. Des espaces médico-sociaux ouverts sur l'environnement (1). « L'inclusion, ce n'est pas fermé les établissements, mais c'est les ouvrir ». C'est une belle phrase. On va utiliser autant que de besoin ces locaux. Les établissements, on n'en aura besoin sur des faces particulières de la personne, des moments d'aggravation de la situation. Ce n'est pas comme ça qu'il faut penser. On a fermé des lits en psychiatrie et cela a fait des dégâts.

Dans cette logique, les ESMS participent maintenant au maillage territorial des ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et de droit commun (2). Ce n'est pas la réponse à une population ou un type de public. C'est une réponse. Elle propose des réponses, un certain nombre de besoins. Sur ce territoire, elle va s'articuler. C'est autre chose. C'est un retournement.

Troisième élément, il y a aujourd'hui tout ce qui est fonctionnement en dispositifs, plates-formes territoriales au niveau du handicap(3). C'est une transformation importante. Et la participation à des projets inclusifs(4), la fonction de coordination des uns et des autres(5). C'est la notion de qui l'a fait. Il faut savoir où on met le curseur sur cette coordination.

Et il y a la révolution numérique(7), ce qui mériterait une journée entière. Toute la réforme de la tarification (6) évolue au plus près des droits des personnes. Cela veut dire avoir des systèmes

d'information adéquate. C'est vraiment un plan numérique qu'il faut développer au niveau national. Il ne s'agit pas de payer des ordinateurs ou des logiciels.

Et dans la révolution du numérique, vous avez aussi tout ce qui est autour des outils pédagogiques, des relations qui changent entre les professionnels et les familles. Il y en a qui communiquent beaucoup plus par Internet, il y en a qui filment des séances de travail avec l'enfant et qui le partagent avec des familles.

Je reviendrai juste sur le maillage territorial (point 2). C'est essentiel aujourd'hui dans les projets inclusifs. Le maillage territorial, ce n'est pas de continuer à créer des dispositifs spécialisés pour essayer de répondre à des personnes qui ne trouvent pas leur place dans des structures existantes. C'est comment sur un territoire donné, de façon concertée, on va se définir des objectifs communs chacun sur son champ d'expertise.

La règle, c'est que chaque acteur sera indispensable. C'est presque une règle pour reconstruire et réorganiser cet accompagnement médico-social.

Chaque acteur peut être une porte d'entrée du parcours de soins et d'accompagnement. Si on fonctionne bien et que l'on a conscience que l'on est potentiellement une ressource du territoire et que d'autres savent faire les choses que je ne sais pas faire, parfois, les personnes leur demande peut être sur l'insertion professionnelle. Les personnes ne sont peut-être pas toujours dans la capacité d'intégrer immédiatement un parcours professionnel. Mais ça peut être une porte d'entrée.

À partir de ce lien de confiance et de ce film, on peut aller chercher les autres acteurs. Ce maillage, c'est aussi être une porte d'entrée potentielle à plusieurs niveaux.

Ce maillage renvoie à deux principes : la co-responsabilité territoriale et la subsidiarité. Je suis censé répondre à toutes les populations qui sont sur mon territoire. Des gens non spécialisés peuvent apporter cette aide, cet accompagnement, cet accueil. C'est naturel que ce soit le droit commun qui le fasse. Cela se fait par une expertise médico-sociale.

J'en viens à la fonction d'appui-ressource au territoire. C'est une nouvelle notion. Même si les uns et les autres l'ont pratiqué de fait, mais ça n'était pas forcément reconnu. On est d'abord censé travailler pour une personne inscrite et pour laquelle on a des financements. Cette notion a été introduite dans la nomenclature des « prestations » de SERAFIN-PH. Cette nomenclature est parfois déjà utilisée. Un SAVS handicap psychique, c'est le cas dans le département du Grand Est, le conseil départemental a décidé qu'il donnait un budget à ce SAVS pour accompagner les personnes handicapées psychiques qui avaient une PCH aide humaine, pour superviser et former un service à domicile qui allait intervenir auprès de cette personne qui avait la PCH aide humaine. C'est une fonction d'appui-ressource de service à domicile.

C'est vraiment important de faire profiter de l'expertise médico-sociale qui est précieuse aujourd'hui pour l'accompagnement de différentes populations. On peut en faire profiter d'autres professionnels (non spécialisés ou de droit commun), à des aidants familiaux.

C'est quelque chose qui existe, mais qui n'était pas valorisés. L'intérêt, c'est d'apporter une réponse de proximité. Quand il y a un enfant autiste qui est intégré totalement, mais qui a besoin

d'un appui, il n'y a pas de SESSAD autisme. C'est peut-être mieux pour l'enfant de rester dans son bassin de vie. Il faut qu'il y ait du transfert d'outils et de compétences.

Pour les gens qui s'intéressent à cette question, il me semble que c'est un levier essentiel pour le virage inclusif à plusieurs titres. Cela permet de sanctuariser l'expertise médico-sociale. Peut-être que pour certaines personnes que l'on accompagne actuellement, on va trouver des solutions en inclusion totale. Une fonction de ces SAVS pourrait être non plus seulement auprès des personnes, mais ils interviendront sur les personnes qui accueillent cette fameuse mise en conformité ou mise en inclusion, cette société qui devient davantage inclusive et qui aura besoin de soutien.

Parfois, c'est une petite formation d'une journée. Pour une ludothèque, c'est ce qui s'est passé. Une journée a suffi pour avoir les bonnes attitudes dans l'accueil des personnes en situation de handicap.

Ces exemples (Cf. diapositive 30) traversent même la barrière d'âge. En Bretagne, ils ont fait un appel d'offres et il y a eu 10 SESSAD qui ont été choisis pour avoir cette fonction d'appui-ressource. Il y a eu un SESSAD TSA (troubles du spectre autistique) qui a apporté un appui pour l'accompagnement d'un jeune autiste en ESAT. Voilà un exemple.

