
Propositions prioritaires de l'URIOPSS Centre

**Union Régionale Interfédérale des
Œuvres et Organismes Privés Sanitaires
et Sociaux**

Edition Novembre 2013

FICHES DEPARTEMENTALES

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 les coopérations interassociatives et avec les autres acteurs des territoires

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 Economique (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 les espaces de rencontre parents-enfants comme dispositif de prévention
- Fiche n°14 : 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°15 : Diversifier et améliorer les dispositifs de prise en charge des personnes âgées, à domicile ou en établissement
- Fiche n°16 : Garantir l'accessibilité financière des établissements pour les personnes âgées

PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

- Fiche n°17 : Reconnaître le manque et la perte d'autonomie comme un nouveau risque social
- Fiche n°18 : Inscrire l'accueil temporaire dans un travail en réseau construit dans les territoires autour des acteurs locaux pour mieux coordonner les parcours des personnes et de leurs aidants
- Fiche n°19 : Réformer le mode de gestion et de fonctionnement de l'aide à domicile

PERSONNES HANDICAPÉES

- Fiche n°20 : Permettre une éducation et une scolarisation appropriées aux besoins des enfants en situation de handicap
- Fiche n°21 : Adapter l'offre au parcours singulier de chaque adulte en situation de handicap
- Fiche n°22 : 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°23 : Faire vivre les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH)

SANTÉ

- Fiche n°24 : Garantir l'accès aux soins pour tous en région Centre, et en particulier pour les publics les plus démunis
- Fiche n°25 : 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°26 : Renforcer l'offre médico-sociale et la prévention en addictologie
- Fiche n°27 : Accompagner les SSR dans leurs nouveaux modes d'organisation et de fonctionnement

PROTECTION DES MAJEURS

- Fiche n°28 : Réaffirmer la place des associations mandataires judiciaires à la protection des majeurs et déléguées aux prestations familiales.

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, cette 3^{ème} édition des *Propositions prioritaires* a été validée par le Conseil d'administration de l'URIOPSS Centre le 14 octobre 2013.

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 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, **ce document rassemble pour la première fois des « fiches départementales », pour commencer à appréhender la perception des associations sur le contexte et les défis de leurs territoires.** Il s'attache également 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.

Jean-Michel DELAVEAU
Président 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 plus de **210 associations et fédérations d'associations, soit plus de 550 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.

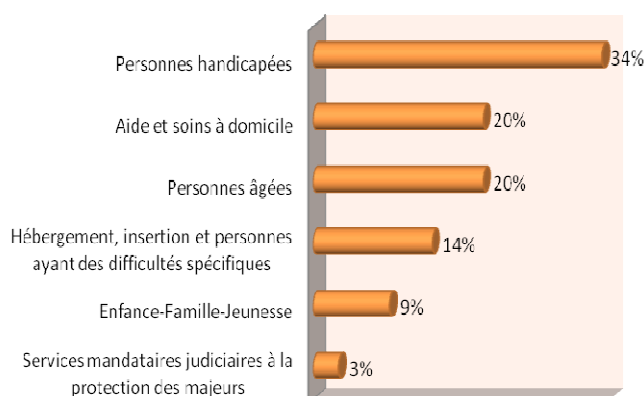
L'URIOPSS Centre réalise trois missions principales :

- 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.



	Evolution de la population 1999-2009 ¹ (taux de croissance annuel moyen)	Part des plus de 60 ans ²	Part des moins de 20 ans	Taux de bénéficiaires de l'APA ³ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux d'allocataires du RSA sur la population totale au 31.12.2011 ⁴	Part du Budget Prévisionnel 2013 consacrée à l'action sociale et solidaire ⁵
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/

33 associations gérant 56 établissements et services répartis entre ces différents secteurs



Associations adhérentes par secteur d'activité

Emploi :

La part des emplois dans l'Economie Sociale et Solidaire est supérieure à la moyenne régionale puisqu'elle s'élève à 10.4% (10.1% pour la Région), soit 9759 emplois.

9.1% de l'emploi est représenté par l'emploi associatif (supérieur à la moyenne régionale de 8.5%). L'emploi salarié associatif dans le secteur de l'action sociale représente quant à lui 4% de l'emploi salarié total du département, soit 4 439 emplois.⁶

Le délégué GLASS du Cher : Mme Marie-Paule PROT-LEGER (association Antoine Moreau)

Les associations adhérentes dans le CHER : ACEP • ACSC • ADMR 18 • AIDAPHI • AMASAD • ANAIS • ANPAA 18 • APF • ASSAD • ASSIAD • ASSOCIATION AMBROISE CROIZAT • ASSOCIATION ANTOINE MOREAU • ASSOCIATION CROIX MARINE DU CHER • ASSOCIATION DE GARDE ET D'AIDE AUX PERSONNES (AGAP) • ASSOCIATION DE L'EHPAD LA ROCHERIE • ASSOCIATION GITE ET AMITIE • ASSOCIATION ISATIS • ASSOCIATION LE BERGERAT • ASSOCIATION LE RELAIS • ASSOCIATION TIVOLI INITIATIVES • ASSOCIATION VOIR ENSEMBLE • BANQUE ALIMENTAIRE DU CHER • EHPAD LES VALLIERES • ESPOIR 18 • FNARS CENTRE • FRAPS CENTRE • FEDERATION ADDICTION • GEDHIF • L'ADAPT • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • RELAIS ENFANCE ET FAMILLE • RESIDENCE ANDRE-MAGINOT • RESIDENCE LOUIS JOUANNIN • SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE DE DUN SUR AURON • SESAME AUTISME CHER • UGECAM • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAJ CENTRE

¹ Données DREES 2010

² Données SROSMS Centre 2012-2016

³ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

⁴ OSCARD 2012

⁵ Site internet du Conseil Général

⁶ Données emploi INSEE, 2011

La dynamique associative du département du Cher est connue et reconnue par les autorités avec lesquelles un réel partenariat a su se construire.

Si des avancées sont à noter notamment grâce à la réalisation d'un programme territorial de santé et de schémas départementaux concertés, certains défis territoriaux restent à relever :

- assurer une présence de professionnels médicaux et paramédicaux suffisante sur l'ensemble du département ;
- améliorer la coordination des acteurs œuvrant dans le champ de la lutte contre les exclusions ;
- assurer une meilleure réponse aux besoins de la protection de l'enfance en proposant des lieux de placement, comme c'est le cas dans les autres départements de la région ;
- soutenir financièrement le déploiement du Dossier Médical Personnel dans les EHPAD ;
- assurer une couverture territoriale suffisante par les services de soins infirmiers à domicile.

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

Des liens à renforcer entre acteurs

A l'instar du Loir-et-Cher et de l'Indre, le Cher connaît une faible tension sur l'hébergement et le logement mais l'offre se révèle souvent inadaptée aux besoins des usagers (taille, prix et situation des logements).

Par ailleurs, les acteurs doivent faire face à une baisse des moyens qui les conduit à limiter le service proposé aux usagers. Ainsi, comme dans plusieurs départements de la région, les acteurs de l'hébergement du Cher se retrouvent par exemple contraints de ne plus proposer de repas le midi ou d'en-cas.

Par ailleurs, le département est marqué par un nombre significatif de jeunes de moins de 25 ans en errance, en rupture familiale et sociale.

Après des difficultés de mise en place du SIAO (Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation) notamment dues à une absence préalable de concertation avec les acteurs associatifs, le service fonctionne sur les missions d'urgence et d'insertion.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Inviter les partenaires institutionnels à développer la concertation avec les acteurs associatifs afin de favoriser l'opérationnalité des dispositifs*
- *Ne pas substituer un dispositif à un autre dans un seul objectif de réduction des coûts. Travailler sur la complémentarité des dispositifs.*
- *Poursuivre le travail engagé avec les bailleurs sociaux dans le cadre du groupe régional « de l'hébergement au logement »*

✓ Addictions

La question des addictions est importante sur le département du Cher avec des comorbidités identifiées. Si des moyens sont mis au service de cette population, il n'en reste pas moins que les besoins restent réels en terme de :

- déploiement de permanences sur l'ensemble de ce territoire (prévention, intervention précoce et prévention des risques, accès aux soins),
- réponses toujours mieux adaptées face à des situations familiales et sociales fragilisées,
- développement d'actions en direction de populations spécifiques (jeunes témoins de violence intrafamiliale en lien avec les addictions, la consommation de produits psychoactifs à l'adolescence, la situation défavorable des femmes avec les addictions, l'accompagnement de publics sous main de justice)
- diversification de l'offre thérapeutique (thérapie familiale, accueil de jour, ACT, ateliers collectifs...).

Le financement de la prévention reste précaire ce qui ne permet pas de développer des actions au long cours, cohérentes et pour tous.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Déployer des permanences sur l'ensemble du territoire
- Diversifier l'offre thérapeutique

✓ Enfance

Le Conseil général du Cher élabore son schéma départemental enfance, en y associant pleinement les acteurs. Il soutient notamment des actions en faveur des jeunes, telles que la prévention spécialisée, ou bien encore la Maison Des adolescents.

Par ailleurs, le département du Cher est le seul département de la région où il n'existe aucun lieu de placement pour les enfants. Le conseil général du Cher travaille en étroite collaboration avec des établissements d'autres départements pour placer ces enfants.

Les associations regrettent que le Conseil général n'ai pas soutenu la création d'une plaquette régionale des Lieux d'Accueil Enfants Parents comme dispositif de soutien à la parentalité, comme l'ont fait d'autres départements et la CAF du Cher.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- S'assurer de la pérennité du financement de la Maison des adolescents

✓ Personnes Agées

Un schéma gérontologique en cours d'élaboration

Le 29 mars 2012 ont été lancés les travaux du schéma gérontologique 2013-2018 en présence de ses partenaires dans la prise en charge des personnes âgées. Les associations ont été largement associées à ces travaux avec la mise en place :

- d'un Comité de Pilotage, auquel l'URIOPSS participe;
- d'un groupe de travail départemental traitant des questions transversales ;
- de groupes territoriaux (à l'échelle des pays).

Le schéma devrait être adopté à la fin de l'année 2013.

Un département qui se lance dans l'expérimentation du Dossier médical personnel (DMP) en EHPAD

Les EHPAD du bassin du Berry ont été choisis comme établissements expérimentateurs pour le déploiement du DMP par l'ARS Centre et le GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) Télésanté Centre. Ainsi, le DMP sera déployé auprès de 80 EHPAD dans le bassin du Berry (Indre et Cher) pour une généralisation à la région à partir de 2014. Une dizaine d'associations pourrait être directement concernée et bénéficiera d'un soutien technique du GCS.

Les associations regrettent cependant qu'aucune enveloppe financière supplémentaire pour les établissements souhaitant entrer dans l'expérimentation ne soit prévue.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Soutenir financièrement les EHPAD souhaitant entrer dans l'expérimentation du DMP*
- *Organiser le suivi du schéma gérontologique en y associant les associations*

✓ Services d'Aide à Domicile (SAD) / Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

La pérennité interrogée des services à domiciles associatifs

La baisse du nombre d'heures effectuées par ces services (estimée à plus de 10% entre 2010 et 2011 dans le Cher) corrélée à une augmentation sensible du nombre de personnes accompagnées (estimée à près de 40% entre 2010 et 2011)⁷ met en difficulté les services d'aide à domicile associatifs.

Des territoires d'intervention des SSIAD à redéfinir

Si le taux d'équipement du département en places de SSIAD apparaît adapté par rapport à la moyenne régionale et au regard des taux nationaux, les zones d'intervention au sein du département sont à redéfinir afin d'assurer une couverture départementale satisfaisante.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Appuyer un travail individuel et collectif avec les acteurs de l'aide à domicile concernés qui le souhaitent en vue de dégager des pistes de restructuration ou de développement de leurs structures.*
- *Mettre en place un groupe de travail associant les associations gestionnaires de services à domicile au niveau du territoire afin de redéfinir les zones d'intervention des SSIAD.*

✓ Personnes Handicapées

Le renouvellement du schéma adulte handicapé est prévu pour 2014. Trois groupes de travail ont été constitués et traitent des problématiques relatives aux personnes handicapées vieillissantes, aux adultes handicapés et à l'enfance handicapée.

Si le fonctionnement de la MDPH du département n'est pas remis en cause, les associations du secteur regrettent cependant que certaines décisions d'orientations prises par la CDAPH se soit faite sans prise en compte des souhaits exprimés par les personnes handicapées.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Veillez à la représentation des associations dans les groupes de travail et dans le comité de pilotage du prochain schéma « adultes handicapés »*
- *Veillez à ce que l'ensemble des décisions de la CDAPH soit prise dans le respect des souhaits des usagers.*

✓ Santé

Un déficit de médecins impactant significativement les prises en charge médico-sociales

La carence en professionnels de santé, particulièrement dans le sud du département, impacte directement les établissements et services médico-sociaux. En effet, un déficit de personnel médical et paramédical formé dans les établissements médico-sociaux est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité de soins de qualité.

Certains dispositifs ne peuvent fonctionner par manque de professionnels adaptés : pour exemple, les cahiers des charges pour la constitution d'Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA) et de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) exigent la présence d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens, peu nombreux sur le département, ce qui retarde ou empêche la mise en place de ces dispositifs.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

➤ *L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.*

✓ Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs :

Les associations du secteur déplorent le manque de transparence concernant les critères d'attribution des mesures.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

➤ *Améliorer la visibilité des acteurs sur les modalités d'attribution des mesures*

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques locales

Les associations du secteur social et médico-social sont représentées dans l'ensemble des instances de concertation départementales. La Vice-présidence de la Conférence de territoire est par exemple assurée par un acteur du secteur privé non lucratif et les associations sont largement représentées et mobilisées au sein du bureau. Les membres de la Conférence regrettent cependant que les travaux entrepris au sein de cette instance ne soient pas davantage soutenus par la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé.

L'année 2013 est marquée par la mise en place des travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé (PTS) avec l'instauration de trois groupes de travail, ouverts à l'ensemble des acteurs du territoire : éducation à la santé / prévention / santé environnementale, offre de soins et personnes handicapées vieillissantes / personnes handicapées adultes et enfants. La restitution de ces travaux est prévue en fin d'année. Nous souhaitons qu'un travail spécifique sur la question addictive soit engagé au sein de la conférence de territoire. Il s'agira d'examiner l'addictologie de manière transversale, tant dans le champ de la prévention, du médico-social que du sanitaire.

Les instances consultatives sectorielles se réunissent régulièrement (Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées-CDCPH et Comités Départemental des Retraités et Personnes

Agées-CODERPA). Le Conseil général souhaite cependant renforcer le rôle du CODERPA afin d'en faire un véritable lieu de dialogue et une réelle force de propositions. Il sera, par ailleurs, consulté pour émettre un avis sur le projet de schéma gérontologique 2013-2018.

Les associations ont également été sollicitées pour participer aux groupes de réflexion pour l'élaboration des derniers schémas départementaux et l'URIOPSS Centre est représentée dans les différents comités de pilotage. Ainsi, la parole a été donnée aux associations via l'URIOPSS Centre dans le cadre des Assises départementales de la protection de l'enfance qui se sont tenues en mars 2013. En revanche, l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) n'a pas encore été institué, ce que regrettent les associations du secteur.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Donner les moyens au CODERPA d'assurer pleinement son rôle
- Instituer l'ODPE en y associant les acteurs associatifs

Les politiques publiques locales

Le territoire du Cher a lancé ses travaux d'analyse des besoins de la population et de l'offre de santé du département. Ainsi, la Conférence de territoire travaille actuellement à la déclinaison territoriale du Projet Régional de Santé (PRS), pour une mise en œuvre début 2014 : les schémas départementaux enfance, adolescence/famille et personnes âgées sont en cours d'élaboration et les travaux pour l'élaboration du schéma personnes handicapées devraient débuter au 1^{er} trimestre 2014.

Les autorités locales se sont engagées dans le développement des Emplois d'avenir dans les secteurs social et médico-social avec, pour le Conseil général, une perspective de 35 emplois appuyés et l'Agence Régionale de Santé interviendra en complément des aides de l'Etat dans la limite de 13 emplois dans le secteur des personnes âgées et 12 dans le secteur des personnes handicapées.

Le Conseil Général du Cher a également engagé une démarche Cher 2021 à laquelle, l'URIOPSS a contribué par la remise d'un Cahier d'acteur.

De la même manière, l'URIOPSS Centre suit avec attention la démarche de mise en place des bassins de vie, lancée par le Conseil Régional, dans ce département et apportera sa contribution à ces travaux locaux.

Le département voit également se concrétiser des dynamiques territoriales facilitant la mise en œuvre du PRS, auxquelles les associations souhaitent participer activement. Trois contrats locaux de santé ont ainsi été signés sur le département : à Bourges en 2011, sur le Pays de Vierzon en 2012 et sur Saint Amand Montrond en 2013.

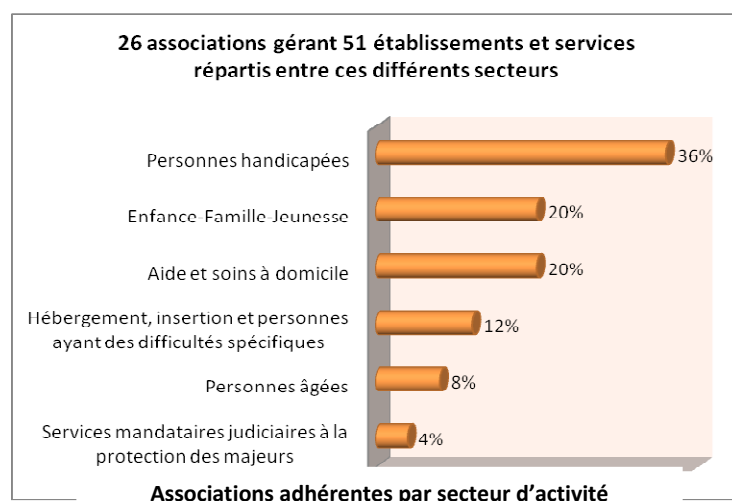
Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Donner une place à la Conférence de territoire dans les instances de suivi des Contrats locaux de santé.

EURE-ET-LOIR

Photographie du département

	Evolution de la population 1999-2009 ⁷ (taux de croissance annuel moyen)	Part des plus de 60 ans ⁸	Part des moins de 20 ans	Taux de bénéficiaires de l'APA ⁹ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux d'allocataires du RSA sur la population totale au 31/12/2011 ¹⁰	Part du Budget Prévisionnel 2013 consacrée à l'action sociale et solidaire ¹¹
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/


Emploi :

L'Economie Sociale et Solidaire représente en Eure-et-Loir près de 9.8% des emplois du département, soit une part légèrement inférieure à la moyenne régionale de 10.1%. En volume, cela représente 12 034 emplois.

7.5 % des emplois du département sont des emplois associatifs (taux inférieur à la moyenne nationale de 8.5%). L'emploi salarié associatif dans le secteur de l'action sociale et de la santé représente quant à lui 3% de l'emploi salarié total du département, soit 4 552 emplois¹².

Les délégués de l'URIOPSS (GLASS) en EURE-ET-LOIR : Madame Patricia DOUANE (ADAPEI 28) et Monsieur Jacques BONVALET (ADSEA 28)

Les associations adhérentes de l'EURE-ET-LOIR : A DOMICILE 28 • ADAPEI 28 • ADMR 28 • ADSEA • AFTC 28 • ANAIS • APF • APPRENTIS D'AUTEUIL • ASSOCIATION MAISON MATERNELLE • ASSOCIATION SCHWEITZER • ASSOCIATION VERS L'AUTONOMIE • CICAT • FEDERATION ADDICTION • FNARS CENTRE • FONDATION CHEVALLIER-DEBEAUSSE • FONDATION GRANCHER • FONDATION LEOPOLD BELLAN • FOYER D'ACCUEIL CHARTRAIN • FRAPS CENTRE • INSTITUTION DES JEUNES SOURDS • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • ORDRE DE MALTE • SŒURS DE ST PAUL DE CHARTRES • SOS VILLAGES D'ENFANTS • TRISOMIE 21 EURE-ET-LOIR • UDAF DE L'EURE ET LOIR • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAJ CENTRE •

⁷ Données DREES 2010

⁸ Données SROSMS Centre 2012-2016

⁹ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

¹⁰ OSCARD 2012

¹¹ Site internet du Conseil général

¹² Données emploi INSEE 2011

Malgré la forte mobilisation des acteurs associatifs du département, et les échanges réguliers avec les autorités publiques, l'Eure et Loir souffre d'un manque certain d'une véritable concertation et d'une vision partagée à long terme concernant les problématiques des champs social, médico-social et de la santé. De ce fait, plusieurs sujets restent aujourd'hui à travailler afin de mieux répondre aux besoins de la population du département :

- sécuriser le financement des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre les exclusions afin de leur assurer une vision à plus long terme des actions qu'elles peuvent mener, pour répondre de manière concertée aux problématiques des populations précaires ;
- renforcer l'offre médico-sociale en addictologie notamment pour répondre aux besoins des jeunes particulièrement concernés par cette problématique ;
- consolider les liens entre les associations du champ du handicap et le Conseil général afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap sur le département ;
- assurer une prise en charge adaptée des mineurs isolés étrangers.

