



---

# Propositions prioritaires de l'URIOPSS Centre

---

Union **R**égionale Interfédérale des  
Œuvres et **O**rganismes **P**rivés  
Sanitaires et **S**ociaux

---

***Edition Septembre 2011***

---

## Sommaire des fiches

### TRANSVERSAL

**Fiche n°1** : Réaffirmer le rôle et la place des associations de solidarité face à un nouveau contexte de prestation et de contractualisation

**Fiche n°2** : Proposer une gestion du secteur social, médico-social et sanitaire qui permette une prise en charge de qualité de chaque usager

**Fiche n°3** : Reconnaître l'importance et la spécificité de la fonction "employeur" dans les associations et développer la gestion des ressources humaines

**Fiche n°4** : Recueillir et analyser plus précisément les besoins des publics fragiles

**Fiche n°5** : Promouvoir la coopération interassociative

### LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS

**Fiche n°6** : Assurer aux personnes en situation de précarité et d'exclusion un accompagnement et un parcours adaptés à leurs besoins

**Fiche n°7** : Renforcer l'accompagnement des publics en situation de demande d'asile

**Fiche n°8** : Soutenir l'Insertion par l'activité économique (IAE)

### PROTECTION DE L'ENFANCE ET PETITE ENFANCE

**Fiche n°9** : Affirmer la place des associations et leur rôle d'acteurs essentiels dans le dispositif de la protection de l'enfance

**Fiche n°10** : Proposer des prises en charge adaptées et diversifiées face aux situations de plus en plus complexes des jeunes accueillis

**Fiche n°11** : Affirmer la place des associations dans le dispositif PJJ

**Fiche n°12** : Agir pour que la prévention spécialisée soit mieux inscrite dans le cadre de la Protection de l'Enfance

**Fiche n°13** : Promouvoir et faire reconnaître les Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) et les Espaces de Rencontre Parents Enfants comme dispositifs de prévention

### PERSONNES ÂGÉES

**Fiche n°14** : Diversifier et améliorer les dispositifs de prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en établissement

**Fiche n°15** : Garantir l'accessibilité financière des établissements pour les personnes âgées

### PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPEES

**Fiche n°16** : Créer un 5<sup>ème</sup> risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie quel que soit l'âge, fondé sur la solidarité nationale

**Fiche n°17** : Réformer le mode de gestion et de fonctionnement de l'aide à domicile

### PERSONNES HANDICAPEES

**Fiche n°18** : Permettre une éducation et une scolarisation appropriées aux besoins des enfants en situation de handicap

**Fiche n°19** : Adapter l'offre au parcours singulier de chaque adulte en situation de handicap

**Fiche n°20** : Développer des réponses diversifiées et articulées pour les personnes ayant des troubles psychiques, du spectre autistique ou de la conduite et du comportement

**Fiche n°21** : Faire vivre les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH)

### SANTÉ

**Fiche n°22** : Garantir l'accès aux soins pour tous en région Centre, et en particulier pour les publics les plus démunis

**Fiche n°24** : Former des professionnels de santé et réguler l'installation de professionnels médicaux pour faire face à la préoccupante pénurie de la région Centre

**Fiche n°24** : Renforcer l'offre médico-sociale et la prévention en addictologie

**Fiche n°25** : Accompagner les SSR dans leurs nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement

## Présentation des Propositions prioritaires

**L'URIOPSS Centre réaffirme ses priorités : dans la période particulièrement difficile que nous traversons, il faut accentuer l'effort de solidarité envers les personnes les plus vulnérables.**

Partie prenante de l'économie sociale et solidaire, les associations qui constituent l'URIOPSS Centre ont la volonté de promouvoir leur conception solidaire de la politique de santé et d'action sociale et médico-sociale. Au plus près de la réalité des personnes vulnérables qu'elles accompagnent (enfants en danger, personnes en situation de handicap, personnes exclues ou en situation de précarité quelles qu'en soient les raisons : santé, dépendance, situation économique), elles affirment **qu'il convient non seulement de maintenir mais aussi d'accentuer l'effort de solidarité, garant du pacte social qui fonde notre société.**

Disons le tout haut, la tentation est forte dans un environnement économique et budgétaire contraint, de « rogner » sur les dépenses de solidarité, dans l'ensemble du champ social, médico-social et sanitaire, mais encore plus dans les domaines où les bénéficiaires n'ont pas vraiment les moyens ou les relais nécessaires pour se faire entendre (enfance, exclusion).

Au nom des valeurs qui rassemblent les membres l'URIOPSS, à savoir :

- Primauté de la personne
- Solidarité
- Désintéressement
- Liberté d'expression et démocratie

Nous reprenons à notre compte le manifeste présenté par Dominique Balmary, Président de l'UNIOPSS, au congrès de Lyon en 2010 : « L'association de solidarité s'inscrit à sa manière propre dans le champ des politiques publiques ». **A ce titre, si l'association de solidarité a le devoir de « faire », elle a aussi celui de « dire ». Dire le social, c'est contribuer au repérage des besoins, c'est anticiper leur évolution, c'est débattre sans contrainte avec les pouvoirs publics de la pertinence des mesures projetées ou mises en œuvre, participer à l'évaluation des politiques.**

Le présent document, qui porte ici le message des associations membres, s'inscrit pleinement dans cette perspective. Fruit des travaux des GLASS (groupe de liaison des associations sanitaires et sociales) réunissant les associations au niveau de chacun des départements, des Commissions régionales sectorielles ainsi que des instances de notre Union, il a été validé à l'origine par le Conseil d'administration de l'URIOPSS Centre le 11 mars 2010. Compte tenu de la rapidité de l'évolution de l'environnement économiques et des changements des dispositifs réglementaires, l'URIOPSS Centre a décidé de renouveler ses propositions prioritaires.

S'engager aujourd'hui dans une telle démarche n'est pas fortuit. Le champ de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, qui développe un ensemble de prestations et de services, de soins et d'accompagnement éducatif, thérapeutique, social et professionnel pour les personnes vulnérables, demeure mal connu. Or, il connaît un fort développement depuis plus de soixante ans et est en constante adaptation compte tenu de l'ampleur mais aussi de l'évolution des besoins sociaux. En conséquence, il doit, à ce stade de maturité et comme tout secteur d'activité économique, relever de nombreux défis en matière de professionnalisation, de recherche d'amélioration continue de la qualité et de rationalisation des outils de gestion dans le respect des missions d'action sanitaire et sociale qui lui sont confiées. Ceci dans un contexte non seulement de forte tension sur les financements publics, qui constituent généralement la principale ressource de ces services, mais également de profondes évolutions législatives et réglementaires qui ne garantissent pas toujours

une plus grande pertinence et cohérence des interventions. Au risque de porter atteinte à la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes vulnérables.

Ces « Propositions prioritaires », fruit d'un travail exigeant, soulignent la volonté des associations de continuer à travailler avec les autorités publiques, de prendre part au débat public et de contribuer à la construction d'un système solidaire afin de préserver le sens des projets associatifs et des actions donnant la primauté à la personne.

Partant des principales préoccupations actuelles des associations de terrain, le document s'attache à présenter le constat général ou particulier à un secteur d'activité, avant d'analyser les problèmes posés aujourd'hui. Chaque fois, les associations ont souhaité formuler des propositions, pour ne pas laisser penser qu'elles se satisferaient d'une position attentiste. Ces propositions peuvent renvoyer à des dispositions relevant de compétences nationales ou locales, concerner des problématiques d'ordre structurel ou conjoncturel, toucher un grand ou un petit nombre de personnes selon les cas. Mais à chaque fois, **il est apparu important que l'ensemble des acteurs et des concitoyens de la région Centre puissent être informés des analyses proposées par les associations pour améliorer le sort des plus fragiles.**

**Certaines propositions supposent la mobilisation de moyens financiers complémentaires.** Nous tenons à souligner cependant qu'il ne s'agit qu'exceptionnellement de demandes nouvelles émanant du secteur associatif, justifiées par l'existence de besoins importants mal pris en compte. **En fait, il s'agit plus généralement du seul rappel des moyens exigés pour la mise en œuvre effective des lois et des divers plans d'actions décidés par le législateur.**

Ces ambitions peinent parfois à trouver une traduction concrète, et ce sont souvent les acteurs de terrain, parmi lesquels les associations mais aussi parfois les collectivités locales, qui se trouvent en difficulté, entre les objectifs politiques affichés, les attentes légitimes de nos concitoyens qui en découlent, et les moyens alloués insuffisants pour les mettre effectivement en œuvre.

Marie-Paule PROT-LEGER  
Présidente de l'URIOPSS Centre

Johan PRIOU  
Directeur de l'URIOPSS Centre

## Qui sommes-nous ?

L'URIOPSS Centre est une **Union d'associations** et d'organismes privés à but non lucratif des secteurs sanitaire, social, médico-social et de lutte contre les exclusions. Elle rassemble **219 associations et fédérations d'associations, soit près de 500 établissements et services**, répartis sur les 6 départements de la région Centre, agissant dans 7 domaines : les personnes handicapées ; les personnes âgées ; l'aide et le soin à domicile ; la lutte contre les exclusions ; la petite enfance, les jeunes et les familles en difficulté ; la santé. L'URIOPSS Centre anime également le Collectif ALERTE de la région Centre, qui est un lieu de réflexion et d'échanges interassociatifs sur la pauvreté et l'exclusion, et sur les meilleurs moyens de les combattre.

L'URIOPSS Centre réalise trois missions principales :

- une mission d'**animation** : en facilitant les liaisons et échanges entre les organismes, en constituant un terrain de rencontres et de réflexion ;
- une mission d'**information et de formation, de soutien technique et d'accompagnement** : en mettant à disposition les services techniques et la documentation nécessaires, en proposant formations et accompagnements des salariés et bénévoles ;
- une mission de **représentation** des associations auprès des élus et des administrations, pour faire connaître l'esprit, les objectifs et activités des associations non lucratives du secteur sanitaire et social.



## **Fiche n°1 : Réaffirmer le rôle et la place des associations de solidarité face à un nouveau contexte de prestation et de contractualisation**

### *Situation actuelle*

---

L'environnement de notre secteur sanitaire et social est en plein bouleversement. En moins de quatre ans, de 2008 à 2011, il a connu des mutations de forte ampleur.

D'une part, les acteurs évoluent : la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) impacte notre organisation et nos rapports avec les autorités, la restructuration des services de l'Etat reconstruit notre environnement direct avec l'instauration d'un niveau régional (instauration des Agences Régionales de Santé, création des Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale...).

D'autre part, de nouveaux modes de régulation apparaissent ou se systématisent : exacerbation de la concurrence au détriment de la coopération interassociative, développement de procédures pluriannuelles avec les CPOM qui vont devenir obligatoires pour les structures dépassant certains seuils...

La systématisation d'une nouvelle procédure comme l'appel à projets a inversé les logiques, passant d'une procédure « ascendante » où le secteur associatif pouvait avoir l'initiative d'un projet, faire valoir sa pertinence pour répondre aux besoins des populations fragiles, être entendu dans une instance consultative large (le CROSM), à une nouvelle procédure « descendante » où la puissance publique définit les besoins, détermine les projets et demande par la suite aux acteurs de se positionner sur ces projets.

En définitive, les relations entre les pouvoirs publics et les associations sont marquées par le passage d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service. Une nouvelle régulation est ainsi en train de s'installer dans le cadre de mécanismes de mise en concurrence des acteurs et de développement des relations contractuelles.

### *Problèmes posés*

---

La systématisation des appels à projets pose la question du maintien de la capacité d'initiative, d'innovation et de détection des besoins sociaux, fonction qui avait été au fondement même de l'essor des réponses aux personnes fragiles. Comment continuer à proposer des réponses innovantes ou expérimentales dans ce contexte ? Comment ne pas tomber dans le « moins-disant » économique ?

D'autre part, peut-on parler d'une procédure d'appel à projet « sincère » et « équitable », comme le déclarait la secrétaire d'Etat d'alors, lorsqu'un appel à projet concerne l'extension d'un EHPAD existant ? Ne s'agit-il pas plutôt d'une inutile complexification administrative ?

Enfin, comment concilier les notions d'appel à projet et donc de concurrence, avec celle de coopération, vecteur de restructuration du secteur ? Le fort mouvement d'incitation par les pouvoirs publics au regroupement doit être questionné quant à ses fondements véritables. Le réseau UNIOPSS / URIOPSS promeut la coopération, à condition que celle-ci se fasse sur une base volontaire et qu'elle ne signifie pas la standardisation et l'uniformisation des réponses. Rappelons que les petites structures ont souvent été l'aiguillon de l'innovation, et que cette innovation est aujourd'hui remise en cause.

Comment parler de véritable contrat et de relation équilibrée lorsque la démarche et le contenu sont quasiment obligatoires, ou lorsque les financeurs reviennent sur leurs engagements pluriannuels, comme cela est parfois le cas pour une signature de CPOM ?

Ce recours de plus en plus fréquent à la « prestation de services » dispensée par les associations pose également la question du risque de disparition de l'implication de la société civile. En effet, semble se développer un système de relation exclusive entre des citoyens et des « prestataires », où un projet collectif porté par des bénévoles au sein d'associations à but non lucratif n'a plus sa place. Si ce système citoyen-prestataire sans intermédiaire peut présenter des avantages en termes de coûts, il présente pour autant un risque lorsqu'il est utilisé par des personnes fragilisées. L'exemple de l'aide à domicile le montre bien, avec les difficultés rencontrées par des particuliers employeurs dépendants et fragilisés. Ne risque-t-on pas de glisser vers un système souhaitable d'usagers bénéficiaires à celui regrettable d'employeurs précarisés ? Or les publics fragilisés doivent d'abord être considérés comme des usagers ayant des besoins spécifiques auxquels la société tente d'apporter une réponse et non uniquement comme des employeurs solvables, payant une prestation.

Est donc posée ici la possibilité pour les associations d'une part de conserver leur place dans la société civile en tant que corps intermédiaire, de préserver les spécificités associatives conciliant souplesse de gestion, respect du projet, liberté d'initiative et d'organisation, et d'autre part de conserver la possibilité d'expérimentations sociales et de détection des besoins.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Réaffirmer la nécessité d'un partenariat durable et constructif entre les associations et les représentants de l'Etat et les Présidents des principales collectivités territoriales de la région,
- ▶ Réaffirmer la place de l'association comme « corps intermédiaire » de la société civile, en veillant par exemple à l'associer dans les nouveaux dispositifs de concertation –comme la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie ou les Conférences de Territoire-, pour que s'élabore dans ces lieux un véritable débat autour de l'actualisation régulière des besoins des personnes vulnérables,
- ▶ Réaffirmer que l'association de solidarité est un corps de la société civile, garant d'un certain lien social et assurant une fonction de veille des besoins sociaux au service de la cohésion sociale et non uniquement un « prestataire de services ».

## **Fiche n°2 : Proposer une gestion du secteur social, médico-social et sanitaire qui permette une prise en charge de qualité de chaque usager**

### *Situation actuelle*

---

Neuf ans après la loi 2002-2 dont l'intégralité des décrets n'est pas encore parue, le financement du secteur est à nouveau l'objet d'une forte remise en question, provoquant de grandes inquiétudes des dirigeants associatifs, des personnes prises en charge et de leurs familles. Il apparaît de plus en plus nettement que la logique des enveloppes fermées, des tarifs plafonds, la fin programmée des conventions collectives... prend le pas sur l'estimation des besoins spécifiques des personnes, qui est pourtant l'un des fondements, irréfutable, de la procédure budgétaire. Et, il est évident que le peu de fonds propres des associations n'y suffiront pas pour combler des problèmes de financements qui deviennent récurrents.

Si le réseau URIOPSS/UNIOPSS n'est pas opposé à la notion de convergence tarifaire, sous réserve qu'elle s'attache à réguler des écarts injustifiés dans l'allocation des ressources entre établissements et services, en revanche, il ne peut accepter qu'il s'agisse d'une uniformisation des financements qui ne prendront pas en compte les spécificités de projets d'établissements construits sur les besoins particuliers des usagers. Il nous paraît essentiel de rappeler que les financements octroyés aux associations de notre secteur par les Pouvoirs Publics sont des moyens au service des politiques sociales de notre pays mais aussi au service des droits sociaux reconnus à chaque citoyen. Aussi, reflètent-ils, à la manière d'un miroir grossissant, la place que notre société accorde aujourd'hui aux publics les plus fragiles.

### *Problèmes posés*

---

La logique actuelle qui se met en place progressivement apparaît purement financière et comptable. Elle s'inscrit dans la démarche plus globale d'inversions de logiques qui apparaissent également en termes de nouvelles relations entre pouvoirs publics et associations basées sur la mise en concurrence et la contractualisation. D'une logique de « besoins » où, à partir de projets élaborés pour y répondre étaient identifiées les charges associées et l'allocation de ressources nécessaires, on passe à une logique de « ressources », où à partir d'une enveloppe de recettes prévisionnelles, sont établies en conséquence les charges possibles. C'est la logique des outils que sont les tarifs plafonds ou l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Le risque est que les réponses apportées aux usagers ne soient plus au centre du dispositif tarifaire. Si la maîtrise des dépenses publiques est une question centrale et nécessaire, elle ne doit pourtant pas se faire au détriment des personnes concernées. Or la concertation des financeurs et des associations sur ces problèmes de financement de la qualité de la prise en charge est d'une grande urgence pour replacer les personnes vulnérables au centre des préoccupations de tous.

Cette nouvelle logique pose également le risque de la standardisation des réponses et de la normalisation des projets, pour rester dans l'enveloppe budgétaire proposée. Le secteur possède encore certainement des marges de progrès et de « rationalisation », mais une rationalisation excessive risque de s'opérer au détriment des usagers aux problématiques les plus complexes et aux moins solvables -dont le seul exemple des enfants et adolescents placés au titre de la Protection de l'Enfance, est éclairant. Deux risques majeurs apparaissent alors : l'impossibilité de voir émerger des projets adaptés aux spécificités des populations et des territoires, et le risque de sélection des publics. D'ailleurs, on assiste déjà à cette sélection en raison de la mise en place d'objectifs et de tarifs plafonds. Dans le secteur de l'insertion par l'activité économique, ont été systématisés des



objectifs de « retour à l'emploi ». En ESAT, ont été mis en place des tarifs plafonds à 12 840€ par travailleur handicapé. Dans l'aide à domicile, les coûts horaires plafonnés de l'APA ne tiennent pas compte des coûts de revient réels des structures. Ces objectifs ont pour redoutables conséquences de contraindre les associations à sélectionner à l'entrée les publics les plus « performants » de manière à pouvoir répondre à ces dits objectifs.

Cette généralisation des indicateurs pose également la question du « rapport à la moyenne » : si les coûts d'une structure se situent au-dessus de la moyenne départementale ou régionale, cela signifie-t-il systématiquement que cette structure coûte « trop chère » ? Cela ne peut-il pas être corrélé à un projet d'accompagnement ou à un public accompagné spécifiques, qui engendrent des coûts de prises en charge supérieurs à la « moyenne » ?

Aujourd'hui, considérer « uniquement » les indicateurs comme seuls indices de bonne gestion aboutit à un décalage impossible à gérer entre les obligations et responsabilités des organismes associatifs gestionnaires d'une part et les moyens qui leur sont octroyés d'autre part.

Enfin, la mise en place récente de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) comme outil d'amélioration de la gestion des établissements et services pose la question de la mise en œuvre de la « performance » dans le secteur : les structures ont à devenir « performantes » dans leur gestion mais sur quels critères l'accompagnement social pourra-t-il être jugé comme « performant » ? De même, la parution de recommandations de bonnes pratiques professionnelle par l'ANESM interroge sur la capacité à les mettre en pratique, alors que les financements sont toujours plus contraints.

Les associations restent donc attachées à une politique de gestion souple qui permet d'adapter les réponses aux attentes et besoins des personnes.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Les modalités de financement et de régulation doivent reposer sur les principes suivants :
  - Offrir à chaque usager, non une prestation « standard », mais une prise en charge adaptée à ses spécificités et traitant l'ensemble de ses difficultés.
  - Apporter une réponse à toute personne en situation de fragilité, quels que soient son état (santé, déficiences, dépendance, capacité ou non à travailler...) et ses ressources, ceux-ci pouvant être source de discrimination pour l'accès aux prestations.
  - Rester au plus près des coûts réels de prise en charge et des réalités de chaque territoire.
  - Laisser aux acteurs du secteur de la souplesse et de l'autonomie dans la gestion et l'utilisation des financements, afin qu'ils conservent leur capacité d'initiative, leur adaptabilité et leur réactivité face aux besoins émergents.
- La question de la tarification, certes d'envergure nationale, renvoie néanmoins au plan régional à la nécessité de faire travailler dans la durée l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce sens l'URIOPSS Centre continue à faire se concerter les associations pour définir des positions communes tenant compte des problèmes évoqués, mais aussi des contraintes budgétaires des collectivités locales. Elle propose aussi à l'ensemble des autorités compétentes une réflexion visant à examiner l'ensemble de ces problèmes et recueillir leurs propositions pour alléger les coûts de structures tout en maintenant l'exigence de qualité des réponses.

## **Fiche n°3 : Reconnaître l'importance et la spécificité de la fonction "employeur" dans les associations et développer la gestion des ressources humaines**

### *Situation actuelle*

---

Appartenant au champ de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), au même titre que des mutuelles ou des coopératives, les associations de solidarité et leurs dirigeants associatifs assument la responsabilité de l'embauche et de la gestion du personnel, ce qui leur donne des responsabilités et des contraintes complexes. Il revient ainsi aux dirigeants associatifs bénévoles de définir les choix et la politique des associations, ce qui implique qu'ils aient les moyens d'exercer leurs responsabilités, en étant formés et informés.

Les associations de solidarité représentent un gisement d'emplois non délocalisable et de proximité. Selon l'Observatoire de la CRESS<sup>1</sup>, l'ESS représente près d'un salarié sur dix en région Centre –soit près de 81 000 salariés- et 11% des établissements employeurs. Les associations du secteur social représentent 40% de ces salariés, soit plus de 32 000 personnes, dont 72% sont des femmes.

Ainsi, la place et l'importance de la dimension « ressources humaines » est une caractéristique majeure des associations du secteur social et médico-social : des responsables associatifs bénévoles, en passant par les salariés, acteurs de la mise en œuvre des projets de l'association, des projets d'établissement et des projets personnalisés, tous sont impliqués au service des usagers accompagnés.

Cette dimension « ressources humaines » doit plus que jamais être valorisée, quand on sait qu'elle représente 70% à 80% du budget des structures, dans un contexte où les associations ont à faire face à des difficultés particulières :

- usure professionnelle physique et parfois psychologique des salariés,
- difficultés de financement de certaines formations,
- difficultés d'attractivité de certains secteurs par exemple le travail en internat ou de certains territoires excentrés, particulièrement en milieu rural
- dans plusieurs qualifications, pénurie de professionnels formés (personnels médical et para médical),
- inquiétude devant l'évolution de la réglementation et notamment la fin prévue de l'opposabilité des conventions collectives du secteur.

Ces différents éléments sont bien connus par les pouvoirs publics pour avoir été relevés dans différents documents de planification. Le Plan des Métiers expérimenté en région Centre a également travaillé ces questions, avec une action de Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences (GPEC) conduite avec la participation de l'URIOPSS Centre.