Dans un département, il y a une association qui gère plein d'établissements sur le handicap sensoriel. Ils ont une délégation de service public de la MDPH pour faire l'accueil et l'information de ces personnes, parce que la MDPH ne peut pas se permettre d'avoir un traducteur LSF en permanence. Ça peut être travaillé sur des adultes en attente d'admission. Ça permet d'évaluer les situations en attente pour éviter qu'elles se dégradent et éventuellement trouver des solutions alternatives.

Il y a un SAVS « handicap psychique » qui forme des CHRS et des bailleurs sociaux sur les spécificités des personnes présentant des troubles graves de santé mentale. Ou encore un foyer de vie qui a formé le personnel d'une ludothèque sur l'accueil d'un public non voyant.

Il y a des choses que j'ai trouvées assez convergentes dans le secteur des personnes âgées (Cf. diapositive 32). Nous sommes aussi sous cette nouvelle forme de logements qui sont en déploiement. Ce qui est intéressant sur cette notion de fonction ressource, je l'ai retrouvé dans la lecture des pôles ressources gérontologiques locaux. L'EHPAD de demain accueillera peut-être certaines personnes, mais ce sera surtout la structure ressource pour avoir une expertise plus pointue. C'est le lieu où l'on ira pour faire de la télémedecine, c'est le lieu où l'on ira pour former les professionnels de l'aide à domicile. Et avec une capacité de l'EHPAD à intervenir pour des situations complexes à domicile ou encore, que tous ces habitats inclusifs du côté des personnes âgées pour utiliser le plateau technique de l'EHPAD pour un certain nombre de choses qu'on ne peut pas faire au domicile. Je vais m'arrêter là.

ECHANGES AVEC LA SALLE

Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale, Département du Loiret

Merci. Pourriez-vous revenir à la diapositive 20 ? Ce schéma est la synthèse de l'état de nos réflexions de ce matin et pourquoi nous avons organisé cette rencontre.

Vous nous avez bien présenté les premiers aspects des changements sur plusieurs plans. Aujourd'hui, nous sommes sur les deux derniers : la transformation médico-sociale et des pratiques professionnelles en mutation. On voit bien que la problématique aujourd'hui pour nous se situe à ce niveau-là. Comment des concepts, on passe à quelque chose de plus concret ? De votre côté, vous avez des interrogations ou des remarques sur les propos extrêmement riches ?

Un participant de la salle

Bonjour. Je représente l'ensemble des associations familiales du Loiret. Une étudiante de l'UDAF était venue pour travailler sur le maintien des personnes âgées à domicile. Je ne suis pas spécialiste du médico-social. Je ressors un peu affolée. Nous avons parlé d'incompréhension, de complexité. Nous avons vu la possibilité de faire une plate-forme pour voir un peu l'ensemble des services, en particulier d'aide à domicile. J'étais à une réunion ici il y a deux ans. Le conseil départemental recevait par semaine trois ou quatre demandes d'associations pour recevoir une autorisation de création de services à domicile.

Cela nous aiderait peut-être d'avoir un numéro unique, un guichet unique ou une plate-forme. J'avais trouvé ça très bien que les EHPAD puissent être une plate-forme pour la télémédecine.

J'ai un mari en situation de handicap. Le kiné ne peut pas venir parce que ce n'est pas de son ressort. Je suis confrontée à cela. Ce guide serait intéressant pour l'ensemble des acteurs que nous sommes. Merci beaucoup de votre intervention.

Un participant de la salle

Bonjour. Je suis de l'association AEFH. On parle d'inclusion, mais ma hantise, c'est que l'on veuille aller trop vite. La représentante de l'ONU veut que l'on ferme tous les établissements. C'est complètement suicidaire. Je souhaiterais que les pouvoirs publics nous expliquent bien que tout cela doit être progressif. Il y a tout le savoir-faire et l'expérience des centres médico-sociaux qu'il ne faut pas oublier.

Alors attention à l'inclusion. Ça s'appelle inclusion parce que c'est le seul mot qui corresponde en allemand et en anglais. On parle d'inclusion, mais c'est un mot qui ne veut rien dire. Inclure, c'est exclure. Attention à ne pas aller trop vite.

J'ai une autre question. Elle concerne la fédération des centres sociaux. J'ai travaillé il y a quelques années pour des personnes tziganes. J'avais travaillé au sein de la fédération des centres sociaux de Seine-et-Marne. J'avais trouvé un personnel tout à fait ouvert à l'accueil des publics. Les publics étaient stigmatisés. Avec les centres sociaux, vous avez dit que vous aviez un grand maillage territorial avec les personnes âgées. Vous avez cité que la moitié des bénévoles était des personnes retraitées. L'intégration des populations dites retraitées et âgées se fait forcément plus facilement.

Ce que je vois apparaître, c'est que l'on accueille des personnes handicapées qui sont isolées dans les territoires. Ce ne sont pas des personnes qui vont aller forcément de leur plein gré rencontrer les responsables des territoires.

Le gros problème qui va se poser, c'est la question de la coordination dans les quartiers. Faire venir des personnes handicapées et les faire accepter par les publics qui fréquentent des centres sociaux, je ne vous raconte pas le boulot. Vous avez évoqué les personnes dans les ludothèques. À la médiathèque de Saint-Jean-de-Braye, il y a une interface qui se fait. Mais les personnes qui sont seules, quid de la coordination ? C'est un boulot énorme.