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

De par sa situation géographique limitrophe de la région parisienne, l'Eure-et-Loir fait partie des départements de la région les plus en tension sur l'hébergement et le logement au même titre que l'Indre-et-Loire et le Loiret.

Au niveau de l'hébergement, le département se caractérise notamment par :

- une forte demande sur le dispositif d'urgence notamment en raison de l'afflux des publics primo-arrivants, demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile.
- une part importante de couples avec enfants ou familles monoparentales. Ce public représente 51% des personnes hébergées.

Au niveau du logement, les acteurs associatifs et les bailleurs sociaux relèvent que les usagers de l'hébergement subissent une réelle stigmatisation et qu'il est de plus en plus difficile d'accéder au logement par la voie directe. En cause :

- la multiplication des procédures et des publics prioritaires. Le département compte aujourd'hui plus de 300 recours DALO par an (chiffre multiplié par 3 depuis la création du dispositif).

La concentration de logements sociaux sur 3 communes du département dont Chartres. Le nombre d'expulsions locatives est également en forte augmentation en raison des recours plus fréquents des bailleurs qui, devant les procédures d'apurement des dettes de certains locataires, se retrouvent sans autre possibilité de recours. Les associations constatent également que peu de jeunes accèdent au logement en raison de conditions d'admission en logement social inadaptées au public jeune : délais d'instruction trop longs alors que les jeunes sont dans des besoins immédiats, absence de revenus, etc.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Sécuriser le financement des associations pour les actions qu'elles ont engagé dans le cadre des missions qui leurs ont été attribuées.
- Organiser une concertation entre les acteurs associatifs et les représentants de la préfecture sur la situation des pré-demandeurs d'asile, demandeurs d'asile et déboutés.
- Poursuivre la révision du PDALPD en faisant de la coordination des acteurs une priorité.

✓ Accès aux soins

Un partenariat existe depuis plusieurs années entre les acteurs de la santé et de la lutte contre l'exclusion permettant :

- d'identifier les personnes ne recevant pas les soins nécessaires,
- d'établir un diagnostic partagé pour une réponse adaptée aux besoins des personnes et ainsi faciliter leur orientation.

Ce partenariat a permis d'établir des relations de confiance entre les acteurs et ainsi d'avoir un accompagnement plus cohérent et coordonné (éviter des expulsions, des hospitalisations ou de mieux les préparer, etc.).

De même, le département est doté d'une équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) qui a pour objet d'amener vers le soin des personnes qui ne pourraient pas y accéder directement. Elle intervient auprès des épiceries sociales, des structures d'hébergement, etc.

Cette intervention dans les structures d'hébergement constitue un véritable outil pour les travailleurs sociaux qui se trouvent souvent désarmés face aux troubles psychiatriques et psychiques de certains usagers tant au niveau de leur comportement qu'au niveau de leur projet de vie, l'état psychiatrique d'une personne pouvant également constituer une limite à l'accès au logement.

✓ Enfance

Dans le cadre de sa nouvelle planification, le Conseil général axe son action sur le redéploiement de places (ex : AEMO renforcée, renforcement de l'accueil familial ...).

Les associations réaffirment quant à elles la nécessité de prendre en compte le parcours et l'intérêt des enfants dans la définition des politiques locales. Elles souhaitent donc pouvoir participer pleinement, et en concertation avec le Conseil général, à la mise en œuvre du schéma départemental de prévention et protection de l'enfance.

Dans le département d'Eure-et-Loir, le Conseil général a souhaité instaurer, avec les associations œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance, des conventions de partenariat ayant pour objectif de donner les grandes lignes directrices concernant la prise en charge des mineurs (admission, modalités de prise en charge, etc). Les associations souhaitent des temps de réflexion avec le Conseil général sur la mise en œuvre de ces conventions et sur le sens de ce dispositif.

La protection judiciaire de la jeunesse a établi une nouvelle tarification concernant la mesure judiciaire d'investigation éducative. Malgré la mobilisation des fédérations, dont l'UNIOPSS, sur les conséquences de cette nouvelle tarification, le seul service d'investigation éducative, porté par une association d'Eure-et-Loir a malheureusement été fermé.

La question des jeunes majeurs à leur sortie du dispositif se pose également, notamment sur les passerelles pouvant être créées avec d'autres secteurs afin d'éviter les ruptures. Concernant les

dispositifs de soutien à la parentalité, la CAF et le Conseil général d'Eure-et-Loir ont soutenu et travaillé en partenariat avec l'URIOPSS Centre sur la réalisation d'une plaquette régionale des Lieux d'Accueil Enfants-Parents, afin de présenter leurs actions auprès des familles mais également des professionnels.

Suite à la mise en place du protocole entre l'Etat et l'ADF en juin 2013 sur les mineurs isolés étrangers visant à les répartir nationalement entre les départements afin de désengorger les Conseils généraux les plus concernés par l'afflux de ces jeunes, les associations souhaitent attirer l'attention sur le fait que ce dispositif n'apporte pas de réponse satisfaisante. En effet, en pratique, les quotas sont souvent dépassés et les flux sous évalués. Elles demandent ainsi qu'une prise en charge adaptée soit mise en place pour ces jeunes.

Proposition de l'URIOPSS Centre:

- *Poursuivre les rencontres régulières avec le Conseil général (élus et services techniques) et une délégation des associations du département (GLASS).*
- *Mettre en place des temps de réflexion avec les services du Conseil général sur le suivi et la mise en œuvre des conventions de partenariat.*
- *Accompagner les jeunes majeurs à la sortie du dispositif de protection de l'enfance vers des dispositifs passerelles pour éviter les ruptures.*
- *Travailler avec la protection judiciaire de la jeunesse sur les orientations politiques nationales afin de préserver les services associatifs habilités et leur efficience.*
- *Poursuivre le partenariat avec la CAF et le Conseil général pour la promotion et la diffusion de la plaquette régionale des LAEP.*
- *Mettre en place une prise en charge adaptée pour les mineurs isolés étrangers.*

✓ Personnes âgées

Mise en place du Chèque emploi service universel (CESU) pour les bénéficiaires de l'APA

Le Conseil général a décidé de mettre en place le CESU pour les personnes bénéficiaires de l'APA. Or, la généralisation du CESU ne permet pas au Conseil général de garantir la qualité de la prise en charge. En effet, les personnes pourraient en réalité être tentées, pour des raisons économiques, de privilégier le gré à gré ou le mandataire, au détriment du prestataire, ce qui tendrait à les précariser davantage (formation de l'intervenant inadaptée, continuité de la prise en charge non garantie, risques prud'homaux en tant qu'employeur...).

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Veillez à ce que l'usage du CESU, dans le cadre des plans d'aide APA, ne se fasse pas au détriment de la qualité de la prise en charge.*

✓ Personnes handicapées

Les associations ont bien été associées à l'élaboration du schéma départemental « Personnes handicapées ». Elles regrettent cependant que la réalisation de l'état des lieux n'ait pas été plus concertée. Des modalités d'évaluation et un comité d'évaluation du schéma restent à mettre en œuvre.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Assurer la représentation associative dans le suivi de la mise en œuvre du schéma départemental, en lien avec le Conseil Général et l'ARS.*

✓ Addiction :

Le département de l'Eure-et-Loir souffre du manque d'un CAARUD permettant de compléter la prise en charge des personnes addictes, actuellement assurée par deux CSAPA. L'appel à projet en cours dans le département va permettre la mise en œuvre de cette prise en charge.

Par ailleurs, il existe sur le département une réelle demande pour une prise en charge de personnes souffrant de maladies chroniques. En cela, la création d'un dispositif d'Appartement de Coordination Thérapeutique serait nécessaire. Certaines personnes souffrant de ces pathologies présentent aussi des addictions. Le dispositif ACT permettrait ainsi de compléter la prise en charge addiction assurée par les CSAPA du département.

Enfin, il serait aussi pertinent de développer les consultations jeunes consommateurs pour aller au devant d'un public de plus en plus jeune qui se trouve de plus en plus confronté à des conduites à risques face à l'usage de drogues ou d'alcool. Ce dispositif à l'interface du soin et de la prévention permettrait un meilleur accompagnement de ce public jeune pour éviter de le voir basculer dans des conduites addictives plus graves.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Créer un dispositif d'appartement de coordination thérapeutique*
- *Développer les consultations jeunes consommateurs*
- *Renforcer l'offre médico-sociale afin de permettre la mise en œuvre de l'ensemble des missions des CSAPA.*

✓ Santé

D'ici une dizaine d'années, 50% des médecins généralistes d'Eure et Loir partiront à la retraite. Afin de limiter les problèmes liés à la démographie médicale, le département a donc lancé un Plan Santé 28 en 2011, qui propose des aides à l'installation pour les jeunes médecins et a pour finalité de faciliter l'accès aux soins pour tous. La démographie médicale dans ce département reste cependant préoccupante.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.*

✓ Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

Le constat est fait que, depuis la mise en œuvre de la réforme du 5 mars 2007, d'une part la situation des familles est de plus en plus dégradée à l'ouverture de la mesure et d'autre part le nombre de mesures judiciaires est en baisse constante.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Favoriser une meilleure articulation entre la mesure administrative d'accompagnement des familles (Conseil Général) et la mesure judiciaire (Tribunal pour enfant et service délégués aux prestations familiales).*

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques locales

Malgré la forte mobilisation des acteurs et les nombreux besoins relevés sur le territoire, les associations déplorent le fait que la Conférence de territoire d'Eure-et-Loir ne joue pas son rôle d'instance de démocratie sanitaire. En effet, très peu de réunions plénières et de réunions de Bureau ont été organisées depuis la création de cette instance (deux réunions plénières sur l'année 2012 et aucun Bureau).

Avec la vice-présidence assurée par un acteur du secteur privé non lucratif et une large représentation des associations au sein du Bureau, la place du secteur médico-social est pourtant affirmée, visible et lisible dans ces réunions. Mais le lien avec le secteur sanitaire est complexe, du fait d'enjeux politiques au niveau du territoire entre les différents centres hospitaliers, médecins libéraux, etc.

En outre, aucune stratégie ne semble définie à court et moyen terme comme en témoigne l'échec de la mise en place d'une commission d'accès aux soins sur le territoire de l'Eure-et-Loir, faute d'acteurs présents malgré des relances insistantes. Alors que l'ensemble des territoires de la région a entrepris l'élaboration du PTS (projet territorial de santé), la Conférence de territoire ne s'est pas encore saisie de cette question.

Par ailleurs, le schéma gérontologique pour la période 2014-2018 est en cours de révision avec l'appui du cabinet ENEIS pour une adoption fin 2013. Dans l'optique d'une démarche participative, le Conseil général a déployé plusieurs outils (boîte à idées, journal de projet, entretien, groupes de travail) pour faciliter l'information et l'expression des acteurs. La consultation des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur de la perte d'autonomie a également été organisée.

En vue du suivi du Schéma Prévention et protection de l'enfance, le Conseil général a sollicité l'URIOPSS Centre afin de proposer une représentation des associations dans les différents groupes de travail qui ont été mis en place. En revanche, les associations regrettent que l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) n'ait pas encore été institué.

Début 2011, une démarche de concertation sur la mutualisation a été engagée entre les services du Conseil général et les associations. En premier lieu, un état des lieux a été réalisé par les associations afin de définir plusieurs pistes de travail concrètes. Ces propositions ont donné lieu à la mise en place de 3 groupes de travail, animés par le Conseil général, qui se sont réunis sur 2011. Les conclusions de

ces groupes ont été présentées aux têtes de réseau fin 2011 dans l'optique d'être approfondies par les services du Conseil général et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales.

Les services du Conseil général annoncent aujourd'hui le lancement d'une démarche de GPEC auprès des associations pour identifier les besoins en matière de formation à 5 ans.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *S'assurer de la tenue des réunions de Conférence de territoire et de bureau en associant la vice-présidente à la définition de l'ordre du jour*
- *Instituer l'ODPE en y associant les acteurs associatifs*

Les politiques publiques locales

Les autorités locales se sont engagées dans le développement des Emplois d'avenir dans les secteurs social et médico-social avec, pour le Conseil général, une perspective de 100 emplois appuyés et l'Agence Régionale de Santé interviendra en complément des aides de l'Etat dans la limite de 15 emplois dans le secteur des personnes handicapées et 15 dans le secteur des personnes âgées.

La multiplication de contrôles sanitaires et vétérinaires dans les établissements du département, notamment au sein des cuisines satellites, inquiète les associations qui, conscientes de leurs obligations, s'interrogent cependant sur l'impact de cette inflation des normes sur la bonne conduite de leurs projets associatifs.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

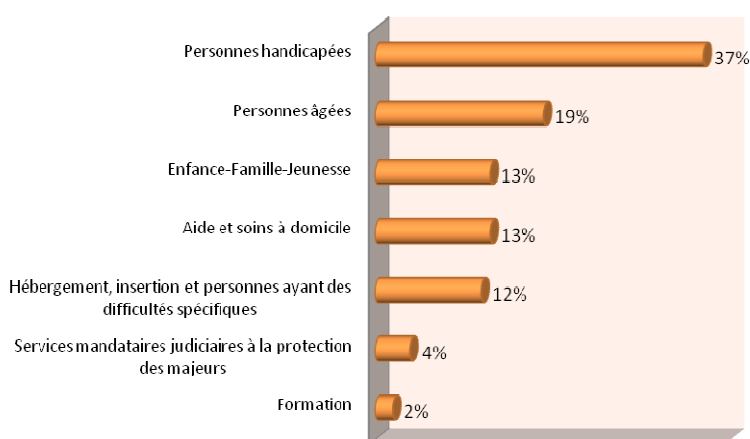
- Engager une réflexion collective sur l'inflation des normes et leur impact sur les projets associatifs du secteur

INDRE

Photographie du département

	Evolution de la population 1999-2009 ¹³ (taux de croissance annuel moyen)	Part des plus de 60 ans ¹⁴	Part des moins de 20 ans	Taux de bénéficiaires de l'APA ¹⁵ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux de bénéficiaires du RSA sur la population totale au 31/12/2011 ¹⁶	Part du BP 2013 consacrée à l'action sociale et solidaire ¹⁷
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/

34 associations gérant 52 établissements et services répartis entre ces différents secteurs



Associations adhérentes par secteur d'activité

Emploi :

La part de l'emploi de l'ESS de l'Indre est supérieure à la moyenne régionale puisqu'elle s'élève à 10.8% (moyenne régionale à 10.1%) ce qui représente 7480 emplois.

10.5% de l'emploi (en ETP) du département correspond à de l'emploi associatif (taux supérieur à la moyenne nationale de 8.5%). L'emploi salarié associatif dans le secteur de l'action sociale représente quant à lui 4% de l'emploi salarié total du département, soit 3 259 emplois¹⁸.

Les délégués GLASS de l'Indre : Monsieur Philippe COTTIN (AIDAPHI) et Madame Sylvie GUILLET (Maison de retraite « Saint Joseph »)

Les associations adhérentes dans l'Indre : ACOGEMAS • ADIASEAA • ADMR 36 • AIDAPHI • AIDE AUX FAMILLES A DOMICILE • ALIS 36 • ANPAA 36 • APAJH 36 • APF • ASMA • ASSIDO • ASSOCIATION ATOUT-BRENNE • ASSOCIATION EUROPEENNE D'HANDICAPES MOTEURS • ASSOCIATION LA ROSERAIE • ASSOCIATION L'AUREOLE • ASSOCIATION LE CASTEL • ASSOCIATION LES AMIS DE BETHANIE • ASSOCIATION MIEUX VIVRE • ASSOCIATION NOTRE DAME DU SACRÉ CŒUR • ATI 36 • COALLIA • EHPAD LA CHARMEE • EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE • ENTRAIDE ACVG INDRE ET VIENNE • FAMILLES RURALES 36 • FEDERATION ADDICTION • FNARS CENTRE • FRAPS CENTRE • MAISON DE RETRAITE SAINT JOSEPH • MAISON D'ENFANTS DE CLION SUR INDRE • MOISSONS NOUVELLES • MSA SERVICE TUTELLE 36 • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • OFFICE TECHNIQUE DEPARTEMENTAL D'INSERTION et de FORMATION • PARTAGE SOLIDARITE ACCUEIL • SOLIDARITE ACCUEIL • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAJ •

¹³ Données DRESS 2010

¹⁴ Données SROSMS Centre 2012-2016

¹⁵ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

¹⁶ OSCARD 2012

¹⁷ Site internet du Conseil général

¹⁸ Données emploi INSEE 2011

Les besoins de la population sont importants en terme d'accompagnement sanitaire, social et médico-social : trouver des réponses adaptées et innovantes à ces besoins constitue un défi à relever pour l'ensemble des acteurs département, et en particulier pour les acteurs associatifs du territoire, dont la dynamique est reconnue. Une attention particulière est appelée notamment sur les thématiques suivantes :

- améliorer la connaissance des besoins et des réponses mises en place pour l'accompagnement des personnes handicapées ;
- renforcer les actions de prévention en santé, notamment dans le champ des addictions
- consolider le dialogue de gestion avec les autorités de tarification ;
- élaborer un nouveau schéma gérontologique en concertation avec les acteurs .

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

Un territoire en redéfinition

A l'instar du Cher et du Loir-et-Cher, l'Indre connaît une faible tension sur l'hébergement et le logement. Cependant, sur le logement, l'offre se révèle souvent inadaptée aux besoins des usagers (notamment concernant la taille des logements).

Le secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion est en cours de restructuration avec notamment la création d'un accueil de jour et la transformation de la maraude en places d'hébergement d'urgence.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Favoriser la rencontre et les échanges entre acteurs du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI).*

✓ Enfance

Les choix opérés en matière de modalités de placement des mineurs confiés à l'ASE (80% sont pris en charge en Famille d'Accueil – source ODPE – 18/06/2012) ne sont pas sans effet sur la typologie des jeunes reçus en établissement de type Mecs (enfants de plus en plus âgés cumulant les problématiques) et sur les difficultés rencontrées par les équipes pour les prendre en charge.

L'évolution ainsi constatée des publics accueillis dans les structures de type internat éducatif, ne s'est pas accompagnée d'une diversification des modalités de prise en charge, et (à la quasi exception du SAPMN pour les jeunes de plus de 16 ans présentant un projet scolaire ou de formation professionnelle déjà abouti), il n'existe pas d'alternative entre placement en famille d'accueil et placement en internat éducatif (Mecs ou Foyer de l'Enfance).

S'agissant des mineurs en danger maintenus dans leur milieu familial, ils restent majoritairement suivis dans le cadre judiciaire (en dépit des orientations de la loi du 6 mars 2007) et leur nombre est en progression, sachant que l'ensemble des mesures administratives d'Aide Educative à Domicile ne

peut être engagé dans des délais raisonnables, compte tenu de l'importance du nombre des mesures judiciaires.

Enfin, certaines associations du département rencontrent de réelles difficultés financières, nécessitant de leur part une grosse mobilisation pour faire reconnaître la pertinence de l'action et la justification de leurs dépenses. En effet, le Conseil général ainsi que la PJJ avaient envisagé de ne pas reprendre des dépenses dans les comptes administratifs mettant en péril la situation financière de ces dernières.