### *Problèmes posés*

---

La question de la gouvernance des associations revêt une importance toute particulière aujourd'hui, compte-tenu des contraintes qui s'exercent sur les associations et leurs dirigeants bénévoles.

---

<sup>1</sup> Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

Face à la pénurie de certains professionnels ou aux difficultés d'accès à la formation, les associations doivent rester vigilantes pour ne pas employer du personnel déqualifié par rapport à la technicité et au professionnalisme nécessaire pour accompagner des personnes en difficulté.

Les associations doivent également favoriser la mobilité des salariés et réfléchir aux moyens d'accompagnement des parcours professionnels de leurs salariés, au développement et à l'évolution de leurs compétences. Le secteur associatif doit constamment réinterroger ses pratiques pour mieux répondre aux besoins des usagers et être vecteur de l'accompagnement au changement.

La fonction « Ressources Humaines » doit encore être mieux structurée au sein des associations, en partenariat avec les autorités compétentes et les instituts de formation.

### ***Propositions de l'URIOPSS Centre***

---

- ▶ Renforcer la formation des dirigeants associatifs bénévoles
- ▶ Développer les outils de la GPEC en mettant l'accent sur sa territorialisation, afin notamment :
  - D'anticiper des départs à la retraite en promouvant le secteur de la « solidarité » et ses métiers
  - De développer la qualification, et la professionnalisation des salariés
  - De mettre en œuvre des moyens pour favoriser l'évolution professionnelle et la mobilité des salariés,
- ▶ Renforcer la formation des cadres et leurs capacités à accompagner les évolutions,
- ▶ Favoriser les concertations inter associatives, construire des mutualisations dans la perspective de rendre plus efficace la gestion des emplois,
- ▶ Poursuivre, dans les autres départements, les actions d'information collective et de communication, telles que le Carrefour des Associations du Loiret, initié en 2010,
- ▶ Créer ou renforcer des collaborations plus actives avec les écoles de formation en travail social et les instituts de formations paramédicales,
- ▶ Pérenniser la participation au schéma régional des formations sanitaires et sociales.

## Fiche n° 4 : Recueillir et analyser plus précisément les besoins des publics fragiles

### *Situation actuelle*

---

Dans le secteur social et médico-social, l'outil de recueil et d'analyse des besoins est traditionnellement le schéma.

La loi de 2002 impose l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale pour « apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux » de la population. Ainsi co-existent plusieurs acteurs de la planification qui chacun vont élaborer leurs schémas, selon leurs champs de compétence : l'Etat<sup>2</sup>, les Conseils généraux<sup>3</sup> et plus récemment l'ARS, avec l'élaboration d'un Projet Régional de Santé (PRS).

Cependant, avec la généralisation de la procédure d'appels à projet dans le cadre de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009, le besoin de schémas précis et définissant clairement les besoins devient de plus en plus prégnant. En effet, pour être en mesure d'élaborer un cahier des charges répondant aux besoins, faut-il être en mesure d'apprécier de manière suffisamment précise les besoins sur un territoire donné.

### *Problèmes posés*

---

D'une part, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ne sont pas systématiquement élaborés en concertation avec les acteurs présents sur le terrain. Ils ne font parfois pas l'objet d'une réactualisation, voire dans certains départements, ils ne sont pas formalisés.<sup>4</sup>

D'autre part, les pouvoirs publics ne disposent pas aujourd'hui d'outils d'analyse des besoins satisfaisants, qui permettent à la fois de réaliser un état des lieux à un instant T et de prévoir les évolutions sur les 3 à 5 années à venir.

L'analyse des besoins apparaît souvent partielle, ne tenant pas suffisamment compte des notions de territoires et des spécificités de ceux-ci. Les besoins doivent être analysés en fonction de l'âge, de la pathologie, des déficiences des personnes, mais aussi en fonction des bassins de vie et des spécificités locales et socio-historiques.

Dans le secteur du handicap, ce sont les MDPH<sup>5</sup> qui ont pour mission le « suivi de la mise en œuvre des décisions prises » ; pourtant, à ce jour, peu de MDPH se sont saisies de cette mission d'observation, qui serait pourtant nécessaire pour accroître la lisibilité en termes de besoins non couverts et faire évoluer les structures en fonction de ces besoins. Une observation insuffisamment développée risque en effet de voir arriver dans des structures médico-sociales des publics pour lesquels les professionnels ne sont pas formés.

---

<sup>2</sup> Par exemple le PDAHI (Plan Départemental d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion) ou le schéma régional MJPM (Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs)

<sup>3</sup> Par exemple les schémas départementaux Personnes Agées ou personnes Handicapées ou les schémas ASE et PJJ

<sup>4</sup> La Cour des comptes estimait, en mars 2007, que 65% des schémas gérontologiques n'étaient pas à jour

<sup>5</sup> Maison Départementale des Personnes Handicapées

Les MDPH ne sont généralement pas en capacité de fournir des informations quant aux besoins non couverts ; elles n'ont pas développé d'outils de recueil des besoins et de suivi des orientations proposées par les CDAPH<sup>6</sup>, outils qui pourraient venir alimenter l'analyse des besoins dans le domaine du handicap.

Les décisions d'orientation des CDAPH sont souvent prises en fonction de l'offre existante sur un territoire donné et non en fonction des besoins des personnes. Pourtant, une orientation « par défaut » gomme les véritables besoins et ne permet donc pas de les faire remonter pour qu'ils soient pris en compte. De plus, une telle orientation peut générer des tensions voire des situations de violence chez la personne accueillie, son entourage, ce qui met en difficulté les professionnels.

Enfin, si la notion de « taux d'équipement » sur un territoire peut permettre d'apprécier quantitativement l'offre existante, elle est insuffisante pour apprécier l'offre qualitativement : ainsi par exemple, si le département du Loir-et-Cher est « bien » doté en places de SESSAD (3,13 places pour 1000 enfants de 0-20 ans, pour une moyenne régionale à 2,30), il n'est en revanche pas en mesure de proposer une prise en charge en SESSAD à des enfants sourds, qui relèvent alors d'un SSEFIS – SAFEP.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Systématiser la concertation avec les acteurs de terrain dans la construction des schémas : l'URIOPSS, compte-tenu de sa représentativité, a vocation à être un interlocuteur privilégié des pouvoirs publics en tant que représentant du mouvement associatif sanitaire et social, dans son ensemble, dans la transversalité et le respect des diversités sectorielles,
- Veiller à la participation des associations dans les comités de pilotage de suivi des schémas, afin de livrer périodiquement un bilan des schémas en cours,
- Inciter à la création et faire vivre les cellules de signalement des situations préoccupantes et les observatoires,
- Contribuer, autant que faire se peut, à mettre en place la mission d'observation des MDPH,
- Développer les capacités d'argumentation des associations à identifier et défendre les besoins des publics qu'elles accompagnent.

---

<sup>6</sup> Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

## Fiche n° 5 : Promouvoir la coopération interassociative

### *Situation actuelle*

---

Le secteur associatif social et médico-social s'est historiquement constitué pour faire remonter des besoins non couverts de la population et construire de nouvelles formes de réponse sur un territoire donné. Il en a donc résulté une pluralité d'initiatives et d'actions, qu'il est important de préserver encore aujourd'hui.

Dès 1975, la loi prévoyait la possibilité pour les institutions sociales et médico-sociales de se coordonner par la création de groupements, la conclusion de conventions sur la base du volontariat. La loi de 2002 ouvrait explicitement aux ESMS la possibilité de coopérer, en l'intégrant dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (article L312-7). L'objectif est de « *favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés* ». Elle introduit un nouvel outil juridique, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), défini par le décret du 6 avril 2006.

L'objectif de la coopération doit être de pouvoir rompre l'isolement des établissements et services, développer les complémentarités à l'intérieur du secteur, mettre en commun des moyens pour assurer la diversité et la continuité de la prise en charge sur un territoire et obtenir des économies d'échelle, le tout dans un contexte de plus en plus contraint financièrement et de plus en plus complexe qui nécessite le développement de nouvelles compétences.

Actuellement, les autorités placent la coopération comme l'une des solutions majeures - accompagnée de la contractualisation - aux défis auxquels est confrontée l'action sociale et médico-sociale et notamment aux nouveaux enjeux socio-démographiques tels que le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en termes de prise en charge de la dépendance. Selon l'administration, elle devrait ensuite constituer un moyen de survie pour les associations de petite taille – le plus souvent mono-établissements – et permettre de réduire le cloisonnement entre acteurs ainsi que leur trop grande dispersion (environ 35000 établissements et services à dimension souvent limitée).

### *Problèmes posés*

---

Le réseau UNIOPSS / URIOPSS est favorable à la coopération inter-associative, sous certaines conditions.

Cette coopération doit se faire sur une base volontaire et non être imposée par la puissance publique. Elle doit s'opérer sur la base d'un projet partagé, construit en commun et validé politiquement par les différentes instances des organismes concernés. Elle nécessite de bien distinguer ce qui peut être mis en commun de ce qui doit demeurer du ressort de chacun des organismes gestionnaires. Or actuellement, les structures ont parfois tendance à recevoir des injonctions fortes de la part des autorités pour « coopérer », sous peine de ne pas voir leurs projets aboutir ou leurs financements pérennisés. Ces conditions imposées ne peuvent être la base d'une réflexion de coopération, qui doit s'initier de manière volontaire.

De plus, il faut rappeler que la mise en commun de moyens n'est pas toujours synonyme d'économies mais peut parfois engendrer des dépenses nouvelles !

La coopération doit se matérialiser non pas sur la base d'un modèle unique mais sur la base de l'outil le plus adapté. Or actuellement, l'outil prôné par les autorités de tarification est le GCSMS ; cet outil,

s'il peut répondre à certains besoins de coopération, ne répond pas cependant à toutes les formes de coopération. Dans certains cas, une convention de partenariat, un groupement d'employeurs ou la constitution d'une association répondra davantage aux besoins des structures qui souhaitent coopérer.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Remobiliser le niveau politique de l'association, pour éviter de cantonner celle-ci à un simple prestataire, instrument des politiques publiques, en le formant et l'informant des nouveaux enjeux actuels et des conséquences pour les associations. C'est une condition nécessaire pour porter un projet associatif fondé sur des valeurs fortes, au service de personnes vulnérables quels que soient leur situation de handicap ou leurs difficultés, leur niveau de ressources, leur lieu de résidence, leur origine...
- ▶ L'URIOPSS Centre propose dans le cadre d'un partenariat avec les autorités compétentes pour en fixer les priorités, les méthodologies et les modalités pour :
  - Former les associations, établissements et services à la notion de coopération et aux différentes formes qu'elle recouvre,
  - Inciter les associations à initier des démarches de mutualisation, en fonction de leurs besoins et de leurs projets, tel que par exemple la collaboration interassociative ALMHA dans le Loiret.
- ▶ Initier des séminaires de cohésion entre associations, pour apprendre à se connaître et étudier les zones possibles de travail en commun : l'objectif serait d'avoir, entre associations, des temps d'échanges pour analyser collectivement le contexte dans lequel les associations évoluent et voir quelles peuvent être les solutions proposées collectivement, en coopérant
- ▶ Faire-valoir l'intérêt d'instances de concertation tels que les GLASS (Groupe de Liaison des Associations Sanitaires et Sociales), les Commissions régionales ou la CDHL (Commission Départementale du Handicap dans le Loiret), comme lieux d'échange, de connaissance et de mutualisation d'expériences.

## **Fiche n° 6 : Assurer aux personnes en situation de précarité et d'exclusion un accompagnement et un parcours adaptés à leurs besoins**

### ***Situation actuelle***

---

Dans le cadre de la démarche de Refondation du dispositif d'hébergement et d'accès au logement engagée depuis 2009, nous assistons à une redéfinition du secteur de l'accueil, l'hébergement et l'insertion visant à favoriser l'accès direct au logement autonome et pérenne.

Plusieurs dispositifs et outils ont ainsi été créés et/ou renforcés pour faire de la priorité donnée au logement une réalité. Le périmètre de la Refondation s'articule autour de :

- La veille sociale et de l'hébergement d'urgence avec la baisse du nombre de places d'hébergement d'urgence (en particulier les nuitées d'hôtel)
- La stabilisation – CHRS : l'objectif consiste à réduire les écarts de coûts, développer la mutualisation et poursuivre la clarification des compétences à l'égard des conseils généraux,

Avec une priorité donnée à :

- L'intermédiation locative,
- Les pensions de famille,
- L'AVDL (accompagnement vers et dans le logement),
- L'AGLS (aide à la gestion locative),
- La mise en place des services intégrés d'accueil et d'Orientation (SIAO) destinés à coordonner l'ensemble des actions menées par les acteurs de l'urgence et de l'insertion de la veille sociale jusqu'au logement.

Le logement est donc considéré comme le pré-requis de l'insertion des personnes et plus seulement l'une des composantes au même titre que la santé ou l'emploi.

En parallèle de la redéfinition de la politique du logement, les crédits de ce secteur (BOP 177) présentent une baisse de l'ordre de -3% en moyenne sur la région en 2011, dans le prolongement d'une baisse déjà subie en 2010.

### ***Problèmes posés***

---

L'ensemble de ces évolutions, outre la rapidité de leur application, les conséquences en termes d'adaptation et réduction imposées des emplois, pose la question des conséquences pour les usagers accompagnés.

D'une part, mettre l'accent sur le logement signifie se désengager des dispositifs d'hébergement alors que l'on sait qu'une partie du public accompagné n'est pas en mesure d'accéder au logement directement. Les raisons sont multiples : mesures d'accompagnement insuffisantes, mise en péril des personnes (mise en danger de soi, addictions, isolement, voire retour à la rue), refus d'attribution de logements par les bailleurs, multiplication des expulsions.

De façon générale et constante, le problème d'accès au logement est directement lié d'une part au manque de logements sociaux sur le marché de l'immobilier qu'il soit public ou privé, d'autre part à l'accompagnement qui dans les faits se révèle insuffisant (travailleurs sociaux de secteur débordés, absence de prise en charge globale, augmentation du nombre de personnes présentant des troubles psychiques et psychiatriques) et limite les possibilités d'intégration et d'accès à l'autonomie.



En effet, la mise en œuvre des mesures d'AGLS, d'intermédiation locative et d'accompagnement vers et dans le logement (ADVL) annoncées en février 2011 et présentées comme la contrepartie des réductions de financement des CHRS n'est pas encore satisfaisante :

- Sur l'ADVL, nous pouvons dénoncer un manque de cadrage tant au niveau national que régional quant aux modalités de mise en œuvre de ce dispositif, à son articulation avec les mesures d'accompagnement social lié au logement (ASSL) mises en œuvre par les conseils généraux.  
Par ailleurs, le nombre de postes dédiés à ces missions d'accompagnement est insuffisant si l'on souhaite parvenir, au-delà de l'accès, au maintien des personnes dans le logement.
- Sur l'AGLS et l'intermédiation locative, les hausses de crédits annoncées par la DRJSCS ne sont pas en concordance avec les crédits reçus par les associations.

La priorité donnée au logement se traduit par une diminution des crédits alloués aux dispositifs de veille et d'hébergement, ce qui n'est pas sans conséquences :

\* sur le dispositif de veille sociale et d'hébergement d'urgence, une baisse des crédits de -13% contraint déjà les structures à remettre en cause le principe d'accueil inconditionnel et de continuité de prise en charge. Or le public est en grande partie constitué de personnes qui ne sont plus accueillies dans le cadre de dispositifs spécifiques. Le profil des personnes en situation de grande précarité a en effet fortement évolué ces dernières années : jeunes à peine majeurs et qui sont sortis du dispositif de protection de l'enfance, femmes victimes de violence, femmes avec enfants de moins de 3 ans, déboutés du droit d'asile, personnes sortant de l'hôpital ou de détention, personnes ayant des troubles psychiques voire psychiatriques.

Nous constatons également la remise en cause du principe d'aller vers (maraudes, équipes mobiles), à l'exception du département du Loiret qui a renforcé son service de proximité (mise en place d'un partenariat entre l'AIDAPHI et l'APLEAT pour les populations souffrant de toxicomanie).

Dans de telles conditions, la qualité des services aux personnes fragiles est remise en cause et des inquiétudes apparaissent quant à la capacité des structures à assurer la prochaine campagne hivernale : en effet, la baisse des financements, notamment sur le 115 et les équipes mobiles, se traduit par des interventions moins fréquentes et donc un accompagnement des personnes sans abri réduit

\* sur le dispositif d'hébergement, avec une baisse des crédits de l'ordre de 1,2% en moyenne au niveau régional et jusqu'à 6% dans l'Indre, un certain nombre de structures se retrouvent aujourd'hui en difficulté. Voyant leur financement contraint, elles doivent reconvertir voire licencier leur personnel, et restent pour l'instant dans l'expectative par rapport à la démarche de contractualisation : si celle-ci peut-être pertinente, les associations sont inquiètes car l'expérience montre que si elles prennent, pour leur part, des engagements en termes d'actions, les pouvoirs publics peuvent, pour leur part, renvoyer à plus tard la détermination des budgets qu'ils attribueront en contrepartie ou procéder à l'arrêt de financements avec effet rétroactif.

En effet, au vu des précédents désengagements de l'Etat sur le financement des prises en charges des femmes avec enfant de moins de 3 ans ou sur des dispositifs innovants tels que le Lieu d'accueil et d'écoute, les associations n'ont pas la visibilité nécessaire et le cadre tangible pour s'engager sur de tels contrats.

Ainsi par exemple, sur un dossier réunissant Etat, collectivités territoriales, associations, bailleurs sociaux, il a suffi du désengagement d'un des partenaires publics pour remettre en cause le projet qui s'inscrivait pourtant dans la stratégie du « logement d'abord ».

Pour toutes ces situations, nous souhaitons souligner que la mise à l'abri n'est qu'une première étape qui doit être assortie d'un accompagnement adapté à la situation des personnes. De même, si

les formules novatrices permettant un parcours résidentiel adapté sont à développer, les politiques publiques ne doivent pas nier la qualité nécessaire de l'accompagnement proposé aux personnes. Or avec l'absence de visibilité sur la pérennité des actions menées et leur financement les associations sont contraintes de réduire leurs effectifs et d'avoir recours à des contrats précaires. Une déqualification des personnels qui accompagnent ce public en grande voire très grande difficulté est donc à craindre.

En ce qui concerne les demandeurs d'asile (cf. fiche n° 8), la fermeture des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile ne permet plus d'accompagner les personnes dans leur démarche de demande d'asile et d'orientation vers les structures d'hébergement ou CADA.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Procéder à l'évaluation des nouveaux dispositifs avant toute remise en cause ou déconstruction des dispositifs existants.
- ▶ Développer les collaborations avec les conseils généraux, chefs de file de la politique d'insertion au niveau du département et les articulations entre l'Etat et les conseils généraux pour pouvoir continuer à exercer les missions de manière cohérente
- ▶ Sécuriser les financements d'actions innovantes ayant prouvé leur utilité.
- ▶ Augmenter les financements permettant de proposer un accompagnement par des professionnels qualifiés et complémentaires.
- ▶ Pour les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques la mise en place d'unités mobiles pourrait faciliter l'articulation et le partenariat entre l'hébergement, l'insertion et les soins,
- ▶ Concernant les femmes victimes de violence, éviter les éloignements autant que faire se peut et permettre temporairement de considérer le logement de la personne comme une place de CHRS. Mettre en œuvre une priorité de relogement, intervention des CHRS dès le premier appel (les mises à l'hôtel via les 115 sont sources d'angoisses, de retour dans la cellule familiale),
- ▶ Concernant les sorties d'hébergement, favoriser l'accès au logement en développant des services d'accompagnement spécifiques, avec des financements pérennes : dans la majorité des cas, l'accès au logement n'est envisageable que si les personnes sont accompagnées dans leurs démarches et dans leur vie quotidienne une fois l'installation réalisée.
- ▶ Mettre en place des temps de travail pour examiner des situations individuelles d'associations gestionnaires de dispositifs en direction des personnes en difficulté sociale qui rencontrent des difficultés d'ordre budgétaire. Ces temps de travail, qui pourraient réunir des représentants de la DRJSCS, de la direction départementale concernée, de l'association concernée, de l'URIOPSS et de la FNARS auraient pour objet d'examiner précisément la situation budgétaire et l'activité de l'association et d'envisager les évolutions et les accompagnements possibles pour permettre de dépasser les difficultés rencontrées actuellement.

La DRJSCS du Centre a accepté le principe d'une telle démarche expérimentée pour la situation d'une association de la région depuis le début du second semestre 2011. L'évaluation de cette démarche, tant sur le plan méthodologique que sur le plan des avancées concrètes qui auront pu être proposées, sera précieux pour en valider la pertinence aussi bien du point de vue de l'association concernée, des réseaux associatifs que de celui des autorités.

- ▶ Engager, dans le cadre des rencontres régulières avec la DRJSCS qui ont permis d'entretenir un dialogue de qualité entre l'Etat et les têtes de réseaux associatifs de la région Centre, un travail spécifique pour préciser les attentes des autorités en matière de réponse à apporter à la population. En effet, il ressort que les dispositifs mis en place dans les différents départements de la région en matière accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accompagnement vers le logement sont hétérogènes. Sous une même dénomination, un « 115 », un CHRS, un abri de nuit, etc.

peuvent avoir des missions, une organisation, un fonctionnement très différents, pour un service à la population et des coûts en conséquence différents. Ce qui rend les analyses en termes de services rendus à la population ou de coûts beaucoup plus complexes que les seuls renvois à un nombre de places et à des coûts moyens à la place. Or les allocations budgétaires, en repli, se font sur la base de ces indicateurs, ce qui en affaiblit considérablement la pertinence et les rendent, sans aucun doute, préjudiciables par rapport aux actions de terrain. Ce qui souligne probablement aussi les limites de l'interprétation des lignes budgétaires d'un BOP, des missions similaires pouvant relever actuellement de lignes budgétaires différentes. Un travail spécifique sur cette question pourrait permettre de clarifier les attendus des autorités sur les différents dispositifs dont doivent être dotés les territoires de la région. Ceci pourrait alimenter les travaux de planification et, se faisant, guider l'action des associations en leur donnant une capacité d'anticipation qui leur fait cruellement défaut aujourd'hui et en leur permettant d'organiser une observation fine et régulière des besoins de la population, notamment à partir du recueil de données dont sont chargés les SIAO.

En région, l'ORS et le CREAL pourraient être des partenaires privilégiés pour conduire de tels travaux dans la durée. Les associations regroupées au sein de l'URIOPSS Centre ont en effet insisté sur la nécessité d'organiser une telle observation afin de mieux éclairer les décideurs publics et d'adapter les dispositifs au plus près des besoins des personnes concernées.

## **Fiche n° 7 : Renforcer l'accompagnement des publics issus de la demande d'asile**

### ***Situation actuelle***

---

Les CADA (Centre d'Accueil pour Demandeur d'Asile) ont pour missions d'assurer l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et administratif des demandeurs d'asile pendant la durée d'instruction de leur dossier par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides) et la Cour nationale du droit d'asile (CNDA, anciennement commission des recours des réfugiés).

En région Centre, on compte 1191 places de CADA au 31/12/2009.