Jean-Luc CHARLOT, Directeur de l'association « La Fabrik 'Autonomie et Habitat »

C'est tout l'enjeu de la citoyenneté. C'est pour ça que nous avons souhaité avoir les deux éclairages ce matin, celui de l'éducation populaire et celui du médico-social. Comment on passe du discours à la vraie vie ? Et comment on essaye de construire les réponses qui prennent en compte la situation des personnes avec l'ensemble des définitions telles qu'elles ont été présentées tout à l'heure ? Nous avons vu qu'il y avait des précautions à avoir pour ne pas confondre vitesse et précipitation.

On va réagir aux réactions et on va clore cela. Vous pouvez nous donner une réponse ou une réaction.

Carole PEINTRE, déléguée fédérale à l'ANCREAI

Coordination et accompagnement, c'est important, mais je voudrais rajouter la palette des réponses. Il faut vraiment de plus en plus aller vers la définition d'une palette de réponses. Des réponses différentes articulées.

Je vais prendre un exemple sur un centre d'animation de quartier à Paris. J'ai fait une étude sur les SAVS. Il y avait un SAVS « handicap psychique ». Leurs actions collectives artistiques, ils ont commencé par les faire au sein du centre d'animation de quartier. Il y a eu toute une réflexion pour savoir où l'on positionnait cette salle pour que les gens passent forcément par un endroit où il y avait les expositions. Il y avait également des vernissages. En effet, sur la somme des gens accompagnés par des SAVS, il y a une personne qui se retrouve individuellement dans une activité lambda. Pour certaines personnes, il y a besoin d'un accompagnement, de délocalisation, ensuite, il faut faire des liens. Ce qu'il faut, c'est gardé cette palette.

Je voudrais dire que l'enjeu pour nous, concernant l'accueil des publics handicapés, c'est aussi de pouvoir s'appuyer sur les compétences que vous avez, vous, professionnels du médico-social, pour accompagner les professionnels des centres sociaux à l'accueil d'une partie de ces publics. On peut avoir certaines difficultés à pouvoir accueillir des personnes lourdement handicapées, d'autant plus qu'une de nos missions, c'est de travailler sur le regard que chacun de nous peut avoir sur le handicap. Nous avons un travail à mener auprès des publics que l'on accueille, publics handicapés ou vulnérables. Il faut que l'on travaille en réseau sur le handicap. Nous avons encore beaucoup de choses à apprendre et à travailler ensemble.

Un participant de la salle

Bonjour. J'ai entendu que le Département du Loiret s'était porté volontaire pour le « 100 % inclusif ». Pour une personne handicapée qui est accueillie dans un foyer d'hébergement et qui ne veut pas le quitter, comment va-t-on procéder ?

Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale, Département du Loiret

On va faire de la sémantique. C'est le Département collectivité territoriale qui a répondu à l'appel à manifestation lancé par le secrétariat d'Etat en charge des personnes handicapées. Cette association ne va pas porter le « 100 % inclusif ». On va amener l'ensemble des acteurs à sortir dans cette démarche. On va mobiliser l'ensemble des acteurs ordinaires, en passant par la question de la mobilité, la question du logement, de la culture ou du sport. C'est une démarche qui se veut plus interactive qu'une démarche purement institutionnelle. C'est plutôt un appel lancé à l'ensemble des acteurs, des parties prenantes du territoire départemental : avoir une posture engagée, participer au bien commun. Ce n'est pas une démarche institutionnelle stricto sensu. On n'est pas sur une logique de tout ou rien, mais sur une logique de parcours. On doit pouvoir aller du domicile à l'établissement, etc. Il y a un sens de l'histoire. L'objet de la réunion de ce matin, comme celle de l'année dernière, c'est de voir comment on accompagne cette transformation, comment ne pas rejeter notre expertise, mais accompagner ce passage.

PARTIE 3 : L'ÉVALUATION DES BESOINS ET ASPIRATIONS DES PERSONNES

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Au cours de cette séquence, on voulait donner à voir, à réfléchir et à penser. A interroger également. L'accompagnement de façon globale est plutôt une démarche, un outil. En termes de démarche, on va sortir du département du Loiret. On va aller très loin. Dans le département de la Manche, au sein de l'association qui s'appelle l'ACAIS. Vous allez raconter une expérience et une démarche du parcours résidentiel progressif. À vous.

LE PARCOURS RESIDENTIEL PROGRESSIF : RETOUR D'EXPERIENCE DE L'ACAIS DANS LA MANCHE

CELINE FAUCHER, DIRECTRICE DU POLE HABITATS ET DES ACTIVITES DE JOUR ET NADEGE AULNAY, DIRECTRICE DES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT EN MILIEU OUVERT, ASSOCIATION DU COTENTIN D'AIDE ET D'INTEGRATION SOCIALE

Nb : L'intervention de l'ACAIS est complétée par le PowerPoint annexé au présent document.

Je vais juste préciser en introduction que c'est un partage d'expérience. C'est ce qu'on a vécu dans le cadre d'un CPOM avec un contexte. Le parcours résidentiel, on a réussi à le mettre en place. Petite présentation générale.

On va commencer par se présenter. Je suis Céline Faucher, directrice du pôle Habitat et Accueil de jour. Nadège Aulnay, cheffe de service SESSAD ACAIS.

L'association a été fondée en 1958, c'était une association de parents du nom des « Papillons Blancs » à Cherbourg. Son siège social s'est implanté à La Glacerie, une commune voisine. Elle assure une mission d'utilité sociale, que vous retrouvez dans tous les établissements médico-sociaux de ces années-là, pour favoriser la participation des personnes handicapées à la définition de leur projet d'accompagnement personnalisé. Développer une prise en compte globale de la personne. Adapter en continu les réponses et les outils à la spécificité et à la singularité de la personne en situation de handicap. Ouvrir l'action des établissements et services sur la cité.