En cohérence avec les orientations du schéma enfance 2011-2016, le Conseil général de l'Indre porte une attention particulière à la prévention et souhaite notamment développer la connaissance des dispositifs de prévention existants. A ce titre, il a apporté son appui à l'URIOPSS dans la réalisation d'une plaquette régionale des Lieux d'Accueil Enfants Parents. Avec la Caisse d'Allocation Familiale, il a participé au financement de ce projet destiné à apporter une information aux familles ainsi qu'aux professionnels sur l'action de ces lieux notamment dans le soutien à la parentalité.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Soutenir et apporter toute l'expertise du réseau UNIPSS-URIOPSS aux associations rencontrant des difficultés avec les autorités de contrôle et de tarification dans le cadre de leur dialogue*
- *Pérenniser le partenariat avec la CAF et le Conseil Général pour la promotion et la diffusion de la plaquette régionale des LAEP*

Une tarification des services d'aide à domicile déconnectée des prix de revient

Les services d'aide à domicile sont aujourd'hui en grande difficulté car ils sont aujourd'hui confrontés à une sous-tarification de leurs interventions, en particulier pour celles réalisées dans le cadre de la prestation compensatrice du handicap (PCH) à 17,59 euros de l'heure, selon la tarification fixée au niveau national en appui sur la valeur du point, figée depuis 2009. De ce fait, plusieurs services ont été amenés à sortir du régime de l'autorisation au profit de l'agrément.

De plus, les services conventionnés avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) sont face à une problématique de reconnaissance des coûts réels d'heures à domicile dans leurs modalités de tarification. La Caisse ne souhaite pas revaloriser son tarif dans l'attente de la rénovation du système de tarification en cours d'expérimentation.

Les services d'aide à domicile ont donc informé collectivement la Caisse qu'ils se réservaient le droit de facturer aux bénéficiaires une contribution différentielle calculée en fonction du tarif horaire des structures.

Le déploiement contrarié des équipes spécialisées Alzheimer

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, quatre équipes spécialisées Alzheimer (ESA), dont 2 de 5 places, ont été créées afin de couvrir l'ensemble du département. Face aux difficultés de recrutement de professionnels paramédicaux qualifiés (ergothérapeutes ou psychomotriciens), ce dispositif n'est opérationnel dans l'Indre que pour une seule équipe. Ce constat pourrait remettre en cause, à terme, l'autorisation de fonctionner de ces équipes.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Appliquer un niveau de tarification en corrélation avec le coût de revient moyen des structures d'aide à domicile.
- Conforter les créations de places d'ESA en engageant une réflexion afin de favoriser le recrutement d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens dans le département tout en sollicitant le droit d'ouvrir les recrutements à d'autres professionnels (neuropsychologue).

Une implication forte dans l'expérimentation du Dossier Médical Personnel (DMP) en EHPAD

Les EHPAD du bassin du Berry ont été choisis comme établissements expérimentateurs pour le déploiement du DMP par l'ARS Centre et le GCS Télésanté Centre. Ainsi, le DMP sera déployé auprès de 80 EHPAD dans le bassin du Berry (l'Indre et le Cher) pour une généralisation à la région à partir de 2014. Une dizaine d'associations pourrait être directement concernée et bénéficierait d'un soutien technique du GCS. Les associations regrettent cependant qu'aucune enveloppe financière supplémentaire pour les établissements souhaitant entrer dans l'expérimentation ne soit prévue.

Un schéma gérontologique qui arrive à échéance

Le schéma gérontologique, lancé en 2008, arrive à échéance à la fin de l'année 2013. Le Conseil général devrait donc prochainement être amené à lancer les travaux de concertation pour l'élaboration d'une nouvelle planification.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Soutenir financièrement les EHPAD souhaitant entrer dans l'expérimentation du DMP
- Lancer les travaux de concertation pour l'élaboration d'un nouveau schéma gérontologique en veillant à y associer les acteurs associatifs du département.

✓ Personnes handicapées

La fusion entre les places à vocation régionale, voire nationale, et départementale surestime le nombre de places pour le département. Le taux d'équipement régional et national est utilisé comme indicateur « territoire sur-doté/territoire sous-doté ». Or, cet indicateur ne peut refléter le « bon » niveau d'équipement d'un département. En effet, pour apprécier la couverture adaptée du territoire, il serait indispensable de corréler le taux d'équipement avec les besoins de la population d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Le département est également confronté à un manque de logements adaptés au handicap. La globalisation du financement de différents dispositifs d'accès au logement dans une enveloppe fermée limite en effet le développement de nouveaux dispositifs.

Enfin, les associations gérant des ESAT s'interrogent sur les modalités d'appréhension du projet de vie de la personne par la CDAPH et sur les critères d'élaboration du plan de compensation.

Elles déplorent en effet que les orientations données par la CDAPH ne s'accompagnent pas d'une information auprès des personnes handicapées sur ce qu'est un ESAT et sur la population qui y est accueillie (70% de personnes handicapées mentales en moyenne). Avant de donner une orientation professionnelle, pourraient être envisagés des stages ou des EMT (Evaluations en Milieu de Travail).

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Associer les acteurs associatifs au suivi du schéma « personnes handicapées » 2013-2018
- Proposer des stages ou EMT aux personnes devant être accueillies en ESAT

✓ Santé

L'Indre est le deuxième département de France qui enregistre la plus forte baisse des effectifs de médecins sur le territoire national : - 10.9% entre 2007 et 2013.

Un déficit de personnel médical et paramédical formé, dans les établissements médico-sociaux du département est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité de soins de qualité, ce qui pénalise l'accompagnement des personnes dans leur globalité.

Dans ce contexte, la prévention (addictions, nutrition, IST/VIH, suicide) ou plus largement la promotion de la santé sont des actions possibles. L'accès à l'information, aux dépistages, aux consultations avancées sont autant d'axes de travail à développer qui répondent aux enjeux du territoire. La précarité des financements du champ de la prévention vont à l'encontre des fondamentaux du secteur qui inscrivent ces actions dans le temps, et assurent à moindre coût l'accès aux soins.

✓ Les addictions

Les comportements addictifs sont en lien avec bon nombre de comorbidités repérées dans le département. Dès lors il est impératif de développer la logique du « aller vers » tant du point de vue de la prévention que de la réduction des risques que du soin. L'accompagnement ambulatoire, en le développant, doit permettre un suivi adapté, articulant les dimensions bio-psycho-social de la problématique. La prochaine évaluation des CSAPA et CAARUD initiée par le ministère de la santé et l'IGAS devra appuyer l'inscription de ces dispositifs comme ressources et axe central de la prise en charge des comportements addictifs sur les territoires.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.

✓ Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs :

Les associations du secteur déplorent le manque de transparence concernant les critères d'attribution des mesures.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Améliorer la visibilité des acteurs sur les modalités d'attribution des mesures

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques locales

Les associations du secteur social et médico-social sont représentées dans l'ensemble des instances de concertation départementales.

La Présidence de la Conférence de territoire est assurée par un acteur du secteur privé non lucratif et les associations sont largement représentées et mobilisées au sein du bureau. En revanche, le secteur sanitaire et les élus peinent à investir cette instance ce qui freine la dynamique des travaux.

L'année 2013 est marquée par la mise en place des travaux d'élaboration du Projet Territorial de Santé (PTS) organisés autour de trois groupes de travail, ouverts à l'ensemble des acteurs du territoire :

- soins de premiers recours,
- santé mentale et conduites addictives,
- maladies chroniques et autonomie.

Les associations ont également été sollicitées pour participer aux groupes de réflexion sur l'élaboration des derniers schémas départementaux.

Les instances consultatives sectorielles se réunissent régulièrement (Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées et Comités Départemental des Retraités et Personnes Agées) mais à l'heure actuelle peu de travaux inter-associatifs y ont été portés.

Enfin, l'observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) s'est réuni pour la première fois avec l'ensemble des acteurs le 2 décembre 2011, puis le 18 juin 2012.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Faire vivre l'ODPE dans sa dimension technique mais également politique afin qu'il puisse jouer pleinement son rôle*
- *Poursuivre le partenariat entre les associations et le Conseil général dans une logique de concertation et de réflexions partagées*

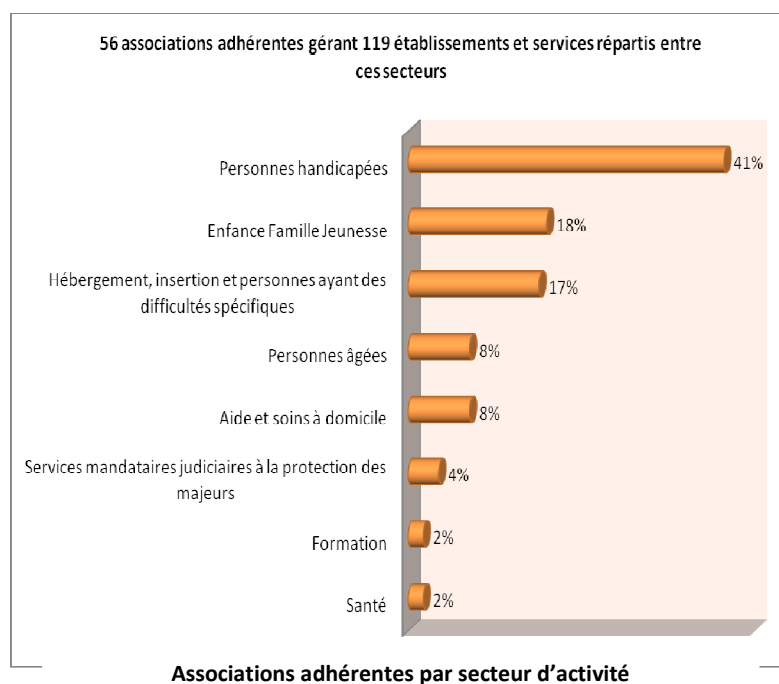
Les politiques publiques locales

Le territoire de l'Indre a lancé des travaux d'analyse des besoins de la population et de l'offre de santé du département. Ainsi, le projet territorial de santé (PTS) sera finalisé en 2013 et le schéma personnes handicapées sera validé par le Conseil général le 17 janvier 2014.

Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé s'est engagée à développer des Emplois d'avenir dans les secteurs social et médico-social au niveau du département dans la limite de 10 emplois dans le secteur des personnes handicapées et 15 dans le secteur des personnes âgées, emplois ciblés pour les bénéficiaires du RSA de moins de 25 ans. En revanche, le Conseil Général n'a pas souhaité, à ce jour, soutenir le développement de ce dispositif dans les associations du secteur, ce que regrette l'URIOPSS.

Afin de construire des dynamiques territoriales de santé au plus près des populations, un contrat local de santé a été signé sur la ville de Châteauroux. Une démarche de concertation des acteurs de la santé a également été engagée sur le Pays d'Issoudun : elle pourrait déboucher sur la signature d'un autre contrat.

	Evolution de la population 1999-2009 ¹⁹ (taux de croissance annuel moyen)	Part des plus de 60 ans ²⁰	Part des moins de 20 ans	Taux de bénéficiaires de l'APA ²¹ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux de bénéficiaires du RSA sur la population totale au 31/12/2011 ²²	Part du Budget Prévisionnel 2013 consacrée à l'action sociale et solidaire ²³
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/

**Emploi :**

En Indre-et-Loire, le secteur de l'ESS pèse près de 11% des emplois du département, cela représentant 21 712 emplois. 9,3% de l'emploi total est représenté par l'emploi associatif.

L'emploi salarié associatif dans le secteur de l'action sociale représente quant à lui 4% de l'emploi salarié total du département, soit 8 335 emplois²⁴.

Les délégués GLASS d'INDRE-ET-LOIRE : Messieurs Dominique GAUNET (ADSE) et Pascal OREAL (ASSAD 37)

Les associations adhérentes en INDRE-ET-LOIRE :

ACCESSMS • ADAPEI 37 • ADMR 37 • ADSE • AGEVIE • AIDADOM 37 • AIDES 37 • ANAIS • ANAS LE COURBAT • APF • APPRENTIS D'AUTEUIL • APSE • APSIS • ARPS • ASSAD-HAD EN TOURAINE • ASSOCIATION LES ELFES • ASSOCIATION FOYER DE CLUNY • ASSOCIATION ISATIS • ASSOCIATION JEUNESSE ET HABITAT • ASSOCIATION LA BOISNIERE • ASSOCIATION LA PATERNELLE • ASSOCIATION LA SOURCE • ASSOCIATION LE MAI • ASSOCIATION MONSIEUR VINCENT •

¹⁹ Données DREES 2010

²⁰ Données SROSMS Centre 2012-2016

²¹ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

²² OSCARD 2012

²³ Site internet du Conseil général

²⁴ Données emploi INSEE 2011

ASSOCIATION MONTJOIE • ASSOCIATION TUTELAIRE DE LA REGION CENTRE • ASSOCIATION TUTELAIRE D'INDRE-ET-LOIRE • ATEC • CESAP • CISPEO • COALLIA • CPD • DOMINICAINES DE LA PRÉSENTATION • ENTR'AIDE OUVRIERE • FEDERATION ADDICTION CENTRE • FNARS CENTRE • FONDATION LEOPOLD BELLAN • FONDATION VERDIER • FRAPS CENTRE • IME ST MARTIN DES DOUETS • INSERTION DEVELOPPEMENT • JCLT • LE DIALOGUE FAMILIAL • LE HAMEAU DE L'ARC EN CIEL • LES MAISONNEES • L'EVEIL • MOB D'EMPLOI 37 • MOUVEMENT POUR LES VILLAGES D'ENFANTS • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • PETITES SŒURS DES PAUVRES MA MAISON • PLANNING FAMILIAL D'INDRE-ET-LOIRE • TRISOMIE 21 INDRE-ET-LOIRE – GEIST • UDAF D'INDRE-ET-LOIRE • UNA D'INDRE-ET-LOIRE • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAJ CENTRE •

L'action sociale du département est dynamisée par un travail qui se veut constructif entre les associations et les autorités, aussi bien au niveau du Conseil général, de la délégation territoriale de l'ARS que de la DDCS. Les associations restent cependant vigilantes à la prise en compte des défis qu'il faudra relever à court terme :

- L'accompagnement des jeunes de moins de 25 ans, dont le nombre ne cesse d'augmenter, accompagnés dans les structures d'hébergement et d'insertion du département.
- L'amélioration de la connaissance du secteur de la protection de l'enfance notamment par un meilleur fonctionnement de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE).
- L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles des solutions innovantes adaptées doivent être trouvées.
- Le soutien des ESAT existants si ceux-ci sont transférés aux départements.
- L'élaboration d'une vision commune des problématiques départementales liées à l'autonomie dans un schéma conjoint « personnes âgées » et « personnes handicapées ».
- La mise en œuvre d'un nouveau mode de tarification des ESMS et la pérennisation des démarches de CPOM.

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

- ✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

Hébergement / logement : une articulation entre acteurs à renforcer

Tant sur l'hébergement que sur le logement, l'Indre-et-Loire fait partie des départements de la région les plus en tension au côté du Loiret et de l'Eure-et-Loir.

Concernant l'hébergement :

- Comme le souligne la synthèse régionale du Plan territorial de sortie de l'hiver, le nombre de refus par manque de place est alarmant sur ce département.
En effet, le département connaît une forte demande sur le dispositif d'urgence notamment en raison de l'afflux des publics primo-arrivants, demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile. De même, les CHRS (Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) connaissent des listes d'attente de 4 à 6 mois.
Malgré la progression des crédits sur le budget « accueil, hébergement, insertion », l'augmentation des demandes sur l'hébergement d'urgence conduit les structures à faire des choix au niveau des personnes accueillies. En effet, les services de l'Etat demandent aux associations de donner la priorité aux publics vulnérables : femmes avec enfants, mineurs isolés notamment. Ces conditions créent de fortes tensions entre les publics et au niveau des équipes qui doivent gérer ces situations en direct. Ce sentiment est accentué par la remise

en cause progressive des services proposés aux personnes. En effet, les missions s'apparentent aujourd'hui plus à de la mise à l'abri qu'à un travail d'accompagnement. En effet, comme dans plusieurs départements de la région, les acteurs de l'hébergement d'Indre-et-Loire se retrouvent par exemple contraints de ne plus proposer de repas le midi.

- L'augmentation du nombre de jeunes de moins de 25 ans dans les structures d'hébergement et d'insertion constitue une forte préoccupation du département. En effet, les acteurs sont vigilants à ce que les CHRS ne deviennent des « sas » avant l'accès au logement pour les jeunes sans revenu.

Cette question concerne également les mineurs isolés étrangers qui une fois parvenus à la majorité sortent du champ de compétence du Conseil général. Afin de limiter une gestion au jour le jour et dans l'urgence, une meilleure coordination entre services du Conseil général et de l'Etat est nécessaire.

Une commission du logement accompagné (COLAC) composée de l'ensemble des opérateurs disposant de logements temporaires ou adaptés et des principaux bailleurs sociaux a été créée dans le cadre du PDALPD (plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées). Coprésidée par l'Etat et le Conseil général, cette plateforme est destinée à identifier toutes les situations de mal-logement du département et de coordonner les interventions de l'ensemble des acteurs. Depuis sa création, elle a permis une mise en relation des acteurs concernés et permet aujourd'hui de limiter le nombre de recours DALO.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Mettre en place des rencontres entre prescripteurs pour améliorer la pertinence des orientations.*
- *Développer l'articulation entre le SIAO (Système Intégré d'Accueil et d'Orientation) et la COLAC.*

✓ Protection de l'enfance

Une action renforcée du Conseil général sur le soutien à la parentalité et la protection de l'enfance

Le Conseil général d'Indre-et-Loire souhaite intervenir et soutenir les parents le plus en amont possible des placements et des situations de dangers en développant des actions collectives ou individuelles autour de la parentalité. Ainsi, il a lancé un premier appel à projet sur des actions de soutien à la parentalité, et a également travaillé en partenariat avec la CAF et l'URIOPSS Centre sur la réalisation d'une plaquette régionale des Lieux d'Accueil Enfants-Parents afin de présenter leurs actions auprès des familles et des professionnels.

Outre son action traditionnelle dans le champ de la protection de l'enfance, le Conseil général rencontre des difficultés concernant l'accompagnement des mineurs isolés étrangers qui constitue aujourd'hui une part importante de son budget.

Comme dans l'ensemble de la Région, les associations du département sont très fortement impactées par la politique actuelle de la protection judiciaire de la jeunesse menée au niveau national sur les plans de la gestion budgétaire et de la gestion des emplois. En effet, sans prendre en compte les besoins des jeunes ou les attentes des magistrats ni s'appuyer sur une vision ou un plan stratégique en région, des services sont supprimés successivement, par la réduction ou la suppression de leurs financements ou le retrait de leur autorisation. Pour des services qui ont pu, il y a quelques années seulement, être développés par les associations à la demande même de la

Direction InterRégionale de la Protection Judiciaires de la Jeunesse (DIRPJJ), l'amertume des bénévoles et des professionnels, qui se sont engagés sur ces projets promouvant la dimension éducative auprès des jeunes, n'en est que plus grande. Sans parler des considérables conséquences en matière de responsabilité des associations en tant qu'employeur.

Par ailleurs, le Conseil général souhaite mettre en place des actions afin de lutter contre le décrochage scolaire.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Poursuivre le partenariat avec la CAF et le CG pour la promotion et la diffusion de la plaquette régionale des LAEP .*
- *Participer au suivi du schéma pour apporter son expertise aux problématiques rencontrées sur le territoire.*
- *Réinterroger la PJJ sur l'arrêt de la prise en charge des jeunes majeurs.*

✓ **Personnes âgées et aide à domicile**

Une réflexion en cours sur l'adaptation de l'habitat au vieillissement

Le Conseil général souhaite promouvoir une forme d'habitat qui permette, sur le long terme, quel que soit l'âge ou le handicap des personnes, de conjuguer l'intimité de chacun dans son logement, le développement du lien social et collectif, et surtout la préservation de l'autonomie, dans un environnement adapté. Ainsi, après le lancement d'un appel à projets « l'Habitat du bien vivre à domicile » en 2012 qui a permis d'accompagner six projets, pour un montant de 510 000 euros, le Conseil général lance en 2013 un nouvel appel à projets, sur la même thématique, avec une enveloppe budgétaire de 320 000€.

Un département qui se lance dans différentes expérimentations pour améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes

Les EHPAD du bassin d'Amboise ont été choisis comme établissements expérimentateurs pour le déploiement du Dossier Médical Personnel par l'ARS Centre et le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté Centre. Ainsi, le DMP sera déployé auprès de 80 EHPAD dans le bassin du Berry (Indre et Cher) pour une généralisation à la région à partir de 2014. Les EHPAD concernés bénéficieront d'un soutien technique du GCS. En revanche, aucune enveloppe financière supplémentaire pour les établissements souhaitant entrer dans l'expérimentation n'est prévue.