La réforme du statut des CADA en 2006 vise notamment à mettre fin à l'occupation de places par des demandeurs d'asile ayant obtenu le statut de réfugié ou, au contraire, qui ont été déboutés. Dès 2006, le ministère avait demandé aux préfets de mobiliser le contingent préfectoral de logement social pour trouver une solution pour les demandeurs d'asile ayant obtenu le statut de réfugié et de revoir la dotation des centres ayant des places « anormalement occupées ». Les financements pouvant même être suspendus. La loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration a confirmé que les réfugiés et les déboutés ne peuvent rester en CADA que pendant l'instruction de leur dossier. Le maintien en centre ne peut être que temporaire. La présence indue de réfugiés ou de déboutés dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile peut conduire les préfets à sanctionner les gestionnaires. Selon la circulaire du 2 avril 2007, le gestionnaire du CADA doit donner la priorité à la préparation de la sortie du centre dès l'admission du demandeur d'asile.

### ***Problèmes posés***

---

Alors que la régionalisation devait permettre, tout en diminuant le coût de l'accompagnement social, de garantir une meilleure qualité et une sécurité juridique, elle a contribué à précariser davantage l'accueil des personnes étrangères sur le territoire et à favoriser la saturation des dispositifs présents sur les chefs-lieux de région.

Avec la fermeture des plateformes départementales, les questions d'information, d'orientation, de coordination et d'accompagnement dans les démarches d'accès aux droits ont été remises en cause.

La situation des publics issus de la demande d'asile impacte également de façon directe l'organisation et les places disponibles d'hébergement d'urgence (cf. fiche n° 7). Les faibles capacités en CADA (délai d'attente), ajoutées à l'obligation de départ des déboutés de ces structures entraînent une saturation des dispositifs d'urgence de droit commun (nuitées d'hôtel, etc.) qui sont alors mobilisés pour plusieurs mois (le temps des procédures d'aide au retour, d'obligation de quitter le territoire français). Les possibilités d'accueil d'urgence s'en trouvent alors limitées.

En 2008 en région Centre, l'hébergement d'« urgence » des publics issus de la demande d'asile mobilisait 311 places et 159 places d'hôtel (occupation moyenne entre le 30/06 et le 30/09/2008).

La question de l'accompagnement de ce public est d'autant plus préoccupante que nombre de structures associatives non lucratives en charge de l'accompagnement des étrangers sont mises en difficulté : conventions dénoncées sans "préavis" et sans discussion possible.

La fermeture des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile ne permet plus d'aider les personnes dans leur démarche de demande d'asile et d'orientation vers les structures d'hébergement ou CADA.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Renforcer les dispositifs d'accueil des personnes en situation de demande d'asile,
- ▶ Mettre en place des plateformes d'accueil des demandeurs d'asile en Indre-et-Loire et dans le Loiret,
- ▶ Re-questionner les dispositifs d'hébergement d'urgence et d'hébergement de droit commun au regard de ce public en augmentant notamment le nombre de places de CADA, de CPH et en proposant un accompagnement juridique aux personnes déboutées, par exemple en créant une structure permettant d'assurer un suivi administratif auprès des personnes déboutées ou des étrangers en situation précaire pour les aider dans leurs démarches.
- ▶ *Renforcer l'articulation avec l'OFPRA*

## **Fiche n° 8 : Soutenir l'Insertion par l'Activité Economique (IAE)**

### *Situation actuelle*

---

Les textes récents et notamment la circulaire du 10 décembre 2008, amènent les structures d'insertion par l'économique à prendre en compte de manière de plus en plus pressante la question de la performance pour les personnes accueillies...

Plusieurs responsables de ces structures relèvent ainsi qu'à l'insertion sociale, qui prenait en compte la globalité des potentialités et des difficultés des personnes accueillies se substitue l'insertion économique, qui, bien qu'indispensable, est néanmoins insuffisante pour soutenir durablement une personne qui peut cumuler des difficultés sociale, psychique, scolaire, familiale, judiciaire ...

En effet, avec la mise en place des nouvelles modalités de conventionnement, les SIAE doivent s'engager sur des objectifs en terme d'action et de résultats, exprimés en taux de sorties dynamiques, bien souvent hors d'atteinte en raison des caractéristiques de la population accueillie mais aussi des réalités économiques locales. Les SIAE font valoir que d'autres éléments sont à prendre en compte par le Conseil Général et la DIRECCTE<sup>7</sup> pour valider les projets de ces structures.

### *Problèmes posés*

---

Dans un calendrier contraint, les structures ont été mises en ordre de marche pour mettre en place les nouvelles modalités de conventionnement. Plus d'un an après, les évaluations des structures sont sans appel : une mise en concurrence, qui ne dit pas son nom, s'est opérée entre les différents dispositifs ce qui est très préjudiciable pour des personnes qui ont besoin, selon les difficultés présentées, de propositions variées et équilibrées sur le territoire.

Il continue d'exister une grande hétérogénéité dans les dialogues de gestion entre structures et services de l'Etat. Certaines Unités Territoriales de la DIRECCTE ont compris que l'objectif des ACI était bien de prendre en charge les publics les plus en difficulté et en ont tenu compte dans les résultats de sortie vers l'emploi ; d'autres s'en sont tenues aux chiffres issus de la circulaire de décembre 2008 sans possibilité de négociation.

Il est souligné que « certaines règles du jeu » entre les pouvoirs publics et les dispositifs d'insertion par l'économique ont changé en cours d'année, ce qui ne permet pas de projections comptables annuelles correctes, -la suppression des contrats aidés par exemple. Ces difficultés sont aussi majorées par la difficulté d'obtention des financements européens (complexité des dossiers - paiements effectués plusieurs années après l'accord).

La dimension de l'insertion, fondamentale dans le projet de ces structures, est dominée par celle de la production, pour obtenir, dans les termes souhaités, les financements des pouvoirs publics. Pour exemple certains publics analphabètes ou primo-arrivants devraient savoir lire et écrire à l'entrée dans une SIAE pour répondre aux objectifs attendus ...

Cela a pour effet redoutable de ne plus accueillir les personnes les plus en difficulté.

D'ailleurs, certains dispositifs font observer que Pôle Emploi qui doit valider les dossiers d'admission n'adressent plus de personnes relevant du RSA.

Par ailleurs, lorsqu'une place se libère dans une structure, il faut parfois trois mois pour qu'une nouvelle entrée soit autorisée, en raison de la lenteur du traitement administratif par les autorités

---

<sup>7</sup> Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

compétentes. Cela impacte l'activité annuelle de certains SIAE, et alourdit leurs difficultés financières.

**Aussi est-il nécessaire :**

- d'alerter sur la nécessité d'une évaluation nationale de la réforme et d'améliorer au plus vite les articulations entre les SIAE, le RSA et le Pôle Emploi,
- que les partenaires des SIAE doivent être attentifs au principe selon lequel le taux de retour à l'emploi est nécessairement dépendant de différents facteurs : secteurs d'activité, territoire, contexte économique ou encore outil mobilisé,
- que des taux de retour à l'emploi non partagés posent le risque d'une sélection des publics contraire à l'objet même des SIAE, particulièrement des ACI,
- que la circulaire permet une certaine souplesse dans la négociation, en particulier dans la définition de la sortie positive (certains dialogues de gestion ont permis d'élargir cette notion à des résolutions de problématiques sociales fortes).

La réforme des financements a, quant à elle, pris du retard : le passage à l'aide au poste « modulable et encadrée », initialement prévu au 1er janvier 2010, n'est pas encore en place en septembre 2011.

La prise en compte au juste coût du contrat d'insertion est fondamentale; si l'aide au poste n'est pas suffisante pour permettre un accompagnement technique et social des plus éloignés de l'emploi, ceux-ci, parce qu'ils seront les « moins productifs » seront exclus du dispositif. L'expérimentation, telle qu'elle se dessine aujourd'hui, risque par ailleurs de déterminer des normes de productivité trop exigeantes, donc « excluantes », alors que l'objectif premier de l'insertion par l'activité économique est bien de proposer une place à toutes les personnes exclues du marché du travail.

### ***Propositions de l'URIOPSS Centre***

---

- L'URIOPSS Centre propose d'initier une réflexion à partir des axes de travail suivants :
  - une prise en compte de l'ensemble des difficultés des publics, en les incluant dans le dialogue de gestion et dans la mise en place des futurs contrats d'objectifs,
  - une sécurisation des crédits,
  - plus de transparence et une meilleure lisibilité (commandes des financeurs différentes alors que le poids des collectivités locales est croissant),
  - une pérennisation des financements en évitant le Stop n'Go,
  - la mise en place dans chaque département d'une conférence des financeurs visant à faire préciser les objectifs fixés (que signifie la notion d'accompagnement, de niveau d'heures travaillées ....)
  - en région Centre, la CIRRIE (Coordination Inter-Réseau Régionale pour l'Insertion par l'Economique) qui rassemble cinq grands réseaux nationaux : le CNLRQ, le COORACE, la FNARS, l'UREI et l'URIOPSS a été créé pour renforcer les complémentarités entre les réseaux par l'échange et l'adoption d'objectifs communs et assurer une meilleure cohérence territoriale

## **Fiche n°9 : Affirmer la place des associations et leur rôle d'acteurs essentiels dans le dispositif de la protection de l'enfance**

### *Situation actuelle*

---

L'article L112-3 du code de l'action sociale et des familles dispose que la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.

L'ONED, dans son rapport d'avril 2010 réalise une estimation actualisée du nombre d'enfants et de jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure en protection de l'enfance :

- le nombre d'enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'au moins une mesure serait, fin 2007, de 265 061 en France métropolitaine, soit 1,86 % des moins de 18 ans,
- le nombre des jeunes majeurs bénéficiant d'au moins une mesure serait, fin 2006, de 21 565 en France métropolitaine, soit 0,84 % des 18-21 ans.

Les associations œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance gestionnaires d'établissements et services, interviennent à ce titre dans deux cadres :

- Auprès de mineurs confiés directement par le juge des enfants pour l'exécution d'une mesure d'assistance éducative
- Auprès de mineurs confiés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) du Conseil général qui leur délègue la mise en œuvre d'une décision judiciaire ou d'une mesure de protection administrative.

Ces associations peuvent ainsi gérer :

- des Maisons d'Enfants à caractère social (MECS) pour l'accueil permanent d'enfants placés,
- des services chargés d'apporter une aide aux enfants et aux familles dans le cadre d'une aide en milieu ouvert (Service d'Assistance éducative à domicile, Service d'aide éducative en milieu ouvert, ...),
- des services spécialisés sur des modalités d'intervention précises (prévention spécialisée, médiation familiale, enquêtes sociales, ...).

Afin de permettre une meilleure lisibilité pour les procédures de signalement concernant la détection des situations de dangers, la loi n°2007-793 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance institue une cellule opérationnelle de signalement dont l'objectif est de faire converger vers un même lieu toutes les informations préoccupantes concernant les mineurs en danger ou en risque de l'être de manière à éviter la déperdition des informations. La cellule a ainsi pour mission le recueil, le traitement et l'évaluation de ces informations préoccupantes. Cette instance, dont aucune précision n'est donnée par la loi quant à sa composition, doit être mise en place par le Président du Conseil général. A cette fin des protocoles sont élaborés entre le président du Conseil général, le représentant de l'Etat dans le département, l'autorité judiciaire ainsi que les partenaires institutionnels concernés. Les acteurs associatifs tiennent à prendre place dans la réactualisation et l'évaluation de ces protocoles.



La cellule de signalement transmettra également des données « anonymisées » à un observatoire départemental de la protection de l'enfance. Cette instance d'évaluation et de réflexion politique a été également créée par la loi du 5 mars 2007. Elle a notamment pour missions : le recueil, l'examen et l'analyse des données relatives à l'enfance, l'information de toute évaluation des établissements et services, le suivi de la mise en œuvre et la formulation d'avis sur le schéma départemental ainsi que la formulation de propositions et d'avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département. L'observatoire doit être composé *a minima* de représentants du Conseil général, de l'autorité judiciaire et des autres services de l'Etat, de représentants de tout service ou établissement qui participe ou apporte son concours à la protection de l'enfance ainsi que des représentants des associations concourant à la protection de l'enfance.

### Problèmes posés

---

Les associations qui interviennent dans le champ de la protection de l'enfance évoluent dans un environnement instable lourd de dangers potentiels pour leur engagement :

- C'est le contexte de la mise en œuvre de la procédure d'appels à projets avec le risque que le maître d'ouvrage financeur définisse seul l'objectif retenu,
- C'est la remise en cause brutale de certaines actions, due à l'assèchement des finances publiques,
- C'est la priorité donnée au règlement à court terme d'un problème au détriment de la qualité.

Dans le Loiret, le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire, l'URIOPSS a été sollicitée pour participer aux travaux des observatoires départementaux de la protection de l'enfance ou pour se positionner par rapport aux cellules de signalement. En revanche, dans les autres départements, les associations ne sont pas encore nécessairement associées à ces travaux.

Au sein du « triangle » associations – Aide Sociale à l'Enfance – Justice, il existe parfois un manque de coordination entre l'ASE et la Justice, ce qui met en difficulté les associations dans leur rôle d'acteur essentiel de la cohésion sociale d'un département.

Alors que les autorités publiques auraient tendance à reléguer les associations dans un rôle de « simple exécutant » d'une politique définie sans concertation, les associations agissant dans le dispositif de la protection de l'enfance ont le rôle de représentants de la démocratie participative et le souhait de travailler dans un partenariat réel avec les autorités.

### Propositions de l'URIOPSS Centre

---

- Faire connaître largement la plate-forme régionale des associations du secteur social et médico-social, socio-éducatifs, sanitaires adhérentes à l'URIOPSS et adoptée par son conseil d'administration, afin de mettre en œuvre des temps de concertation et de co-construction réguliers et formels, entre les élus et les représentants des services des collectivités, des services de l'Etat et les responsables associatifs,
- Promouvoir la charte régionale de la prévention spécialisée auprès des autorités,
- Se positionner pour participer aux observatoires départementaux de la protection de l'enfance à chaque fois qu'ils sont mis en place, comme cela se fait déjà dans certains départements,
- Demander à être concerté dans le cadre de l'élaboration du protocole de signalement et de l'évaluation pour être force de propositions,
- Réfléchir aux conditions de travail à mettre en place entre les associations et les Conseils généraux relativement à :

- La transmission d'informations et de données précises aux associations (en termes de besoins, d'équipements)
- La généralisation d' « écrits » sur des engagements réciproques, par la signature bipartite de conventions, protocoles
- S'efforcer d'instituer un dialogue régulier avec les autorités concernées, comme cela commence à se pratiquer notamment en Indre-et-Loire
- Engager des actions de communication et d'informations pour faire connaître la spécificité de l'intervention associative, aussi bien en direction des autorités que du grand public (mettre l'accent sur la proximité de terrain, la diversité des compétences, la connaissance des populations, la capacité d'adaptation des associations)
- Poursuivre des propositions de réflexion commune entre acteurs institutionnels et les associations des secteurs médico-social et pédo-psychiatrique et l'Education Nationale, à l'instar de la journée régionale « Protection de l'Enfance » organisée par l'URIOPSS le 23 novembre 2010

## **Fiche n°10 : Proposer des prises en charge adaptées et diversifiées face aux situations de plus en plus complexes des jeunes accueillis**

### *Situation actuelle*

---

Les établissements recevant des jeunes dans le cadre de la protection de l'enfance sont confrontés à des problèmes récurrents de violence : les jeunes confiés à ces structures connaissent des problématiques complexes, souvent en rupture avec leurs familles, à la frontière entre des troubles psychiatriques qui nécessitent un suivi pédo-psychiatrique et des troubles du comportement, troubles que les structures ne sont pas préparées à traiter. D'autre part, on assiste à l'arrivée d'une nouvelle population : les mineurs ou jeunes majeurs étrangers isolés : ils sont arrivés en France à l'issue d'un parcours traumatique par le biais de réseaux de passeurs ou de prostitution. Dans leur pays, ils ont été livrés à eux-même pour des raisons économiques (famille trop pauvres ou décès des parents, certains ont donc été donnés ou vendus pour travailler et ont vécu dans la rue une partie de leur enfance), politiques (pays en guerre, certains ont été enfants soldats), culturels (enfants désignés comme " sorciers" et donc maltraités et rejetés par leur communauté).

Des phénomènes de violence se développent ainsi de plus en plus souvent, mettant parfois à mal le fonctionnement des établissements et risquant de perturber parfois gravement les jeunes violents, mais aussi les autres.

Dans le même temps, les établissements sont invités à diversifier leurs modes de prise en charge, à les personnaliser, à proposer des réponses innovantes, et à développer des partenariats extérieurs, les questions de soins devant être traitées par les dispositifs adéquats et non pas par l'octroi de moyens internes.

Enfin, l'arrêt du financement d'une mesure de protection d'un jeune majeur par l'Etat a des conséquences désastreuses pour les jeunes majeurs qui nécessitent une prolongation de prise en charge éducative en raison de leur fragilité persistante, notamment sur les plans social, familial, scolaire, professionnel. Beaucoup de ces jeunes sont au mieux, accueillis aujourd'hui, dans les foyers d'hébergement sociaux, d'urgence, ou se retrouvent dans la rue. Alors que les magistrats ont toujours la possibilité de prononcer ces mesures, personne n'assume aujourd'hui leur financement.

### *Problèmes posés*

---

Face à cette situation de plus en plus complexe, les établissements se trouvent mis en difficulté, entre la nécessité de prendre en charge ces jeunes, de canaliser la violence, de répondre aux demandes de l'ensemble des partenaires avec lesquels ils travaillent.

Les objectifs visés par les services de la PJJ ou des Conseils généraux semblent difficiles à mettre en œuvre du point de vue des associations : par exemple, si l'accueil en internat est plutôt envisagé comme solution par « défaut », lui préférant l'accueil familial ou l'externat, les établissements accueillent alors les jeunes les plus difficiles, ce qui encourage les phénomènes de violence et nécessite une prise en charge plus spécifique. Si l'accueil est effectivement la vocation des établissements, la concentration au sein d'établissements des jeunes les plus difficiles ne fait que renforcer les phénomènes de violence.

En réalité, il est nécessaire aujourd'hui de faire évoluer l'existant et de proposer une prise en charge diversifiée et modulaire à ces jeunes, qui passe simultanément par un accueil en structure collective comme l'internat, par des hébergements plus individuels en pavillon qui permettent de travailler la question de l'autonomie, ou par une famille d'accueil pour d'autres. Ainsi, certains jeunes proches de

la majorité aspirent à vivre sur un lieu au fonctionnement plus souple ; d'autres auraient besoin de poursuivre l'acquisition de l'autonomie à partir du vécu de leurs propres expériences, ce que la collectivité ne permet pas toujours.

Certains jeunes majeurs, généralement victimes de ruptures et d'abandons, au cours de leurs histoires d'enfants, ont besoin, plus que d'autres, d'un étayage de longue durée, dans un cadre éducatif qu'ils connaissent et investissent favorablement pour mener à bien leur projet.

A ce jour, tous les jeunes qui relèvent d'un Service de Suite ne peuvent en bénéficier en raison de leur nombre et / ou de leur situation administrative ou personnelle.

D'autres sont admissibles en Service de suite mais pas toujours en capacité d'affronter dans l'immédiat, sans passer par une situation intermédiaire, la solitude au quotidien. La réalisation de leur projet professionnel risquerait d'être fragilisée par la difficulté à assumer seuls les obligations liées au quotidien (course, repas, blanchisserie...).

Les jeunes majeurs étrangers sont accueillis dans les établissements, pour être progressivement re-scolarisés. Pour la plupart, malgré de grandes difficultés, dues à la langue et à une très longue déscolarisation au pays d'origine, ils s'impliquent beaucoup dans leur scolarité et ont de bons résultats dans les filières professionnelles. Souvent un contrat d'apprentissage serait une solution valorisante, adaptée et bien sûr rémunératrice (gage d'autonomie) mais la législation ne leur permet pas de travailler car ils sont sans papiers. Bien qu'ils aspirent légitimement à une plus grande autonomie, ils ont encore besoin d'aide psychologique pour dépasser les traumatismes subis et d'aide éducative pour s'intégrer en France et réussir leur projet professionnel.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Rechercher des modes d'accueil innovants (notamment par le développement de petites structures favorisant l'autonomie ou de dispositifs à double ou triple habilitation, à condition que les financements soient concertés et harmonisés),
- ▶ Renouer ou intensifier le dialogue avec les autorités de placement, les partenaires de soin, les services des Conseils généraux et de la PJJ, ainsi qu'avec l'Education Nationale :
  - en travaillant au rapprochement des positions des différentes parties-prenantes
  - en dégagant des perspectives de travail et d'évolution, notamment en matière d'admission, de projets d'établissements (notamment par rapport à l'accueil familial) et d'évolution des prises en charge et des problématiques des enfants confiés
- ▶ Veiller à établir des liens forts avec l'Education Nationale pour construire un partenariat efficace autour des enfants ayant des troubles du comportement ou des troubles psychiques ou confiés au titre de la Protection de l'Enfance
- ▶ Proposer des dispositifs d'accompagnement plus fluides qui favorisent la continuité des parcours des jeunes,
- ▶ Travailler les partenariats avec le secteur médico-social et la prise en charge des soins (pédo-psychiatrie notamment) en élaborant des conventions de partenariat pour les jeunes en grande souffrance, notamment dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux.

## Fiche n° 11 : Affirmer la place des associations dans le dispositif PJJ

### *Situation actuelle*

---

La PJJ prend en charge 3 catégories de jeunes : les mineurs en danger (article 375 et suivants du code civil), les mineurs délinquants (ordonnance du 2 février 1945) et les jeunes majeurs en difficulté d'insertion sociale (décret de 1975).

Les associations habilitées PJJ gèrent des structures chargées de mesures d'investigation et de milieu ouvert (Action éducative en milieu ouvert, services d'investigation et d'orientation éducatives, enquêtes sociales ...) ou des structures de placement (maisons d'enfant à caractère social, centre de placement, lieu de vie et d'accueil ...)

Conformément à la restructuration générale des services de la PJJ, impulsée au niveau national, la DIRPJJ (direction inter-régionale de la protection judiciaire de la jeunesse) Centre est en cours de restructuration :

- Son territoire de compétence est constitué depuis très peu de temps des régions Centre et Bourgogne,
- A l'intérieur de l'inter-région, l'organisation interdépartementale se décompose comme suit :
  - Une direction interdépartementale Loiret – Eure-et-Loir depuis 2010
  - Une direction interdépartementale Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Cher et Indre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011
- L'URIOPSS Centre participe aux réunions inter-régionales entre les directeurs de la PJJ et les représentants des fédérations et unions.

### *Problèmes posés*

---

Au niveau local, les relations entre la DIRPJJ Centre, ses délégations interdépartementales et le secteur associatif habilité sont fondées sur un partenariat de longue date et de bonne qualité. Pour autant, les associations de la région Centre sont très fortement impactées par la politique actuelle de la protection judiciaire de la jeunesse menée au niveau national sur la qualité du service rendu, sur le plan budgétaire et de gestion des emplois.