On parle toujours de Cherbourg concernant la météo. C'est le Nord Cotentin. Dans les cercles rouges, vous avez la localisation de l'ensemble de nos établissements. Le siège social, les services techniques, les établissements d'accueil et les services d'accompagnement en milieu ordinaire. Ce sont au total 12 établissements et services, soit 800 personnes accompagnées.

Au sein du Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert (SAMO) il y a 3 services : un SESSAD de 118 jeunes, avec deux antennes à Cherbourg et Valognes. Le SAVS et le service d'alternative à domicile (SAD) qui est encore aujourd'hui un service expérimental.

Le Pôle Habitats et Accueil de Jour est composé de foyers de vie et de foyers d'hébergement et aussi des accueils de jour. Et également d'un petit service qui s'appelle « temps partagé ». Il a maintenant 12 ans et il se préoccupe des personnes qui sont travailleurs d'ESAT, hébergés, mais à temps partiel. Ils ont besoin d'adapter leur temps de travail. On a « le château » qui n'est toujours pas fini d'être rénové. Les services sont éparpillés sur le territoire du Nord Cotentin et au sein de la ville de Cherbourg (Cf. diapositive 7).

On est venues vous parler du « parcours résidentiel progressif ». Dans le cadre d'un CPOM avec le département de La Manche (50). Il a été conclu pour cinq ans mais il a été prolongé de deux ans (2013-2017+2). On rentre dans de nouvelles négociations en 2019. Le diagnostic a été commencé en 2011. On a mis deux ans pour arriver à la signature de notre CPOM.

Chacune des parties attendais quelque chose. Du côté de l'ACAIS, nous souhaitions faire vivre l'intégralité du parcours associatif avec nos ambitions. Proposer à des usagers un hébergement conforme aux normes en vigueur. À l'époque, Jacky GUERINEAU avait visité nos établissements. Il n'y avait que 14 places aux normes sur l'ensemble des 120 places. C'était assez significatif de leur état. Il y avait aussi une crainte de l'association par rapport aux emplois. Les attentes du Conseil départemental, c'était exécuter avec l'ACAIS leur projet politique qui était défini dans un schéma départemental 2011-2015 par rapport aux places en hébergement. Avec le projet de mettre en place le « parcours résidentiel progressif ».

Qu'est-ce que c'est ? Ça a été défini dans un communiqué, je ne sais plus dans quel journal, peut-être celui de La Manche. « Proposer une offre résidentielle diversifiée en fonction du niveau d'autonomie de la personne et en lui permettant d'avoir un accompagnement adapté pour évoluer de manière sécurisée ». Le « parcours résidentiel progressif », c'était de mettre en place quatre dispositifs qui sont : le SAVS qui n'existait pas, l'alternative au domicile (AD), l'alternative à l'hébergement (AH) qui n'existait pas, et l'hébergement collectif. Le « parcours résidentiel progressif », on le définissait à l'époque comme du mouvement, la possibilité pour un résident d'évoluer. En cas de difficultés dans son parcours, un accident de la vie, il pouvait revenir sur une structure plus sécurisée et plus encadrée.

Or, on a mis deux ans à faire le diagnostic (de 2011 à 2013). Le constat était que les personnes accueillies sur les Habitats étaient plutôt immobilisées dans une structure. On rentrait à 20 ans en ESAT et on y restait jusqu'à 40 ans. Les résidents n'envisageaient rien d'autre. On constatait un vieillissement des résidents avec des longues périodes d'accueil. Et un constat aussi d'absence de turn-over des salariés. C'était aussi le fait que nos collaborateurs restaient sur la même structure pendant toute leur carrière. C'était une notion à prendre en compte si on voulait mettre en place quelque chose de nouveau.

On croyait bien faire notre travail. C'était le cas. Les accompagnements garantissaient sécurité et soins. Mais c'était plus un accueil hôtelier qu'une recherche d'évolution. Les services n'interagissaient pas ensemble. C'est vrai. Les résidents restaient là. Il a fallu commencer par faire le maillage en interne. Le gros travail était de se faire confiance entre nous. L'ACAIS devait

démontrer sa capacité d'adaptation à répondre aux besoins du territoire. On parlait de tuyaux d'orgue tout à l'heure. C'est exactement ça.

On est en situation de quasi-monopole en tant qu'association qui accompagne les personnes en déficience intellectuelle. On faisait tout nous-mêmes, mais seuls. On avait fort à faire et on ne s'occupait pas trop des personnes d'à côté.

Sur ce PowerPoint, on a souhaité mettre un tableau qui fait partie du cahier des charges du SAVS (Cf. diapositive 15). Ce tableau reprend SAVS, alternative au domicile, alternative à l'hébergement et foyer d'hébergement. Ça permettait de calibrer ce dont les personnes étaient en capacité de faire pour intégrer tel ou tel dispositif. Sur le SAVS, c'était savoir s'habiller, avoir une hygiène, prendre ses repas. Et sur l'alternative au domicile, il y avait un peu de stimulation au-delà des actes essentiels.

Tout avait été détaillé avec les activités domestiques et sociales, les soins, le comportement (Cf. diapositive 16). C'était une base de travail qui a permis de travailler sur le diagnostic en amont des négociations.

Sur le SAVS, on a un éducateur spécialisé pour 22 personnes accompagnées. On n'est pas sur de l'accompagnement soutenu. L'accompagnement est beaucoup plus ponctuel. On est sur un accompagnement tous les 15 jours. La réponse est adaptée en fonction du besoin du moment.