Par ailleurs, le territoire de Loches a été retenu pour expérimenter le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) à partir de septembre 2013. Cette expérimentation se déclinera en trois grandes thématiques : l'amélioration de la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, l'adaptation des pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie, la création de conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

Enfin, le département s'est engagé dans l'expérimentation de la tarification pour les services d'aide à domicile autorisés, proposés par le collectif des 16 et l'Association des départements de France (ADF).

Vers l'élaboration d'un schéma « Autonomie »

Le département de l'Indre-et-Loire souhaite mettre en place un schéma Autonomie, fusionnant le schéma gérontologique et le schéma adultes handicapés.

Cette nouvelle planification pourrait se mettre en place en 2017, date d'échéance du schéma « adultes handicapés ». En conséquence, le schéma gérontologique 2009-2013 sera prolongé jusqu'à cette date.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Rester vigilant à ce que les initiatives visant à développer l'hébergement alternatif, accueillies favorablement par l'URIOPSS Centre, ne pénalisent pas la création de places dans les établissements et services médico-sociaux.*
- *Soutenir financièrement les EHPAD souhaitant entrer dans l'expérimentation du DMP*
- *Veiller à la mise en place d'une évaluation partagée de l'expérimentation du PAERPA*

✓ Personnes handicapées

La nécessité de fluidifier le parcours des personnes handicapées, de l'enfance au grand âge

L'Indre-et-Loire est confrontée à une réelle problématique concernant les personnes handicapées en termes de fluidité des parcours et de prise en charge adaptée des personnes handicapées vieillissantes. Le Conseil général d'Indre-et-Loire est donc en cours de réflexion sur la recherche de solutions alternatives (comme la création d'un pôle autonomie dans les maisons départementales de la solidarité) mais aussi de médicalisation de places. Il s'est engagé depuis quelques années dans la création de places dans le département.

Les personnes en situation de handicap sont aujourd'hui particulièrement touchées par le chômage, avec un taux de près de 22% dans le département. C'est pourquoi, Pôle emploi et la MDPH 37 ont décidé de s'associer autour d'un double objectif : améliorer l'accompagnement des personnes handicapées dans leur projet d'insertion et parfaire le suivi de leur parcours professionnel. La convention qui les lie doit permettre un meilleur accompagnement des demandeurs d'emploi présentant un handicap en favorisant un parcours rapide et efficace vers l'emploi grâce à la coopération des deux structures.

Cependant, malgré ces efforts de part et d'autres des autorités, de réelles difficultés subsistent comme :

- ✓ Une part de plus en plus importante occupée par la Prestation de Compensation du Handicap dans le budget du Conseil général, ce qui impactera la création de place à l'avenir ;
- ✓ La problématique des jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants (« amendements CRETON ») créant de réels problèmes de droit humain : 100 enfants seraient sans place actuellement en IME dans le département.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Permettre aux associations de participer pleinement au suivi du schéma départemental en faveur des adultes handicapés.*
- *Travailler avec les autorités de contrôle et de tarification pour trouver des solutions pour les enfants sans place en IME.*

✓ Santé

Une réflexion sur la démographie médicale à intégrer

Le département bénéficie d'une démographie médicale satisfaisante au regard de la situation dans les autres départements de la Région mais hétérogène selon les territoires. Cependant une réflexion

globale sur la démographie médicale dans la Région devra associer les associations départementales du secteur médico-social.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.*

✓ Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

Les associations du secteur déplorent le manque de transparence concernant les critères d'attribution des mesures.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Améliorer la visibilité des acteurs sur les modalités d'attribution des mesures.*

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques locales

Les rencontres qui se tiennent régulièrement entre la Présidence du Conseil général et une délégation de représentants associatifs du département participent à la construction d'un partenariat. Les associations regroupées au sein de l'URIOPSS Centre ont ainsi été associées lors de l'élaboration des schémas enfance et adultes handicapés tant au sein du comité de pilotage que des groupes de travail.

De même, un suivi de la mise en œuvre du Pacte Territorial d'Insertion a été mis en place par le Conseil général. Ce dernier réunit l'ensemble des signataires, dont l'URIOPSS Centre, une fois par an. Les associations resteront vigilantes au maintien du volume financier à niveau constant sur 2013, ce sur quoi s'est engagé le Conseil général.

La Conférence de territoire d'Indre-et-Loire élabore actuellement son projet territorial de santé, déclinaison du Projet Régional de Santé. Des groupes de travail auxquels participent les associations ont été mis en place afin d'élaborer conjointement ce projet.

Des représentants d'associations ont été nommés récemment à la vice-présidence du Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH). Elles espèrent que cette nomination permettra au CDCPH de fonctionner plus efficacement que les années précédentes.

Cependant, certaines instances n'ont pas encore trouvé pleinement leur place. Ainsi, depuis sa création en mars 2012, les associations regrettent que l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance ne se soit pas encore réuni.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Poursuivre le partenariat entre le CG et les associations regroupées au sein de l'URIOPSS Centre.*
- *Faire vivre l'ODPE dans sa dimension technique mais également politique afin qu'il puisse jouer pleinement son rôle.*

- *Permettre aux associations de participer pleinement au suivi des schémas départementaux.*
- *Faire vivre le CDCPH afin qu'il constitue un véritable outil de travail.*
- *Prévoir un appel à candidatures pour organiser l'avis de l'ensemble des organisations professionnelles sur les schémas Personnes handicapées et Personnes âgées en référence à l'article D312-193-6 (Créé par Décret n°2011-671 du 14 juin 2011 - art. 1)*

Les politiques publiques locales

L'expérimentation d'une nouvelle tarification des ESMS dans laquelle le département a souhaité s'engager a permis la conduite d'un travail partenarial avec les associations du secteur, permettant un renforcement du dialogue de gestion et la mise en place d'une démarche de contractualisation avec les acteurs associatifs du département. Les associations restent par ailleurs vigilantes au bon suivi des deux expérimentations de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en cours dans le champ de la protection de l'enfance et de l'aide à domicile et à la généralisation de ces démarches de CPOM à l'ensemble des associations du secteur social et médico-social.

Le financement du reste à charge pour les associations qui recruteraient des Emplois d'avenir doit permettre d'améliorer l'accès à l'emploi de jeunes peu ou pas qualifiés. Les associations souhaitent attirer l'attention des autorités sur l'importance de ce financement auquel le Conseil général d'Indre-et-Loire et l'Agence Régionale de Santé du Centre se sont engagés dans la limite de :

- 30 Emplois d'avenir financés par le Conseil général pour le secteur médico-social
- 20 Emplois d'avenir pour le secteur personnes âgées et 26 Emplois d'avenir pour le secteur des personnes handicapées financés par l'ARS

Enfin, le Conseil général d'Indre-et-Loire a signé une convention le 5 juillet 2013 avec l'Etat et la région sur le déploiement des moyens en matière de formation relative aux Emplois d'avenir.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

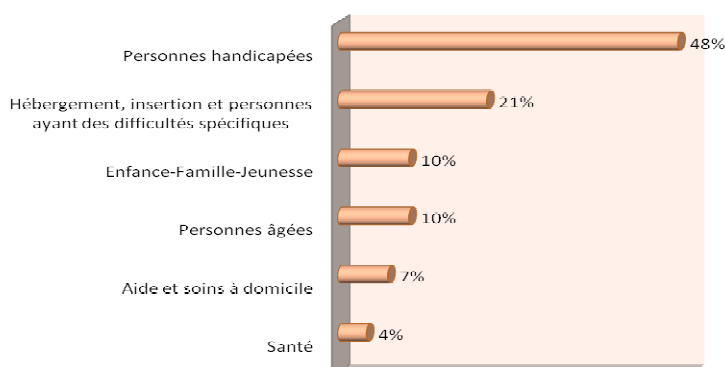
- *Permettre un accompagnement progressif des associations avec un bilan d'étape dans le cadre de la mise en place de la nouvelle tarification. Le Conseil général lors d'une rencontre en date du 27 mai 2013 s'est engagé à la mise en place de temps d'échange.*
- *Accompagner les associations dans la rédaction et la mise en œuvre des CPOM.*
- *Poursuivre la sensibilisation des autorités sur l'importance de financer le reste à charge des Emplois d'avenir.*

LOIR-ET-CHER

Photographie du département

	Evolution de la population 1999-2009 ²⁵ (taux de croissance annuel moyen)	Part des plus de 60 ans ²⁶	Part des moins de 20 ans	Taux de bénéficiaires de l'APA ²⁷ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux de bénéficiaires du RSA sur la population totale au 31/12/2011 ²⁸	Part du Budget Prévisionnel 2013 ²⁹ consacrée à l'action sociale et solidaire
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/

27 associations gérant 82 établissements et services répartis entre ces différents secteurs



Associations adhérentes à l'URIOPSS par secteur

Les délégués GLASS du Loir-et-Cher : Messieurs Jean-Marie VINCENT (APHP) et Michel BEAUVALLET (AIDAPHI)

Les associations adhérentes dans le Loir-et-Cher :

ACESM • ADAPEI 41 • ADMR • AIDAPHI • ANAIS • ANPAA 41 • APAHAV • APAJH 41 • APF • ASLD • ASSOCIATION DE PATRONAGE DE L'INSTITUTION REGIONALE DE JEUNES SOURDS • ASSOCIATION ENFANCE HEUREUSE • ASSOCIATION ESPOIR VALLÉE DU LOIR • ASSOCIATION POUR PERSONNES HANDICAPEES DU PERCHE • AUTISME LOIR-ET-CHER • EMMAÛS SOLIDARITE • FEDERATION ADDICTION CENTRE • FNARS CENTRE • FNCPG – CATM • FRAPS CENTRE • LEDA - LES ESPACES D'AVENIRS • LES PETITS FRERES DES PAUVRES • L'HOSPITALET • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • OSONS NOUS SOIGNER • PROXIMITE SERVICES LOIR-ET-CHER • SECOURS CATHOLIQUE 41 • SOCIETE PHILANTHROPIQUE • TRISOMIE 21 LOIR-ET-CHER • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAJ CENTRE •

²⁵ Données DREES 2010

²⁶ Données SROSMS Centre 2012-2016

²⁷ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

²⁸ OSCARD 2012

²⁹ Site Internet du Conseil général

³⁰ Données emploi INSEE

La concertation des acteurs œuvrant dans le champ de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale est appréciée par les acteurs associatifs du Loir-et-Cher ; elle permet la mise en œuvre de politiques co-construites avec les différents acteurs du département. Le contexte économique tendu oblige cependant à toujours plus de coordination entre acteurs et les associations resteront vigilantes à la mise en place des réponses apportées aux personnes en situation de vulnérabilité en veillant à :

- améliorer la coordination des acteurs dans l'accompagnement des jeunes dits « borderlines »,
- encourager la diversification des réponses apportées aux personnes en situation de handicap, notamment pour les personnes vieillissantes,
- renforcer le maillage territorial pour répondre aux besoins identifiés dans la prise en charge des addictions,
- suivre les différents schémas départementaux mis en place dans le département.

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

- ✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

Hébergement / Logement : des dispositifs basés sur le partenariat

A l'instar du Cher et de l'Indre, le Loir-et-Cher connaît une faible tension sur l'hébergement et le logement.

Toutefois au niveau de l'hébergement, comme le montre la situation de janvier 2013 sur le département, le nombre de places peut se révéler insuffisant en raison de l'afflux de primo arrivants et demandeurs d'asile.

Cette situation constitue une réelle difficulté pour les acteurs de l'hébergement au même titre que la pression exercée par certains maires sur les CHRS pour l'hébergement des primo arrivants et personnes déboutées du droit d'asile qui font partie des publics dont la situation administrative ne permet pas d'accéder au logement.

Une réflexion autour de la création d'une maison de la veille sociale réunissant le 115, le SIAO et l'accueil de jour est en cours.

Concernant le logement, la création d'une commission (CORAHLI : commission d'orientation pour l'accès à l'hébergement, au logement et à l'insertion) composée des représentants de la DDCSPP et du Conseil général, des bailleurs sociaux et d'acteurs associatifs de l'hébergement, permet de statuer sur les demandes de logement restées sans solution et de déclencher des solutions d'accompagnement adaptées.

La connaissance mutuelle des acteurs ainsi que la mise en place d'un véritable travail partenarial contribue à la dynamique des dispositifs. Peuvent être cités comme exemples :

- la réflexion menée conjointement par les services de l'Etat et du Conseil général sur l'articulation des dispositifs d'accompagnement : accompagnement social lié au logement (ASLL – financement CG) et accompagnement vers et dans le logement (AVDL – financement Etat).
- la réactivation par la DDCSPP du comité consultatif des usagers en lien avec la FNARS

✓ Addictions

La participation des acteurs du champ de l'addictologie à la construction du Projet Territorial de Santé du Loir-et-Cher a permis d'établir un diagnostic précis en matière d'offre de soins et de soulever les besoins sur le département, comme la consolidation de la filière de prise en charge des patients en addictologie, la coordination des acteurs, la prise en charge de publics spécifiques...

Le renforcement des CAARUD en 2013 par les mesures nouvelles octroyées par l'ARS a permis d'instaurer la réduction des risques en ciblant tout d'abord les territoires de Romorantin et Vendôme.

Toutefois, l'offre de soins est encore très inégalitaire en termes de maillage territorial et consolider l'offre sanitaire et médico-sociale sur les territoires ruraux du Loir-Cher constitue une priorité.

L'accueil des usagers de drogues souffrant de multiples co-morbidités est rendu difficile par une offre insuffisante en hébergement spécialisé médico-social.

Par ailleurs, l'absence de lits hospitaliers dédiés au sevrage sur le département et d'hébergement médico-social spécialisé dans l'accueil de populations souffrant de multiples co-morbidités rend difficile l'accompagnement de certains usagers.

L'appui et le développement des modalités d'intervention précoce au plus près des premiers usages des jeunes consommateurs de produits psychoactifs est à renforcer dans le cadre des CSAPA et Consultations jeunes consommateurs (CJC), conformément aux orientations prioritaires du dernier plan MILDT. S'agissant de la prévention des addictions, la sensibilisation aux risques liés à l'usage d'internet et plus largement des écrans prend de l'ampleur au sein du département.

La coordination des acteurs permet d'élaborer des nouveaux outils et de travailler en partenariat. La définition des territoires d'actions prioritaires vise à apporter une réponse où l'offre est insuffisante. Néanmoins, la prévention est impactée par une baisse des subventions, ayant pour conséquence que certains bénéficiaires des actions de prévention sur le Loir-et-Cher risquent de ne plus être ciblés.

Aux côtés de l'ARS, le Conseil régional a fortement investi les questions de santé en soutenant financièrement des actions de prévention. Une bonne coordination et communication sur ces financements et co-financements doivent être assurées pour garantir la lisibilité du dispositif. L'ensemble des acteurs associatifs pourra ainsi apporter tout son savoir-faire aux actions de prévention dans les établissements scolaires du secondaire de l'enseignement général et professionnel et aux actions de prévention et d'interventions précoces.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Valoriser les besoins du département auprès de l'ARS afin d'offrir une prise en charge homogène sur le département.*
- *Renforcer les actions de prévention comme mission obligatoire et pérenne des CSAPA.*

✓ Enfance

Tout comme les autres départements de la Région, le département du Loir-et-Cher est confronté à l'accompagnement de jeunes aux problématiques complexes. Aujourd'hui certains de ces jeunes se retrouvent sans réponses institutionnelles, alors même que les CHRS ne souhaitent pas être une solution de week-end pour ces jeunes.

Dans le département du Loir-et-Cher, une augmentation de l'AEMO judiciaire (+20% en 2012) a été constatée, ce qui vient en contradiction avec la loi relative à la protection de l'enfance.

Le département du Loir-et-Cher s'est engagé au côté de l'URIOPSS dans la réalisation d'une plaquette régionale des Lieux d'Accueil Enfants Parents. Ainsi, le Conseil général et la Caisse d'Allocations Familiales ont financé et apporté leur appui sur ce projet destiné à apporter une information aux familles ainsi qu'aux professionnels sur l'action de ces lieux notamment dans le soutien à la parentalité.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Parvenir à une politique commune d'accompagnement des jeunes dits « borderlines » efficace et coordonnée entre les différents acteurs institutionnels et la pédopsychiatrie.*
- *Poursuivre le partenariat avec la CAF et le CG pour la promotion et la diffusion de la plaquette régionale des LAEP*

✓ Personnes âgées-personnes handicapées

Vers un schéma autonomie

Le Conseil général a souhaité développer une politique en faveur des personnes en perte d'autonomie tout au long de la vie. Ainsi, un schéma « handicap et dépendance à tous les âges de la vie » est en cours d'élaboration. Une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) en faveur des personnes âgées et handicapées ainsi qu'une Maison pour l'autonomie sont en projet.

✓ Personnes handicapées

Dans le département du Loir-et-Cher, 14 places pour personnes âgées vieillissantes ont été ouvertes en 2012 dans un foyer d'accueil spécialisé afin de désengorger les ESAT et Foyers Occupationnels. Cependant, malgré les efforts du département pour trouver des réponses adaptées, la problématique des personnes handicapées vieillissantes reste prégnante. Le Conseil général souhaite donc réfléchir à de nouvelles modalités d'accompagnement (foyer des aînés, foyer d'hébergement semi-autonome). Dès lors, la notion de parcours doit être intégrée dans le cadre du nouveau schéma. Par ailleurs, la prise en charge des handicaps rares, pourtant nécessaire dans le département, reste difficile du fait notamment de la convergence tarifaire. Cette thématique reste à traiter, en intégrant également une réflexion sur la cohabitation des handicaps au sein des établissements.

Enfin, la fusion entre les places à vocation régionale, voire nationale, et départementale surestime le nombre de places pour le département. Le taux d'équipement régional et national est utilisé comme indicateur « territoire sur-doté/territoire sous-doté ». Or, cet indicateur ne peut refléter le « bon » niveau d'équipement d'un département. En effet, pour apprécier la couverture adaptée du territoire, il serait indispensable de corréliser le taux d'équipement avec les besoins de la population d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Participer aux travaux du conseil général pour trouver de nouvelles modalités de prise en charge pour les personnes handicapées vieillissantes.*
- *Favoriser un panel de réponses diversifiées et graduées assurant l'adaptation de l'accueil aux projets individuels des usagers.*

✓ Santé :

Un déficit de personnel médical et paramédical, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du département est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité de soins de qualité, ce qui pénalise l'accompagnement des personnes dans leur globalité.

Des initiatives locales tentent cependant de conduire une politique de santé publique reposant sur l'accès aux soins pour les publics précaires mais également sur le développement d'une politique de prévention. Respectivement en décembre 2011 et décembre 2012, la ville de Blois et la ville de Vendôme ont ainsi signé avec l'Agence régionale de santé des contrats locaux de santé visant à mettre en cohérence l'ensemble des démarches de santé existantes sur le territoire.

Par ailleurs, l'hôpital de Blois a créé le dispositif PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) permettant de recentrer les médecins libéraux sur leur activité de soins par la mise à disposition de personnel administratif sous réserve qu'ils participent à une astreinte médicale de 1^{er} niveau (réception et 1^{er} traitement des appels). Ce dispositif a permis l'arrivée de médecins dans les cantons où il est mis en place.

Le Programme territorial de santé du Loir-et-Cher prévoit notamment dans le cadre d'une action pilotée par l'URIOPSS de développer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social, notamment sur l'emploi partagé de professionnels médicaux et para-médicaux.

Prévention : un désengagement préoccupant

Les associations de prévention et d'accès aux soins doivent faire face à une baisse de 29% des crédits. Cette situation pose la question des priorités des autorités et les conséquences à moyen voir long terme en matière de santé publique de tels choix.

De plus, de telles mesures instaurent un climat d'insécurité et de concurrence entre les structures.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.*

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques

Le Conseil général du Loir-et-Cher élabore actuellement un schéma départemental « handicap et dépendance à tous les âges de la vie » au cours d'une démarche participative avec les différents partenaires. Le comité de pilotage sera composé d'élus ainsi que de représentants du CDCPH, du CODERPA et de la COMEX. Les associations seront vigilantes à ce que le schéma prenne en compte leur parole et que les arbitrages ne soient pas effectués uniquement sur la base de critères financiers.

Le Conseil général du Loir-et-Cher a élaboré son schéma départemental de l'enfance et de la famille 2011-2016. Depuis, des groupes de travail associant les acteurs associatifs ont été mis en place.

