

SYNTHESE DU SCHEMA D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE DU DEPARTEMENT DES YVELINES

2010 - 2015

- VOLET AUTONOMIE -

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est un outil de planification essentiel des politiques d'action sociale. Il comporte trois volets : Autonomie (Adultes handicapés et Personnes âgées), Enfance, famille et santé, et Insertion, qui ont été élaborés en même temps et selon une méthodologie commune.

Le groupe BPI, en tant que prestataire sélectionné dans le cadre d'un appel d'offre, a apporté son aide méthodologique et organisationnelle à l'élaboration de ce schéma.

UNE METHODOLOGIE UNIQUE

Si ce grand chantier d'observation, d'évaluation, de planification et de concertation se décline en trois volets, sa méthodologie est unique : recueil de la parole des usagers, observation des situations de vie, appréhension des besoins non satisfaits et association des différents acteurs intervenant auprès des populations.

UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET CONCERTÉE

Fruit d'un travail partenarial, le schéma est aussi l'aboutissement d'un processus de concertation entre les experts et professionnels de l'intervention sociale, médico-sociale et de santé, les usagers, les représentants institutionnels publics ou associatifs et les élus. La démarche s'est organisée de la manière suivante :

1. **Analyse des besoins** : analyse des documents existants, entretiens de cadrage avec les acteurs impliqués et études qualitatives réalisées par le cabinet.
2. **Prise en compte de l'avis des usagers** au travers de 5 questionnaires.
3. **Réflexion transversale sur les actions à mener**, grâce à 13 groupes de travail afin d'apporter des réponses aux problématiques repérées.
4. **Mise en place d'outils de communications et de temps d'information** : Forum, Journal projet et mise en ligne de la totalité des travaux.

UNE VOLONTE POLITIQUE CLAIREMENT AFFICHEE

La politique menée par le Conseil général dans le domaine social et médico-social repose sur deux principes majeurs :

- assurer l'égalité de tous les Yvelinois en matière d'accès aux droits
- garantir une exigence d'équité de traitement dans la réponse apportée à leurs besoins.
- garantir une exigence de qualité dans la réponse apportée aux besoins

UNE AMBITION POUR L'AVENIR QUI S'APPUIE SUR L'EVALUATION ET LA CONNAISSANCE DES BESOINS

1. ETAT DES LIEUX :

L'état des lieux permet de constater que les Yvelines sont un département particulièrement bien équipé et doté d'établissements de qualité.

L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT DES PERSONNES AGEES

Au 30 juin 2009, il y avait 12705 lits ou places dans les Yvelines, dont 9594 lits ou places en EHPAD (la moitié étant habilitée à l'aide sociale), soit une offre quantitativement suffisante. Le taux d'équipement en établissements d'hébergement est supérieur à la moyenne régionale mais il recouvre des disparités infra-départementales importantes devant être résorbées.

Le niveau de dépendance croissant des personnes hébergées appelle une forte collaboration des établissements du secteur médico-social avec les professionnels de santé.

Des moyens considérables ont été accordés avec les 103 conventions tripartites signées depuis 2001.

L'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Enfants handicapés (de la compétence exclusive de l'Etat)

Le taux d'équipement est proche de la moyenne régionale et élevé pour les déficients intellectuels, mais il existe un manque de structures de prise en charge pour les enfants autistes et pour les enfants déficients moteurs. D'autre part, il y a un manque de fluidité dans le passage d'un établissement pour enfants à un établissement pour adultes.

Adultes handicapés

Le taux d'équipement en structures relevant du Conseil Général est largement supérieur aux moyennes régionales et nationales. Nous avons quasiment triplé nos capacités d'accueil entre 1995 et 2010.

Il existe toutefois un décalage entre l'offre et les besoins, centré à ce jour sur la prise en charge du handicap psychique.