Ce tableau (Cf. diapositives 19 et 20) est encore utilisé pour le passage des personnes du Foyer « La Noé », travailleurs ESAT. C'est travaillé avec la personne. C'est elle qui dit quelles sont ses difficultés et quelles sont ses capacités. C'est un outil qu'on a fabriqué en collaboration avec le Conseil départemental. Au départ, dans le diagnostic du Pôle Habitat, on avait 200 personnes et il fallait des projections à cinq ans. Donc il fallait qu'on ait une réponse rapide. C'est un tableau Excel. On voit où la personne pourrait avoir les potentialités dans les cinq ans de passer sur tel ou tel dispositif.

Au niveau des autorisations, vous avez celles de 2013 et celles que l'on voulait atteindre en 2017. Le foyer ESAT avait 78 places. J'ai mis 74, mais ce n'est pas tout à fait ça parce qu'on redéploie. L'alternative à domicile, c'est du domicile. Les personnes sont chez elles. L'alternative à l'hébergement, c'est le foyer d'hébergement : ce sont des appartements qu'on avait depuis un moment en collocation. Le projet est d'arriver à trouver des studios. On est en grande difficulté avec les collocations. Les gens ne se supportent plus.

L'hébergement foyer occupationnel, ça ne change pas. Les activités de jour, ce n'était pas prévu d'augmenter. Mais on a eu des places supplémentaires. Le service insertion s'est transformé. Et le SAVS : 111 places en 2017.

Le constat, c'est que les jeunes et futurs arrivants ne souhaitent plus de logements collectifs. Ils ne s'imaginent pas vivre avec leurs collègues de travail, tout comme nous. Pour préparer les équipes et les résidents à créer le service alternative à domicile, on avait fait un questionnaire. On avait interrogé une cinquantaine de personnes en IME, ESAT et SESSAD. Il en est ressorti que ce service était utile, mais que la grande tendance était les logements autonomes.

Ça renforce le fait qu'il faut répondre aux besoins. En 2013, les Habitats avaient un triple défi (Cf. diapositive 23). On s'est beaucoup servi du CPOM. Il faut avoir une vision. On ne sait pas trop ce

qu'il va se passer. Devenir efficient pour répondre à la commande publique aussi. Cette commande publique sortait aussi d'un diagnostic du territoire dont nous n'avions pas forcément toutes les données.

Pour mettre en œuvre ce parcours résidentiel, il fallait instaurer un flux de résidents. Il y avait de quoi faire. Ça inclut la notion de risque et de sécurité. Il faut travailler avec des équipes de confiance. On travaillait les grilles d'évaluation et en valorisant les équipes lorsque les objectifs sont atteints. Il fallait également développer le partenariat. Il y a le maillage interne et externe. En interne, il faut préparer les futurs arrivants, ceux de l'IME. Il faut préparer ceux du SESSAD et les services ne tutélaire sont pas très enthousiastes à l'idée d'un projet à domicile. Il fallait qu'ils fassent confiance.

Concernant la transformation du service insertion en SAVS, le service avait été créé en 1986. Cet accompagnement pouvait se poursuivre ad vitam aeternam. Il y avait un éducateur spécialisé et un moniteur éducateur qui intervenaient en binôme chez les personnes. Il y avait une ouverture du service jusqu'à 22 heures le soir et des astreintes téléphoniques sur les temps de week-end. Il y avait un accueil quotidien autour d'un café de 16 heures à 19 heures.

En 2014, l'ouverture du SAVS pour 37 places et 111 accompagnements en file active. Le public a beaucoup évolué. On n'accueille plus que des travailleurs ESAT. Il y a cinq éducateurs spécialisés. Il n'y a pas d'astreinte les week-ends. L'essentiel de l'accompagnement se fait sur des visites à domicile et l'accompagnement sur l'extérieur. Il y a très peu d'entretiens individuels. Cela a été un gros bouleversement dans les pratiques. Cela a été travaillé en amont de l'ouverture du SAVS.

Dans le cadre du parcours résidentiel, on a créé le service d'alternative au domicile. C'est toujours un dispositif expérimental. Il est à destination de travailleurs ESAT ou FOA âgés de 20 à 62 ans. L'accompagnement est beaucoup plus soutenu qu'en SAVS. Notamment avec les tâches liées à la vie quotidienne. Il s'agit aussi d'assurer un accompagnement en milieu ouvert et d'assurer les services de droit commun du territoire. On est sur un apprentissage de l'autonomie. Ce service fonctionne avec deux moniteurs éducateurs. C'est ouvert du lundi au vendredi. Il n'y a pas d'astreinte le week-end non plus. Ce sont des visites à domicile et un accompagnement sur l'extérieur. On est sur trois accompagnements par semaine, sauf les week-ends.

Il fallait rester efficace en apportant des réponses adaptées. On avait un gros enjeu architectural. On a fait le choix de recentrer les actions en foyer de vie sur l'accompagnement des personnes de plus de 45 ans. Le vieillissement, les premiers signes sont à 45 ans et ça peut aller très vite. On a l'exemple d'un travailleur ESAT qui en 3 mois a eu une perte d'autonomie totale. Puis un foyer de vie pour les plus jeunes également et un foyer d'hébergement pour les travailleurs ESAT les moins autonomes. On a étendu la gamme des réponses des habitats en créant l'alternative à domicile. On n'a toujours pas le cahier des charges de l'alternative à l'hébergement.

Concernant le bilan et les perspectives du SAVS, du service d'alternative à domicile, et du pôle Habitats et Accueil de jour : pour l'ACAI, les objectifs sont atteints et dépassés. 46% des personnes accompagnées par le SAVS sont orientées en ESAT. Entre 2015 et 2017, 5 personnes sont sorties du Foyer « La Noé » vers le service d'alternative à domicile. 4 personnes du service d'alternative à domicile sont sorties vers le SAVS. Et 21 personnes du SAVS sont sorties vers le

milieu ordinaire, avec ou sans appui. Par appui, j'entends les services à domicile, le travail autour du lien social avec les maisons de quartier. Et en 2018 3 personnes sont sorties du Foyer « La Noé ».