Des associations du département ainsi que l'URIOPSS Centre sont également membres de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. Le protocole de recueil, traitement et

évaluation des informations préoccupantes relatives à l'enfance en danger a été signé en octobre 2012. Les associations regrettent, en tant que partenaires du dispositif de protection de l'enfance, qu'elles n'aient été associées ni à son élaboration ni à sa signature.

L'ARS, avec l'appui de la Conférence de territoire du Loir-et-Cher a élaboré son projet territorial de santé, déclinaison du Projet Régional de Santé. Des groupes de travail auxquels ont participé les associations avaient été mis en place afin d'élaborer conjointement ce projet. Dans le cadre de la mise en œuvre de fiches actions de ce projet, certaines associations ainsi que l'URIOPSS Centre ont été désignées pilotes.

De même, plusieurs groupes de travail ont été mis en place dans le cadre de la Conférence de territoires pour la déclinaison du PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins). Dans ce cadre, chaque acteur devra être vigilant à ce que la recherche d'économies ne l'emporte pas sur l'intérêt des usagers.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Solliciter les autorités pour la mise en place de comités de suivi des schémas, auxquels l'URIOPSS serait associée.*

Les politiques publiques locales

Le partenariat est actif dans ce département où la proximité et le dynamisme des acteurs, qu'ils soient publics ou associatifs, permettent le développement et l'adaptation des réponses. Les travaux réalisés auprès de l'ARS au sein de la Conférence de territoire, qui ont permis d'aboutir au premier Programme territorial de santé (PTS) de la région, comme ceux engagés avec le Conseil général ou l'Etat (avec la DDCCS notamment) permettent une implication effective des associations. Il faudra collectivement veiller à conforter ce partenariat pour relever les défis de ce département.

L'URIOPSS salue ainsi l'initiative prise en 2012 par le Conseil général du Loir-et-Cher d'accorder des subventions supplémentaires aux ESMS par arrêté et avec un caractère systématique, afin de mener leur évaluation externe.

L'Agence Régionale de Santé du Centre s'est engagée à financer le reste à charge pour les associations qui recruteraient en emplois d'avenir : 16 emplois d'avenir pour le secteur personnes âgées et 15 emplois d'avenir pour le secteur des personnes handicapées.

Le Conseil général du Loir-et-Cher s'est également engagé à financer ce reste à charge à condition que les associations recrutent en Emplois d'avenir des bénéficiaires du RSA de moins de 25 ans et en particulier les jeunes femmes (mères isolées), et que les établissements s'engagent dans des dynamiques de GPEC. Si ces exigences supplémentaires peuvent se justifier à la fois socialement et en terme de cohérence des politiques du Conseil général, on peut craindre qu'elles constituent un frein supplémentaire au déploiement du dispositif.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux engagés sur une contractualisation pluriannuelle sur les objectifs et les moyens fixés pour les associations dans l'exercice de leurs missions, les associations regrettent que le Conseil général pose des préalables difficilement réalisables pour la signature de CPOM.

Les services du Conseil général et de l'État ont par ailleurs entamé une réflexion sur l'articulation des dispositifs d'accompagnement social lié au logement (ASLL – financement CG) et l'AVDL (accompagnement vers et dans le logement – financement État), réflexion à laquelle les associations participent.

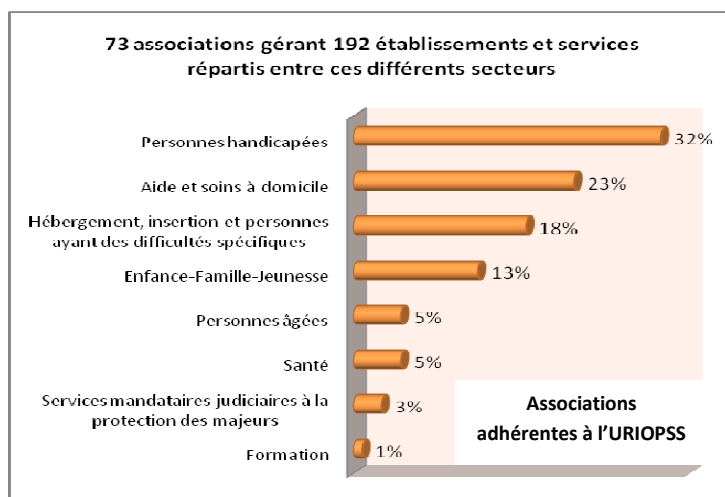
Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Travailler à la mise en place des CPOM avec le département et les associations.*
- *Donner une place à la Conférence de territoire dans les instances de suivi des Contrats Locaux de Santé.*

LOIRET

Photographie du département

	Evolution de la population 1999-2009 (taux de croissance annuel moyen) ³¹	Part des plus de 60 ans ³²	Part des moins de 20 ans ¹	Taux de bénéficiaires de l'APA ³³ (pour 1000 personnes de 75 ans et plus)	Taux d'allocataires de l'AAH Erreur ! Signet non défini. (pour 100 adultes de 20 à 59 ans)	Taux de bénéficiaires du RSA sur la population totale au 31/12/2011 ³⁴	Part du Budget Prévisionnel 2013 consacrée à l'action sociale et solidaire ³⁵
Loiret	0.6%	30%	25%	200.3‰	2.2%	2.5%	40%
Cher	-0.1%	37%	22%	181.8‰	3.5%	3.4%	53%
Eure et Loir	+0.4%	30%	26%	170.4‰	2.2%	2.2%	45%
Indre	0%	42%	21%	185.0‰	3.9%	2.4%	60%
Indre et Loire	0.6%	32%	24%	169.4‰	2.9%	2.4%	44%
Loir et Cher	0.4%	37%	23%	207.0‰	2.6%	2.3%	52%
Région Centre	0.4%	33%	24%	187.7‰	2.7%	2.5%	/
France	0.7%	24%	24.7%	201.0‰	2.8%	2.9%	/



Emploi :

Dans le Loiret, le secteur de l'ESS représente 9,3% des effectifs salariés du département, soit 21 731 emplois.

7,6% de l'emploi total est représenté par l'emploi associatif.

L'emploi salarié associatif dans le secteur de l'action sociale représente quant à lui 3% de l'emploi salarié total du département, soit 7 934 emplois³⁶.

Les délégués GLASS du Loiret : Monsieur Pedro NIETO (Les clos du Loiret) et Madame Christine TELLIER (APLEAT)

Les associations adhérentes dans le Loiret :

A DOMICILE 45 • ACCOMPAGNEMENT ET HÉBERGEMENT URBAIN (AHU) • ADAPEI 45 • ADMR 45 • ADPEP 45 • AEFH • AFPAL • AIDAPHI • AIDER SERVICES • ANAIS • ANPAA 45 • APADVOR • APAJH 45 • APF • APHL • APPEL SERVICES • ARDEQAF • ASDM LA COURONNERIE • ASSEPH • ASSOCIATION AMIVILLE • ASSOCIATION BAPTEROSSES • ASSOCIATION BEAUCE VAL SERVICE • ASSOCIATION DE PATRONAGE DE L'INSTITUTION REGIONALE DE JEUNES SOURDS • ASSOCIATION DE SOINS A DOMICILE CHATEAUNEUF-SULLY • ASSOCIATION DE SOINS A DOMICILE NORD-SOLOGNE • ASSOCIATION ESPACE • ASSOCIATION ISAMBERT SAGESSE • ASSOCIATION LES CLOS DU LOIRET • ASSOCIATION PI-MA • ASSOCIATION POUR L'AIDE ET L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES • ASSOCIATION POUR L'ECOUTE ET L'ACCUEIL DES TOXICOMANES • ASSOCIATION PROXIMITE SERVICES • ASSOCIATION SAINTE FAMILLE • ASSOCIATION SESAME AUTISME LOIRET • ASTAF • BEAUCE VAL SERVICE • CHÂTEAU DE SABLE • COALLIA • COMITE D'ENTREPRISE DU BRGM • ENTRAIDE-UNION • ESPACE FAMILLES LOIRET • ESPOIR 21 • FAMILLES RURALES 45 • FEDERATION ADDICTION CENTRE • FNARS CENTRE • FONDATION ARMEE DU SALUT • FONDATION LA VIE AU GRAND AIR • FONDATION VAL DE LOIRE • FRAPS CENTRE • IMANIS • INSTITUT LES CENT ARPENTS • INSTITUTION SERENNE • JCLT • LA HALTE • L'ACHEMINEE • L'ADAPT • LE CERCLE DES AGES • LE RELAIS ORLEANAIS • LES AMIS DE PIERRE • MAISON DE RETRAITE RAYMOND POULIN • MOUVEMENT POUR LES VILLAGES D'ENFANTS • MUTUALITE FRANCAISE CENTRE • ORPADAM • PASSERELLE 45 • RESIDENCE JEUNES ACACIAS • RESIDENCES JEUNES COLOMBIER • SAMEC • SECOURS CATHOLIQUE 45 •

³¹ Données DREES 2010

³² Données SROSMS Centre 2012-2016

³³ Données au 31/12/2009, OSCARD 2012

³⁴ OSCARD 2012

³⁵ Site internet des Conseils Généraux

³⁶ Données emploi INSEE 2011

Depuis plusieurs années, la dynamique des actions associatives est pénalisée par des relations complexes avec le Conseil général : l'insuffisante analyse des besoins de la population et l'absence de concertation des acteurs associatifs dans la mise en place des politiques publiques départementales conduit à des carences majeures dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sur le département. Cet acteur est pourtant essentiel pour répondre aux besoins des loirétains, aux cotés de l'Etat et de l'ARS. Or, les enjeux des prochaines années sont de taille et les associations de l'action sociale s'attacheront à répondre au mieux aux besoins identifiés sur le territoire, parmi lesquels :

- co-construire avec les autorités du département une vision globale et à moyen terme partagée entre les différents acteurs,
- s'assurer de la formalisation et de la mise en place des schémas départementaux dans l'ensemble des champs de l'action sociale,
- encourager la mise en place d'actions de prévention en santé, notamment dans le champ des addictions,
- repenser les modalités de concertation et de travail partenarial avec le Conseil général afin de mieux identifier les besoins de la population et de construire des réponses adaptées à ces besoins identifiés pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les jeunes en difficulté,
- Réinscrire la prévention spécialisée comme une priorité pour la prévention des jeunes en difficulté,
- Poursuivre l'accueil des mineurs isolés étrangers.

L'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale aux besoins de la population

- ✓ Lutte contre la pauvreté et l'exclusion et accompagnement des personnes avec des difficultés spécifiques

Une articulation entre acteurs institutionnels à trouver

Tant sur l'hébergement que sur le logement, le Loiret fait partie des départements les plus en tension au côté de l'Indre-et-Loire et de l'Eure-et-Loir.

Concernant l'hébergement, nous constatons une forte demande sur le dispositif d'urgence notamment en raison de l'afflux des publics primo-arrivants, demandeurs d'asile et déboutés du droit d'asile sur ce département limitrophe de la région parisienne. Le nombre insuffisant de places de CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) et d'HUDA (Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile) est une des raisons de cette embolisation.

Actuellement dans le Loiret, les associations d'hébergement sont contraintes de se tourner vers l'aide alimentaire afin que les dépenses de restauration ne soient pas imputées au budget du dispositif AHI (Accueil Hébergement Insertion).

La question des conditions d'accueil de familles sur les structures d'hébergement d'urgence est également posée faute d'un dispositif adapté.

Favoriser l'accès direct au logement autonome fait partie des objectifs des acteurs du secteur autant du côté institutionnel qu'associatif, à la condition pour ces derniers que cela ne se traduise pas par un total désengagement sur l'hébergement et/ou l'accompagnement social. En effet, des baisses de financements sont relevées actuellement au niveau de l'accompagnement social (Accompagnement Vers et Dans le Logement et Accompagnement Social Lié au Logement). Face à cette situation il nous semblerait important d'évaluer les conséquences financières de ces restrictions budgétaires à moyen terme : impayés de loyers, dégradations des logements, état de santé des personnes, etc.

Le public des jeunes femmes enceintes et des jeunes mères isolées avec enfants constitue un public prioritaire sur le département. Actuellement, nous assistons à un conflit de compétence entre l'Etat et le Conseil général qui ne permet pas aux associations d'assurer leurs missions dans le respect des valeurs qui les caractérise et par conséquent remet en cause la qualité du service rendu à l'usager.

En matière d'accès à l'emploi, l'aide à la mobilité fait partie des actions visant à lever les freins. Dans le Loiret, les acteurs associatifs constatent une baisse des financements sur cette ligne avec des exigences de plus en plus fortes en termes de résultat.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- *Engager une réflexion conjointe CG / Etat sur la prise en charge des jeunes majeurs de 18 à 21 ans sortant de la protection de l'enfance pour lutter contre le risque d'exclusion sociale.*
- *Entamer une concertation avec les services du Conseil général sur l'accompagnement des mères isolées avec enfant de moins de 3 ans.*
- *Renforcer l'articulation entre les acteurs afin de limiter les orientations par défaut.*
- *Avoir une vision globale et à moyen terme favorisant des actions concertées et coordonnées entre les associations et les financeurs dans l'intérêt des usagers.*
- *Favoriser l'articulation entre l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement social et professionnel des personnes en demande d'emploi y compris le secteur associatif.*

La remise en cause progressive de la prévention, pilier du dispositif de protection de l'enfance

La prévention spécialisée fait partie intégrante du dispositif de protection de l'enfance. Or, le Conseil général a fait connaître son intention de stopper le financement des services de prévention spécialisée d'ici le 1^{er} janvier 2014. Cette décision met en péril la politique défendue par l'URIOPSS reposant sur l'éducation et la prévention. Cette décision aura en outre pour conséquences la fermeture de services et des suppressions d'emplois. Le conseil général arrête aux seuls motifs que son action est à la lisière de la prévention de la délinquance et que le nombre d'informations préoccupantes dans le département ne diminue pas. Quelle place le Conseil général donne aujourd'hui à la prévention qui a été réaffirmée dans la loi de 2007 comme le pilier de la protection de l'enfance ? D'autant que les travaux du schéma enfance n'ont en aucune façon remis en cause le bien fondé de l'action de la prévention spécialisée. Bien au contraire son utilité a été réaffirmée. Cette décision a donc été prise sans aucune concertation avec les représentants associatifs, ni sollicitation de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) qui a notamment pour mission de suivre la mise en œuvre du schéma et de formuler des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département. De la même façon, l'observatoire n'est pas sollicité dans la refonte des différentes fiches actions du schéma enfance qui résulte d'un choix discrétionnaire du Conseil général.

Par ailleurs, le Loiret est confronté à des jeunes aux problématiques complexes relevant de plusieurs secteurs. Il est nécessaire que des modalités de partenariat se mettent en place dans le secteur social, le secteur médico-social et la pédopsychiatrie.

Dans le champ de la protection de l'enfance, se pose également la question des jeunes majeurs à leur sortie du dispositif et notamment de trouver des passerelles avec d'autres secteurs afin d'éviter les ruptures.

Les Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) s'attacheront à contribuer à la valorisation de leur activité dans le domaine de la prévention et à garantir leur spécificité, tout en respectant les principes qui les gouvernent à savoir l'anonymat et la confidentialité.

Comme dans l'ensemble de la Région, les associations du département sont très fortement impactées par la politique actuelle de la protection judiciaire de la jeunesse menée au niveau national. En effet, sans prendre en compte les besoins des jeunes ou les attentes des magistrats ni s'appuyer sur une vision ou un plan stratégique en région, des services sont supprimés successivement, par la réduction ou la suppression de leurs financements ou le retrait de leur autorisation. Pour des services qui ont pu, il y a quelques années seulement, être développés par les associations à la demande même de la DIRPJJ, l'amertume des bénévoles et des professionnels, qui se sont engagés sur ces projets promouvant la dimension éducative auprès des jeunes, n'en est que plus grande. Sans parler des considérables conséquences en matière de responsabilité des associations en tant qu'employeur.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Réaffirmer la place de la prévention spécialisée dans le dispositif de protection de l'enfance
- Permettre une meilleure articulation entre les acteurs intervenant auprès des enfants et de leurs familles.
- Accompagner les LAEP en vue de faire reconnaître les spécificités de leur action auprès des autorités de contrôle et de tarification.
- Accompagner les jeunes majeurs à la sortie du dispositif de protection de l'enfance vers des dispositifs passerelles pour éviter les ruptures.
- 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.

✓ Autonomie

Compte tenu de la hausse des demandes et des besoins à venir, il apparaît aujourd'hui nécessaire de mieux prendre en compte l'accueil temporaire dans les parcours des personnes handicapées et des personnes âgées. Cela passe par une volonté et une organisation concertée des acteurs, tournée vers l'action, qu'ils soient privés ou publics.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Organiser la concertation des acteurs autour des propositions d'accueil temporaire

✓ Personnes âgées

Une évaluation des besoins à actualiser et à partager

Le schéma gérontologique du Loiret est arrivé à échéance en 2009. Cette même année une évaluation du précédent schéma a été réalisée par un cabinet et des pistes d'actions ont été proposées. Cette évaluation, reposant sur des données pouvant dater de 2006, n'a pas été partagée avec les acteurs associatifs.

Or, dans l'attente de l'élaboration d'un nouveau schéma autonomie en faveur des personnes âgées et handicapées, le Conseil général s'est appuyé sur ce travail pour lancer un appel à projets pour la création d'une petite unité de vie (PUV) et de structures d'accueil familial social intégré en faveur des personnes âgées et handicapées. Cet appel à projet n'a pas abouti.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Elaborer le schéma départemental en associant les acteurs associatifs à cette démarche afin d'adapter l'offre aux besoins de la population du département.*

✓ Aide à domicile

Des services d'aide à domicile contraint de facturer un différentiel aux bénéficiaires

Les services d'aide à domicile conventionnés avec la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sont face à une problématique de la reconnaissance des coûts réels d'heures à domicile dans ses modalités de tarification. La CARSAT ne souhaite pas revaloriser son tarif dans l'attente de la rénovation du système de tarification en cours d'expérimentation.

Les services d'aide à domicile du département ont donc informé collectivement la Caisse qu'ils se réservaient le droit de facturer aux bénéficiaires une contribution différentielle calculée en fonction du tarif horaire des structures.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Dans l'attente des résultats de l'expérimentation, soutenir les services d'aide à domicile en revalorisant les tarifs pratiqués par la CARSAT Centre.*

✓ Personnes handicapées

Le schéma Autonomie est en attente de révision depuis 2009. Son adoption avait été annoncée pour janvier 2014, ce qui inquiètent les associations qui n'ont à ce jour pas été sollicitées pour participer à son élaboration.

Parallèlement, le Conseil général du Loiret a créé un pôle autonomie dans les Maisons départementales de la Solidarité afin de répondre aux problématiques des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées du Loiret a créé deux groupes de travail sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes d'une part et présentant des troubles psychiques d'autre part. Ces groupes de travail sont constitués notamment de membres de la CDHL (Commission Départementale du Handicap dans le Loiret) chargée de réaliser un premier état des lieux.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Adapter les réponses au vieillissement des personnes handicapées.
- Améliorer l'articulation entre l'Education nationale et le secteur médico-social pour favoriser la scolarisation des jeunes handicapées.
- Rechercher des solutions adaptées pour les jeunes adultes handicapés maintenus dans des structures pour enfant dans le cadre de « l'amendement CRETON ».
- Adapter l'accompagnement des personnes handicapées ayant des troubles psychiques.
- Associer les représentants associatifs à l'élaboration du schéma comme s'y était engagé le Conseil général.

✓ Santé :

Sous l'impulsion du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées, un groupe de travail relatif à l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques s'est créé courant 2013 en lien avec la Commission Départementale du Handicap du Loiret (CDHL). Son objectif est de cerner les problématiques rencontrées par les structures accompagnants des personnes handicapées et d'identifier des solutions à court et moyen terme pour améliorer l'accompagnement de ces personnes en lien avec les structures et professionnels du secteur sanitaire.

De plus, un déficit de personnel médical et paramédical, notamment de psychiatres, dans les établissements médico-sociaux est constaté malgré la nécessité d'assurer la continuité de soins de qualité.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Poursuivre la réflexion sur les liens à tisser entre médico-social et sanitaire.
- L'Agence Régionale de Santé de la région Centre a pour 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 la diminution du nombre de professionnels. Les associations contribueront et suivront avec attention les résultats de ces travaux et leur impact sur le secteur médico-social et de la santé.