- La mise en place annoncée de la MJIE (mesure judiciaire d'investigation éducative), qui doit remplacer à terme les mesures d'investigation et d'orientation éducative (IOE) et les enquêtes sociales, va se traduire sur le terrain par des diminutions d'effectifs et de réelles difficultés financières, si la tarification annoncée est maintenue. A titre d'exemple, une association d'Indre-et-Loire verra son effectif réduit de 25%, ce qui pose la question de la qualité possible du service rendu
- La tarification de l'enquête sociale devant le juge aux affaires familiales réduit à 500€ sans aucune concertation préalable en 2009 a mis en difficultés de nombreuses associations, ce coût étant 2 voire 3 fois inférieurs aux coûts des associations. Ceci a eu comme conséquence d'entraîner des réductions du nombre d'effectif (dans le Loiret) voire des fermetures de service avec licenciements (en Loir-et-Cher)
- Les mesures d'AEMO judiciaire connaissent une activité toujours en augmentation, contrairement aux effets attendus de la loi du 5 mars 2007, ce qui entraîne des listes d'attente dans certains départements. Les moyens attribués pour cette mesure sont par ailleurs insuffisants.
- La poursuite des audits de l'ensemble des services (publics et associatifs) conformément à la circulaire du 5 novembre 2009, qui ne doivent pas être confondus avec l'évaluation interne

- Le recentrage du service public sur les mesures pénales est réalisé à un rythme qui ne facilite pas les concertations locales, ayant des incidences sur la prise en charge de nombreux jeunes au civil

### ***Propositions de l'URIOPSS Centre***

---

- ▶ Consolider le partenariat existant en région Centre avec la DIRPJJ en participant activement à la concertation avec le niveau inter-régional de la PJJ. Etablir des relations continues avec l'Uriopss Bourgogne et les échelons ou représentations régionales des fédérations (CNAPE, FN3S, Citoyens et Justice) dans une perspective de concertation et de mobilisation,
- ▶ Maintenir et consolider au niveau régional les collaborations nationales pour accompagner la mise en place de la MJIE
- ▶ Faire apparaître la nécessité de la poursuite de l'accompagnement des jeunes majeurs et donc du financement de ces mesure
- ▶ Réinterroger la PJJ sur cet arrêt de la prise en charge des jeunes majeurs et que la position soit reconsidérée au regard de la dégradation de cette population.
- ▶ Recenser et accompagner les associations exerçant des mesures de protection des jeunes majeurs.

## Fiche n° 12 : Agir pour que la prévention spécialisée soit mieux inscrite dans le cadre de la Protection de l'Enfance

### Situation actuelle

---

« La prévention spécialisée a pour mission de prévenir dans des lieux repérés les risques d'inadaptation sociale de jeunes : prévenir leur marginalisation, faciliter l'insertion ou la promotion sociale de ces jeunes et de leurs familles, en difficulté ou en rupture avec leur milieu. La prévention spécialisée s'adresse prioritairement aux jeunes âgés de 10 à 25 ans. Pour remplir cette mission, la prévention spécialisée mène plusieurs objectifs dans les territoires d'intervention :

- Rencontre et repérage des jeunes en difficulté
- Intervention éducative à la fois individuelle et collective auprès des jeunes, dans leur milieu naturel, visant à les aider à se prendre en charge par eux-mêmes, en lien avec les établissements d'enseignement
- Etablissement de liens avec leurs familles
- Accompagnement des jeunes dans la recherche et la mise en œuvre de solutions à leurs problèmes
- Collaboration avec les services sociaux du département et des communes, les établissements et services socio-éducatifs et culturels qui participent à des actions de prévention
- Contribution au développement de la vie sociale des quartiers d'intervention » <sup>(1)</sup>

La prévention spécialisée composante de la protection de l'enfance est entrée dans le champ d'application de la loi 2002-02 par une ordonnance du 1er décembre 2005 relative aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui intègre dorénavant les structures de prévention spécialisée... Or depuis, la plupart des associations de la région ont été confrontées à des difficultés et à des déconventionnements partiels.

### Problèmes posés

---

L'exercice de la prévention spécialisée prend tout son sens lorsqu'elle s'inscrit en cohérence avec l'ensemble des actions socio-éducatives. La prévention spécialisée, mission de l'Aide sociale à l'Enfance départementale, devrait donc être intégrée dans les schémas départementaux de la protection de l'enfance, compétence qui revient aux Conseils généraux.

La prévention spécialisée se trouve à la croisée des 2 lois... Celle de la protection de l'enfance et celle relative à la prévention de la délinquance. Ce qui induit certaines torsions dans les pratiques entre « prévention et répression ». La loi du 5 Mars 2007 relative à la prévention de la délinquance a confié au Maire la mission d'animer sur le territoire de la commune la politique de prévention de la délinquance et d'en coordonner la mise en œuvre. Ce qui a des conséquences sur la relation de confiance des éducateurs avec les jeunes. La loi prévoit aussi la création d'un conseil pour les droits et devoirs des familles et la généralisation des CLSPD (Conseils Locaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance) lieu de partage de l'information concernant les jeunes repérés dans le territoire. Ce qui vient heurter de plein fouet le principe de l'anonymat, et par là même des pratiques éducatives. Cette notion de secret partagé fait d'ailleurs l'objet d'une recommandation récente de l'ANESM relative au partage d'information en protection de l'enfance.

Depuis quelques années, les associations gérant des services de prévention spécialisée constatent une remise en cause de l'engagement associatif dans ce champ d'intervention. En effet, certains de ces services sont gérés par des collectivités territoriales (conseil généraux, commune) ou par des

(1) Source : charte régionale de la prévention spécialisée de la région Centre

centres d'action sociale communale. Cependant des aménagements particuliers, en termes de souplesse et d'ouverture, liées aux modalités d'exercice de la mission sont nécessaires. C'est pourquoi, l'association, outil de proximité doté d'une souplesse d'intervention, est bien adaptée pour l'accomplissement de la mission de prévention spécialisée, tout en veillant à ce que la pratique de la prévention spécialisée ne soit pas dénaturée et respecte les principes fondateurs, car le service de prévention reste maître de son expertise et de la construction de son projet pédagogique.

Les associations remarquent également la faible connaissance par les acteurs des modes d'intervention des services de prévention spécialisée. A titre d'exemple, ont été autorisées en région Centre des actions de prévention spécialisée avec un seul éducateur, ce qui ne peut permettre la conduite des missions de manière satisfaisante.

Par ailleurs, les associations craignent, au regard de la crise financière et des orientations budgétaires, que les actions de préventions soient les premières supprimées.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Redéfinir la place de la prévention spécialisée au sein des schémas départementaux enfance – famille,
- ▶ Réaffirmer l'importance de l'expérience et du savoir-faire des associations dans la mise en œuvre de la prévention spécialisée,
- ▶ Développer une communication au niveau régional auprès des élus et de l'ARS, notamment au travers de la charte régionale de prévention spécialisée, adoptée fin 2007 et élaborée par 5 associations œuvrant en faveur de la prévention spécialisée, et dont l'URIOPSS est signataire,
- ▶ Accompagner les équipes dans leurs pratiques et les évolutions de leurs métiers,
- ▶ Agir pour un fonctionnement par réseau d'acteurs de la prévention spécialisée coordonné par une association de professionnels afin d'éviter un fonctionnement isolé,
- ▶ Obtenir la régularisation des services existants labellisés, mais non autorisés, conformément à la loi HPST.

(1) Source : charte régionale de la prévention spécialisée de la région Centre



## **Fiche n°13 : Promouvoir et faire reconnaître les Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) et les Espaces de Rencontre Parents Enfants comme dispositifs de prévention**

### *Situation actuelle*

---

Le gouvernement accentue son action pour développer les modes de garde, ce qui est en soi positif, car cela permet aux parents de concilier vie professionnelle et personnelle. Cependant, à côté de ces dispositifs d'accueil classique, demeurent des dispositifs de prévention, comme les LAEP, dont l'objectif de prévention est prôné par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance.

« Au-delà de leur diversité, ces lieux ont pour objectifs d'accompagner la relation parent-enfant dans sa singularité, de soutenir la parentalité, de favoriser l'autonomie de l'enfant, de rompre l'isolement social, ...

Les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) offrent un espace d'écoute et de parole, de rencontre, d'échange et de jeu, dans une perspective de prévention des troubles de la relation enfants-parents, en dehors de toute visée thérapeutique.»<sup>8</sup>.

Les LAEP sont des espaces conçus pour recevoir les jeunes enfants jusqu'à 6 ans accompagnés de leurs parents ou d'un proche. Les LAEP garantissent l'anonymat et le respect de la parole de chacun. Il existe sur le territoire français 850 LAEP ayant une prestation de service CAF dont 25 en région Centre (Source : Etude du Furet, 2009, Lieux d'accueil enfants-parents et socialisation, étude quantitative, 2009).

Les LAEP sont gérés soit par des associations soit par des communes ou des intercommunalités.

« Un Espace de Rencontre pour le maintien des relations parents enfants :

- est un lieu d'accès au droit : des enfants et leur père, leur mère, leurs grands-parents ou toute personne titulaire d'un droit de visite viennent s'y rencontrer.
- est un lieu tiers et autonome qui s'adresse à toute situation où l'exercice d'un droit de visite, les relations et les rencontres enfant-parent sont interrompus, difficiles ou trop conflictuels.

Il a pour but le maintien de la relation, la prise ou la reprise de contact entre l'enfant et son parent avec lequel il ne vit pas lorsqu'il n'existe pas d'autre solution. Il permet à l'enfant de se situer dans son histoire et par rapport à ses origines, de construire ou de reconstruire son identité, notamment à partir de la reconnaissance de sa filiation »

Les familles y viennent : sur décisions judiciaires (JAF), sur décisions administratives (ASE) ou de leur propre initiative.

Il existe sur le territoire français environ 130 Espaces de Rencontre Parent Enfant (dont 5 sont recensés dans la région Centre). L'offre de service reste insuffisante et inégalement répartis en France.

Les Espaces de Rencontre Parent Enfant sont principalement portés par des associations.

En 2006, les Espaces de Rencontre s'inscrivent dans le code civil aux articles 373-2-1 et 373-2-9.

Un début de reconnaissance des Espaces de Rencontre apparaît également dans la Loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance (article 22).

---

<sup>8</sup> source : charte des Lieux d'Accueil Enfants-Parents de la région Centre

### *Problèmes posés*

---

Les LAEP comme les Espaces Rencontre emploient des salariés à temps partiel, et sont de plus en plus confrontés à des difficultés de financement.

Par ailleurs, les LAEP souhaitent garder leurs spécificités : sur certains départements, des dispositifs avec des financements des Conseils généraux se mettent en place sous le label « LAEP » et sont répertoriés comme tel. Certains de ces lieux en région Centre risquent de connaître rapidement de graves difficultés financières pouvant les amener à fermer.

En ce qui concerne les Espaces Rencontre, depuis leur création il y a une vingtaine d'année, ceux-ci ne bénéficient toujours pas de loi cadre pouvant permettre une inscription et une reconnaissance plus officielles de leur activité dans le champ de la prévention et de la protection de l'enfance.

Les Espaces de Rencontre ne bénéficient de fait pas de mode de financement lisible et pérenne qui puisse garantir un fonctionnement satisfaisant. Chaque lieu doit rechercher ses propres financements d'une année à l'autre et nombre d'entre eux sont menacés ou ont déjà dû fermer.

Des listes d'attente se créent qui ne sont pas satisfaisantes au regard de l'accès au droit et de ses enjeux en terme de maintien des liens enfant-parent.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Promouvoir les spécificités des LAEP comme lieu de prévention et socialisation, notamment à travers le projet de plaquette régionale des LAEP, ainsi que de la nécessité de maintenir ces lieux, à travers une plaquette régionale d'information
- Intégrer les LAEP dans les schémas départementaux relatifs à la protection de l'enfance
- Aider les LAEP et les Espaces Rencontres en difficultés à trouver des systèmes de financements pérennes.

## **Fiche n° 14 : Diversifier et améliorer les dispositifs de prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en établissement**

### *Situation actuelle*

---

Depuis vingt ans, l'aide à domicile s'est considérablement développée et professionnalisée : les personnes âgées résidant à domicile sont souvent accompagnées par des services d'aide à domicile et/ou des services de soins infirmiers à domicile.

Aux côtés de l'aide à domicile, se sont développés également des formes d'accompagnement complémentaire à un maintien à domicile, tels que l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. Ceux-ci permettent ainsi un temps de « répit » tant pour l'aidant (conjoint, descendants par exemple) que pour l'aidé avant un retour à domicile.

Une offre dite « intermédiaire » se développe également depuis quelques années : l'objectif de cette offre est de proposer une alternative pour des personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent rester à domicile, sans pour autant entrer dans un établissement médicalisé. Elle peut aussi, mais pas de manière systématique, être une étape vers une admission en établissement médicalisé. Ce sont ainsi des solutions telles que des foyers-logements, résidences avec services, petites unités de vie voire l'accueil familial qui se développent. Ces modes d'accompagnement ont l'avantage de pouvoir lutter contre l'isolement de la personne âgée, de lui proposer un certain nombre de services (repas en commun, activités...).

En conséquence, les personnes retardent autant que possible leur entrée en EHPAD<sup>9</sup> et ces derniers accueillent alors des personnes avec un niveau de dépendance très lourd et qui ont besoin d'un accompagnement médical renforcé. En établissement, de plus en plus de personnes accueillies présentent des troubles du comportement, type maladie d'Alzheimer ou apparentée, qui nécessitent un accompagnement spécifique.

### *Problèmes posés*

---

Si l'aide à domicile s'est fortement développée, elle doit encore travailler à une meilleure coordination et à une complémentarité entre les différents acteurs (telles que les SSIAD, l'HAD, des centres de soins infirmiers ou le réseau de médecine généraliste). On note en effet une multiplicité d'acteurs agissant autour de la personne âgée, sans réelle coordination entre eux. Chacun intervient de manière morcelée et fragmentée en fonction de son champ d'exercice. Créer une véritable coordination autour de la personne âgée permettrait ainsi d'éviter les ruptures de prise en charge, entre le sanitaire, la médecine de ville, les structures médico-sociales, voire les acteurs sociaux d'un département ou d'une commune.

En parallèle, l'accompagnement complémentaire à l'aide à domicile tels que les accueils de jours et l'hébergement temporaire restent trop peu nombreux pour répondre de manière satisfaisante aux besoins. Ils souffrent également d'un manque de lisibilité, selon qu'ils sont spécialisés ou non pour l'accueil de certains publics (désorientés par exemple) ou selon qu'ils sont rattachés à un établissement ou autonomes. Ainsi en région Centre, seuls 5% des établissements associatifs disposent de places d'accueil de jour. 57% des établissements associatifs semblent avoir des places

---

<sup>9</sup> Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

d'hébergement temporaire, mais pour 38%, ces places représentent moins de 10% de leur capacité totale<sup>10</sup>.

Quant à l'offre dite « intermédiaire », elle peine encore actuellement à trouver dans la place dans le paysage d'accompagnement et de prise en charge de la personne âgée. On assiste à une trop lente diversification de structures de foyers-logements, résidences avec services, petites unités de vie. Leur projet reste encore peu lisible pour les personnes qui pourraient en bénéficier.

A leur entrée en EHPAD, les personnes âgées arrivent de plus en plus dépendantes, ce qui nécessite de renforcer les taux d'encadrement : pour rappel, le plan solidarité grand âge préconisait 1 encadrant par résident pour les GIR1 ; 0,84 pour les GIR 2 ; 0,66 pour les GIR 3 et 0,42 pour les GIR 4. Or les outils tels que la grille AGGIR qui permet de calculer le GMP (Gir Moyen Pondéré) et la coupe Pathos qui permet de calculer la charge en soins ne traduisent pas l'insuffisance des taux d'encadrement des EHPAD. Selon le schéma des formations sanitaires et sociales adopté en région Centre en 2008, « l'application du ratio en EHPAD d'un aide-soignant pour 10 résidents nécessiterait à lui seul la création de 5 000 postes supplémentaires en région Centre ». ». Nous tenons à rappeler l'importance de la présence d'une équipe médicale qualifiée entourant l'équipe paramédicale pour accompagner les résidents. Par ailleurs, une prise en charge de qualité passe par la qualification et la professionnalisation des acteurs : or la pénurie actuelle d'aides-soignantes et aides à domicile, de psychologues pourrait créer à terme un risque de maltraitance. Ainsi, le développement de l'offre d'EHPAD sur la région va nécessiter de former et de qualifier des salariés pour assurer une prise en charge de qualité.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Valoriser les métiers de la dépendance en vue d'améliorer l'attractivité du secteur ; cela passe notamment par une réflexion sur les temps partiels subis et l'isolement professionnel, ainsi que sur la reconnaissance par les pouvoirs publics des coûts salariaux de professionnels qualifiés,
- Créer et financer des places supplémentaires en SSIAD,
- Encourager l'innovation et répertorier les expériences et bonnes pratiques locales en termes de solutions d'accompagnement de la personne âgée en vue d'une éventuelle généralisation,
- Connaître et analyser les besoins et l'offre existante en matière d'hébergement intermédiaire pour impulser une véritable dynamique quant au développement de cette offre ;
- Développer le nombre de places en famille d'accueil qualifiées et formées sous certaines conditions et garanties,
- Augmenter de manière quantitative et qualitative le nombre de personnels en termes de taux d'encadrement et de professionnalisation. Les renouvellements de conventions tri-partites doivent être un instrument de l'adaptation des EHPAD.

---

<sup>10</sup> source : groupe de travail CROSMS – EHPAD 2009

## Fiche n° 15 : Garantir l'accessibilité financière des établissements pour les personnes âgées

### Situation actuelle

---

En 2010, une personne âgée entre en EHPAD (Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes) en moyenne à l'âge de 85 ans. Si le choix de rester à domicile est souvent privilégié par les personnes elles-mêmes, la barrière financière que constitue l'entrée en établissement n'incite pas à faire le pas. En effet, le budget d'un EHPAD se décompose en 3 tarifs : un tarif soins, pris en charge par l'Assurance maladie, un tarif dépendance pris en charge dans le cadre de l'APA, financée par les Conseils généraux et qui dépend du niveau de dépendance de la personne ; et enfin un tarif hébergement, à la charge de l'hébergé ou de l'aide sociale départementale lorsque le bénéficiaire n'a pas de ressources suffisantes. Actuellement, **les restes à charge liés au tarif hébergement sont de plus en plus élevés**. En moyenne, les tarifs journaliers pour les 6 départements de la région Centre se situent entre 44,82€ et 75,42€ -avec une moyenne à 54,11€-, soit entre 1344 et 2260€ par mois, lorsque l'on sait que les montants moyens de la retraite se situent au niveau national à 1020€ pour les femmes et 1636€ pour les hommes.

### Problèmes posés

---

Il faut comparer cette moyenne régionale (tous statuts confondus) aux moyennes régionales selon les statuts d'établissements. Pour les établissements de statut associatif non lucratif, la moyenne se situe entre 47,05€ et 56,34€ ; pour les établissements publics hospitaliers, la moyenne se situe entre 47,57€ et 52,90€ ; pour les établissements de statut commercial, la moyenne régionale se situe entre 56,89€ et 75,42€. Une différence allant donc de +20% à +34% entre le privé non lucratif et le privé lucratif.

Si cette différence peut en partie s'expliquer par des prestations proposées différentes, elle opère de manière systématique une sélection des publics à l'entrée en établissement.

Ces données soulèvent en outre la question de la pertinence d'autoriser des créations de places pour lesquelles les coûts d'hébergement sont très élevés, qui seront incompatibles avec le niveau des retraites de la plus grande partie des personnes âgées.

### Propositions de l'URIOPSS Centre

---

- Au regard des besoins identifiés dans le cadre du PRIAC, la région Centre doit poursuivre la création de places d'EHPAD, en veillant à contenir le reste à charge. Ainsi, il convient de soutenir la création d'EHPAD privés à but non lucratif habilités à l'aide sociale, qui proposent des tarifs hébergement plus accessibles,
- La prochaine procédure d'appel à projet devrait prévoir l'engagement des promoteurs à limiter le reste à charge des personnes,
- Harmoniser le niveau des plafonds de l'Aide Sociale dans toute la Région pour garantir une équité entre les bénéficiaires, quelque que soit la région.

## Fiche n° 16 : Créer un 5ème risque de protection sociale pour l'aide à l'autonomie quel que soit l'âge, fondé sur la solidarité nationale

### *Situation actuelle*

---

Notre système de protection sociale concernant les personnes âgées et handicapées a été complété ces dernières années par la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes de plus de 60 ans (depuis 2001) et de la Prestation de compensation du Handicap (PCH) (2006).

L'APA bénéficie aujourd'hui en France à plus d'1,1 million de personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 (les niveaux de dépendance les plus élevés), pour une dépense globale de 4,85 milliards d'euros, dont le financement repose de plus en plus majoritairement (67%) sur l'aide sociale des départements. En région Centre, l'APA bénéficie à plus de 50 000 personnes âgées relevant des GIR 1 à 4.

La prestation de compensation concerne aujourd'hui plus de 70 000 personnes handicapées, pour une dépense globale de 569 millions d'euros, dont le financement repose également sur l'aide sociale des départements.

La loi du 11 février 2005 a prévu une convergence des dispositifs puisqu'elle stipulait que « *Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées* ». C'est donc en 2010 au plus tard que cette réforme doit avoir lieu. Et le Président de la République a annoncé qu'elle serait engagée dans le sillon de la réforme des retraites.

### *Problèmes posés*

---

*Les prestations d'aides à l'autonomie et de compensation des conséquences du handicap actuelles conduisent à un système inégalitaire.* En effet, il est choquant qu'aujourd'hui, selon que vous êtes en situation de handicap quelque temps avant vos 60 ans, ou quelque temps après, et même si vos besoins d'aide sont identiques, vous relèverez de systèmes d'aide totalement différents. Plutôt que vos besoins, c'est votre âge qui sera d'abord pris en compte. Au risque de conduire également à des ruptures dans l'aide apportée aux personnes durant leur vie. On peut s'étonner que le dispositif d'aide ne repose pas d'abord sur les besoins, les aspirations et le projet de vie de chaque personne, et conduise ainsi à des inégalités de traitement fondées sur le seul critère d'âge.

*Le dispositif actuel, en ce qui concerne l'APA, est en outre inéquitable,* puisque les aides les plus élevées sont reçues par les ménages les plus modestes mais aussi par les plus aisés (une courbe en U illustrant l'évolution de l'aide en fonction des ressources des ménages), les exonérations fiscales prenant généralement le relais des aides. Ce qui pose la question de l'égal accès de nos concitoyens aux prestations sociales.

*Le dispositif actuel favorise les inégalités territoriales et peut mettre en difficulté financière les Conseils généraux.* En effet, tandis que les évolutions démographiques conduisent à un accroissement des besoins, le financement des prestations s'avère inadapté puisqu'il repose de plus en plus sur les Conseils généraux. Lors de la première année d'existence de l'APA, son financement était assuré à 54% par les départements et à 46% par l'Etat. Aujourd'hui, les départements assument

67% de la dépense, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'en couvrant plus que 33%. Si rien n'est fait, la charge financière des Conseils généraux continuera à s'accroître et ils assumeront une part sans cesse croissante du financement du dispositif. Compte tenu des inégalités de richesses entre les départements, ceux qui ont les potentiels fiscaux les plus faibles et le nombre de personnes âgées et handicapées le plus élevé auront de plus en plus de mal à financer les aides à l'autonomie.