2. BILAN DU PRECEDENT SCHEMA POUR L'AUTONOMIE (PERSONNES AGEES, PERSONNES HANDICAPEES).

Notre organisation territoriale est mise en place : les Coordinations Gériatriques et Handicap Locales, dotées d'équipes pluridisciplinaires, ont réellement pris leur essor, elles sont désormais au nombre de 9, harmonisées avec les Territoires d'Action Sociale. Nous sommes les seuls à avoir territorialisé ainsi nos actions à domicile en faveur des Personnes Agées et des Personnes Handicapées.

1. L'ensemble des axes permettant le maintien à domicile ont été développés et confortés, qu'il s'agisse :
 - Des accueils alternatifs, avec le doublement des places en accueil de jour pour personnes âgées entre 2003 et 2011, un nombre de places en accueil de jour pour personnes handicapées multiplié par 6 entre 2003 et 2011.

Ces modes d'accueil permettent le maintien à domicile et soulagent les aidants familiaux. Le taux d'équipement est satisfaisant en places d'accueil de jour, mais inférieur à la moyenne en places d'hébergement temporaire. Toutefois, le taux d'occupation de ces structures qui correspondent à une demande est décevant ; il conviendra d'en explorer les raisons.

- Des Services à domicile largement développés, près de 400 services agréés, il nous faut maintenant travailler sur la qualité de la prise en charge et par suite améliorer la professionnalisation.. Deux plateformes dédiées ont été créées dans ce but ; la réflexion sera poursuivie sur l'adéquation aux besoins des usagers. Il reste essentiel d'accompagner les professionnels dans leur parcours et de les soutenir dans leur travail, tant pour leur bien-être que pour les personnes qu'ils aident.
 - le transport adapté a été organisé et fonctionne à travers le dispositif PAM 78,
 - la téléassistance couvre la quasi-totalité des communes du département, 7500 Personnes Agées en bénéficient.
 - depuis 2004, le service très apprécié d'Yvelines Etudiants Seniors fonctionne durant l'été principalement. En 2009 1494 personnes âgées ont fait l'objet de 8547 visites de convivialité par des étudiants.
2. La lutte contre la maltraitance a constitué un axe très important de notre action, à travers la mise en place d'instances spécifiques pour prévenir, repérer et éviter la maltraitance à domicile, mais aussi en établissement. Un numéro départemental d'appel pour les victimes ou témoins de maltraitance a été installé, des inspections régulières dans les établissements d'hébergement réalisées. Assurer la qualité de la prise en charge en établissement des personnes vulnérables est notre priorité ; cela peut aller de la fermeture à la nomination d'un administrateur provisoire.
 3. La coordination entre les intervenants constitue désormais un objectif affiché et partagé par tous les acteurs, afin d'avoir une vision globale de la situation et une réponse adaptée au besoin de chaque usager. Cette prise de conscience a induit des efforts de coordination en faveur des personnes âgées notamment sous la forme de « filières gériatriques ».
 4. Cette coordination est encore en construction dans le domaine du handicap, lorsque les secteurs sanitaire et médico-social interviennent en complémentarité, en cas de handicap psychique, par exemple.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE (APA)

L'APA a connu une montée en charge considérable depuis 2003.

Dans les Yvelines, le taux de bénéficiaires est inférieur à la moyenne régionale, mais le montant moyen du plan d'aide à domicile supérieur de 18 % à cette même moyenne. Les bénéficiaires participent à 13% de plus que dans le reste de l'Ile-de-France, compte tenu de leurs ressources.

51 % des bénéficiaires vivent à domicile, le chiffre tombe à 27 % pour les personnes en GIR1, les plus dépendantes.

LES PRESTATIONS AUX PERSONNES HANDICAPEES

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) diminue régulièrement de 3% l'an, tandis que la Prestation de Compensation du Handicap connaît une forte montée en charge.

La prise en charge de l'hébergement par l'aide sociale est importante : c'est la conséquence de la volonté du Conseil général de créer des centaines de places pour personnes handicapées.