✓ Addictions

Lutter contre les inégalités de santé est l'un des objectifs que s'est fixé l'ARS Centre à travers le Projet Régional de Santé, qui sera déployé au sein des différents territoires de la région Centre. Or, développer la prévention à l'égard des addictions par territoire (sur les quartiers en politique de la ville, communes...) contribue à lutter contre ces inégalités qui sont grandissantes sur notre territoire. Les publics précaires sont difficiles à toucher c'est pourquoi, il est indispensable de développer des actions qui contribuent à « aller vers » tant du point de vue de la prévention, de la réduction des risques que du soin.

Propositions de l'URIOPSS Centre :

- Déployer des permanences sur l'ensemble du territoire rural (accès à la prévention, à l'intervention précoce et au soin).
- Déployer des actions en direction de populations spécifiques (la consommation de produits psychoactifs à l'adolescence, femmes en âge de procréer, l'accompagnement de publics sous-main de justice).

- Renforcer et développer l'offre aux parents et familles en intégrant les CSAPA comme acteurs ressources d'aide à la parentalité.
- Veiller à la mise en œuvre de l'installation d'un CSAPA sur l'est du département (cf. autorisation figurant dans le précédent schéma).

✓ Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

La présence importante de mandataires privés dans le département interroge sur les modalités d'attribution des mesures et la gestion de la concurrence. Le manque de visibilité de la part des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs sur la répartition des mesures dans le département pénalise leur organisation.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- Disposer d'une visibilité plus claire sur les critères d'attribution des mesures de protection dans le département.

L'implication des associations dans la définition et la mise en œuvre des politiques

Les associations ont fait part dans un courrier au Président du Conseil général du 24 février 2012 d'un malaise certain quant aux insuffisances des relations partenariales tant en matière de concertation que de dialogue budgétaire. A la suite de ce courrier, une rencontre a pu être organisée le 15 mars 2012 mais la demande de mise en place d'une concertation organisée et globale formulée à cette occasion a reçu une réponse défavorable.

Si les associations sont conscientes des propres préoccupations du Conseil général et de son souhait de dépasser les difficultés observées en tenant compte du contexte budgétaire très contraint, il ressort que les négociations budgétaires et les dialogues de gestion méconnaissent les responsabilités des associations avec des interventions intrusives dans leur gestion. L'impression d'une absence d'interlocuteur et d'impossibilité d'établir un travail partenarial avec le Conseil général est de plus en plus forte, y compris sur des sujets qui n'impliquent pas de demandes de moyens financiers supplémentaires.

Les politiques publiques locales

Les autorités locales se sont engagées dans le développement des Emplois d'avenir dans les secteurs social et médico-social avec, pour le Conseil général, une perspective de 30 emplois notamment au sein des EHPAD et des collèges dont il a la charge et, l'Agence Régionale de Santé, interviendra en complément des aides de l'Etat dans la limite de 22 emplois pour le secteur des personnes handicapées et 21 dans le secteur des personnes âgées.

Les associations sont représentées dans l'ensemble des instances de concertation départementales. La présidence de la conférence de territoire est assurée par un acteur du secteur privé non lucratif et les associations sont largement représentées et mobilisées au sein du bureau.

Suite aux travaux réalisés dans le cadre du Projet régional de santé, la conférence a entamé début 2013 les démarches de contribution au PTS (projet territorial de santé) au travers notamment la mise en place de réunions de Bureau élargi.

Après une période d'inactivité, les instances consultatives sectorielles se réunissent régulièrement (Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées-CDCPH et Comités Départemental des Retraités et Personnes Âgées-CODERPA).

En effet, le CDCPH vient de décider la mise en place de deux groupes de travail sur le sujet des Personnes handicapées vieillissantes et celui de la Santé mentale. Concernant le CODERPA, l'URIOPSS est représentée au sein de cette instance qui vient d'être renouvelée.

Alors que la révision des schémas Personnes handicapées et Personnes âgées était prévue en 2010, les associations ont été invitées en 2012 à une réunion leur présentant la perspective d'un schéma Autonomie. Son élaboration avait été annoncée pour le dernier trimestre 2013 pour une adoption en janvier 2014 : les associations s'inquiètent de ces délais très courts qui ne pourront pas permettre une large concertation.

Proposition de l'URIOPSS Centre :

- *Repenser la concertation et la consultation pour permettre une réflexion partagée entre le Conseil général et les associations*
- *Faire reconnaître par le Conseil général les associations de solidarité du Loiret comme des partenaires responsables*

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 six ans, de 2008 à 2013, il a connu des mutations de forte ampleur.

D'une part, les acteurs évoluent : la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques), puis la MAP (Modernisation de l'Action Publique) impactent 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 inter associative, développement de procédures pluriannuelles avec les CPOM 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

Onze 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 CRESS³⁷, l'ESS représente près d'un salarié sur dix en région Centre –soit près de 82 000 salariés- et 10.3% des établissements employeurs. Les associations de l'action sociale et de la santé représentent 46% de ces salariés, soit plus de 38 200 personnes, dont près de 80% sont des femmes³⁸.

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 :

- o usure professionnelle physique et parfois psychologique des salariés,
- o difficultés de financement de certaines formations,
- o difficultés d'attractivité de certains secteurs par exemple le travail en internat ou de certains territoires excentrés, particulièrement en milieu rural
- o dans plusieurs qualifications, pénurie de professionnels formés (personnels médical et para médical),
- o 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.

³⁷ Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire

³⁸ ATLAS 2012 de l'Economie Sociale et Solidaire (CRESS Centre)

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'Etat³⁹, les Conseils généraux⁴⁰ et 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.⁴¹

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 MDPH⁴² 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.

³⁹ 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)

⁴⁰ Par exemple les schémas départementaux Personnes Agées ou personnes Handicapées ou les schémas ASE et PJJ

⁴¹ La Cour des comptes estimait, en mars 2007, que 65% des schémas gérontologiques n'étaient pas à jour

⁴² 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 CDAPH⁴³, 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 des associations sanitaires et sociales**, 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.
- ▶ **En lien avec les associations représentants les familles et les personnes en situation de handicap**, contribuer, autant que faire se peut, à faire 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.

⁴³ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Fiche n° 5 : Promouvoir les coopérations interassociatives et avec les autres acteurs des territoires

Situation actuelle

Le champ de l'action sociale, médico-sociale et de la santé connaît un fort développement depuis plus de soixante ans. Compte tenu de l'ampleur et de l'évolution des besoins de la population, ce secteur d'activité doit adapter de manière continue les prises en charge et les accompagnements qu'il propose dans un contexte de forte tension sur les financements publics. Ce secteur doit relever de nombreux défis, parmi lesquels : offrir de nouvelles réponses aux besoins sociaux, accroître le maillage territorial, développer ses capacités d'adaptation, renforcer son attractivité auprès des professionnels, soutenir des démarches d'amélioration continue de la qualité, rationaliser la gestion des équipements et des dispositifs.

L'une des pistes privilégiées conjointement par les autorités de contrôle et de tarification compétentes et les associations pour relever ces défis est celle de la coopération. La coopération peut concerner les fonctions supports comme le cœur de métier des acteurs : elle peut ainsi porter sur les dimensions achats, transports, logistique, ressources humaines et formation, l'ingénierie de projets, ou encore de nouvelles réponses sociales et de santé...

Une association peut s'engager dans différents types de coopérations :

- o intra-associatives, quand l'association met à disposition de ses établissements et services un siège ou toutes autres formes de mutualisations internes qui peuvent éventuellement être formalisées dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ,
- o inter-associatives, quand deux ou plusieurs associations coopèrent de manière plus ou moins intégrée (allant de la simple convention de partenariat à la création ou à la disparition d'une entité juridique),
- o intra-sectorielles, quand une ou plusieurs associations entreprennent une œuvre commune sur un territoire avec des structures et des professionnels de la santé et du social (structures publiques ou privées, professionnels libéraux) et leurs partenaires institutionnels (pour développer un projet de maison de santé pluridisciplinaire par exemple),
- o inter-sectorielles, quand une ou plusieurs associations se tournent vers d'autres acteurs locaux que ceux de son champ d'action, qu'ils soient acteurs économiques ou partenaires institutionnels.

Problèmes posés

L'écart entre les intentions et les réalisations en matière de coopération prouve à quel point l'initiative et la mise en œuvre concrète sont délicates pour les acteurs associatifs et les autres acteurs locaux mais aussi pour les partenaires institutionnels lorsqu'ils cherchent à l'orchestrer. Si des initiatives prometteuses sont à valoriser, les démarches de coopération territoriale restent rares.

Plusieurs freins peuvent l'expliquer :

- o des freins techniques, financiers et méthodologiques : ce sont les plus fréquemment cités par les acteurs de terrain. Ils renvoient :
 - au manque de temps disponible pour engager de tels projets, et donc à l'investissement humain nécessaire et aux coûts engendrés ;

- à l'insuffisante connaissance des outils existants et des expériences déjà engagées, au manque de recul et d'expertise sur l'élaboration et l'impact de tels projets ;
- à l'insuffisance d'appui technique, financier et méthodologique.
- o des freins stratégiques : dans un contexte en forte mutation, où la concurrence entre les acteurs du secteur social et de la santé est renforcée, d'autres freins à la coopération se font jour :
 - la crainte de perdre son identité particulière, sa liberté associative et son autonomie d'action, en liant son destin à celui d'autres acteurs ;
 - la crainte de perdre un « avantage concurrentiel » en ouvrant tout ou partie de sa stratégie et de son expertise à d'autres acteurs, qui pourront aussi être des concurrents ;
 - la crainte que cette coopération ne préfigure, dans un contexte d'incertitude quant aux stratégies de développement des autres acteurs du secteur social et de la santé, une prise de contrôle, ou une absorption, par un autre acteur.
- o des freins institutionnels : ils sont principalement liés :
 - à la méconnaissance des acteurs entre eux et de leurs contraintes
 - aux injonctions inappropriées ;
 - aux craintes d'instrumentalisation.

Propositions de l'URIOPSS Centre

L'URIOPSS Centre appuie de longue date des démarches de mutualisation et de coopération au sein et entre les associations sociales, médico-sociales et de santé. Nos propositions ont aujourd'hui pour objectifs d'élargir les possibilités de développer des projets et des coopérations avec d'autres acteurs sur les territoires. Pour appuyer ces démarches opérationnelles, l'URIOPSS propose une méthodologie visant à structurer une démarche d'appui et d'accompagnement des projets de coopération sur les territoires.

- Promouvoir le Dispositif d'Appui et d'Accompagnement aux Démarches de Coopération visant à faciliter les démarches de coopération des acteurs privés à but non lucratif sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec les autres acteurs locaux.
- Animer les démarches territoriales.
- Participer à la mise en œuvre de projets collectifs.

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

Situation actuelle

4 ans après le lancement de la démarche de Refondation du dispositif d'hébergement et d'accès au logement, le secteur enchaîne les phases de restructuration, réorganisation, adaptation dans un contexte où la demande est toujours plus forte et l'enveloppe financière toujours aussi contrainte.

Plusieurs dispositifs et outils ont ainsi été créés et/ou renforcés pour faire de l'accès direct au logement une réalité.

Avec une priorité donnée à :

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

et la remise en cause progressive des dispositifs de type centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) jugés trop coûteux.

L'accès direct au 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.

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), remise en échec, 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 adaptés (que ce soit au niveau de leur situation géographique, de leur prix que de leur taille) 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) présentées comme la contrepartie des réductions de financement des CHRS n'est pas encore satisfaisante :

- Sur l'AVDL, 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 (ASLL) 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 s'est traduit par une diminution des crédits alloués aux dispositifs de veille et d'hébergement, ce qui n'a pas été sans conséquences :

* sur le dispositif de veille sociale et d'hébergement d'urgence : les contraintes financières ne permettent plus aux structures d'assurer leurs missions dans le respect des valeurs qui les caractérisent. Il en est ainsi du principe de l'accueil inconditionnel et de continuité de prise en charge qui est régulièrement remis en cause. Les acteurs doivent faire face à l'équation suivante : une augmentation des demandes et une baisse des moyens qui les conduit à faire des choix sur le service proposé aux usagers. Nous assistons à une remise en cause progressive des modalités d'accueil des publics : dortoirs, mise à la rue en journée, absence de restauration. Ainsi, dans plusieurs départements de la région, les acteurs de l'hébergement se retrouvent contraints de ne plus proposer de repas le midi.

Malgré les récentes créations de places sur l'hébergement d'urgence les dispositifs sont embolisés.

En effet, le public est en grande partie constitué de personnes qui ne sont plus accueillies dans le cadre de dispositifs spécifiques et qui se retrouvent orientés par défaut. 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 handicapées vieillissantes, personnes ayant des troubles psychiques voire psychiatriques. L'embolisation des dispositifs, les tensions sur les budgets, la remise en cause d'une année sur l'autre des dispositifs, le recours aux appels d'offre ne sont pas sans impact sur les salariés de ces structures qui sont au bord du droit de retrait et de la grève.

* sur le dispositif d'hébergement, avec les baisses de crédit, un certain nombre de structures se retrouvent aujourd'hui en difficulté. Voyant leur financement contraint, elles doivent reconvertir voire licencier leur personnel. Sur ce point la démarche de contractualisation n'a apporté aucune perspectives : 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 de leur côté renvoient à plus tard la détermination des budgets qu'ils attribueront en contrepartie ou procéderont 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 investir et/ou soutenir la mise en place d'unités mobiles pour 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 SIAO 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. Il nous semblerait nécessaire d'anticiper au maximum ces situations afin de limiter les incidences sur le public et les équipes.
- ▶ 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 d'accueil, d'hébergement, d'insertion et d'accompagnement vers le logement sont hétérogènes. Sous une même dénomination, 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.

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 1243 places de CADA au 1er janvier 2011.

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 2013 en région Centre, l'hébergement d'« urgence » des publics issus de la demande d'asile mobilise sur le Loiret et l'Indre-et-Loire 80% des places (en structure et à l'hôtel).

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 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 sont amenées à 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 DIRECCTE⁴⁴ 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. 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 changent 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 compétentes. Cela impacte l'activité annuelle de certains SIAE, et alourdit leurs difficultés financières.

⁴⁴ Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

La réforme de l'insertion par l'activité économique, attendue depuis 2008, notamment sur le volet financier, est aujourd'hui à l'ordre du jour.

Le projet s'articule autour de 2 axes :

- la simplification des modes de financement
- la recherche d'équilibre avec la mise en place d'une aide au poste avec une part fixe et une part variable.

Le projet, tel qu'il se dessine aujourd'hui, présente l'inconvénient de ne pas suffisamment inciter les structures à accueillir les publics les plus éloignés de l'emploi 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.

Aussi est-il nécessaire :

- que les partenaires des SIAE soient 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,
- de rappeler 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).

En région Centre, au vu de ces difficultés et du contexte économique contraint, le Conseil régional et la DIRECCTE se sont engagés dans deux démarches visant à soutenir le secteur de l'insertion par l'activité économique :

- Le Conseil régional au travers du financement d'une étude régionale pour la formation visant à « Favoriser l'accès à la formation des salariés des SIAE ».
- La DIRECCTE par le financement, au travers d'une démarche d'ADEC (actions de développement de l'emploi et des compétences), d'actions permettant la professionnalisation des structures et le développement des compétences des salariés.

Propositions de l'URIOPSS Centre

► L'URIOPSS Centre propose de poursuivre la réflexion sur les axes de travail suivants :

- o 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,
- o une sécurisation des crédits,
- o plus de transparence et une meilleure lisibilité (commandes des financeurs différentes alors que le poids des collectivités locales est croissant),
- o une pérennisation des financements en évitant le Stop n'Go,
- o 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 six grands réseaux nationaux : le CNLRQ, le COORACE, la FNARS, l'UREI, Chantier école 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 :

- o Auprès de mineurs confiés directement par le juge des enfants pour l'exécution d'une mesure d'assistance éducative
- o 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 :

- o des Maisons d'Enfants à caractère social (MECS) pour l'accueil permanent d'enfants placés,
- o 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, ...),
- o 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 :

- o 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,
- o C'est la remise en cause brutale de certaines actions, due à l'assèchement des finances publiques,
- o 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 :
 - o La transmission d'informations et de données précises aux associations (en termes de besoins, d'équipements)
 - o La généralisation d' « écrits » sur des engagements réciproques, par la signature bipartite de conventions, protocoles
 - o 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 :

- o Son territoire de compétence est constitué depuis très peu de temps des régions Centre et Bourgogne,
- o A l'intérieur de l'inter-région, l'organisation interdépartementale se décompose comme suit :
 - o Une direction interdépartementale Loiret – Eure-et-Loir depuis 2010
 - o Une direction interdépartementale Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Cher et Indre depuis le 1^{er} janvier 2011
- o 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.

- o 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
- o 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)
- o 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.
- o 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

- o 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 »⁴⁵

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.

⁴⁵ Charte de la prévention spécialisée en Région Centre

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 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 variables d'ajustement. Cette crainte s'est malheureusement récemment confirmée dans deux départements de la Région Centre.

En effet, le Conseil général du Loiret a décidé de cesser le financement de ce dispositif au 1er janvier 2014. Le Conseil général d'Eure-et-Loir a, quant à lui, décidé de diviser ce financement par deux et l'a conditionné à la réponse à des appels d'offre dans le cadre des marchés publics, sans que - semble-t-il - le contrôle de légalité ne souligne que cette activité relève de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et que les créations ou extensions d'activité devraient donc être soumises à une procédure d'appel à projet prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'URIOPSS Centre est très préoccupée par ces soudaines décisions - qui n'ont pas été anticipées par les schémas départementaux de ces Conseils généraux - dans la mesure où la prévention spécialisée fait partie intégrante du dispositif de protection de l'enfance dont le Conseil général est chef de file. Dès lors, arrêter cette action auprès des jeunes mettra en péril la politique, que nous soutenons, reposant sur l'éducation et la prévention. Et là encore, la responsabilité des associations en tant qu'employeur est engagée.

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.

Fiche n°13 : Promouvoir les Espaces de Rencontre Parents Enfants comme dispositifs de prévention

Situation actuelle

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 interrompues, difficiles ou trop conflictuelles.

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 décision judiciaire (JAF), sur décision administrative (ASE) ou de leur propre initiative.

Il existe sur le territoire français environ 130 Espaces de Rencontre Parents Enfants (dont 5 sont recensés dans la région Centre). L'offre de service reste insuffisante et inégalement répartie 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).

Problèmes posés

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

Depuis leur création il y a une vingtaine d'année, ils ne bénéficient toujours pas de loi cadre pouvant permettre une inscription et une reconnaissance plus officielle 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.

Enfin, l'obligation récente, pour tous ces lieux, de déposer une demande d'agrément auprès des préfetures (décret n°2012-1153 du 15/10/2012 et arrêté du 28/06/2013 du Ministère des affaires sociales) ajoute une nouvelle complexité sur les modes de financement.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Aider les Espaces Rencontres en difficulté à trouver des systèmes de financements pérennes.
- Appuyer les Espaces Rencontre dans leurs démarches et leur structuration.

Fiche n°14 : Promouvoir et faire reconnaître les Lieux d'Accueil Enfants-Parents (LAEP) comme dispositif de prévention

Situation actuelle

Le gouvernement accentue son action de développement des modes de garde, avec pour objectif de permettre aux parents de concilier vie professionnelle et personnelle. Parallèlement à 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.»⁴⁶.

Les LAEP sont des espaces conçus pour recevoir les jeunes enfants jusqu'à 3, 4 ou 6 ans (selon les lieux) accompagnés d'un adulte familial. Les LAEP garantissent l'anonymat et le respect de la parole de chacun.

Il existe sur le territoire français 850 LAEP⁴⁷ ayant une prestation de service CAF dont 43 en région Centre).

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

Problèmes posés

Les accueillants travaillent dans les LAEP, sous différents statuts de rémunération, le plus souvent à temps partiel. Les LAEP sont de plus en plus confrontés à des difficultés de financement. Certains de ces lieux en région Centre connaissent de graves difficultés financières les amenant à fermer des temps d'accueil. A terme, certains pourraient fermer.

Par ailleurs, les LAEP souhaitent garder leurs spécificités et leur éthique : l'anonymat et la confidentialité et l'ouverture à tous publics.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Promouvoir les spécificités des LAEP comme lieu de prévention et socialisation, notamment à travers la plaquette régionale des LAEP, ainsi que de la nécessité de maintenir ces lieux.
- Intégrer les LAEP comme dispositif de prévention dans les schémas départementaux relatifs à la protection de l'enfance.
- Aider les LAEP à trouver les systèmes de financement pérennes.
- Trouver des modalités de bilan de l'activité qui respectent l'éthique et les spécificités des LAEP.