*A domicile, les montants d'aides laissent un reste à charge important aux personnes et ne répondent plus aux besoins.* En effet, la Cour des comptes, dans son rapport annuel de 2005, avait mis en exergue l'important reste à charge financier pour les bénéficiaires de l'APA vivant à domicile : « *une personne en GIR 1 par exemple recevait en moyenne mensuelle 770 euros d'APA, ce qui lui permettait de financer 48 heures d'aide à domicile soit 46 % du temps d'aide nécessaire tel que défini par la grille AGGIR (la grille AGGIR est l'outil permettant d'évaluer l'état de dépendance)* ». La Cour des comptes remarquait dans son rapport public annuel de février 2009 que la situation n'avait pas changé. Ce qui conduit les personnes à devoir arbitrer entre le recours à des services de qualité et un plus grand nombre d'heures, au moindre coût. Ce problème est également à relier avec celui des difficultés rencontrées aujourd'hui par les services d'aide à domicile (Voir Fiche n°21)

Enfin, l'APA et la PCH n'assurent pas pleinement une aide à l'autonomie. Les failles de la PCH en matière d'aides humaines (concernant les aides à caractère ménager) et celles de l'APA, se traduisent par des situations préoccupantes : pour la première, elle ne permet pas officiellement de prendre en charge le coût de la préparation des repas mais couvre bien l'aide à prendre ces repas ! Pour la seconde, elle ne garantira pas une prise en charge satisfaisante, par exemple, des aides techniques, des aménagements du logement, ni même des besoins en aide humaine pour un grand nombre de personnes.

### Propositions de l'URIOPSS Centre

- La création d'un 5ème risque de protection sociale a vocation à réformer l'actuel dispositif de compensation (allocation personnalisée d'autonomie et compensation des conséquences du handicap) afin de mettre en œuvre des principes équitables quels que soient la situation de handicap et l'âge de la personne. Ceci correspondant bien à l'orientation inscrite dans la loi du 11 février 2005, dans son article 13,
- Afin de favoriser la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté et de permettre à chacun de poursuivre son projet de vie, même si c'est un projet de fin de vie, dans la dignité, toute personne en situation de manque ou de perte d'autonomie, quel que soit son âge, doit pouvoir accéder à une aide à l'autonomie en fonction de ses besoins,
- La responsabilité de ce nouveau risque pourrait être confiée à la CNSA qui se verrait allouer de nouvelles ressources, fondées sur la solidarité nationale, afin de financer majoritairement la nouvelle prestation d'aide à l'autonomie,
- Les départements seraient chargés de mettre en œuvre la nouvelle prestation localement. Ils continueraient à participer à son financement mais ne seraient plus la variable d'ajustement du dispositif,
- Les dispositifs assurantiels, qui n'ont pas fait la preuve de leur pertinence pour faire face à un tel risque social, pourraient permettre d'avoir un complément d'aide mais ils ne devraient pas être constitutifs du socle du dispositif de l'aide à l'autonomie,

- ▶ Les outils d'évaluation des besoins de compensation, d'éligibilité aux prestations comme les montants de ces dernières doivent être définis selon des principes communs, définis et validés en CNCPH et rendus obligatoirement applicables par décret
- ▶ Les montants d'aides attribués pour les personnes vivant à leur domicile doivent permettre de recourir à des aides humaines de qualité et de limiter le reste à charge des personnes. Les allocations versées doivent en effet tenir compte du coût réel des prestations reconnues comme indispensable à la personne dans le cadre de son plan d'aide ou de compensation. De sorte que chaque personne puisse recourir à des services de qualité pour le nombre d'heures d'intervention dont elle a besoin, sans que son arbitrage porte d'abord sur un choix entre un nombre d'heures plus important ou un service de meilleur qualité et plus sûr.



## Fiche n° 17 : Réformer le mode de gestion et de fonctionnement de l'aide à domicile

### Situation actuelle

---

L'aide à domicile auprès des personnes fragiles (personnes âgées, personnes handicapées, familles) fédérée au sein de l'URIOPSS représente en région Centre plus de 40 associations, employant près de 18 000 salariés, soit près de 6 000 ETP, intervenant auprès de plus de 64 000 personnes fragiles. (1)

Actuellement, on rencontre des structures d'aide à domicile confrontées à une extrême fragilité économique en raison de résultats d'exploitation déficitaires depuis plusieurs années et d'une grande fragilité des trésoreries qui débouche sur des cessations de paiement, voire même des procédures de liquidation, comme c'est le cas pour le Codapa (Eure-et-Loir).

Le secteur est actuellement confronté à une double ambiguïté :

- la loi Borloo et l'instauration d'un droit d'option avaient pour objectifs de faciliter la création d'emplois ; or cette ouverture a dérégulé le secteur en créant une concurrence déloyale entre les structures autorisées et les structures agréées, puisque les contraintes ne sont pas les mêmes (en matière notamment de fixation des tarifs, de fiscalité, d'application du droit du travail, de publicité). Avant 2005, les services d'aide à domicile devaient être autorisés, comme toute structure relevant de l'article L312-1 du CASF. Avec l'instauration du « droit d'option » en 2005, les structures peuvent désormais « choisir » entre ce régime de l'autorisation relevant de la loi 2002 et un régime « d'agrément qualité »,
- le financement de l'aide à domicile, via l'APA et la PCH, assuré par les Conseils généraux, est aujourd'hui remis en cause par les difficultés budgétaires des Conseils généraux et le désengagement de l'Etat dans le financement des prestations.

Pour faire face à ces difficultés, les services d'aide à domicile et les réseaux qui les représentent se mobilisent depuis plus d'un an tant au niveau national que régional.

### Problèmes posés

---

**La non-reconnaissance des coûts de revient.** Afin de pouvoir maîtriser l'évolution des dépenses dans le cadre de l'APA, les Conseils généraux proposent aux services une tarification en-dessous de leur coût de revient. L'écart de prix entre le coût de revient et le tarif appliqué peut aller jusqu'à 2 euros de l'heure, au risque de contraindre les services à quitter le régime de l'autorisation pour avoir la liberté de fixer leur tarif, en reportant de fait la charge vers les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

Le problème est particulièrement aigu dans le cadre d'une intervention financée par la CARSAT : la participation de la CARSAT à 18,20€ ne permet pas aux services d'entrer dans leurs coûts de revient, sans possibilité de facturer le différentiel aux bénéficiaires. Certaines associations ont donc pris la décision de déconventionner avec la CARSAT et donc de ne plus intervenir auprès des bénéficiaires. L'autre issue consiste à imputer le reste à charge sur les structures qui n'ont d'autre choix que de mobiliser leurs fonds propres.

Cette non-reconnaissance des coûts de revient, ajoutée au paiement en retard de la part des financeurs publics ont un effet non négligeable sur la trésorerie des services d'aide à domicile qui a diminué d'un tiers en 3 ans.

**La non-reconnaissance de la qualité et de la professionnalisation des intervenants.** Les services d'aide à domicile sont soumis à des injonctions paradoxales des politiques publiques en termes de qualification et de professionnalisation. Il est demandé toujours plus de qualité de service, de professionnalisation, sans que les financeurs ne soient prêts à intégrer le coût de ces exigences dans les tarifs. Ainsi, certains financeurs limitent actuellement le taux d'intervenants qualifiés pris en compte dans les budgets des services autorisés, ce qui met à mal toute la politique de formation et de professionnalisation menée par les structures.

**Des choix politiques qui ont des conséquences fortes sur l'accompagnement de publics fragiles.** D'une part, cette non-reconnaissance des coûts et la nécessité d'une contribution complémentaire de l'usager favorisent des pratiques allant à l'encontre de la sécurité des personnes, comme l'orientation vers le gré-à-gré et la baisse de la qualification des intervenants. Le choix du mode d'intervention s'opère donc en fonction du coût horaire et non en fonction de son adéquation au besoin. Les personnes en perte d'autonomie prises en charge par les services d'aide à domicile ne sont pas des simples « consommateurs » mais sont avant tout des personnes qui ont besoin d'être accompagnées. D'autre part, cette participation de l'usager augmente le risque de la sélection des publics, puisque certaines personnes ne pourront pas contribuer au financement de leur accompagnement, et risquent donc d'être écartées du système de prise en charge. Ceci va à l'encontre des choix politiques des associations qui prônent une prise en charge inconditionnelle des publics fragiles.

Cette problématique est renforcée par la suppression récente des exonérations de cotisations sociales en matière de services à la personne.

Alors que ces suppressions étaient censées ne pas affecter les exonérations de cotisations sociales consenties aux services intervenants auprès de personnes fragiles, les familles en difficulté et la petite enfance sont impactées par cette mesure. De même, les services d'aide à domicile vont perdre le bénéfice de l'exonération SAP à divers titres : rémunérations des personnels administratifs et d'encadrement, heures dites « non productives » (formation, réunions ...). L'impact de cette suppression sur le coût de revient des structures est estimé selon le Collectif national des organisations d'aide à domicile de 1,5 à 2 % sur les services « personnes âgées et personnes handicapées », et de 10 à 15 % sur les services « familles » et les interventions sans prise en charge. Cette disposition de la loi risque donc à nouveau d'aggraver la situation financière déjà alarmante des services d'aide à domicile dans la mesure où compte tenu de leur situation financière, les départements risquent de ne pas couvrir ce surcroît de charges et où les demandes de création d'un fonds d'aide d'urgence restent sans succès.

### ***Propositions de l'URIOPSS Centre***

---

- ▶ Réaffirmer l'attachement au principe de l'autorisation, qui garantit mieux une prise en charge de qualité des usagers,
- ▶ Harmoniser les systèmes juridiques entre le régime d'autorisation et le régime d'agrément qualité,
- ▶ Réaffirmer le principe de « qualité » des interventions auprès de publics fragiles, qui ne peuvent être restreints à une fonction d'employeur, mais doivent d'abord être considérés comme des usagers qui doivent être accompagnés,
- ▶ Développer ou préserver la qualification du personnel,
- ▶ Reconnaître le coût réel de l'heure d'intervention,
- ▶ Travailler au sein du mouvement associatif, en partenariat avec les autorités à la mutualisation et à la rationalisation des moyens,
- ▶ Organiser une territorialité des réseaux d'aide à domicile.

## Fiche n° 18 : Permettre une éducation et une scolarisation appropriées aux besoins des enfants en situation de handicap

### Situation actuelle

---

La loi du 11 février 2005 et un certain nombre de textes qui en découlent affirment le droit à la scolarisation en milieu ordinaire et à être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile. Plus récemment, plusieurs arrêts du Conseil d'Etat ont rappelé l'obligation faite à l'Etat de rendre pleinement effectif ce droit. Le projet personnalisé de scolarisation doit être élaboré avec le plus grand soin pour définir quel est le parcours le plus adapté à chaque enfant. L'objectif doit être d'éviter les ruptures de parcours et, tout en favorisant l'« inclusion » en milieu ordinaire, de prévoir aussi, le cas échéant, les modalités de prise en charge de l'enfant par un établissement ou service médico-social.

Ainsi, un certain nombre de dispositifs co-existent :

- \* des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) qui accueillent des enfants de la naissance à 6 ans pour les premiers et jusqu'à 20 ans pour les seconds. Après une mission de dépistage pour le CAMSP, les enfants peuvent être suivis en ambulatoire, tout en poursuivant leur scolarisation en milieu ordinaire, soit par le CAMSP, soit par le CMPP.
- \* des jardins d'enfants spécialisés (JES) qui accueillent des tout-petits jusqu'à 6 ans
- \* des Services d'Education et de Soins A Domicile (SESSAD) : ils assurent un soutien à l'inclusion scolaire et à l'acquisition de l'autonomie sur leurs lieux de vie<sup>11</sup>
- \* des Classes pour l'Inclusion Scolaire (CLIS) ou des Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) : ce sont des classes à part entière implantées dans une école pour les premières ou dans un collège ou lycée pour les secondes. Ils y reçoivent un enseignement adapté incluant, autant qu'il est possible, des plages de scolarisation dans les classes de référence du jeune
- \* des Instituts Médico-Educatifs (IME) ou Instituts d'Education Motrice (IEM) : ce sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent les enfants et adolescents ayant une déficience mentale ou physique, où sont dispensés des soins, une éducation spécialisée et une scolarisation adaptée, au travers des unités d'enseignement. Cette scolarisation peut aussi prendre la forme de temps partagés avec le milieu ordinaire ou de classes délocalisées dans des établissements scolaires de proximité.
- \* des dispositifs permettant la préparation à l'insertion professionnelle des jeunes : SIPFP (Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle) au sein des IME et SESSAD Pro qui développent des objectifs pédagogiques, professionnels, éducatifs et thérapeutiques pour répondre aux difficultés du public accueilli et favoriser son insertion professionnelle future en milieu ordinaire ou protégé, services expérimentaux d'orientation pour les 16-25ans.

Si le nombre de jeunes scolarisés en milieu ordinaire a fortement augmenté entre 2005 et 2010 (+49% sur l'Académie Orléans-Tours), un certain nombre de questions demeurent.

---

<sup>11</sup> Les SESSAD peuvent avoir une dénomination différente selon le public qu'ils accompagnent : **SSAD** (Service de soins et d'aide à domicile) pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde ; **SAFEP** (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans ; **SSEFIS** (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans ; **SAAIS ou S3AIS** (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans

## Problèmes posés

---

Le « droit à la scolarisation en milieu ordinaire » doit être effectif chaque fois qu'il participe à l'intérêt de l'enfant. Ainsi, si le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire a doublé en 5 ans, il faut aussi travailler à réduire les temps de scolarisation partiels subis, faute de places ou faute d'accompagnement suffisant (d'Auxiliaires de vie Scolaire notamment).

Cependant, ce « droit » ne doit pas devenir de manière systématique une « obligation à la scolarisation en milieu ordinaire ». En effet, certains enfants en situation de handicap se retrouvent en situation d'échec dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire qui leur est proposée. Pour certains enfants, la scolarité en milieu ordinaire ne sera pas la meilleure ou la seule réponse à offrir. La scolarisation en milieu ordinaire doit avoir toute sa place, mais sans occulter pour certains le besoin d'une scolarisation adaptée en IME ou en ITEP, ou bien en parallèle d'une scolarisation en milieu ordinaire, d'un suivi par un SESSAD.

Le parcours de scolarisation de l'enfant ne doit pas être pensé de manière linéaire : tous les enfants accueillis en CLIS n'ont pas vocation à poursuivre en ULIS et il faut donc pouvoir les intégrer en IME ou en SIPFP; de même, des enfants accompagnés par des SESSAD pourront rejoindre un IME un temps donné, si cela correspond à leurs besoins.

Ces créations de passerelle plus souples, permettant le passage du milieu ordinaire au milieu adapté et réciproquement, nécessitent un certain nombre de pré-requis :

- \* des créations de places pour désengorger certaines structures qui ne peuvent plus accompagner d'enfants. Les listes d'attente en CAMSP/CMPP et en SESSAD s'allongent<sup>12</sup>, avec des délais d'attente de parfois plusieurs années. C'est ainsi toute la filière « enfant » qui est engorgée notamment en raison des jeunes sous amendements CRETON<sup>13</sup> qui ne trouvent pas de place dans les structures adultes.

- \* des professionnels spécialisés et formés : un certain nombre de professionnels gravitent autour de l'enfant en situation de handicap. Enseignants, enseignant référent, enseignants spécialisés des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les enseignants spécialisés itinérants, auxiliaires de vie scolaire (AVS) : l'ensemble de ces professionnels doit être formé selon ses besoins, et doit pouvoir définir clairement son rôle auprès de l'enfant. Actuellement, la gestion des AVS n'est pas satisfaisante : leur rôle, leur statut et leur formation ne sont pas suffisamment clarifiés pour permettre un accompagnement de qualité pour les enfants qui en ont besoin.

- \* une coordination des acteurs et un partenariat durable : la coordination prévue par les récents textes de 2009 reste encore à construire entre l'Education Nationale, les familles, les établissements et services médico-sociaux voire pour certaines situations la psychiatrie.

Cette évolution des modes de scolarisation pose également la question de l'évolution des IME, compte-tenu de l'effort d'intégration en milieu ordinaire engagé qui a pour conséquence que les IME accueillent les jeunes avec les déficiences les plus sévères. Les IME doivent donc repenser leurs modes de fonctionnement et d'organisation, ce qui n'est pas sans conséquences en termes de

---

<sup>12</sup> 200 enfants en attente de premier rendez-vous dans un CMPP du Cher, 40 dans un CAMSP du Cher ; une liste d'attente de 22 enfants dans un SESSAD du Loir-et-Cher

<sup>13</sup> Les MDPH dénombrent 98 jeunes sous amendements CRETON en Indre-et-Loire , 120 dans le Loir-et-Cher, 77 dans le Loiret

gestion du personnel et de leur compétence. Ils deviendraient alors des plates-formes ressources, en travaillant étroitement avec les SESSAD.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Favoriser les échanges entre le milieu « ordinaire » et le milieu « adapté »,
- ▶ Développer un partenariat stable et régulier entre les familles et proches, l'Education Nationale et les établissements et services médico-sociaux,
- ▶ Harmoniser les pratiques entre les différents inspecteurs en ce qui concerne l'enseignement adapté,
- ▶ Créer des places d'IME dans le Loiret et dans le Loir-et-Cher, comme l'envisage le PRIAC 2010-2013, pour résorber les listes d'attente,
- ▶ Créer des places en CAMSP, en CMPP et en SESSAD, comme évoqué dans le PRIAC 2010-2013, pour réduire les listes d'attente et les délais de prise en charge,
- ▶ Créer des places de Foyer de Vie et d'ESAT pour désengorger les IME,
- ▶ Créer des places de SESSAD-Pro pour accompagner l'insertion professionnelle,
- ▶ Simplifier les démarches administratives afin que l'accès à la scolarité pour les enfants en situation de handicap ne soit pas plus compliqué que pour les autres enfants (pourquoi demander aux enfants de renouveler leur dossier d'inscription chaque année lorsque leur état de santé est stable ?),
- ▶ Veiller à la reconnaissance du métier d'AVS (statut, carrière...) et à leur professionnalisation,
- ▶ Rendre effective la décision de la MDPH d'accompagnement par une AVS, pour les enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire,
- ▶ Garantir de manière pérenne l'accompagnement nécessaire pour permettre aux enfants orientés vers une scolarité en milieu ordinaire de suivre cette scolarité dans de bonnes conditions.

## Fiche n° 19 : Adapter l'offre au parcours singulier de chaque adulte en situation de handicap

### *Situation actuelle*

---

Les attentes des « jeunes » adultes en situation de handicap évoluent : si, il y a quelques dizaines d'années, ils étaient souvent orientés vers des structures collectives, ils plébiscitent actuellement le maintien à leur domicile, synonyme pour eux d'autonomie. Ainsi le concept de la vie en collectivité est de plus en plus remis en cause et de nombreux travailleurs en ESAT ne souhaitent pas vivre en foyer d'hébergement, d'autant plus que la moyenne d'âge dans ces structures y est généralement assez élevée.

Si tous les jeunes en situation de handicap ne peuvent pas envisager une vie en totale autonomie, la demande est forte pour développer des structures de « semi-autonomie », c'est-à-dire qui offrent un cadre d'hébergement autonome tout en conservant un suivi sous forme d'accompagnements médico-sociaux ponctuels, par exemple grâce à l'intervention de SAVS voire de SAMSAH. Ces structures permettent en outre d'exercer de fonction de « tremplin » ou d'« apprentissage à l'autonomie ».

Certaines personnes souhaitent également ne pas vivre en structure collective, sans pour autant désirer vivre seules : dans ce cas, l'orientation vers des familles d'accueil, qualifiées, peut être envisagée. A contrario, certaines personnes ayant vécu toute leur vie en structure collective où elles ont pu développer une vie sociale, n'envisagent pas une vie en dehors d'une structure collective.

Inversement, ce pose actuellement la question de l'accompagnement et de solutions adaptées et personnalisées pour les personnes handicapées vieillissantes. Pour celles qui travaillaient en ESAT, elles ne sont plus toujours en mesure de travailler à temps plein ; pour celles qui arrivent à l'âge de la retraite, se pose la question du maintien dans le foyer d'hébergement. Pour celles qui résident en foyer de vie, se pose la question d'une perte d'autonomie et d'un suivi médical renforcé. Ces personnes sont souvent demandeuses à pouvoir rester dans leur lieu de vie, alors que cela n'est pas toujours possible. Dans tous les cas, il semble important de développer et maintenir les liens sociaux qui ont pu être créés.

### *Problèmes posés*

---

Les solutions de travail et d'habitat doivent donc être adaptées aux projets de vie des personnes en situation de handicap.

Cette évolution des besoins doit s'accompagner d'une évolution des structures existantes et d'une diversification des propositions d'accompagnement. Il ne doit pas y avoir un seul type de solution proposé, mais bien une palette d'offre qui puisse répondre aux besoins différents de chaque personne. Or aujourd'hui, peu de ces solutions « novatrices » sont mises en avant dans le cadre des schémas départementaux et/ou des programmes de programmation de places (PRIAC). Les besoins sont donc identifiés mais la plupart du temps, ne se concrétisent pas. Ainsi, des avis favorables données dans le cadre du PRIAC ne font pas l'objet par la suite de places financées, ce qui retarde le suivi des personnes.

Pour les jeunes en situation de handicap, l'accompagnement à l'autonomie doit se traduire par la création de places en SAVS, des SAMSAH ou par des services d'accompagnement à l'habitat ; mais il

faut également réfléchir à l'aménagement de structures de petite taille (plusieurs appartements au sein d'un même immeuble, colocation par exemple) qui permettent de concilier autonomie et lien social. Des structures innovantes, comme l'Institut du Mai, à Chinon, sont également des initiatives qui doivent être soutenues, car elles favorisent l'insertion de la personne en situation de handicap.

Enfin, il faut pouvoir proposer aux personnes handicapées vieillissantes des solutions variées qui vont du développement des sections annexes d'ESAT, de places d'accueil de jour, des foyers de vie retraite, des créations de petites unités spécifiques au sein de foyer d'hébergement ou de foyer de vie, des médicalisations de quelques places en foyer de vie, des créations de places en FAM voire en MAS. Il peut être intéressant pour certaines personnes de proposer des accueils familiaux, sous réserve de la formation des accueillants. Beaucoup reste à faire dans ce domaine alors que l'on sait qu'un nombre important de personnes vont être concernées dans les années à venir: dans le Loiret, selon l'enquête menée par la CDHL, 149 travailleurs handicapés travaillaient à temps partiel en 2010 et 125 personnes arriveront à la retraite ou seront en incapacité de travailler d'ici 2015.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Etudier les possibilités de redéploiement et d'évolution de l'offre déjà existante sur les territoires : redéploiement de foyers-logements, ...
- ▶ Développer des modes d'accompagnements des personnes handicapées en perte d'autonomie,
- ▶ Développer des temps partiels en ESAT complétés par des Accueils de Jour,
- ▶ Développer des places de SAVS et ou SAMSAH,
- ▶ Développer, en lien avec les Conseils Généraux, de petites unités d'hébergement (ex : « Maison des quatre<sup>14</sup> » pour les personnes traumatisées crâniennes),
- ▶ Développer la politique d'accueil familial, en lien avec les Conseils généraux,
- ▶ Développer des structures de semi-autonomie, sans exclure les expérimentations et les formules innovantes : maisons-relais pour personnes avec troubles du comportement ou psychiques, habitat regroupé, appartement autonome, foyer proposant une démarche d'apprentissages à la vie sociale...