Des efforts importants ont été réalisés par l'Etat pour créer des places de SESSAD et un travail d'articulation entre les différents acteurs pour faciliter la scolarisation des enfants handicapés qui a permis un doublement, en 4 ans, du nombre d'enfants handicapés scolarisés.

Notre schéma de mai 2003 avait été suivi en février 2004 d'une programmation, suivie à son tour d'un appel à projets pour retenir les meilleurs candidats et faire jouer la concurrence entre les opérateurs.

LES CREATIONS DE PLACES ISSUES DE LA PROGRAMMATION :

Personnes âgées : un taux de réalisation de l'appel à projet de 93 % avec la création, la restructuration et le transfert géographique de 784 places d'ici 2011 : le taux d'équipement est supérieur à la moyenne régionale avec des disparités entre territoires au sein du département.

Adultes handicapés : un taux de réalisation de l'appel à projet de 82 %, avec la création de 767 places d'ici 2011 : le taux d'équipement est très élevé en Foyer d'Accueil Médicalisé, mais il manque d'établissements d'accueil pour personnes souffrant de handicap psychique.

Du côté de l'Etat, 688 places ont été installées depuis 2006.

Soit un total de 1455 places nouvellement installées entre 2004 et 2010, se rajoutant aux 1239 places créées au titre de nos précédentes programmations de 1996 et 1998.

Enfants handicapés : 326 places créées depuis 2006 : un taux d'équipement de 7,01 %, ce qui est conforme à la moyenne régionale, satisfaisant pour les enfants déficients intellectuels, mais insuffisant pour les enfants autistes et les enfants déficients moteurs.

LES ORIENTATIONS DU SCHEMA POUR L'AUTONOMIE 2010-2015

Les groupes de travail qui se sont réunis ont eu pour mission de faire des propositions très concrètes, sur la base des bilans et études qui avaient été réalisés. Ces propositions ont pris la forme de 33 fiches-action, qui constituent le schéma autonomie à proprement parler.

Ces fiches-actions peuvent être rassemblées en quatre grands objectifs, qui constituent les axes forts de notre politique en faveur des Personnes âgées et des Personnes handicapées :

1. Offrir à toute personne dépendante qui le désire la possibilité de rester à son domicile, en veillant à combattre l'isolement.

C'est un point très important, qui ressort de toutes les études : les personnes souhaitent demeurer chez elles. Ceci nécessite donc de coordonner différents dispositifs afin de leur assurer les services et la qualité de vie à laquelle elles peuvent prétendre.

- ❖ Cela passe tout d'abord par le renforcement et la professionnalisation des services à la personne, qui interviennent au domicile. Diverses actions sont prévues pour cela :
 - Engager ces services dans une démarche qualité,
 - Renforcer le rôle des plateformes de professionnalisation, qui apportent leur soutien aux services et mutualisent les expériences,
 - Développer la formation des professionnels intervenant dans ces services,
 - Valoriser ces métiers et les faire mieux connaître.
- ❖ Il est également nécessaire d'améliorer l'offre d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, afin d'offrir à ces personnes vivant à domicile un regroupement temporaire avec d'autres personnes dans un environnement adapté.
- ❖ Le renforcement du transport adapté s'inscrit aussi dans les moyens d'un maintien au domicile dans de bonnes conditions, la recherche de solutions de proximité sera encouragée.
- ❖ Enfin, la lutte contre la maltraitance constitue une priorité indiscutable. Beaucoup a déjà été fait dans ce domaine depuis 1998, qui touche également les personnes hébergées en établissement, mais il est essentiel de maintenir nos efforts.

2. Développer des prises en charge innovantes et spécifiques pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, mais aussi pour leurs familles, en première ligne face aux conséquences de cette terrible maladie.

Il est incontestable que la prise en charge des personnes victimes de cette maladie, mais aussi des proches, constitue un des défis majeurs auxquels notre société est confrontée. Par delà la recherche médicale afin de faire progresser les traitements et le soin proprement dit, qui ne sont pas du ressort des départements, il faut développer des modalités spécifiques de prise en charge et de travail avec les familles.