⁴⁶ Source : Charte des Lieux d'Accueil Enfants-Parents de la région Centre

⁴⁷ Source : Etude du Furet, 2009, Lieux d'accueil enfants-parents et socialisation, étude quantitative, 2009

Fiche n° 15 : 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 EHPAD⁴⁸ 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. La mise en place des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et le lancement de l'expérimentation Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) devraient contribuer à améliorer cette coordination.

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. Enfin, les montants élevés du reste à charge rendent ces dispositifs

⁴⁸ Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

inaccessibles pour une partie de la population. Ainsi, en région Centre, les accueils de jour représentent 2% des places installées et l'hébergement temporaire seulement 1%⁴⁹.

Quant à l'offre dite « intermédiaire », elle peine encore actuellement à trouver sa 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.

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.
- 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.

⁴⁹ SROSMS 2012-2016

Fiche n° 16 : 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

- 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, quel que soit le département.

Fiche n° 17 : Reconnaître le manque et la perte d'autonomie comme un nouveau risque social

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 près d'1,2 million de personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 (les niveaux de dépendance les plus élevés), pour une dépense globale de 5,2 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 47 800 personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 (20 830 en établissement et 26 990 à domicile).

La prestation de compensation concerne aujourd'hui 134 000 personnes handicapées, pour une dépense globale de 1 200 millions d'euros⁵⁰, 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 en 2010 au plus tard que cette réforme devait avoir lieu. Depuis, 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

⁵⁰ CNSA : Chiffres clés 2012

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 69% de la dépense, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'en couvrant plus que 31%. 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 nouveau 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 meilleure qualité et plus sûr.

Fiche n° 18 : Inscrire l'accueil temporaire dans un travail en réseau, construit dans les territoires, autour des acteurs locaux, pour mieux coordonner les parcours des personnes et de leurs aidants

Situation actuelle

Le vieillissement de la population, la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie représentent quelques un des grands enjeux de notre société. La Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement⁵¹⁽¹⁾ prévoit un volet important pour les personnes souhaitant rester à leur domicile avec le renforcement de l'offre médico-sociale dont l'accueil temporaire.

L'individualisation des prises en charges nécessite la prise en compte des parcours de vie des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants dans la structuration de l'offre en établissements et services médico-sociaux. Elle constitue l'une des déclinaisons territoriales du Projet Régional de Sante de l'Agence Régionale de Santé-Centre.

Cette approche prend un sens tout particulier avec l'accueil temporaire dans la mesure où elle modifie la logique habituelle de raisonnement en « places créées » pour soutenir des modes d'accompagnement souples, évolutifs, de durée variable et prenant en compte de manière soutenue l'environnement de la personne aidée.

L'accueil temporaire (accueil de jour, accueil avec hébergement...) est donc l'un des maillons importants de la politique de soutien à domicile : le Plan de Solidarité Grand Âge (2007-2012) et le programme de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie (2008-2014) prévoit respectivement la création de 6100 places d'hébergement temporaire et de 1050 places d'accueil temporaire médicalisé.

L'évaluation de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées par le Conseil Général du Loiret⁵² devrait placer l'accueil temporaire comme l'un des axes forts de la politique de soutien à domicile du futur schéma départemental de l'autonomie.

En effet, pour les personnes handicapées, comme pour les personnes âgées, l'accueil temporaire répond à trois objectifs essentiels :

- Prendre en charge ponctuellement les personnes en risques de perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile et prévenir ainsi les risques de rupture dans le parcours de vie des personnes et de leurs aidants.
- Permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant, maillon essentiel du maintien à domicile.
- Répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Problème posé

Des études récentes font le constat général d'une méconnaissance des dispositifs en matière d'accueil temporaire. Cette méconnaissance portant autant sur le fonctionnement de l'accueil temporaire que sur son approche spécifique. En effet, l'hébergement temporaire fait l'objet d'une présentation à dessein de « test » ou de « sas » vers l'hébergement permanent et non comme une solution temporaire de répit. « Ce constat renforce le faible recours à l'accueil temporaire et

⁵¹ « La révolution de l'âge » Conférence de presse du Premier Ministre du 14 octobre 2013

⁵² Evaluation réalisée par le cabinet Euréval. Conseil général 45 (septembre 2009)

participe à la faible mobilisation des gestionnaires et des autorités de planification » précise la CNSA dans son étude « Etat de lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées » octobre 2011.

Pour favoriser les politiques de maintien à domicile, il est devenu de pratique générale pour l'administration de demander de prévoir une capacité d'hébergement temporaire dans tout projet de création ou d'extension d'établissement. Mais cette systématisation ne s'est généralement accompagnée ni d'une analyse de la demande sur le territoire concerné, ni de l'existence d'un projet spécifique à l'accueil temporaire.

L'accueil temporaire doit être repensé et repositionné dans les territoires en matière de besoins identifiés, de ressources existantes, de partenaires mobilisables.

L'inadéquation entre l'offre et la demande sur un territoire et la dispersion de l'offre actuelle en accueil temporaire la rend peu visible engendrant de fait un recours moindre à cette offre et une fragilisation de la politique de soutien à domicile.

Le développement de l'accueil temporaire, sa visibilité dans un territoire, ne peut se concevoir par simple application des pratiques en cours en hébergement permanent. Il implique un projet de service et d'accompagnement spécifique à l'accueil temporaire, préalable à toute création de places d'accueil temporaire.

Les spécificités de l'accueil temporaire nécessitent un renforcement et une formalisation de la coordination des acteurs et donc du travail en réseau, avec un effort particulier sur la communication au même niveau territorial.

Différents travaux ont permis de déterminer la triple dimension de la coordination dans le champ sanitaire et médico-sociale⁵³ :

- 1^{er} niveau : La coordination de vie des parcours des personnes et de leurs aidants dans les territoires. L'accueil temporaire prend son sens dans un travail en réseau par le fait qu'il contribue à la fluidité des parcours individuels. Le dispositif d'accueil temporaire n'a pas de vocation à coordonner seul, le parcours des personnes aidées et des aidants. Mais le contact fréquent et la nécessaire préparation au retour à domicile pendant la durée du séjour situent l'accueil temporaire comme le lien où se nouent une partie de la coordination dans une démarche d'amélioration des parcours de vie de la personne aidée et de l'aidant. Les enjeux de la coordination sont d'identifier et de prévenir les risques de rupture lors des parcours de vie de la personne.
- 2^{ème} niveau : La coordination des structures d'accompagnement et de prise en charge dans les territoires. Deux niveaux d'inscription de l'accueil temporaire dans un travail en réseau sont recommandés :
 - L'inscription dans le réseau d'accueil temporaire des gestionnaires de places d'accueil temporaire (personnes handicapées, personnes âgées) permettant l'échange sur le fonctionnement des structures, les pratiques professionnelles, les relations avec les acteurs de l'orientation et les financeurs.

⁵³ Notamment l'étude « la coordination dans le champ sanitaire et médico-social : enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles » réalisée par le Centre de Gestion Scientifique des Mines - Paris 2011.

- L'inscription de l'accueil temporaire dans un travail en réseau plus global. Le réseau peut englober les dispositifs d'observation, d'informations et de coordination (CLIC, MAIA, réseaux de santé, etc...), les établissements (sanitaires et médico-sociaux) désireux de travailler sur les filières de prise en charge et les parcours des personnes, le secteur d'aide à domicile, la MDPH. Il doit permettre de légitimer le dispositif d'accueil temporaire, d'identifier et clarifier les rôles de chaque partenaire, de favoriser l'observation des besoins et sa mise en relation avec l'offre de service. Cette coordination peut déboucher sur une coopération territoriale plus formalisée et plus structurée (GCSMS, Convention de partenariat, etc...).
- 3^{ème} niveau : La coordination des décideurs et des financeurs dans les territoires (ARS, Départements, Collectivité locales, etc...)

Cette coordination a pour but de faciliter, voire de structurer le travail en réseau des différents acteurs de l'accueil temporaire en l'ouvrant aux autres dispositifs intervenant au domicile et auprès des aidants.

Elle doit permettre de légitimer et consolider le travail des acteurs de terrain, de développer des outils de communication et de structurer des filières de prise en charge sur certains publics, sur les parcours de soins, sur la question des accueils en urgence qui nécessitent un pilotage territorial particulier avec places dédiées.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- Repenser le développement de l'accueil temporaire comme l'un des maillons du soutien à domicile et de l'aider aux aidants par territoire tant au niveau de l'offre de service que des liens entre dispositifs eux-mêmes, mais également en lien direct avec les schémas départementaux, le schéma régional d'organisation médico-social et avec le projet régional de santé.
- Repositionner la place de l'accueil temporaire dans l'offre médico-sociale et dans chacun des territoires.
- Veiller à la coordination des acteurs et la coopération territoriale, facteurs de réussite de l'accueil temporaire.

Fiche n° 19 : 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 13 000 salariés, soit près de 7 000 ETP, intervenant auprès de plus de 70 000 personnes fragiles⁵⁴.

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 ce fut le cas pour le Codapa (Eure-et-Loir), Sesame 18 (Cher) ou encore l'association Romorantinaise de garde et de maintien à domicile (Loir-et-Cher).

Le secteur est actuellement confronté à une double ambiguïté :

- o 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 »,
- o 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.

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 19,20€ 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 facturer au coût réel. Des associations ont ainsi été déconventionnées et ne peuvent 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.

⁵⁴ Enquête annuelle Uriopss – données de 2012

Le fractionnement des plans d'aide APA. Si l'activité en mode prestataire des services d'aide à domicile a eu tendance à se stabiliser ces dernières années, le nombre d'usagers a augmenté (+ 8% entre 2010 et 2012). Les services accompagnent donc davantage d'usagers qui demandent un nombre d'heures plus restreint qu'auparavant. Ceci s'explique notamment par des changements de politique des prescripteurs : des temps d'intervention de plus en plus courts et de moins en moins de personnes classées en Gir 1 et 2. Ce phénomène augmente le coût de structure des services ce qui aggrave encore plus leur situation économique.

Un recentrage de la politique d'action sociale de la CNAV qui vient réduire encore un peu plus le nombre d'heures réalisées au sein des services. La CNAV intensifie la mise en œuvre des orientations de la convention d'objectifs et de gestion qu'elle a conclue avec l'État et qui se terminera en fin d'année 2013. A ce titre, elle entend privilégier dans les plans d'aide personnalisés (PAP) qu'elle fait réaliser pour le compte de ses ressortissants classés en GIR 5 et 6 les actions de prévention, au détriment des interventions d'aide à domicile traditionnel. Dans ce contexte les interventions auprès des personnes classées en GIR 6 ont été supprimées et le nombre d'heures plafonné à 10 heures.

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'utilisateur 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'utilisateur 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.

Le déblocage d'un fonds d'aide à la restructuration de 100 millions d'euros sur les années 2012 et 2013 qui ne suffira pas à résoudre durablement la crise que traversent les services. En région Centre, 35 services ont bénéficié de ce fonds pour un montant global de plus de 5 millions d'euros. Si cette aide est précieuse pour les services en grande difficulté, elle doit s'accompagner d'une vraie réforme de la tarification, assortie d'une amélioration substantielle du financement de l'APA.

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° 20 : 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 :

- o 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.
- o des jardins d'enfants spécialisés (JES) qui accueillent des tout-petits jusqu'à 6 ans
- o 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 vie⁵⁵
- o 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
- o 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 scolaire de proximité.
- o 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 ces dernières années sur l'Académie Orléans-Tours, le taux de jeunes âgés de 16 à 24 ans scolarisés en Région Centre reste

⁵⁵ 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.

inférieur à la moyenne nationale (70% contre 73.1%⁵⁶) et un certain nombre de questions demeurent.

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 et à ceux de leurs familles

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, avec des délais d'attente de parfois plusieurs années. De même l'accès aux ULIS ou CLIS devient de plus en plus difficile, notamment en sortie d'IME. C'est ainsi toute la filière « enfant » qui est engorgée notamment en raison des jeunes sous amendements CRETON qui ne trouvent pas de place dans les structures adultes (pour exemple, le nombre de jeunes sous amendements CRETON en Indre et Loire a augmenté de 9,5% entre décembre 2010 et mai 2011⁵⁷).
- 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. Si le gouvernement a annoncé fin juin 2013, suite à la parution du rapport Komitès, un certain nombre de mesures allant en ce sens (transformation des CDD en CDI pour les AVS sous contrat d'assistant d'éducation, recrutement de 8 000 AVS en contrats aidés et création d'un diplôme d'Etat de niveau V), on peut s'inquiéter du maintien dans la précarité de ces professionnels du fait de temps partiels nombreux.
- une coordination des acteurs et un partenariat durable : la coordination prévue par les 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.

⁵⁶ Données 2008-2009, OSCARD 2012

⁵⁷ Source : Schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2012-2016 d'Indre et Loire

- o une facilitation de l'insertion sociale et professionnelle, en évitant les ruptures de parcours lors du passage du statut de « enfant-jeune » à celui d' « adulte ».

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 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, l'Indre et Loire et dans le Loir-et-Cher, comme l'envisage le PRIAC 2012-2016, pour résorber les listes d'attente.
- Créer des places en CAMSP, en CMPP et en SESSAD, comme évoqué dans le PRIAC 2012- 2016, 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 mise en œuvre en Région des propositions du rapport Komitès.
- 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.
- Favoriser la continuité du parcours des jeunes de 16-25 ans en créant des passerelles entre les structures d'accompagnement « enfance-jeunesse » et « adultes ».
- Développer des places d'accueil temporaire (Maison d'Accueil Temporaire) pour les jeunes en situation de handicap afin de permettre aux familles de bénéficier de temps de « répit » au cours d'une année.

Fiche n° 21 : 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, nombre d'entre eux plébiscitent actuellement le maintien à leur domicile, synonyme pour eux d'autonomie. Ainsi le concept de la vie en collectivité apparaît parfois 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, se 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.

Enfin, il paraît aujourd'hui important de mieux prendre en compte l'accueil temporaire dans les parcours des personnes handicapées. Pour la personne handicapée, il répond à un besoin de ressourcement et de socialisation à l'extérieur de son lieu de résidence habituel. Pour ceux qui aident la personne au quotidien, c'est un droit au répit, un temps de repos de quelques jours, quelques semaines ou à intervalles réguliers.

Or, malgré une valeur ajoutée sociale évidente, l'accueil temporaire au profit des personnes en situation de handicap ne se développe que très peu en Région Centre comme sur l'ensemble du territoire.

Problèmes posés

Les solutions de travail et d'habitat doivent donc être adaptées aux projets de vie des personnes en situation de handicap. Un habitat inclusif doit tenir compte de l'environnement de la personne, non seulement de la notion d'hébergement afin de pouvoir lutter contre l'isolement et maintenir le développement du lien social des personnes accompagnées.

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.

Il faut également 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 et pour des cas spécifiques identifiés. 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.

Enfin, le développement de l'accueil temporaire, complémentaire des institutions du dispositif de prise en charge spécialisé avec les quelles il a vocation à collaborer, passe par une volonté et une organisation concertée des acteurs, tournée vers l'action. Une réflexion sur les besoins identifiés en Région Centre pourra ainsi être menée afin de prévoir une adaptation au plus juste des réponses.

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 quatre⁵⁸ » pour les personnes traumatisées crâniennes).
- ▶ Développer la politique d'accueil familial, en lien avec les Conseils généraux ;
- ▶ Développer des structures de semi-autonomie (type « école de vie autonome », 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 mais également des actions plus spécifiques en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap (associations locales, collectivités...)
- ▶ Identifier les besoins en accueil de jour et accueil temporaire et prévoir une réponse adaptée à ces besoins.

⁵⁸ <http://www.maisondesquatre.fr>

Fiche n° 22 : 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 troisième a été lancé courant 2013 pour une durée de 5 ans, 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 55 places installées de MAS et 195 places installées de FAM en région Centre⁵⁹ pour une prise en charge spécifique des adultes autistes. Le PRIAC 2012-2016 prévoit la création de 79 places pour adultes autistes correspondant à la création de 14 places de FAM à Osmoy dans le Cher par Sesame Autisme, à la création de 6 places d'accueil de jour et 2 places de MAS au FAM/MAS « Les Maisonnées » à Azay le Rideau dans l'Indre-et-Loire, à la création de 13 places d'accueil de jour à Blois dans le Loir-et-Cher et à 24 places de FAM à Saran et 5 places de MAS à Boigny sur Bionne dans le Loiret.

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

⁵⁹ Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale 2012-2016

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'AIRe⁶⁰ nomme le « dispositif ITEP ».

Plus précisément, les ITEP font face actuellement à des difficultés de plusieurs ordres :

- o La **première** difficulté réside dans le manque de places dans certains départements de la région Centre. L'ouverture récente 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.
- o La **deuxième** difficulté réside dans la confusion fréquente -y compris par 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

⁶⁰ L'Association nationale des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques et de leurs Réseaux

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.

- O Cette coopération au cours de l'accompagnement de la personne présuppose une coopération en amont, avant l'admission en établissement spécialisé, alors que nombre de structures déplorent le fait de méconnaître les difficultés psychiques des personnes accompagnées au moment de les accueillir. 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 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.
- O 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.
- Créer des équipes de psychiatrie mobiles pour intervenir auprès des personnes souffrant de troubles psychiques en lien étroit avec les services médico-sociaux et sociaux qui les accompagnent.
- Participer aux travaux de l'ARS Centre à la déclinaison régionale du plan autisme 3.

Fiche n° 23 : 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 :

- o la scolarisation,
- o l'intégration sociale et professionnelle,
- o l'accessibilité,
- o le logement,
- o le transport,
- o 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 HPST⁶¹ 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 handicapées⁶².

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^{er} 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.

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.

⁶¹ Hôpital, Patients, Santé et Territoires publiée le 24 juillet 2009

⁶² Disposition prise par décret n° 2011-671 du 14 juin 2011

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° 24 : 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 »⁶³.

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 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 santé⁶⁴. 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 déplacer jusqu'au lieu de consultation. L'implantation médicale est un facteur d'inégalité territoriale

⁶³ Tiré du rapport 2009-2010 de l'INPES

⁶⁴ <http://www.orscentre.org/publication/138>

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.

Est-ce qu'il faut parler de la mise en place de la plateforme PAPS (plateforme d'appui aux professionnels de santé) ?

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.

Ce constat se retrouve au niveau des professionnels des associations du secteur « accueil, hébergement, insertion » qui se trouvent souvent désarmés face aux pathologies des personnes qu'elles accompagnent. C'est le cas notamment des dispositifs de lits halte soins santé qui rencontrent de grandes difficultés à établir des liens avec des médecins généralistes ou spécialistes.

Ce phénomène est amplifié par le désengagement progressif de l'hôpital qui oriente par défaut des patients non stabilisés vers ce type de structure.

Autre obstacle, le renoncement aux soins pour raisons financières (l'augmentation du reste à charge, le déremboursement de certains médicaments, dépassements d'honoraires, etc.). Comme le précise l'INSEE, en 2010, 16,2 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois 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.

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 ne sont pas toujours bien identifiées. La complexité des parcours est renforcée par la situation d'isolement et l'absence de liens relationnels des personnes.

Propositions de l'URIOPSS Centre

- ▶ Décloisonner le secteur social, médico-social et le secteur sanitaire afin de favoriser la logique de parcours des personnes et de limiter les orientations par défaut.
- ▶ Accroître la visibilité des PASS et développer les liens avec l'ensemble des acteurs du champ social.

Fiche n° 25 : 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. 2^{ème} Région de France sous médicalisée, après la Picardie, la densité de médecins généralistes y est de 115 médecins pour 100 000 habitants, contre 138 pour la moyenne nationale. La densité de médecins spécialistes, toutes spécialités confondues, est de 123 pour 100 000 habitants contre 150 pour la moyenne nationale⁶⁵.

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 inégalité 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.

⁶⁵ Source : Atlas 2013 de la démographie médicale (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

Santé

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 pertinence 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° 26 : Renforcer l'offre médico-sociale et la prévention en addictologie

Situation actuelle

Les conduites addictives, avec ou sans substances, constituent, en Région Centre comme dans beaucoup de régions, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux. Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminant de santé et sont l'une des principales causes de mortalité prématurée.

Face à l'augmentation des usages problématiques et/ou pathologiques associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, face à des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes, et au regard de la précarité d'une majorité d'usagers, il est nécessaire d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées, globales et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins.