---

<sup>14</sup> <http://www.maisondesquatre.fr>

## Fiche n° 20 : Développer des réponses diversifiées et articulées pour les personnes ayant des troubles psychiques, du spectre autistique ou de la conduite et du comportement

### Situation actuelle

---

La reconnaissance et la prise en charge du **handicap ayant pour origine des troubles psychiques** est relativement récente. Si l'accompagnement de ces personnes est dorénavant reconnu par la loi, il reste encore beaucoup à mettre en place pour accompagner au mieux ces personnes, leurs aidants et leur proposer un cadre de vie qui tienne compte de leurs spécificités, et entre autres du caractère non stabilisé de leur handicap qui génère des situations de crise.

Depuis les plans nationaux autistes dont le second court actuellement, la prise en charge des personnes avec troubles du spectre autistique (TSA) s'est améliorée. Le Centre de Ressources sur l'Autisme (CRA) a permis d'améliorer le dépistage et le diagnostic infantiles. Il existe une offre médico-sociale en établissements et en services, pour les enfants et les adultes, de type IME ou FAM/MAS, même si cette offre demeure insuffisante, hétérogène selon les départements et pas toujours bien identifiée. Au 31 décembre 2010, l'ARS recensait 304 places de FAM ou de MAS en région Centre.

En ce qui concerne les **jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement**, notamment ceux accueillis en ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique), les établissements font face à des phénomènes de violence de plus en plus difficiles à maîtriser avec des équipes de plus en plus démunies et en situation d'échec. Or on note ces dernières années une augmentation du nombre de jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement, augmentation qui déstabilise les professionnels et va nécessiter une adaptation des modes d'accompagnement jusqu'alors proposés.

### Problèmes posés

---

La prise en charge du handicap psychique, si elle s'est améliorée par la création de places en MAS en FAM ou en SAMSAH, est encore insuffisante sur certains territoires de la région, comme le Cher. Une prise en charge satisfaite d'une personne handicapée psychique passe donc par la diversification des modes d'accompagnement possibles. Ainsi, la pérennisation du financement des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle), qui ont connu un fort succès, avec plus de 300 GEM créés dont 16 en région Centre, doit être poursuivie. Le développement de places en ESAT, en appartements thérapeutiques, en structures de semi-autonomie doit également être poursuivi.

Le partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, encore insuffisant, doit être impérativement poursuivi : le lien entre ces deux secteurs doit être permanent, afin d'adapter l'accompagnement de la personne, selon les « phases » qu'elle traverse : période de crise, période stabilisée... Il est constaté une grande difficulté à prévenir les crises et à les gérer, période où le sanitaire semble parfois intervenir par défaut. Le partenariat également pouvoir compter sur les aidants de proximité, les services sociaux et d'insertion, la justice, les employeurs...

Concernant les troubles du spectre autistique, un certain nombre de difficultés persistent : difficultés d'élaboration du diagnostic, difficultés d'insertion dans la vie notamment scolaire, difficultés de modes d'accompagnement adaptés, manque de places en structures. Il faut encore accroître les capacités de prise en charge, en consolidant le nombre de places dédiées en établissements et services pour les personnes autistes ou en prévoyant des extensions ou des créations de places d'IME, de MAS et de FAM par des unités dédiées au sein d'établissements existants non spécialisés



ou par des places dans des établissements spécifiques, de SAMSAH dans l'ensemble des départements de la région.

Enfin, l'accompagnement des jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement est encore insuffisamment abordé de manière conjointe avec la pédopsychiatrie en termes de soins réguliers et de possibilités d'hospitalisation. Il faut pouvoir diversifier les propositions et créer des passerelles entre différents lieux et différents acteurs, entre institutionnalisation et accueil hors les murs : une prise en charge par l'ITEP de l'internat de semaine, à l'internat modulé, de l'internat séquentiel au semi-internat, de l'accueil à temps partiel conjointement avec l'intervention d'un SESSAD le cas échéant, un accueil en hôpital de jour, ou en Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS). C'est bien l'objectif de ce que l'AIRe<sup>15</sup> nomme le « dispositif ITEP ».

Plus précisément, les ITEP font face actuellement à des difficultés de plusieurs ordres : la **première** difficulté réside dans le manque de places dans certains départements de la région Centre, notamment le Loiret et l'Eure-et-Loir. L'appel à projet récent de l'ARS relatif à l'ouverture de 20 places d'internat en Eure-et-Loire et de 40 places dans l'est du Loiret est une perspective très favorable. Quant à certains SESSAD dédiés au traitement des troubles de la conduite, notamment dans le Loiret, il est déploré qu'en dépit d'un avis favorable d'extension d'activité ou de création, les arrêtés de financement ne correspondent par exemple qu'à trois places sur 20 validées. Entre autres conséquences, certains enseignants référents et responsables de collèges cessent de travailler à l'orientation d'élèves en direction d'un tel service, au prétexte tout à fait recevable que malgré la pertinence de l'indication, aucune réponse ne peut être apportée.

La **deuxième** difficulté réside dans la confusion fréquente -y compris par les certains professionnels ou administrations- entre les ITEP qui sont des établissements médico-sociaux relevant de l'ARS et les établissements dédiés à la Protection de l'Enfance (appelés MECS) relevant des Conseils Généraux. Les financeurs sont différents et les textes les régissant le sont également. Pour autant, si ces établissements ne doivent pas être confondus, de nombreux enfants relèvent des deux types d'accompagnement, cumulant des problèmes de maltraitance familiale, et des difficultés psychiques. Ainsi, des coopérations confiantes doivent être impérativement recherchées entre ces différentes structures afin de prendre en compte le mieux possible les difficultés massives de ces enfants et adolescents, fréquemment rejetés de la plupart des dispositifs socio-éducatifs et scolaires, pour leurs troubles bruyants du comportement, qui peuvent aller jusqu'à la violence et le passage à l'acte asocial.

Afin que chacun de ces services ne soient pas confrontés à un sentiment d'isolement devant la difficulté de contenir et d'apaiser les troubles du comportement que présentent ces jeunes, un partage régulier des informations utiles à chaque dispositif ou acteur, est indispensable, associé à une confiance réciproque construite sur une analyse conjointe et régulière des difficultés et des avancées rencontrées par les équipes concernées autour de la situation particulière de chaque jeune. Ces temps d'élaboration « connexe » entre les ITEP et les autres dispositifs, ont déjà fait leurs preuves dans le registre de la cohérence des réponses apportées à ces jeunes, et à la sécurisation de leur parcours institutionnel. Un tel travail, respectueux des missions dévolues à chacun des acteurs, doit pouvoir permettre d'enrayer le processus de rejet dont ces jeunes sont victimes et d'améliorer le climat aujourd'hui très délétère des institutions, de plus en plus débordées par les actes de violences de la population accueillie.

La **troisième** difficulté réside dans le fait que les ITEP, en dépit de leur volonté de s'inscrire dans un partenariat avec la psychiatrie publique, mais aussi les CMPP, sont trop souvent confrontés à l'embollisation de ces services. Les délais de prise en charge sont très longs et les dispositifs de soins d'urgence sont trop peu nombreux. Soulignons que ces difficultés sont liées à la pénurie très

---

<sup>15</sup> L'Association nationale des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et de leurs Réseaux

inquiétante de psychiatres, avec des postes vacants de plus en plus nombreux, tant dans le service public hospitalier que dans les CMPP, les ITEP et leurs SESSAD.

La **quatrième** difficulté des ITEP est liée à la scolarisation et ou re-scolarisation complexe de la population ces jeunes en milieu ordinaire. Cela nécessite des allers et retours parfois fréquents des jeunes entre l'ITEP, les écoles et collèges, mais aussi les dispositifs de formation professionnelle par l'apprentissage. Pour ces raisons, les classes spécialisées à l'intérieur des ITEP conservent toute leur utilité, combien même il est pertinent aussi que les équipes de SESSAD intègrent les écoles et collèges. La suppression d'enseignants spécialisés dans les ITEP de la part du ministère de l'Education Nationale s'avère très clairement préjudiciable à la recherche de prises en charge diversifiées et individualisées, notamment lorsque certains jeunes supportent pas leur intégration dans des classes de vingt-cinq ou trente élèves, d'autant que le soutien des AVS notifié par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées est d'une part rarement effectif du fait de leur nombre insuffisant, et d'autre part car ces personnels trop peu formés sont démunis par les troubles présentés par ces jeunes.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Mettre en œuvre des réponses concertées entre le champ de la santé et de la psychiatrie, du médico-social, de l'Education Nationale, de la protection de l'enfance ou de l'insertion, les différents financeurs (ARS, Conseils généraux) et les MDPH,
- Créer et diversifier les modes d'accompagnement de ces publics par des places en établissements (notamment en ITEP) et services,
- Expérimenter la création de structures mixtes, à double habilitation, accueillant à la fois des jeunes sous protection administrative ou judiciaire et des jeunes orientés par la MDPH au titre de troubles des conduites ; cependant, il faudra veiller à ce que ces structures ne deviennent des lieux de dépôt ségrégatifs des jeunes dont les dysfonctionnements psychiques seraient les plus complexes,
- Créer une plateforme commune de rencontre, d'information et de formation réunissant l'ensemble des acteurs intervenant auprès des publics avec troubles spécifiques,
- Soutenir et former les familles et proches de personnes ayant des troubles du spectre autistique.

## Fiche n° 21 : Faire vivre les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH)

### *Situation actuelle*

---

Institués par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH) donnent un avis et formulent des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale, ainsi que sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs, notamment concernant :

- la scolarisation,
- l'intégration sociale et professionnelle,
- l'accessibilité,
- le logement,
- le transport,
- l'accès aux aides humaines et techniques, aux sports et loisirs, au tourisme et à la culture.

Leur rôle s'est également accru avec la loi HPST<sup>16</sup> puisque celle-ci leur donne un rôle dans la désignation de représentants des usagers au sein de la CRSA, des Conférences de Territoire et des commissions de sélection des appels à projet.

Les CDCPH doivent dorénavant également être consultés pour avis avant la publication des schémas départementaux pour personnes handicapées<sup>17</sup>.

Le CDCPH est informé de l'activité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Il est également informé du contenu et de l'application du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

Chaque Conseil départemental est chargé de réaliser un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur handicap.

Enfin, il remet avant le 1<sup>er</sup> mars de chaque année un rapport sur l'application de la politique du handicap dans le département et sur son activité au ministre chargé des personnes handicapées, qui le transmet au président du CNCPH.

Cette instance a ainsi un rôle majeur à jouer pour favoriser la concertation au niveau local entre l'ensemble des acteurs concernés, et en particulier entre les autorités et les associations de personnes handicapées. C'est en effet l'instance dédiée pour échanger sur l'ensemble des politiques publiques qui concernent les personnes handicapées dans tous les aspects de leur vie.

---

<sup>16</sup> Hôpital, Patients, Santé et Territoires publiée le 24 juillet 2009

<sup>17</sup> Disposition prise par décret n° 2011-671 du 14 juin 2011

### *Problèmes posés*

---

Or, il ressort que, en région Centre comme dans d'autres régions, certains CDCPH se réunissent de manière relativement formelle, respectant au mieux le minimum légal sans prendre la mesure de l'ambition d'une telle instance de concertation.

D'autres ne se réunissent plus et n'ont donc, en conséquence, pas été en mesure de proposer des noms de représentants aux différentes instances de concertation mises en place par les ARS.

Certains représentants des autorités estiment que cette instance fait doublon avec la commission exécutive de la MDPH. Cette confusion est une méprise dommageable dans la mesure où le champ de compétence de la MDPH est beaucoup plus restreint et est principalement concentré sur la compensation des conséquences du handicap.

En réalité, lorsque le CDCPH n'est pas mobilisé, il n'y a aucun lieu qui permette d'échanger globalement sur l'ensemble des politiques publiques, qui relève non seulement des Conseils généraux, de l'Etat, et désormais de l'Agence Régionale de Santé (ARS), mais également des autres collectivités locales (Conseils régionaux, Municipalités, Agglomérations...).

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

Que ce soit en matière d'accessibilité (des bâtiments, de la voirie, des transports, des logements, mais aussi en matière de scolarité, de formation, d'emploi, de loisir, de culture, de sport...), comme en matière de dispositifs de compensation, de ressources, l'écart entre les ambitions affichées et la réalité demeurent si important qu'il est indispensable que toutes les associations et l'URIOPSS se mobilisent pour faire vivre les CDCPH afin qu'ils constituent un véritable outil de travail pour dynamiser les politiques publiques et l'action de tous les acteurs d'un territoire.

## Fiche n° 22 : Garantir l'accès aux soins pour tous en région Centre, et en particulier pour les publics les plus démunis

### Situation actuelle

---

*« Des études menées sur le panel européen des ménages de 1994 à 2001 montrent que les problèmes de santé sont plus souvent cause de la pauvreté que leur conséquence.*

*Toutefois, les indicateurs disponibles témoignent d'une persistance de la précarité de la santé des personnes pauvres ainsi que des inégalités sociales de santé. En 2007, 15,3% des personnes appartenant au quintile inférieur se déclaraient en mauvaise ou très mauvaise santé, alors que la moyenne générale se situait à 9,6 %. De même, 10,2% du quintile inférieur déclaraient une restriction d'activité liée à un handicap grave contre 6,8% (données Eurostat). L'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2006 confirme que l'état de santé déclaré varie selon la catégorie socioprofessionnelle, les cadres se déclarant le moins fréquemment en mauvaise santé. Les déterminants de la santé sont multiples et on ne saurait considérer les faibles revenus comme facteur explicatif principal »<sup>18</sup>.*

Depuis la loi HPST, les ARS mises en place ont pour missions de « [veiller] à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ». Dans le futur Projet Régional de Santé (PRS), les ARS doivent intégrer un Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes les plus démunies, afin de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

L'Observatoire Régional de Santé (ORS) du Centre a publié en 2010 une étude qui met en avant les inégalités cantonales de santé<sup>19</sup>. Les difficultés d'accès aux soins constituent un facteur d'inégalité de santé et concernent souvent les personnes les plus fragilisées, parfois déjà éloignées du soin du fait de leur condition sociale ou professionnelle.

En matière d'accès aux soins, trois dispositifs ont été mis en place au niveau national. La Couverture Maladie Universelle (CMU) apporte une amélioration essentielle dans l'accès aux soins des plus démunis, qui ont quitté le système d'aide médicale complexe (tantôt départementale, tantôt d'Etat), pour être intégrés à l'Assurance Maladie. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) offre, quant à elle, gratuitement aux ménages les plus pauvres, se situant sous un seuil de ressources, une couverture complémentaire santé. Pour les ménages modestes dont le niveau de ressources se situe au-delà du plafond CMU-C, l'augmentation du reste-à-charge résultant des réformes de l'Assurance maladie a fortement impacté leur accès aux soins, à défaut de complémentaire santé. Le dispositif de l'aide à l'Acquisition de la Complémentaire Santé (ACS) a donc été mis en place au 1er janvier 2005 pour favoriser leur acquisition d'une complémentaire santé. Enfin, l'Aide Médicale d'Etat (AME) propose un système de couverture santé pour les seuls étrangers démunis sans titre de séjour.

### Problèmes posés

---

En dépit de ces dispositifs de nombreux obstacles persistent dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La carence médicale de généralistes et de spécialistes rend très difficile l'accès aux soins en région Centre, et en particulier dans certaines zones rurales voire isolées (dans le Cher, l'Indre, l'est du Loiret par exemple). A cette carence médicale, s'ajoute la question de la mobilité de certaines personnes, comme les personnes âgées ou des personnes en situation précaire qui ne peuvent se

---

<sup>18</sup> Tiré du rapport 2009-2010 de l'INPES

<sup>19</sup> <http://www.orscentre.org/publication/138>

déplacer jusqu'au lieu de consultation. L'implantation médicale est un facteur d'inégalité territoriale de santé. Si certaines dispositions de la loi HPST avaient bien tenté d'assurer l'accès aux soins dans les déserts médicaux, -il s'agissait des seules mesures contraignantes contre les libéraux-, ces mesures ont été abandonnées en juillet 2011 par le Parlement. Il s'agissait de l'obligation faite aux médecins de déclarer leurs congés, et d'une amende de 3 000€ aux médecins qui, installés dans une zone surmédicalisée, refuseraient de prêter main forte à des confrères des zones désertifiées (le « contrat santé solidarité »). Désormais, seules des mesures incitatives sont proposées : bourse aux étudiants sous condition d'exercice dans ces zones, aides à la création de maisons de santé, facilitation des regroupements des professionnels.

S'ajoute également à ce déficit démographique des médecins la question du refus de soins pour les populations les plus précaires. Que ces personnes s'adressent de leur propre initiative ou par le biais d'une structure sociale ou médico-sociale (CHRS, etc.) qui les accompagnent, elles se voient refuser l'accès aux soins. Les sortants de prison, les gens du voyage, les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME en sont les premières victimes. De même, les associations qui gèrent un dispositif de lits halte soins santé rencontrent de grandes difficultés à recruter des médecins.

Autre obstacle, le renoncement aux soins pour raisons financières (l'augmentation du reste à charge, le déremboursement de certains médicaments, dépassements d'honoraires, etc.).

En 2006 le taux de renoncement atteignait 14% contre 11,2% en 2002. L'absence de couverture complémentaire apparaît comme le principal facteur lié au renoncement.

Le Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) a d'ailleurs fait paraître en juillet 2011 un avis dans lequel il demande la revalorisation et la simplification des dispositifs pour réduire le non-recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis.

Rappelons que la loi de finances 2011 a créé, pour toutes les demandes d'Aide Médicale d'Etat (AME) déposées à compter du 1<sup>er</sup> mars 2011, le paiement d'un droit de timbre annuel de 30€ dont chaque bénéficiaire majeur doit s'acquitter.

Plusieurs unions et fédérations dont l'UNIOSS ont ainsi rappelé dans un communiqué de presse de janvier 2011 que *« cette politique est contraire à toutes les préconisations en matière de santé publique qui recommandent de multiplier les mesures en faveur de la prévention et du dépistage, pour une prise en charge la plus précoce possible des pathologies graves »*.<sup>20</sup>

Cet accès aux soins est rendu d'autant plus difficile que certains dispositifs manquent de visibilité ou restent méconnus. Les PASS (Permanences d'Accès aux Soins), cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social, ne sont pas suffisamment visibles. 12 PASS fonctionnent en région Centre, au sein d'établissements publics de santé. De même, les équipes mobiles ou les Ateliers Santé Ville ne sont pas toujours bien identifiés. La complexité des parcours est renforcée par la situation d'isolement et l'absence de liens relationnels des personnes.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Supprimer le paiement d'un droit de timbre pour les bénéficiaires de l'AME pour mettre un terme à cette mesure injuste, discriminatoire, financièrement lourde pour la collectivité et contraire à toute logique de santé publique,
- ▶ Accroître la visibilité des PASS et développer les liens avec l'ensemble des acteurs du champ social.

---

<sup>20</sup> Communiqué de presse ODSE, CISS, FNARS, UNIOSS - Restriction de l'Aide médicale d'Etat : Mise en danger des plus précaires, le Gouvernement engage sa responsabilité

## **Fiche n° 23 : Former des professionnels de santé et réguler l'installation de professionnels médicaux et paramédicaux pour faire face à la préoccupante pénurie de la région Centre**

### *Situation actuelle*

---

L'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire conduit à une offre de soins très insuffisante au regard des besoins de la population dans certaines régions.

En région Centre notamment, la démographie médicale est depuis plusieurs années très préoccupante: au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la densité de médecins généralistes est de 92 pour 100 000 habitants en région Centre (94 deux ans plus tôt), contre 110 pour la moyenne nationale. La densité de médecins spécialistes, toutes spécialités confondues, est de 65 pour 100 000 habitants contre 87 pour la moyenne nationale.

Si l'ARS a bien saisi l'ampleur de cette question, au travers de son diagnostic régional sur la démographie des professionnels de santé, demeure toute la question de remédier à ce problème. Pour rappel, la loi HPST prévoit que le schéma régional de l'organisation des soins doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins libérale (implantation des Professionnels de Santé libéraux, des maisons et pôles de santé, des réseaux de santé, etc.), en complémentarité, coordination et coopération avec l'offre de soins hospitalière et médico-sociale (article 1434-7 du Code de la Santé Publique).

Ainsi, c'est la question de l'attractivité des territoires qui est posée et de la capacité à mobiliser des professionnels de santé pour exercer en territoires ruraux, voire isolés.

### *Problèmes posés*

---

Cette carence en professionnels de santé impacte directement les établissements et services médico-sociaux, où un déficit d'un personnel médical (psychiatre, pédiatre, médecin coordonnateur...) et paramédical (orthophoniste, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmière, aide-soignante, aide médico-psychologique...) compétent dans les établissements médico-sociaux est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité des soins de qualité.

Certains établissements ne sont donc plus en capacité d'accompagner certaines personnes, faute de professionnels exerçant dans les structures. Par exemple, certains CMPP (Centres Médico Psycho-Pédagogiques) et CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce) sont mis en difficulté de fonctionnement, faute de trouver des médecins spécialistes, notamment des psychiatres et pédiatres.

D'autre part, des médecins ayant un diplôme d'un pays n'appartenant pas à l'Union Européenne peuvent exercer dans le secteur public en tant que contractuel alors qu'ils n'ont pas le droit de travailler dans le secteur privé. Cette non-égalité de traitement pose donc problème pour avoir recours à ces professionnels compétents et formés, alors que le secteur associatif peine parfois à recruter des professionnels.

Cette inégale répartition des professionnels de santé pose également la question de l'équité de l'offre de soins sur le territoire et par conséquent de la totale liberté d'installation de ces professionnels.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ L'Agence Régionale de Santé de la région Centre aura donc mission de :
  - Travailler à cette question de la démographie médicale et de faire des propositions concrètes, y compris sur le plan financier, afin d'enrayer cette diminution du nombre de professionnels,
- ▶ Augmenter le nombre de postes ouverts à équivalence décernés par le Ministère pour permettre à un plus grand nombre de médecins d'origine étrangère hors communauté européenne d'exercer dans le secteur associatif et organiser leurs conditions d'exercice.