On est vraiment sur un mouvement. Les professionnels étaient loin d'imaginer que ces personnes auraient pu accéder à un appartement. C'était le projet de vie de ces personnes. Quand les premiers sont sortis, il y a eu une émulation. Le projet de la personne s'est orienté vers un projet de vie autonome.

Sur le SAVS, la population est jeune. 50 % de la population a moins de 30 ans. Nous avons aussi des retraités avec un passé institutionnel pour lequel il n'est pas envisageable à l'heure actuelle d'arrêter un accompagnement par le SAVS. Nous sommes partis de la transformation du service d'insertion vers le SAVS avec quasiment que des travailleurs ESAT. Aujourd'hui, les travailleurs ESAT, c'est 28 % des personnes accompagnées par le SAVS. 18 % des personnes ont une orientation ESAT. Ça veut dire qu'il faut travailler avec d'autres avant d'envisager une orientation vers l'ESAT. 36 % ne sont pas en capacité de travailler. Ils présentent des troubles psychiques, de grosses addictions à l'alcool ou à la drogue. Les choses se font petit à petit. 1% d'étudiants. Nous avons deux lycéens en lycée pro qui ont repris des études après un arrêt. J'oubliais les retraités : 7 %.

En 2017, nous avons eu 10 sorties et 24 entrées en SAVS. En 2018, une vingtaine de sorties et 35 entrées.

Sur le service alternative à domicile (SAD), 13 personnes étaient accompagnées sur l'année 2017. Le public est très jeune. 50 % ont moins de 30 ans. Les personnes entre 51 et 62 ans ont un besoin plus soutenu. Mais on a encore la difficulté de cet arrêt à 62 ans. Il faut envisager autre chose. Un passage au SAVS avec un appui très soutenu ou une entrée vers des foyers de logements.

On a fait ce petit schéma pour montrer les mouvements (Cf. diapositive 36). Vers le service alternative au domicile (SAD), il y a eu 5 entrées en 2017. Une personne du Foyer « La Noé », deux de l'IME, un du SAVS, et une jeune femme du SESSAD. Vers le SAVS, on a eu 3 sortants et 1 sur la résidence Ti'Hameau.

Pour le Pôle Habitat et l'Accueil de Jour, je vous ai fait un tableau pour voir ce que représentent les flux depuis 2013 (Cf. diapositive 38). 51 entrées et 72 sorties. C'est entre les établissements et les nouveaux arrivants. Vous voyez ce que ça représente comme boulot pour les équipes éducatives. J'entends souvent des gens qui sont pour maintenir les gens dans leur lieu de vie. Je mets un bémol. Il n'y a eu aucune difficulté d'adaptation des résidents à leur autre lieu de vie. Bien au contraire. Les résistances étaient plus au niveau des équipes éducatives et des familles qui avaient peur qu'ils soient isolés de leurs amis. Ça n'a pas été une difficulté pour les résidents. Le lieu de vie n'était pas une grande préoccupation pour eux.

La difficulté est d'accompagner les personnes vieillissantes de plus de 65 ans. Sur les 82 personnes accompagnées en Foyer Occupationnel d'Accueil (FOA) : 4 personnes devraient être en EHPAD, 10 personnes auront plus de 62 ans dans les 5 ans et 23 dans les 10 ans. Donc il y a un petit souci. Soit on se transforme en EHPAD, soit on voit comment faire sur le territoire et ce n'est pas évident. On y travaille depuis 7 ans. Toujours pas de solution... Les profils des personnes accompagnées évoluent. Le profil résidentiel des jeunes et futurs travailleurs ESAT

n'est pas un hébergement collectif en foyer d'hébergement. Le diagnostic sur l'ESAT est important : 73 travailleurs ESAT habitent chez leurs parents vieillissants. Il faudra s'en préoccuper. On ne connaît pas leur degré d'autonomie, c'est une inconnue. Les jeunes de l'IME ont plus de 20 ans. C'est un IME de 110 enfants. 15 attendent une place en FOA. On ne peut pas accueillir les personnes en IME. Donc ça freine les admissions des petits.

L'accompagnement à la santé est un point noir dans le Cotentin. On manque de médecins généralistes et de spécialistes. Il nous faudrait 300 interventions. Mais on met souvent plus de temps à obtenir un rendez-vous qu'un accompagnement. Sur deux sites, nous avons besoin de deux éducateurs en journée dans la Manche.

PRESENTATION DES TRAVAUX DE L'APIRJSO LA COURONNERIE: ELABORATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION

CATHERINE TALLANT-MAHOUT, DIRECTRICE DU POLE VIE SOCIALE ET HABITAT ET
YOHANN DELAGE AIDE MEDICO-PSYCHOLOGUE, APIRJSO LA COURONNERIE

Nb : L'intervention de l'APIRJSO La Couronnerie est complétée par le PowerPoint annexé au présent document.

Bonjour à toutes et à tous. Je m'appelle Catherine TALLANT-MAHOUT, je suis directrice du Pôle Vie Sociale et Habitat de La Couronnerie. Le Pôle Vie Sociale et Habitat comprend un foyer d'hébergement de type éclaté, un SAVS et un SAMSAH. On aimerait créer une plate-forme d'accompagnement global. Cette organisation transversale se mettra en place à partir des besoins d'accompagnement des bénéficiaires. Monsieur Yohann DELAGE va vous présenter l'outil d'évaluations de nos bénéficiaires.

Bonjour. Nos actions du quotidien. La population a une typologie assez variée. La première partie, c'est une vision de l'usager et de l'équipe pour faire un travail sur les besoins réels auprès des bénéficiaires. Cela nous permettra de faire l'évaluation de l'accompagnement quotidien. Nous aurons aussi les partenaires, la possibilité de PCH.