- ❖ le diagnostic précoce de la maladie ou des maladies apparentées doit être favorisé, pour cela il faut diffuser les bonnes pratiques en matière d'annonce du diagnostic, mettre à disposition des professionnels des outils de repérage et dispenser aux médecins une formation sur la prise en charge des personnes âgées et notamment des maladies neurodégénératives.
- ❖ le développement et le renforcement d'unités spécifiques d'accueil au sein des établissements existants sera encouragé.
- ❖ Organiser une veille sur les expérimentations locales et nationales dans ce champ, afin de profiter des expériences positives qui se déroulent ailleurs.
- ❖ Les « aidants familiaux », qui sont les premiers et sont souvent seuls face au malade, doivent être soutenus. Cela passe par le développement d'une palette de service complète pour leur permettre d'avoir un peu de répit, de lieux de paroles et de médiation familiale pour exprimer leurs difficultés, de formations directement adaptées à leurs besoins.

3. Développer et encourager les initiatives concernant la prise en charge des personnes handicapées psychiques.

La loi du 11 février 2005 a reconnu pour la première fois la notion de handicap psychique. C'est un champ nouveau qui s'ouvre pour la prise en charge de ces personnes, non plus seulement sous l'angle du malade à soigner, mais de la personne handicapée dont les souhaits de vie et les besoins spécifiques doivent être pris en considération sur la durée. Les besoins sont donc très importants, et si le Département n'est pas compétent pour la totalité du champ, il doit être à la fois acteur pour ce qui le concerne et moteur pour impulser des projets avec nos partenaires.

- ❖ La coordination entre secteur sanitaire et médico-social pour faire émerger des solutions innovantes dans la prise en charge du handicap psychique doit être développée,
- ❖ L'offre d'hébergement adaptée aux personnes souffrant de handicap psychique sera encouragée,
- ❖ La question spécifique de la prise en charge des personnes handicapées autistes sera approfondie, en développant notamment l'information à destination des professionnels et des familles et en promouvant de nouvelles modalités de prise en charge,
- ❖ Là encore, les « aidants familiaux » devront être soutenus et accompagnés.

4. Assurer la cohérence et l'adaptation de notre offre de services aux besoins des personnes.

- ❖ En favorisant la connaissance mutuelle des acteurs et des procédures, en structurant les échanges d'information et en développant les outils d'évaluation.
- ❖ En veillant à réduire les disparités départementales et en mettant à disposition de tous une vision claire des capacités d'accueil d'un territoire.
- ❖ En introduisant une plus grande souplesse dans l'offre de services afin de répondre aux besoins de chacun (personnes handicapées vieillissantes, accès au travail des personnes handicapées, travailleurs migrants vieillissants par exemple).
- ❖ En retenant le principe d'une programmation suivie d'un appel à projets avec des critères objectifs de choix à élaborer avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Enfin, notre schéma départemental est complété pour la première fois par le schéma de l'Etat concernant l'Enfance Handicapée, qui est joint à notre document. Ce schéma se décompose en quatre grandes fiches-actions, divisées chacune en actions plus restreintes :

ORIENTATIONS DU SCHEMA DE L'ENFANCE HANDICAPEE (ETAT)

1. **Améliorer la couverture du territoire** : en développant l'offre d'équipements médico-sociaux (SESSAD et IME) dans le nord-est du département (St Germain en Laye) et dans le sud du département (Rambouillet).
2. **Développer les prises en charges spécifiques** pour répondre aux besoins des différents types de handicap,

3. **Améliorer la qualité de l'offre**, afin de diversifier les modes de prise en charge et promouvoir l'adaptation des établissements à tous les handicaps, y compris les plus lourds,
4. **Renforcer les partenariats entre professionnels**, notamment entre professionnels du médico-social et du sanitaire.