## Fiche n° 24 : Renforcer l'offre médico-sociale et la prévention en addictologie

### *Situation actuelle*

---

Le schéma régional de l'addictologie a été adopté pour la région Centre en 2009, pour une durée de 5 ans. A cette occasion, 8 objectifs ont été déterminés :

- Offrir sur tous les territoires de la région une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction qui soit accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social ;
- Offrir aux usagers de produits psychoactifs de la région un repérage précoce des usages nocifs dans une perspective d'intervention précoce ;
- Offrir aux usagers de produits psychoactifs engagés dans des pratiques à risque des informations et/ou des matériels propres à réduire les dommages associés à ces pratiques (réduction des risques) ;
- Offrir des solutions d'hébergement adaptées de type social, médico-social et sanitaire, réparties de manière harmonieuse sur l'ensemble de la région ;
- Assurer des activités de prévention primaire des addictions et en particulier la réalisation, pour les jeunes scolarisés de la région, de sessions d'éducation à la santé portant sur la thématique des addictions ;
- Promouvoir et assurer une mise à jour des connaissances des professionnels du champ sur des problématiques en lien avec les addictions (formation continue...) ;
- Participer à la formation aux problèmes d'addiction des professionnels ne travaillant pas directement en addictologie (notamment éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels du champ sanitaire...) ;
- Contribuer à l'observation des pratiques addictives dans la région et, le cas échéant, à l'évaluation de modalités de prise en charge innovantes

Le secteur de l'addictologie est aujourd'hui confronté à deux problématiques : d'une part une politique de prévention insuffisamment ambitieuse et d'autre part un déficit de l'offre d'accueil et de prise en charge médico-sociale.

Avec la réforme de l'Etat, ce secteur va intégrer le périmètre d'action de l'ARS, tant pour ses activités relevant des financements de l'Assurance maladie que pour ses activités de prévention, notamment financées par le GRSP. En effet, le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) qui développe et finance les actions de prévention, va être fondu dans l'ARS. Les activités de prévention constituent un enjeu de premier plan du secteur de l'addictologie. Cette période de transition va également se traduire par l'évolution des modes de financement du GRSP, qui prenait jusqu'à présent la forme d'un appel à projets annuel. Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) sous compétence du Préfet de département, feront également parties des établissements sous compétence de l'ARS.

### *Problèmes posés*

---

Le facteur « sociétal » c'est-à-dire l'influence de l'environnement et des caractéristiques de notre société est un des trois piliers influant sur les comportements de consommation (y compris sur les consommations de produits psychotropes) et l'ensemble des conduites addictives.

Outre les facteurs personnels, la plus grande facilité de rencontrer « les produits » est un fait. A 17 ans, un adolescent sur deux a déjà consommé du cannabis au moins une fois. Le risque concerne de

plus en plus de jeunes gens et devient un enjeu de santé publique. La réalité du contexte social implique qu'un nombre croissant de personnes dépendantes aura besoin d'une offre médico-sociale pour les soigner et les accompagner notamment par les CSAPA, et d'offre de réduction des risques par les CAARUD.

La **PREVENTION** est un outil essentiel pour tâcher de diminuer ce nombre qui pourrait devenir exponentiel et pour éviter l'aggravation de la situation des jeunes consommateurs (l'intervention précoce) voire pour retarder l'âge de la première consommation (la prévention).

Si la prévention et l'intervention précoce ne sont pas assumées et financées c'est le nombre de personnes à soigner et à accompagner dans la durée (souvent plusieurs années) qui augmentera et ce plus lourdement dans le champ du curatif. En conséquence, c'est aussi le coût humain et financier qui en sera plus élevé.

Actuellement, la prévention ne semble malheureusement pas être une priorité de santé publique. L'absence de financement pérenne limite toute possibilité de développer la prévention : en effet, la réduction de l'enveloppe GRSP, principale source de financement des actions de prévention (-40% dans le Loir-et-Cher ; -33% en Eure-et-Loir ; -37% dans l'Indre ; -46% dans le Loiret) ne permet pas actuellement de mener des actions de manière satisfaisante et de toucher un public large.

Si la prévention n'est pas assurée, les publics qui étaient jusque-là pris en charge de manière « préventive » risquent de se retrouver à être pris en compte de manière « curative » dans les centres de soins, les séjours hospitaliers : en effet, le rôle de la prévention est aussi de faciliter l'accès aux soins et parfois le repérage précoce ou la « consultation avancée » en direction des personnes en situation de précarité.

Le **déficit en capacité de soins résidentiels** est récurrent sur tout le territoire français et notable pour la région Centre puisqu'un seul centre thérapeutique résidentiel y existe. Le schéma régional en addictologie prévoit le développement de l'offre de soins avec hébergement, il serait prioritaire de créer ces places et structures (appartements thérapeutiques, extension des places en CTR, structure dédiée aux femmes avec enfants).

Le **déficit en capacité d'hébergement** de personnes consommant ou ayant consommé des produits psychoactifs est à souligner. Dans certaines situations l'absence de propositions d'hébergement peut constituer un obstacle à la mise en place d'une prise en charge en ambulatoire (personne vivant en milieu rural, sans permis, etc.).

La région Centre fait partie des régions les plus sinistrées en matière de démographie médicale. Les structures, notamment celles implantées sur les départements de l'Eure-et-Loir et du Cher, peinent à établir des partenariats avec les hôpitaux, les médecins libéraux, les personnels paramédicaux (Infirmières Diplômées d'Etat, psychologues) et le secteur de la psychiatrie (faible attractivité des territoires, temps partiel, etc.). Ce phénomène est d'autant plus inquiétant dans les départements qui ne disposent pas de CHU, CHR et de peu d'Institutions privées. En revanche, il faut noter dans l'Indre des collaborations ancrées et plutôt effectives entre hôpital, médecine de ville et structures médico-sociales.

La prise en charge du soin en addictologie ne se résume pas pour autant à son aspect médical, et ne doit pas s'y réduire. Les besoins en curatif médico-social des addictions avec ou sans produit impliquent des moyens en personnels psychologues, infirmiers et sociaux toujours croissants.

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- ▶ Veiller à l'application du schéma régional d'addictologie et des objectifs fixés, notamment en matière:
  - d'**offre** de proximité sur tous les territoires de la région d'une prise en charge de l'ensemble des problèmes d'addiction avec et sans produit(s) accessible à l'ensemble de la population indépendamment de sa résidence et de son statut social et tenant compte des spécificités et besoins des populations en fonction des réalités départementales et en dehors des seuls critères démographiques,
  - d'**offre**, répartie sur l'ensemble de la région, de solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement,
  - d'activité de **prévention** des addictions et en particulier de réalisation, pour les jeunes scolarisés et non-scolarisés de la région, de sessions d'éducation, de promotion de la santé et de programme de prévention spécialisée portant sur la thématique des addictions,
- ▶ Consolider l'accès aux soins, renforcer la politique de formation à l'égard des professionnels de terrain, pour un meilleur dépistage,
- ▶ Développer la formation en addictologie des acteurs de terrain du social et médico-social au cours de leur formation initiale ou en formation continue intervenant auprès des jeunes, des personnes âgées, des personnes en difficulté, afin de maintenir et/ou de faciliter les liens, le réseau et le travail d'orientation,
- ▶ Renforcer les consultations de proximité pour le repérage précoce des usages nocifs, notamment par une couverture territoriale des consultations jeunes consommateurs,
- ▶ Développer les prises en charge médico-sociales dans les maisons d'arrêt et centres de détention de la région,
- ▶ Veiller à l'articulation complémentaire et non redondante sur le territoire régional de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale ainsi qu'à l'effectivité des orientations à la sortie des hôpitaux ou des incarcérations

## Fiche n° 25 : Accompagner les SSR dans leurs nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement

### *Situation actuelle*

---

Les conditions d'autorisation et d'implantation applicables à l'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été réformées par deux décrets du 17 avril 2008. Les deux activités distinguées depuis 2004 de soins de suite d'une part et de rééducation et réadaptation fonctionnelle d'autre part sont réunies en une seule activité de « soins de suite et de réadaptation ». Au-delà de ce tronc commun, à tous les établissements SSR, neuf<sup>21</sup> prises en charge spécialisées sont reconnues et sont cumulativement mentionnées dans l'autorisation. Ainsi il n'y a plus qu'une seule modalité d'autorisation avec des mentions complémentaires : une autorisation d'exercer l'activité de soins au seul titre des SSR adultes. Cette autorisation peut être accompagnée de la mention de prise en charge des enfants et/ou des adolescents, à titre exclusif ou non. Cette mention est transversale et peut donc être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions correspondant à une prise en charge spécialisée en SSR pour certaines catégories d'affections.

Suite à cette réforme, l'ARH de la région Centre avait révisé en juillet 2009 le volet SSR du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) et autorisé les structures qui avaient déposé un dossier de demande d'autorisation.

En région Centre, on compte 3970 lits de soins de suite et de réadaptation au 01/01/2010, soit un taux d'équipement régional de 1,57 lit pour 1000 habitants, lorsque la moyenne nationale se situe à 1,69 lit.

### *Problèmes posés*

---

Suite aux textes publiés, les établissements doivent se mettre en conformité avec les nouvelles conditions techniques de fonctionnement et s'adapter à un environnement évolutif.

La récente circulaire de la DHOS en date du 24 janvier 2011 insiste en particulier sur les articulations que doivent créer les SSR avec les autres structures intervenant en aval, soit sanitaires (l'HAD par exemple) soit médico-sociales (SSIAD, structures d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées) soit des professionnels de ville (médecins généralistes, spécialistes, masseurs-kinésithérapeutes, IDE libérales).

Les SSR privés non lucratifs, qui ne sont pas inclus dans une « filière », sont également particulièrement soumis à la notion de concurrence (avec le public ou avec le privé lucratif) et à celle de taille critique, deux éléments qui les incitent à se poser la question des coopérations et éventuelles restructurations à développer, dans la perspective de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2012-2013.

---

<sup>21</sup> Il s'agit des spécialités suivantes : appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien, affections onco-hématologiques, brûlés, conduites addictives, personnes âgées polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance

### *Propositions de l'URIOPSS Centre*

---

- Encourager le développement de l'offre de soins de suite et de réadaptation en région Centre afin de combler les inégalités départementales et ainsi permettre d'améliorer l'accès aux soins,
- Accompagner les établissements SSR dans leur réflexion autour de la coopération avec les acteurs du domicile et du médico-social,
- Accompagner les établissements SSR dans le cadre de l'anticipation de la mise en place de la nouvelle tarification à l'activité

PLATEFORME REGIONALE DES ASSOCIATIONS  
DU SECTEUR SOCIAL, MEDICO-SOCIAL, SOCIO-  
EDUCATIF, SANITAIRE, ADHERENTES A L'URIOPSS

**Une citation de  
Pierre  
ROSANVALLON<sup>(1)</sup>**

**au 28<sup>ème</sup> Congrès  
de l'UNIOPSS**

*«La représentativité  
(de ces associations)  
tient à l'expérience de  
la société et repose  
sur la proximité avec  
cette expérience.*

*Cette vision  
correspond à un type  
d'association dont la  
puissance n'est pas  
tellement liée au  
nombre de leurs  
adhérents, mais à la  
pertinence de leur  
connaissance sociale,  
de leur capacité  
d'intervention...»*

*« Le bon représentant  
n'est pas simplement  
celui qui a été élu ;  
c'est celui qui connaît  
la société, qui est son  
témoin, qui pénètre  
ses problèmes ».*

**Nos associations**, fortes de leur expérience, de leur connaissance de terrain, de leur capacité à porter la parole des personnes les plus démunies, sont des **acteurs de la cohésion sociale du département, mais aussi de l'économie du territoire.**

Elles luttent contre toute forme de discrimination pour défendre le droit des personnes et répondre aux besoins nouveaux pour que chaque personne accède à la vie en société. Elles manifestent la volonté de plusieurs personnes d'améliorer le sort de ceux qui souffrent d'un handicap, d'exclusion, de perte d'autonomie, etc.

Elles ont fait la preuve de leur capacité à s'adapter aux évolutions politiques et administratives. Toutefois les temps présents, avec la mise en œuvre de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) couplée d'une réforme des modes d'actions publiques et un projet de réforme des collectivités en attente, sont particulièrement instables et lourds de dangers pour l'engagement associatif :

- ✓ C'est l'appel à projet où le maître d'ouvrage financeur définirait seul l'objectif retenu.
- ✓ C'est l'appel d'offre qui risque de diviser et de précariser le secteur associatif au profit du secteur lucratif.
- ✓ C'est la pression au regroupement des associations au détriment de la richesse que représente la diversité.
- ✓ Ce sont les remises en cause brutales dues à l'assèchement des finances publiques.
- ✓ Ce sont les tarifs plafonds qui uniformisent les financements au détriment des projets individualisés.
- ✓ C'est la priorité donnée à la performance et au court terme au détriment de la qualité.
- ✓ N'existerait que ce qui est médiatisé.
- ✓ Seules compteraient l'efficacité immédiate et la rentabilité

(1) professeur au Collège de France, – Directeur d'études à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)

Les élus politiques territoriaux et nationaux, les responsables des services de l'Etat et des collectivités territoriales, sont pris dans ce tourbillon. C'est l'inflation législative : un problème, un fait divers dramatique, la réponse est une nouvelle loi sans réelle concertation.

Ce tourbillon n'épargne pas les associations : la gouvernance associative doit être renforcée. Au regard de nos valeurs, nous nous employons à mieux mettre en lumière les plus-values associatives, le caractère désintéressé de nos actions à but non lucratif, à transmettre aux politiques notre connaissance de terrain et à porter des propositions.

C'est là le gage d'une ouverture à une plus grande solidarité, le signe évident d'un engagement citoyen. A cette volonté s'ajoute aussi la qualité de la prestation. Elle repose sur :

- la connaissance des publics et l'analyse collective des besoins,
- la formation et le suivi des bénévoles et professionnels,
- le respect de l'usager en s'appuyant sur ses droits et les valeurs de référence de l'association.

La proximité de terrain, la diversité des compétences que rassemblent les associations en font une force d'adaptation et de propositions à l'égard des pouvoirs publics.

Nous, associations de solidarité, du fait de la proximité et de la continuité de notre présence de terrain, avons la conviction que les élus, les représentants de l'Etat et des collectivités territoriales, doivent mieux reconnaître notre place en tant qu'acteur dans le débat social.

Les quelques rencontres informelles des élus avec les associations ne sont pas suffisantes et ne permettent pas l'approfondissement des échanges. La régularité du dialogue indispensable n'est plus assurée au risque de réduire le partenaire associatif à un rôle de prestataire.

Aussi, **sommes-nous demandeurs de temps de concertation et de co-construction réguliers et formels, entre les élus et les représentants des services des collectivités, des services de l'Etat et de l'ARS et les responsables associatifs.**

# UNION REGIONALE INTERFEDERALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX

---

L'URIOPSS Centre, créée en décembre 1949, est une association loi 1901 à but non lucratif, qui appartient à un réseau national reconnu d'utilité publique. Elle a pour but d'unir, au niveau régional, les associations et organismes non lucratifs (fondations, réalisations mutualistes, congrégations, coopératives...) des secteurs sanitaire, social, médico-social et de lutte contre l'exclusion pour développer les solidarités.

---

## Les valeurs du réseau :

L'URIOPSS Centre et ses adhérents partagent des valeurs et des spécificités associatives :

- Primauté de la personne
- Non-lucrativité et solidarités
- Dynamisation du tissu social
- Fonction d'avant-garde : veille et innovation sociale

## Ses buts (*extraits des statuts*) :

- regrouper les Associations et Organismes privés sanitaires, sociaux et socio-culturels à but non lucratif de la Région Centre,
- provoquer leur création et soutenir leur développement quand le besoin s'en fait sentir,
- faciliter les liaisons et les regroupements entre ces Organismes,
- constituer un terrain de rencontre, de recherche et de réflexion en ce qui concerne leur raison d'être et leur nécessité dans la vie de la nation,
- les représenter et assurer la sauvegarde de leurs intérêts auprès des Pouvoirs Publics, Administrations et Collectivités locales, et des Organismes de toute nature,
- assurer leur participation à l'élaboration et à l'exécution des programmes et plans d'équipement sanitaires et sociaux,
- faciliter, par tous moyens appropriés la formation, le perfectionnement et l'information de leurs personnels et des bénévoles,
- mettre à leur disposition les services techniques et de documentation susceptibles de les aider sur toutes les questions générales et spécifiques concernant leur activité,
- faire connaître leur esprit, leurs objectifs et leurs activités auprès de l'opinion publique.

## Ses domaines :

- Personnes handicapées
- Personnes âgées
- Aide et soins à domicile
- Lutte contre l'exclusion - Insertion - Alerte
- Protection de l'enfance et jeunes en difficulté
- Petite enfance
- Sanitaire

## Son réseau :

Localement, l'URIOPSS Centre regroupe 220 associations et fédérations, petites et grandes, réparties sur les six départements, ce qui représente plus de 500 établissements et services du secteur sanitaire et social.

L'URIOPSS CENTRE appartient à un réseau national, l'UNIOPSS, qui regroupe 23 URIOPSS et 120 adhérents nationaux. **Le réseau national UNIOPSS/URIOPSS regroupe 25 000 établissements et services** gérés par les adhérents, soit **700 000 salariés** (ETP) et **1 200 000 bénévoles**.



# LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

| Membres honoraires                       |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Monsieur <b>Louis FONTAINE</b>           |                                                |
| Monsieur <b>Paul LEBRETON</b>            |                                                |
| Collège Associations                     |                                                |
| Monsieur <b>Gérard BATSELE</b>           | ADSE                                           |
| Madame <b>Michelle BELLANGER</b>         | ADMR région Centre                             |
| Monsieur <b>Alain COURVOISIER</b>        | FNARS Région Centre                            |
| Monsieur <b>Jean-Claude DION</b>         | APHL 45                                        |
| Monsieur <b>Hubert BRETHER</b>           | ACESM                                          |
| Madame <b>Béatrice GIRARD</b>            | Association EMMAÜS                             |
| Monsieur <b>Gerhard KOWALSKI</b>         | URAPEI Centre                                  |
| Monsieur <b>Claude LAIZE</b>             | ACGESSMS                                       |
| Monsieur <b>Georges LEBAT</b>            | ASDM la Couronnerie                            |
| Monsieur <b>Olivier PONS</b>             | Fondation d'Auteuil                            |
| Madame <b>Marie-Paule PROT-LEGER</b>     | ARPS                                           |
| Monsieur <b>Gérard PRIER</b>             | APF Centre                                     |
| Madame <b>Christelle QUESNEY-PONVERT</b> | ANPAA 45                                       |
| Monsieur <b>Sébastien ROBLIQUE</b>       | CISPEO                                         |
| Monsieur <b>Dominique SACHER</b>         | AIDAPHI                                        |
| Madame <b>Cécile SAMAZAN</b>             | Résidence Logements-Foyer Les Vallières        |
| Monsieur <b>Roger WEYL</b>               | ADAPEI d'Indre-et-Loire                        |
| Délégués GLASS                           |                                                |
| Monsieur <b>Pascal VILLELEGIER</b>       | GEDHIF / GLASS 18                              |
| Monsieur <b>Alain RODRIGUEZ</b>          | ADMR 18 / GLASS 18                             |
| Madame <b>Christine CE</b>               | ADSEA 28 / GLASS 28                            |
| Madame <b>Mireille POULIGUEN</b>         | ADAPEI 28 / GLASS 28                           |
| Monsieur <b>Marcel HARTMANN</b>          | AIDAPHI / GLASS 36                             |
| Madame <b>Danièle VINCENT</b>            | MAISON DE RETRAITE "La Charmée" / GLASS 36     |
| Monsieur <b>Dominique GAUNET</b>         | ADSE / GLASS 37                                |
| Monsieur <b>Pascal OREAL</b>             | UNA 37 / GLASS 37                              |
| Monsieur <b>Hervé MEHENNI</b>            | ASLD / GLASS 41                                |
| Monsieur <b>Michel BEAUVALLET</b>        | AIDAPHI / GLASS 41                             |
| Monsieur <b>Pedro NIETO</b>              | Association « Les Clos du Loir et » / GLASS 45 |
| Madame <b>Christine TELLIER</b>          | APLEAT / GLASS 45                              |
| Personnes qualifiées                     |                                                |
| Monsieur <b>Claude BOUGET</b>            |                                                |
| Monsieur <b>Jean-Michel DELAVEAU</b>     |                                                |
| Madame <b>Jocelyne GOUGEON</b>           |                                                |
| Madame <b>Dominique LORENZI-BRY</b>      |                                                |
| Madame <b>Marie-Madeleine MIALOT</b>     |                                                |
| Monsieur <b>Claude MIRET</b>             |                                                |
| Invités                                  |                                                |
| Monsieur <b>Noël LE GOFF</b>             | AFORTS                                         |
| Monsieur <b>Jean-Louis LEBRAY</b>        | CREAI                                          |

## LE BUREAU

**Mme Marie-Paule PROT-LEGER, Présidente**  
**M. Gérard BATSELE, Secrétaire**  
**M. Jean-Michel DELAVEAU**  
**M. Jean-Claude DION, Trésorier**  
**Mme Jocelyne GOUGEON, Vice-Présidente**  
**M. Gerhard KOWALSKI, Vice-Président**  
**Mme Dominique LORENZI-BRY**  
**Mme Cécile SAMAZAN**

## L'EQUIPE

**Johan PRIOU, Directeur Régional**  
**Agnès BLONDEAU, Conseillère Technique**  
**Delphine DORLENCOURT, Conseillère Technique**  
**Marie-Pierre QUIBLIER, Conseillère Technique**  
**Emilie ROY, Conseillère technique**  
**Emmanuelle BESSET, Documentaliste – Webmaster**  
**Stéphanie GENZA, Secrétaire**  
**Carine PRIMO, Comptable**

# LES MISSIONS

## L'Animation du réseau des associations sanitaires et sociales de la région Centre

*Se rencontrer pour mieux se connaître, échanger, s'informer, réagir, témoigner, croiser les points de vue, élaborer des projets communs inter associatifs, prendre du recul... Ces réunions permettront aussi à l'Uriopss et à son réseau de fonder ses prises de position dans les différentes instances départementales, régionales et nationales en restant au plus près de vos préoccupations.*

Animation Départementale : les Groupes de liaison des associations sanitaires et sociales (GLASS)

**GLASS du Cher** suivi par **Marie-Pierre QUIBLIER**

**GLASS d'Eure-et-Loir** suivi par **Delphine DORLENCOURT**

**GLASS de l'Indre** suivi par **Emilie ROY**

**GLASS d'Indre-et-Loire** suivi par **Marie-Pierre QUIBLIER**

**GLASS du Loir-et-Cher** suivi par **Emilie ROY**

**GLASS du Loiret** suivi par **Delphine DORLENCOURT**

**CDHL, Commission départementale du handicap dans le Loiret**, suivie par **Marie-Pierre QUIBLIER**

Animation Régionale : les commissions régionales

« **Personnes Handicapées** » animée par Marie-Pierre QUIBLIER et présidée par Jean-Claude DION, Trésorier de l'URIOPSS Centre

« **Etablissements hébergeant des Personnes Agées** » animée par Emilie ROY et présidée par Marie-Paule PROT-LEGER, Présidente de l'URIOPSS Centre

« **Services d'aide et de soins à domicile** » animée par Marie-Pierre QUIBLIER

« **Protection de l'Enfance** » animée par Agnès BLONDEAU et présidée par Jean-Michel DELAVEAU, membre du Bureau de l'URIOPSS Centre

« **Santé** » présidée par Jocelyne GOUGEON, Vice-présidente de l'URIOPSS Centre

« **Lutte contre la pauvreté et l'exclusion** » et **Collectif ALERTE en région Centre** animés par Delphine DORLENCOURT