Les budgets consacrés à la prévention des addictions sont pourtant depuis trois ans en constante diminution.

Avec la réforme de l'Etat, ce secteur a intégré 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 développait et finançait les actions de prévention, a été fondu dans l'ARS. Les activités de prévention constituent un enjeu de premier plan du secteur de l'addictologie.

Le projet régional de santé adopté en 2012 fixe, dans son volet « personnes en difficultés spécifiques », plusieurs objectifs en direction des personnes en difficultés avec les addictions :

- Favoriser le repérage précoce et l'intervention brève destinés à modifier les comportements,
- Mettre en place des consultations de proximité sur les territoires par l'intermédiaire des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),
- Développer l'articulation entre les secteurs médico-sociaux, hospitaliers, ambulatoires et associatifs,
- Favoriser la sensibilisation en milieu carcéral,
- Renforcer l'observation, la formation et la recherche.

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 d'accès « aux 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 constitue 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 au travers des CSAPA et des CAARUD pour l'offre de réduction des risques.

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

Santé

Actuellement, la prévention ne semble malheureusement pas être une priorité de santé publique. L'absence de financement pérenne limite toute possibilité de développer des actions, de les mener 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 conséquence, c'est aussi le coût humain et financier qui en sera plus élevé.

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.

Les axes relatifs aux consultations jeunes consommateurs et les consultations de proximité restent à consolider.

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.).

Jusque là, la région souffrait d'un déficit de capacité de soins résidentiels. Les places d'ACT (appartements de coordination thérapeutique) créées en début d'année 2013 vont permettre de combler ce déficit même si l'on peut regretter qu'aucune place n'ait été prévue sur le département d'Eure-et-Loir alors qu'il existe sur ce département une réelle demande pour une prise en charge de personnes souffrant de maladies chroniques.

Globalement, l'offre et le maillage territorial en établissements médico-sociaux d'addictologie apparaissent insuffisamment équilibrés sur la région Centre.

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 au développement notamment par l'inscription d'un volet « Addiction » dans chaque programme territorial de santé :
 - d'une **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'une **offre**, répartie sur l'ensemble de la région, de solutions de prise en charge médico-sociale avec hébergement,

Santé

- d'activités 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.
- ▶ Développer l'information et la formation en addictologie des acteurs de terrain du social et médico-social, des secteurs éducatifs et sportif 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 la prévention, le repérage et l'orientation.
- ▶ Développer la logique de l'« aller vers » tant du point de vue de la prévention que de la réduction des risques que du soin.
- ▶ Renforcer les consultations de proximité pour le repérage précoce des usages nocifs, notamment par une couverture territoriale des consultations jeunes consommateurs.
- ▶ 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.
- ▶ Renforcer des actions en direction de populations spécifiques (la consommation de produits psychoactifs à l'adolescence, femmes en âge de procréer, l'accompagnement de publics sous-main de justice, les détenus).
- ▶ Soutenir les missions obligatoires des CSAPA notamment la mission Prévention.
- ▶ Renforcer l'offre médico-sociale sur la base du continuum prévention, intervention précoce et prévention des risques, soins et accompagnement y compris le soin résidentiel spécialisé.
- ▶ Renforcer et développer l'offre aux parents et familles en intégrant les CSAPA comme acteurs ressources d'aide à la parentalité.
- ▶ Faciliter les coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social en finançant des consultations de proximité dans les maisons de santé et pôle de santé (par exemple en développant les points de contact avancé des consultations jeunes consommateurs) dans tous les lieux fréquentés par les jeunes.

Fiche n° 27 : 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, neuf⁶⁶ 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 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 2013-2014.

⁶⁶ 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.

Fiche n° 28 : Réaffirmer la place des associations mandataires judiciaires à la protection des majeurs et déléguées aux prestations familiales

Situation actuelle

La protection juridique des majeurs est à la croisée de plusieurs secteurs : personnes âgées, handicap, dépendance, précarité, santé, justice... Elle concerne directement près de 800 000 personnes en France.

L'estimation du nombre de personnes bénéficiant d'une mesure de protection en Région Centre n'est pas exhaustive dans le schéma 2010-2014, les tribunaux d'instance n'ayant pas tous transmis leurs données. La révision de ce schéma est lancée fin 2013, avec une volonté d'associer la justice aux travaux.

En termes d'offre, comme indiqué dans le schéma 2010-2014, le recensement réalisé à partir des arrêtés préfectoraux en 2009, aboutit à un nombre total d'intervenants tutélaires de 440. La région Centre comptabilise ainsi 41 services inscrits sur les arrêtés préfectoraux dont 27 associations, 4 organismes de sécurité sociale et 10 mutuelles ainsi que 127 mandataires privés. De plus, 133 établissements ont l'obligation de désigner un préposé. La majorité de l'activité des services tutélaires est gérée principalement par 25 associations. Les critères d'attribution des mesures varient selon les départements et restent assez opaques pour la majorité des associations du secteur. Il semble cependant que les mesures les plus lourdes et complexes à gérer leurs sont confiées alors que les mesures plus « légères » sont confiées aux mandataires privés.

Problèmes posés

La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a profondément réformé le droit de la protection juridique. Elle place la personne protégée au cœur du dispositif. Cependant, sa mise en place implique un meilleur suivi des dossiers sans moyens humains supplémentaires, ni pour les associations ni pour la Justice. La communication des associations avec les magistrats et juges des tutelles représente donc un enjeu important afin que chacun puisse faire valoir ses intérêts en collaboration, avec pour objectif un meilleur accompagnement des majeurs concernés.

Par ailleurs, le schéma 2010-2014 arrivant à échéance, les associations de protection des majeurs souhaitent pouvoir être intégrées à la rédaction du prochain schéma notamment dans l'objectif d'avoir une meilleure lisibilité de l'offre sur la Région et de faire remonter les problématiques spécifiques au secteur associatif chargé de la protection des majeurs, ce en collaboration avec les tribunaux d'instance.

Enfin, conformément à la circulaire du 30 avril 2013, les services MJPM subissent une forte pression du fait d'une campagne budgétaire contraignante marquée par la baisse de la dotation régionale limitative (- 0.8% entre 2012 et 2013 pour la Région Centre et - 0,5% entre 2009 et 2013) alors même que la valeur du point service y est inférieure à celle des autres régions métropolitaines.

L'interrogation persiste alors sur la logique d'évolution des DRL au vu des indicateurs transmis annuellement.

- ▶ Associer les associations aux travaux de réalisation du schéma.
- ▶ Organiser un dialogue coordonné avec les services de justice.
- ▶ Partager les indicateurs d'activité de chaque association afin de disposer d'un panorama plus précis de l'action associative du secteur en Région Centre.
- ▶ Clarifier les modalités de définition des Dotations Globale de Fonctionnement au vu des indicateurs transmis annuellement.

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

**Une citation de
Pierre
ROSANVALLON⁽¹⁾**

**au 28^{ème} 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)
Propositions prioritaires URIOPSS Centre*

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'utilisateur 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.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Membre honoraire	
Monsieur Paul LEBRETON	
Collège Associations	
Monsieur Hubert BRETHER	ACESM
Madame Marie-Martine CHAMPIGNY	ADSE
Madame Michelle BELLANGER	ADMR Région Centre
Madame Emilie GUICHARD	L'ADAPT
Monsieur Christophe CABARAT	Fondation d'Auteuil
Monsieur Alain COURVOISIER	FNARS Région Centre
Monsieur Jean-Claude DION	APHL
Madame Béatrice GIRARD	Association EMMAÛS
Monsieur Eric LEFRANCOIS	APF
Monsieur Alexandre HAUSKNOST	ADAPEI 41
Monsieur Gerhard KOWALSKI	URAPEI Centre
Monsieur Claude LAIZE	ACCESSMS
Monsieur Georges LEBAT	ASDM la Couronnerie
Madame Christelle QUESNEY-PONVERT	ANPAA 45
Monsieur Sébastien ROBLIQUE	CISPEO
Monsieur Jean-Luc ROQUEPLAN	Secours Catholique du Loiret
Monsieur Dominique SACHER	AIDAPHI
Madame Cécile SAMAZAN	EHPAD Les Vallières
Délégués GLASS (délégué puis délégué adjoint)	
Madame Marie-Paule PROT-LEGER	Association Antoine Moreau
Madame Patricia DOUANE	ADAPEI 28
Madame Jacques BONVALET	ADSEA
Monsieur Philippe COTTIN	AIDAPHI
Madame Sylvie GUILLET	EHPAD « Saint Joseph »
Monsieur Pascal OREAL	UNA 37
Monsieur Dominique GAUNET	ADSE
Monsieur Jean-Marie VINCENT	APHP
Monsieur Michel BEAUVALLET	AIDAPHI
Monsieur Pedro NIETO	Les Clos du Loiret
Madame Christine TELLIER	APLEAT
Personnes qualifiées	
Monsieur Claude BOUGET	
Monsieur Jean-Michel DELAVEAU	
Madame Jocelyne GOUGEON	
Madame Dominique LORENZI-BRY	
Madame Marie-Madeleine MIALOT	
Monsieur Claude MIRET	
Invités	
Monsieur Olivier CANY	UNAFORIS
Monsieur Noël LE GOFF	CREAI

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 **Emilie ROY**

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

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

GLASS d'Indre-et-Loire suivi par **Agnès BLONDEAU**

GLASS du Loir-et-Cher suivi par **Agnès BLONDEAU**

GLASS du Loiret suivi par **Delphine DORLENCOURT**

CDHL, Commission départementale du handicap dans le Loiret, suivie par **Aude BRARD**

Animation Régionale : les commissions régionales

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

« **Etablissements hébergeant des Personnes Agées** » animée par Emilie ROY et présidée par Jocelyne GOUGEON, Vice-Présidente de l'URIOPSS Centre

« **Services d'aide et de soins à domicile** » animée par Emilie ROY

« **Protection de l'Enfance** » animée par Agnès BLONDEAU et présidée par Jean-Michel DELAVEAU, Président 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 et présidé par Dominique LORENZI-BRY, Secrétaire de l'URIOPSS

Groupe Régional des Lieux d'accueil Enfants Parents (LAEP) animée par Agnès BLONDEAU et présidée par Jocelyne MARTIN

Les Groupes techniques régionaux :

« **Responsables des ressources humaines** » animé par Agnès BLONDEAU

« **Responsables administratif et financier** »

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 : Aude BRARD

Personnes Agées : Emilie ROY

Services d'aide et de soins à domicile : Emilie ROY

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 : Emilie ROY

Conduite du changement : Aude BRARD

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 : Anthony LECLERC

Dispositif CAP'ASSO : Delphine DORLENCOURT - Anthony LECLERC

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

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

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

CESER (conseil économique, social et environnemental régional)

Groupes de suivi des schémas départementaux

Conseils de développement

CDCPH (Conseil départemental consultatif des personnes handicapées)...

CODERPA (comité départemental des retraités et des personnes âgées)

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'Evaluation 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 :

Jean-Michel DELAVEAU, Président 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 d'une information régulière** aux associations du Collectif 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 des Paralysés de France (APF) - Association Service Social Familial Migrants (ASSFAM) – Cimade - Comité Chrétien de Solidarité avec les Chômeurs et Précaires (CCSC) - Comité National de Liaison des Associations du Réseau d'Accompagnement des migrants (CLARA) – COORACE - Croix Rouge française - 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 - 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 de l'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 Professionnelle du Logement Accompagné

(UNAFO) - Union nationale ADMR - Union nationale des associations familiales (UNAF) - Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) - Union nationale pour l'habitat des jeunes (UNAHJ) - Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)

Une action régionale

ADOM - ACEP – ACSC Foyer Jean Rodhain – ADMR 18 – ANPAA 18 - Banque Alimentaire 18 - Bourges Nord Services - Cher Accueil – Saint Vincent de Paul - COORACE - Croix Rouge Française - Entraide Berruyère - Familles de France - Le Relais – PACT 18 – Secours Catholique 18 – UDAF 18

ADMR 28 - ADSEA 28 - Banque Alimentaire 28 – Centre Socio-Educatif Jules Verne - CICAT - Croix Rouge Française - Familles de France - FJT Elisabeth de Thuringe – Foyer d'Accueil Chartrain - Habitat et Humanisme – Régie de Chartres les 3R - Pastorale des migrants – Restos du cœur - Secours Catholique 28 – Société Saint Vincent de Paul - UDAF 28

AGIR 36 - ANPAA 36 – APDSU - Banque Alimentaire 36 - COALLIA – Contact emploi 36 - Croix Rouge Française - Emmaüs 36 - Familles Rurales - Idées en Brenne – Insert Jeunes - Mieux Vivre - Mob d'emploi 36 - OTDI - PACT 36 - Restaurants du Cœur - Secours Catholique 36 - Solidarité Accueil – Tremplin

Accueil Albert Thomas - ACGESSMS - ACTIVE – ADEPAPE – ADMR 37 - AIDES - Agir pour l'Emploi - ASEPT – Association Jeunesse et Habitat - ATEC – ATS- Banque Alimentaire 37 - Centre Social de la Rabièrre - Chambray Emploi - CIPSEO - COALLIA - Communauté Emmaüs - Compagnons Bâtisseurs - Courrier de Bovet - CPD – Croix Rouge Française - ECM - Entr'Aide Ouvrière - Etape - FICOSIL – FLES – Insertion Développement - ISER 37 - Les amis des petits frères des pauvres - MILE – Mob d'emploi - Mobilité 37 - PACT 37 - Secours Catholique 37 - Secours Populaire 37 - Société Saint Vincent – Sos Familles Emmaüs 37 - Mouvement du nid – Sac à Malices - Conseil départemental Saint Vincent de Paul - Solidarité Jocondienne - Tours Emploi - Travail'Aid - Touraine Entraide – Tsigane habitat – UDAF 37 – UNAFAM - URHAJ

ACESM - ADMR 41 – ASLD - Banque Alimentaire 41 - Association Bio-Solidaire – CIAS Blois – CIAS Vendôme – EUREKA - Restaurants du Cœur 41 – Secours Catholique 41 - Emmaüs – PACT 41 - UREI Centre – Régie de Quartier Blois – Régie de Quartier Vendôme - Osons nous Soigner - Vie Libre - Banque Alimentaire - Familles rurales - Fnars

ADIE – ADMR - AHU - AIDAPHI – AIDER – ALPEJ – ANPAA 45 – APLEAT - Banque Alimentaire 45 – CIDFF Montargis - COALLIA - Domicile services - Emmaüs Loiret – Entraide Protestante – Familles Rurales – Fondation de l'Armée du Salut – Habitat et Humanisme - IMANIS - Initiatives et Développement - La Halte - Le Relais Orléanais - Olivet Solidarité - Passerelle Santé – Résidence Jeunes Acacias – Résidence Jeunes Colombier - Secours catholique 45 – SNC - Société Saint Vincent de Paul - Sos Familles Emmaüs - TERANGA - UDAF – URAF – VEFA



A DOMICILE 28 • A DOMICILE 45 • ACCOMPAGNEMENT ET HÉBERGEMENT URBAIN (AHU) • ACEP • ACESM • ACGESSMS • ACOGEMAS • ACSC • ADAPEI 28 • ADAPEI 37 • ADAPEI 41 • ADAPEI 45 • ADDICTO CENTRE • ADIASEAA • ADMR 18 • ADMR 28 • ADMR 36 • ADMR 37 • ADMR 41 • ADMR 45 • ADMR CENTRE • ADPEP 45 • ADSE 37 • ADSEA • AEFH • AFPAL • AFTC 28 • AGEVIE • AIDADOM 37 • AIDAPHI • AIDE AUX FAMILLES A DOMICILE • AIDER SERVICES • AIDES 37 • ALIS 36 • AMASAD LIGNIERES • AMASAD NERONDES • ANAIS • ANAS LE COURBAT • ANPAA 18 • ANPAA 36 • ANPAA 41 • ANPAA 45 • APADVOR • APAHAV • APAJH 36 • APAJH 41 • APAJH 45 • APF • APHL • APPEL SERVICES • APPRENTIS D'AUTEUIL • APSER • APSISS • ARDEQAF • ARPS • ASDM LA COURONNERIE • ASLD • ASMAD • ASSAD DES AIX D'ANGILLON • ASSAD-HAD EN TOURAINE • ASSEPH • ASSIAD DE MASSAY • ASSIDO • ASSOCIATION AMBROISE CROIZAT • ASSOCIATION AMIVILLE • ASSOCIATION ANTOINE MOREAU • ASSOCIATION ATOUT-BRENNE • ASSOCIATION BAPTEROSSES • ASSOCIATION BEAUCE VAL SERVICE • 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 NORD-SOLOGNE • ASSOCIATION ENFANCE HEUREUSE • ASSOCIATION ESPACE • ASSOCIATION ESPOIR VALLÉE DU LOIR • ASSOCIATION EUROPEENNE D'HANDICAPES MOTEURS • ASSOCIATION FOYER DE CLUNY • ASSOCIATION GITE ET AMITIE • ASSOCIATION ISAMBERT SAGESSE • ASSOCIATION ISATIS • ASSOCIATION JEUNESSE ET HABITAT • ASSOCIATION LA BOISNIERE • ASSOCIATION LA PATERNELLE • ASSOCIATION LA ROSERAIE • 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 MAISON MATERNELLE • ASSOCIATION MIEUX VIVRE • ASSOCIATION MONSIEUR VINCENT • ASSOCIATION MONTJOIE • ASSOCIATION NOTRE DAME DU SACRÉ CŒUR • ASSOCIATION PI-MA • ASSOCIATION POUR L'AIDE ET L'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES • ASSOCIATION POUR L'ECOUTE ET L'ACCUEIL EN ADDICTOLOGIE ET TOXICOMANIES • ASSOCIATION POUR PERSONNES HANDICAPEES DU PERCHE • ASSOCIATION PROXIMITE SERVICES LOIRET • ASSOCIATION PROXIMITE SERVICES LOIR-ET-CHER • ASSOCIATION SAINTE FAMILLE • ASSOCIATION SCHWEITZER • 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 LOIR-ET-CHER • BANQUE ALIMENTAIRE DU CHER • BEAUCE VAL SERVICE • CERCLE DES AGES • CESAP • CHÂTEAU DE SABLE • CICAT • CISPEO • COALLIA • COMITE D'ENTREPRISE DU BRGM • DOMINICAINES DE LA PRÉSENTATION • EHPAD LES VALLIERES • EMMAÛS SOLIDARITE • ENTRAIDE ACVG INDRE ET VIENNE • ENTRAIDE OUVRIERE • ENTRAIDE-UNION • ESPACE FAMILLES LOIRET • ESPOIR 18 • ESPOIR 21 • FAMILLES RURALES 36 • FAMILLES RURALES 45 • FEDERATION ADDICTION • FNARS CENTRE • FNCPG – CATM • FONDATION ARMEE DU SALUT • 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 • GEDHIF • IMANIS • 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 DE RETRAITE LA CHARMEE • 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 • ORDRE DE MALTE • ORPADAM • OSONS NOUS SOIGNER • PARTAGE SOLIDARITE ACCUEIL • PASSERELLE 45 • PETITES SŒURS DES PAUVRES MA MAISON • PLANNING FAMILIAL D'INDRE-ET-LOIRE • RELAIS ENFANCE ET FAMILLE • RESIDENCE ANDRE-MAGINOT • RESIDENCE LOUIS JOUANNIN • RESIDENCES JEUNES ACACIAS • RESIDENCES JEUNES COLOMBIER • SAMEC • SECOURS CATHOLIQUE 41 • SECOURS CATHOLIQUE 45 • SERVICE DE SOINS A DOMICILE DE GIEN • SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE DE DUN SUR AURON • SESAME AUTISME CHER • SOCIETE PHILANTHROPIQUE • SŒURS DE ST PAUL DE CHARTRES • SOLIDARITE ACCUEIL • SOS VILLAGES D'ENFANTS • SSIAD CHATILLON-COLIGNY/CHÂTEAU-RENARD • TRISOMIE 21 EURE-ET-LOIR • TRISOMIE 21 INDRE-ET-LOIRE – GEIST • TRISOMIE 21 LOIR ET CHER • UDAF DE L'EURE ET LOIR • UDAF D'INDRE-ET-LOIRE • UDAF DU LOIRET • UGECAM • UNA CENTRE • UNA D'INDRE-ET-LOIRE • UNA LOIRET • UNAFAM CENTRE • URAF CENTRE • URAPEI CENTRE • URHAI CENTRE •