Voici notre outil d'évaluation (Cf. diapositive 7). En haut, nous avons l'identité de la personne. Nous avons 7 items d'accompagnement. Détaillons un petit peu. Les items d'accompagnement sont : gestion du quotidien, gestion du logement, déplacement-repérage spatio-temporel, parentalité-sexualité, gestion administrative et financière, travail-insertion-loisirs, gestion psycho-affective.

Dans le mode d'évaluation, nous sommes sur 3 critères. Un accompagnement régulier ou soutenu. On définit la nécessité de l'accompagnement, en interne et en externe, avec la fréquence d'accompagnement par semaine. Cette fréquence permettait d'avoir un point de valeur par item afin de définir par la suite le nombre d'accompagnements à faire dans la semaine.

Sur le domaine d'accompagnement « hygiène », autonome ou non concerné, c'est sans accompagnement de notre service. Pour les trois autres on a le critère de fréquence par semaine. Il y a la valeur unitaire qui était définie. Elle permettait de multiplier par le temps qu'on avait estimé pour définir le nombre d'heures d'accompagnement par item. On l'avait évalué à 30

minutes. Mais ça dépend de l'accompagnement. Il y a aussi du temps d'écoute, de bien-être des individus, l'accompagnement sur l'isolement social. C'est une moyenne.

À la fin, ça nous donnera les sommes d'accompagnement par item. À nous de définir une organisation par semaine et ensuite la facturation. On part de la grille d'évaluation. En parallèle, on a une veille sociale de l'usager. Cela nous permet de faire un travail d'amélioration continue en revenant sur la grille d'évaluation des besoins.

Par exemple, douche : 3 fois par semaine, ménage, courses et hygiène, ... (Cf. diapositive 16) ça donnait un temps global d'accompagnement de 23 heures par semaine par l'équipe pluridisciplinaire.

Ça nous permet de mettre en place l'organisation et la veille sociale auprès de ces bénéficiaires et de faire ces interventions auprès de l'usager. Merci pour votre attention.

Cet outil est travaillé conjointement avec les équipes de la MDPH et du département. Je les remercie beaucoup.

ECHANGES AVEC LA SALLE

Un participant de la salle

Bonjour, je suis directrice d'un SAVS. Un complément d'information. L'exemple que vous donnez sur la personne pour laquelle vous évaluez à 23 heures le temps d'accompagnement. C'est 23 heures hebdomadaire ?

Monsieur DELAGE

Oui.

Un participant de la salle

Effectuées par le personnel de votre pôle ? Et quand vous parlez de facturation ?

Monsieur DELAGE

On va passer sur une plate-forme. L'idée est de travailler avec les partenaires de secteur. De développer un maillage, de travailler en partenariat. Ce ne seront pas que les équipes qui aujourd'hui assurent ce travail-là. L'idée est d'ouvrir le foyer d'hébergement qui portera sûrement un autre nom. L'idée est vraiment de solliciter les partenaires du territoire.

Un participant de la salle

J'ai bien lu « ménage » dans les items. Facturation du ménage. À qui ?

Monsieur DELAGE

La facturation sera adressée aux bénéficiaires directement. La personne sera locataire de son logement et s'assurera financièrement. D'où une étude financière à évaluer pour mesurer le risque. L'équipe interviendra selon les possibilités avec les partenaires. Des bénéficiaires refuseront qu'une aide à domicile entre dans leur logement. On le sait. Les partenaires n'interviendront pas pour tout

ni tout le temps. L'équipe a toute son importance demain auprès de ces personnes. On est sur un public accueilli en foyer d'hébergement aujourd'hui.

Jean-Luc CHARLOT, Directeur de l'association « La Fabrik 'Autonomie et Habitat »

C'est bien l'illustration qu'on évoquait en première partie sur l'écosystème. Comment concrètement on applique cette logique de transformation de l'offre médico-sociale dans un environnement qui fait appel à d'autres ressources ? On crée les conditions pour sécuriser le parcours de la personne, et en même temps, l'inscrire dans l'offre du territoire telle qu'elle peut exister.

L'enjeu de la grille est de travailler sur un outil d'évaluation des besoins et des aspirations des personnes. On a parlé de facturation, mais ce n'est pas l'enjeu principal. L'idée est de travailler sur les besoins. Après le diagnostic, on pourra travailler sur la définition des services qui pourront intervenir. La facturation est un point de détail.

C'est pour ça qu'il ne faut jamais parler argent.

Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale, Département du Loiret

Deux petites réactions. J'ai entendu qu'il peut y avoir des services tutélaires réticents à faire de l'accompagnement vers le domicile. Je m'inscris en faux sur cette remarque. Dans la majorité des situations, on est plutôt dans le travail des choix et des volontés des personnes.

Sur les aspects financiers qui sont un point de détail, du point de vue des personnes et non pas des services, à un moment donné, la démarche inclusive va-t-elle peser sur les finances des personnes ? Il y a aussi des conditions de prise en charge. Quand une personne est en situation d'hébergement au sens classique, il peut y avoir une prise en charge par le Département. Il y a des tarifs plafonds. Si demain elle est en situation d'autonomie, le niveau de prise en charge par les aides financières va-t-il permettre une situation plus satisfaisante ? C'est bien l'objectif de l'inclusion, et sans dégrader la situation financière de la personne.

Ce n'est pas un point de détail. Il n'est pas certain qu'en cumulant des services, les prestations permettent des niveaux d'inclusion. Cette question-là sera aussi à travailler parallèlement à la réforme de l'offre.