**Groupe Régional des Lieux d'accueil Enfants Parents (LAEP)** animée par Agnès BLONDEAU et présidée par Claude MIRET, administrateur de l'URIOPSS Centre

## Le Conseil Technique

*Pour vous informer et répondre à vos questions, l'équipe assure une veille juridique, participe aux Commissions nationales du réseau Uniopss-Uriopss, est en relation avec les autorités régionales et départementales et avec... les adhérents de l'Uriopss !*

### Domaines sectoriels

**Personnes Handicapées** : Marie-Pierre QUIBLIER

**Personnes Agées** : Emilie ROY

**Services d'aide et de soins à domicile** : Marie-Pierre QUIBLIER

**Enfance - Familles - Jeunesse** : Agnès BLONDEAU

**Santé** : Johan PRIOU

**Lutte contre la pauvreté et l'exclusion** : Delphine DORLENCOURT

### Domaines transversaux

**Vie associative et droit associatif** : Emilie ROY

**Régulation, Autorisation des ESMS, droits des usagers de la loi du 2 janvier 2002** : Emilie ROY

**Qualité, Evaluation, Certification** : Marie-Pierre QUIBLIER

**Conduite du changement** : Marie-Pierre QUIBLIER

**Financements, Budget, Tarification, Comptabilité, Fiscalité** : Johan PRIOU

**Droit Social** : Agnès BLONDEAU

**Gestion des Ressources Humaines** : Agnès BLONDEAU

**Sécurité et gestion des risques** : Delphine DORLENCOURT

**Territorialisation des politiques publiques de l'échelon local à l'échelon européen** : Johan PRIOU

**Dispositif CAP'ASSO** : Delphine DORLENCOURT

L'URIOPSS a conventionné avec Myriam COUTY de l'UREI, Clarisse MAGNON du COORACE et Cécile JONATHAN de l'URHAJ

« **Projet +** », **dispositif de micro-crédit social** : Delphine DORLENCOURT

## Le Soutien et l'accompagnement individualisés

*Appui expert mobilisant des personnes ressources internes et externes donnant lieu à facturation. Intérêt pour les adhérents : des tarifs attractifs et la qualité des intervenants au service des valeurs associatives*

Service coordonné par Marie-Pierre QUIBLIER

### Formation en inter et en intra

*Gestion -Tarification ; Droit du travail et gestion des ressources humaines ; Accompagnement des pratiques...*

### Appui à la Conduite de projets et à l'accompagnement du changement :

*Projet et statuts associatifs, projet d'établissement et de service, évaluation du projet associatif et évaluation interne ; CPOM, analyse financière et comptable ; coopérations et regroupements ; organisation, droit social et GRH.*

## L'Information et la Communication

*Si vous êtes incollable sur les informations nationales et régionales, c'est grâce à ce service !*

Bulletin Mensuel, Site internet, lettre mail du réseau, circulaire sectorielle, recherche documentaire... : Emmanuelle BESSET

## L'Accueil et le Secrétariat

*Votre première interlocutrice, celle qui vous oriente.*

Stéphanie GENZA

## La Comptabilité

Carine PRIMO

## Les Représentations

*Assurées par les administrateurs, le directeur, des adhérents mandatés ou les conseillers techniques de l'URIOPSS, il s'agit de représenter les organisations privées à but non lucratif sanitaires et sociales et d'être force de propositions dans toutes les instances les concernant, parmi lesquelles, de manière non exhaustive :*

### Les instances

- **Conférence Régionale Santé et de l'Autonomie**
- **Commission régionale de concertation en santé mentale**
- **CESER** (conseil économique, social et environnemental régional)
- **Groupes de suivi des schémas départementaux**
- **Conseils de développement**
- **CDCPH** (Conseil départemental consultatif des personnes handicapées)...

### Les réseaux régionaux

- **CRESS** (chambre régionale de l'économie sociale et solidaire)
- **CPCA** (conférence permanente des coordinations associatives)
- **ORS** (observatoire régional de la santé)
- **FRAPS** (fédération régionale des acteurs en promotion de la santé)
- **CREAI** (centre régional pour les enfants, les adolescents et les adultes inadaptés)
- **CIRRIE** (coordination inter-réseau régional de l'insertion par l'économie)
- **Centr'Actif**
- **CERC** (comité d'entente région Centre des associations représentatives des personnes handicapées et des familles des personnes handica-

pées)

• **CISS** (Collectif Interassociatif sur la santé)

Le réseau Uniopss-Uriopss est, au niveau national, représenté au **CNOSS** (Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale), au Conseil de la **CNSA** (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), aux conseils d'administration de l'**ANESM** (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux) et de l'**ANAP** (Agence Nationale d'Appui à la Performance), au Conseil de surveillance de la **CNAMTS** (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), au **CSTS** (Conseil supérieur du travail social), au **CNCPH** (Conseil national consultatif des personnes handicapées), au **CNLE** (Conseil national de lutte contre l'exclusion), à la **Conférence nationale de Santé**, à la **CPCA** nationale (Conférence permanente des coordinations associative) au **CNVA** (Conseil national de la vie associative), ...

Les prises de position défendues dans ses instances sont débattues lors des Conseil d'administration de l'URIOPSS sur la base des remontées d'information et des alertes adressées par les adhérents notamment dans le cadre des GLASS et des Commissions régionales.

Pour toute information complémentaire :

Marie-Paule PROT-LEGER, Présidente de l'URIOPSS Centre

Johan PRIOU, Directeur régional de l'URIOPSS Centre

# ALERTE

Région Centre

## **Collectif d'Associations et de Fédérations de lutte contre les exclusions présentes sur les 6 départements de la région Centre**

### **Des actions concrètes**

- ❖ **La diffusion régulière d'une lettre d'informations** aux associations du Collectif « La lettre du réseau Alerte » qui présente l'évaluation des politiques sociales et explicite les réflexions, propositions et travaux développés par le réseau.
- ❖ **Des réunions thématiques, d'échanges et de rencontres** sur l'état de la pauvreté et de l'accès aux droits en région Centre.
- ❖ **Des actions de communication, d'information, de vulgarisation et d'échanges.**
- ❖ **Une représentation au Conseil Économique, Social et Environnemental** de la région Centre.
- ❖ **Une force de proposition** auprès des instances politiques.
- ❖ **Une fonction d'analyse** des situations de pauvreté et d'exclusion ainsi que des politiques mises en œuvre pour les combattre.
- ❖ **Une action de terrain et d'échanges de pratiques.**

### **Des objectifs**

- ❖ **Constituer un pôle d'observation et d'évaluation afin d'être une force dynamique de propositions** sur les politiques publiques et les programmes d'actions visant à lutter contre les exclusions sur le territoire régional.
- ❖ **Développer une banque de données** sur les initiatives locales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale en région Centre.
- ❖ **Promouvoir les échanges et les partenariats entre les associations** qui luttent contre la pauvreté et l'exclusion sociale en région Centre

### **Une action européenne**

Le Collectif Alerte région Centre est membre d'EAPN France (European Anti-Poverty Network) le réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

### **Une action nationale**

Amicale du Nid - Association des Collectifs Enfants Parents Professionnels (ACEPP) - Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)- Association pour le Droit à l'Initiative Economique (ADIE)- Association Service Social Familial Migrants (ASSFAM) – Cimade- Comité Chrétien de Solidarité avec les Chômeurs (CCSC) - Comité National de Liaison des Associations du Réseau d'Accompagnement des migrants (CLARA) – COORACE - Droits d'Urgence - Emmaüs France - Familles Rurales Fédération Nationale - Fédération des Associations pour la Promotion et l'Insertion par le Logement (FAPIL) - Fédération Entraide Protestante - Fédération française des Banques Alimentaires (FFBA) - Fédération Française des Equipes Saint-Vincent - Fédération Habitat et Humanisme - Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)- Fédération nationale des associations solidaires d'action avec les tsiganes et Gens du voyage (FNASAT-Gens du voyage)- Fédération des PACT - Fédération Vacances et Familles - Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés - Fondation Armée du Salut - Fonds Social Juif Unifié (FSJU) - France Terre d'Asile - Les petits frères des Pauvres - Ligue des droits de l'Homme - Médecins du Monde - Mouvement ATD Quart Monde - Secours Catholique - Société de Saint-Vincent-de-Paul - Solidarités Nouvelles face au Chômage (SNC) - Union des professionnels de l'hébergement social (UNAFO)- Union nationale ADMR - Union nationale des associations familiales (UNAF)- Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNAHJ) - Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)

## **Une action régionale**

Secours Catholique 18 - Cher Accueil – Le Relais – Entraide Berruyère - Bourges Nord Services - COORACE – Croix Rouge Française - A.C.E.P. – ADMR - Aide à Domicile - Boutique Solidarité - Familles de France - UDAF

ADSEA 28 - Banque Alimentaire d'Eure-et-Loir – Pastorale des migrants – Secours Catholique 28 – PACT – FJT Elisabeth de Thuringe – Foyer d'Accueil Chartrain – CICAT - Croix Rouge Française - ADMR - Centre Socio-Educatif Jules Verne - UDAF - Familles de France -

Association 3 R Régie de Quartier - Secours Catholique 36 - Restaurants du Cœur - Emmaüs 36 – AFTAM – Solidarité Accueil - Insert Jeunes - Idées en Brenne - AGIR – Croix Rouge Française - Association Mieux Vivre - Banque Alimentaire - Familles Rurales –

Collectif Pauvreté Développement – Banque Alimentaire de Touraine - Communauté Emmaüs – Secours Catholique 37 - Secours Populaire 37 - Société Saint Vincent – Sos Familles Emmaüs 37 – Les amis des petits frères des pauvres – Mouvement du nid – Conseil départemental Saint Vincent de Paul – Courrier de Bovet – Accueil Albert Thomas - Compagnons Bâtisseurs - Association Jeunesse et Habitat – Etape : Halte de jour - La Nuitée - PACT - Entr'Aide Ouvrière - Insertion Développement - Un Vélo pour tous – Solidarité Jocondienne – Compagnons Bâtisseurs - Chambray Emploi – Chantier Plus – Emplois Touraine - Tours Emploi - Travail'Aid - E.A.O. - A.T.S. – Agir pour l'Emploi – A.S.E.P.T. – CLIPS – E.C.M. – I.S.E.R. 37 / I.T.S. – Relais Emploi Solidarité – AIDES - Centre de Soins Porte Ouverte - Croix Rouge Française - Tsiganes et Voyageurs de Touraine – Association des Usagers du Centre Social Giraudeau - Carrefour d'Ecoute - Carrefour du Volontariat de Touraine - Centre Social de la Rabière - Comité d'Aide aux Détenus - Comité d'Entraide - Mobilité 37 – Elan Retrouvé de Touraine - Familles de France - Sac à Malices - Solidarité Jocondienne - Solidarité Tours Nord - UNAFAM -

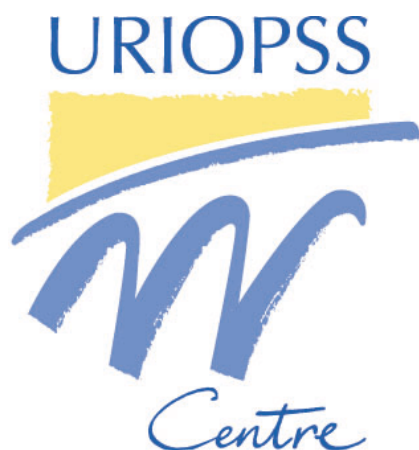
Banque Alimentaire 41 - Entraide Protestante - Restaurants du Cœur 41 – Secours Catholique 41 - CHRS l'Astrolabe - CHRS Le Limousin - CHRS Le Prieuré - Foyer Lataste - Emmaüs – UREI Centre – Association Tremplin – SNR 41 – Les Jardins de Cocagne – Régie de Quartier – Association Bio-Solidaire – Association La Tablette – AGIR-ABCD – Croix Rouge – C.D.P.A. - Osons nous Soigner - Vie Libre - Banque Alimentaire - Familles rurales - Loir-et-Cher Solidarité - Réseau d'Echanges Réciproques de Savoirs - A.I.E.I. -

Banque Alimentaire 45 - Entraide Protestante - Secours catholique 45 - Secours populaire 45 - Société Saint Vincent de Paul - Sos Familles Emmaüs – Association L'Etape - Association AHU - FJT Espace Colombier - FJT Les Acacias - Habitat et Humanisme - Halte de Nuit - AIDAPHI - CARFED / PASSAGE - ALPEJ - A.I.D.E.R. – Réciproque Entreprise - Multitri - Initiatives et Développement - Fondation de l'Armée du Salut - Château d'Auvilliers – S.N.C. - R.E.S.P.I.R.E. - R.O.S.I.E.R.S. - Abraysie Développement – APPEL Emploi – Repères - Olivet Solidarité – S.E.G. – APLEAT - Croix Rouge - Passerelle Santé - ADMR - Aide Familiale à Domicile - CIDFF - Familles Rurales - Le Relais Orléanais - Association Départementale Action pour les gens du Voyage - UDAF -

### **Remerciements :**

Nous tenons à remercier tout particulièrement Jean-Michel Delaveau et Dominique Lorenzi-Bry, administrateurs et membres du bureau de l'URIOPSS Centre, qui ont piloté les travaux ayant abouti à ces Propositions prioritaires, ainsi que le Bureau et le Conseil d'administration de l'URIOPSS Centre pour leur active participation. Nous remercions également Marie-Pierre Quiblier, Conseillère technique qui, avec les contributions de l'ensemble de l'équipe de l'URIOPSS Centre, a formalisé les réflexions des membres de notre Union.

L'occasion nous est une nouvelle fois donnée de saluer l'implication des responsables associatifs de toute la région dans cette démarche, qui témoigne de la richesse de leurs réflexions et de leurs actions. Nous espérons que ces Propositions prioritaires participeront à la valorisation de leurs engagements et soutiendront leurs initiatives, aux côtés des personnes vulnérables.



A DOMICILE 28 • A DOMICILE 45 • ACCOMPAGNEMENT ET  
 HEBERGEMENT URBAIN (AHU) • ACEP • ACESM • ACCESSMS •  
 ACOGEMAS • ACSC • ADAPEI 28 • ADAPEI 36 L'ESPOIR • ADAPEI 37  
 • ADAPEI 41 • ADAPEI 45 • ADIASEAA • ADMR 18 • ADMR 28 •  
 ADMR 36 • ADMR 37 • ADMR 41 • ADMR 45 • ADMR REGION CENTRE  
 • ADPEP 45 • ADSE 37 • ADSEA 28 • AEFH • AFPAL • AFTAM •  
 AFTC 28 • AGEVIE • AGGEVIE • AIDADOM 37 • AIDAPHI • AIDE AUX  
 FAMILLES A DOMICILE • AIDER SERVICES • ALIS 36 • AMASAD •  
 ANAIS • ANAS LE COURBAT • ANPAA 18 • ANPAA 36 • ANPAA 41 •  
 ANPAA 45 • APADVOR • APAHAV • APAJH 36 • APAJH 45 • APF •  
 APHL • APPEL SERVICES • APPRENTIS D'AUTEUIL • APSE •  
 APSISS • ARDEQAF • ARMEE DU SALUT • ARPS • ARRIMC • ASDM  
 LA COURONNERIE • ASLD • ASMAD • ASSAD • ASSAD TOURAINE •  
 ASSEPH • ASSIAD • ASSIDO • ASSOCIATION AMBROISE CROIZAT •  
 ASSOCIATION AMIVILLE • ASSOCIATION ANTOINE MOREAU •  
 ASSOCIATION ATOUT-BRENNE • ASSOCIATION BAPTEROSSES •

ASSOCIATION CHANTEMOULIN • ASSOCIATION CROIX MARINE DU CHER • ASSOCIATION DE GARDE ET  
 D'AIDE AUX PERSONNES (AGAP) • ASSOCIATION DE L'EHPAD LA ROCHERIE • ASSOCIATION DE  
 PATRONAGE DE L'INSTITUTION REGIONALE DE JEUNES SOURDS • ASSOCIATION DE SOINS A DOMICILE  
 CHATEAUNEUF-SULLY • ASSOCIATION DE SOINS A DOMICILE DU GATINAIS • ASSOCIATION DE SOINS A  
 DOMICILE NORD-SOLOGNE • ASSOCIATION DU FOYER D'ENTRAIDE • ASSOCIATION ENFANCE  
 HEUREUSE • ASSOCIATION ESPACE • ASSOCIATION ESPOIR VALLEE DU LOIR • ASSOCIATION  
 EUROPEENNE D'HANDICAPES MOTEURS • ASSOCIATION FOYER DE CLUNY • ASSOCIATION HANDAS •  
 ASSOCIATION ISAMBERT SAGESSE • ASSOCIATION ISATIS • ASSOCIATION JEAN-BAPTISTE CAILLAUD •  
 ASSOCIATION JEUNESSE ET HABITAT • ASSOCIATION LA BOISNIERE • ASSOCIATION LA PATERNELLE •  
 ASSOCIATION LA RABOLIERE • ASSOCIATION LA ROSERAIE • ASSOCIATION LA SITTELLE • ASSOCIATION  
 LA SOURCE • ASSOCIATION L'AUREOLE • ASSOCIATION LE BERGERAT • ASSOCIATION LE CASTEL •  
 ASSOCIATION LE MAI • ASSOCIATION LE RELAIS • ASSOCIATION LES AMIS DE BETHANIE • ASSOCIATION  
 LES CLOS DU LOIRET • ASSOCIATION LES ELFES • ASSOCIATION L'ETAPE • ASSOCIATION MAISON  
 MATERNELLE • ASSOCIATION MIEUX VIVRE • ASSOCIATION MONTJOIE • ASSOCIATION NOTRE DAME DU  
 SACRE COEUR • ASSOCIATION PI-MA • ASSOCIATION POUR L'ECOUTE ET L'ACCUEIL DES TOXICOMANES  
 • ASSOCIATION POUR PERSONNES HANDICAPEES DU PERCHE • ASSOCIATION PROXIMITE SERVICES •  
 ASSOCIATION SAINTE FAMILLE ASSOCIATION SCHWEITZER • ASSOCIATION SESAME 18 • ASSOCIATION  
 SESAME AUTISME LOIRET • ASSOCIATION TIVOLI INITIATIVES • ASSOCIATION TUTELAIRE DE LA REGION  
 CENTRE • ASSOCIATION TUTELAIRE D'INDRE ET LOIRE • ASSOCIATION VERS L'AUTONOMIE •  
 ASSOCIATION VOIR ENSEMBLE • ASTAF • ATEC • ATI 36 • AUTISME EURE-ET-LOIR • AUTISME LOIR-  
 ET-CHER • BEAUCE VAL SERVICE • CAP' ADOS • CERCLE DES AGES • CHATEAU DE SABLE • CICAT •  
 CISPEO • CLLAJ 45 • COLLECTIF HANDICAP VISUEL LOIRET REGION CENTRE • COMITE D'ENTREPRISE  
 DU BRGM • COMITE D'ETUDES ET DE SOINS AUX POLYHANDICAPES • COMMUNAUTE SAINTE FAMILLE •  
 COMPAGNIE DES SOEURS DE LA CHARITE DE SAINT VINCENT DE PAUL • CPD • CROIX ROUGE  
 FRANCAISE • DOMINICAINES DE LA PRESENTATION • EMMAUS SOLIDARITE • ENTRAIDE ACVG INDRE ET  
 VIENNE • ENTR'AIDE OUVRIERE • ENTRAIDE-UNION • ESPACE FAMILLES LOIRET • ESPOIR 18 •  
 FACILAVIE • FAMILLES RURALES 36 • FAMILLES RURALES 45 • FNARS CENTRE • FNCPG - CATM •  
 FONDATION CAISSE D'EPARGNE POUR LA SOLIDARITE • FONDATION CHEVALLIER-DEBEAUSSE •  
 FONDATION GRANCHER • FONDATION LA VIE AU GRAND AIR • FONDATION LEOPOLD BELLAN •  
 FONDATION VAL DE LOIRE • FONDATION VERDIER • FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN • FRAPS CENTRE •  
 GEDHIF • HAD 37 PIERRE LARMANDE • IME ST MARTIN DES DOUETS • INSERTION DEVELOPPEMENT  
 INSTITUT LES CENT ARPENTS • INSTITUTION DES JEUNES SOURDS • INSTITUTION SERENNE • JCLT •  
 LA HALTE • L'ACHEMINEE • L'ADAPT • LE DIALOGUE FAMILIAL • LE HAMEAU DE L'ARC EN CIEL • LE  
 RELAIS ORLEANAIS • L'ENTRAIDE • LES AMIS DE PIERRE • LES ESPACES D'AVENIRS (LEDA) • LES  
 MAISONNEES • LES PETITS FRERES DES PAUVRES • L'EVEIL • L'HOSPITALET • MAISON D'ACCUEIL  
 NOTRE DAME DE JOIE • MAISON DE RETRAITE LA CHARMEE • MAISON DE RETRAITE NOTRE DAME DE  
 CONFIANCE • MAISON DE RETRAITE RAYMOND POULIN • MAISON DE RETRAITE SAINT JOSEPH •  
 MAISON D'ENFANTS DE CLION SUR INDRE • MOB D'EMPLOI 37 • MOISSONS NOUVELLES • MOUVEMENT  
 POUR LES VILLAGES D'ENFANTS • MSA SERVICE TUTELLE 36 • MUTUALITE FRANCAISE REGION  
 CENTRE • OFFICE TECHNIQUE DEPARTEMENTAL D'INSERTION ET DE FORMATION • ORPADAM • OSONS  
 NOUS SOIGNER • PARTAGE SOLIDARITE ACCUEIL • PASSERELLE 45 • PETITES SOEURS DES PAUVRES  
 MA MAISON • PLANNING FAMILIAL D'INDRE-ET-LOIRE • PROXIMITE SERVICES LOIR-ET-CHER • RELAIS  
 ENFANCE ET FAMILLE • RELIGIEUSES DE L'ASSOMPTION • RESIDENCE ANDRE-MAGINOT • RESIDENCE  
 LOGEMENTS-FOYER LES VALLIERES • RESIDENCE LOUIS JOUANNIN • RESIDENCES JEUNES ACACIAS •  
 RESIDENCES JEUNES COLOMBIER • S.A.M.E.C. • SECOURS CATHOLIQUE 41 • SECOURS CATHOLIQUE  
 45 • SERVICE DE SOINS A DOMICILE DE GLEN • SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE • SESAME  
 AUTISME CHER • SOCIETE PHILANTHROPIQUE • SOEURS DE ST PAUL DE CHARTRES • SOLIDARITE  
 ACCUEIL • SOS VILLAGES D'ENFANTS • SSIAD CHATILLON-COLIGNY/CHATEAU-RENAUD • TRISOMIE 21  
 EURE ET LOIR • TRISOMIE 21 INDRE-ET-LOIRE - GEIST • TRISOMIE 21 LOIR ET CHER • UDAF DE L'EURE  
 ET LOIR • UDAF DU LOIRET • UGECAM • UNA DU LOIRET • UNA INDRE-ET-LOIRE • UNAFAM CENTRE •  
 URAPEI CENTRE • URHAJ CENTRE • VERS UN RESEAU DE SOINS •