Jean-Luc CHARLOT, Directeur de l'association « La Fabrik 'Autonomie et Habitat »

Deux commentaires. La situation qui nous a été présentée était celle de la Manche, donc pas transposable dans le Loiret. Mais il ne faut pas évacuer la remarque. Il y a une culture métier qui fait que le sujet peut paraître « étranger » à la problématique. Il ne faut pas occulter la remarque qui a été faite de cette particularité. Parfois, ça peut être un frein dans l'élaboration d'un projet individuel.

Sur l'aspect ressources, en fin d'année dernière, il y avait une rencontre organisée par les associations autour de l'habitat inclusif. Un des sujets mis en avant était celui du domicile de secours. On pourrait dire qu'il est accessoire. Mais le domicile de secours est la question fondamentale. Un des enjeux, c'est comment ça va fonctionner pour les services, pour les personnes, et d'un point de vue économique ?

**Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale,
Département du Loiret**

On est bien sur la question de la transformation de l'offre médico-sociale. Comment change-t-on le modèle sans réduire cette construction-là ? Si on avait la réponse, on ne ferait pas de colloque comme aujourd'hui. On est dans une démarche où on pose une problématique. Il y a un mouvement qui existe. Comment on l'accompagne pour être dans une fonction d'action plutôt que de réaction ?

PARTIE 4 : SUITES ET PERSPECTIVES

JEAN-LUC CHARLOT, DIRECTEUR DE L'ASSOCIATION « LA FABRIK' AUTONOMIE ET HABITAT » :

Je vous remercie de cette présentation. Passons à la dernière partie avant l'intervention du Président Marc GAUDET. Une fois que nous avons mis en discussion et en perspective ces questions, quelle est la suite des perspectives pour le Département du Loiret ?

Jacky GUERINEAU, Directeur général adjoint du Pôle Citoyenneté et Cohésion Sociale, Département du Loiret

On s'inscrit bien dans une logique de processus. On est bien sur une idée collective dans une logique d'accompagnement.

Au cours du premier trimestre de cette année, avec ceux qui le souhaitent, on pourrait élaborer un référentiel départemental. Quand on parle d'habitat inclusif, mettons-nous tous la même chose sous ce vocable ? La question est de savoir comment on peut définir cette notion d'habitat inclusif dans le Loiret. Il y a des réflexions qui sont menées. On l'a vu également dans la présentation. Il ne s'agit pas uniquement de décréter que l'habitat inclusif est le sujet de préoccupation de tout un chacun sans se préoccuper des professionnels. Il ne faut pas être dans une logique de refus ou de violence faite vis-à-vis de ces professionnels. Mais comment les accompagner dans cette évolution ?

Je propose dès ce mois-ci de construire cet outil d'accompagnement au bénéfice de vos salariés. Pour ceux qui sont partants. On l'a vu par rapport à La Couronnerie ou à l'ACAIS : se pose la question d'évaluation des outils qui permettent d'objectiver les besoins de la personne par rapport à ce parcours. Comment créer les outils ? On se propose de construire cet outil-là permettant les passages entre les différents acteurs. On veut un outil convergent.

Sur les territoires des Maisons du Département, on se propose d'engager une démarche sur la connaissance partagée des ressources du territoire. Sur les territoires, il y a de la ressource. Est-ce que l'ensemble des acteurs a la connaissance des ressources existantes et comment ces ressources peuvent s'appuyer sur vos compétences pour prendre en compte les publics auxquels elles sont confrontées ?

Qui parmi vous est intéressé pour concourir à l'élaboration de ce référentiel ? À partir de nos expériences et de ce qui a pu être présenté aujourd'hui ou l'année dernière.

Un certain nombre d'entre vous ont des projets sur lequel le mot « habitat inclusif » est posé. Comment on accompagne ces projets ? Et comment mettre en place ces 6 ateliers territoriaux ? Vous avez la possibilité de réfléchir encore. On souhaite être sur une démarche la plus large possible. Toutes les bonnes volontés sont les bienvenues. Notre objectif est ambitieux. On ne veut pas confondre vitesse et précipitation.

Cette proposition vous est faite. J'espère qu'elle est de nature à susciter un engagement de votre part. Je me propose dès maintenant de passer la parole au Président Marc GAUDET qui nous a rejoints. On le remercie. Pour conclure cette deuxième journée des « Rencontres de l'Autonomie ». La troisième édition aura lieu en avril prochain et aura pour thème la question de l'accueil en famille (accueil familial et soutien aux aidants). Merci de votre attention.

CONCLUSION

MARC GAUDET, PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

Bonjour à toutes et tous. Ça va être compliqué pour moi de conclure, comme j'étais absent ce matin. Je voulais venir vous saluer. Certains sont Loirétains, d'autres non. Vous avez eu le témoignage d'actions qui sont menées également dans La Manche. Pour le Département du Loiret, l'habitat inclusif est une direction qu'on doit prendre. Viser le 100 %. On doit s'adapter au changement de mentalité.

Autrefois, les personnes restaient le plus longtemps possible chez elles où elles étaient aidées par la famille en cas de handicap.

Aujourd'hui, et même autrefois, les personnes âgées allaient plus facilement en maison de retraite ou en EHPAD. Il faut avoir des relais sur le territoire pour maintenir ce logement à domicile.

Je suis attaché à ce que nos services et nos élus aillent sur le terrain voir ce qu'il s'y passe. C'était le cas dans La Manche. Aller expérimenter. Laisser de côté ce qui ne fonctionne pas. C'est ce qui a été fait. On va s'attacher à poursuivre dans cette démarche.

Je n'ai pas assisté à vos travaux ce matin. Je ne serai pas forcément en mesure de répondre à vos questions. Je remercie Florence GALZIN, Madame la Maire de Châteauneuf sur Loire.

Merci à vous toutes et tous.