

Essai sur l'innovation et le nouveau dispositif médico-social pour les personnes adultes handicapées

par **Patrick GUYOT**, conseiller technique du CREAL de Bourgogne

Le CREAL Champagne-Ardenne a organisé les 16 et 17 octobre 2008 à Reims les journées nationales des services pour les personnes adultes handicapées intitulées « *vers un nouveau dispositif médico-social, respectueux des choix de vie des personnes handicapées ?* ». Parmi les forums proposés durant ces deux journées, un avait pour titre : « *Innover et concevoir de nouvelles formes de services aux personnes handicapées* ».

Le CREAL de Bourgogne a travaillé plus ou moins directement cette question depuis quelques années, notamment au travers d'une réflexion sur la logique de prestations¹ en 2004/2005, puis d'une enquête² sur les structures innovantes et les SAVS en 2006/2007.

L'apport de ce forum et les travaux menés dans le cadre du CREAL de Bourgogne sont l'occasion – sous forme d'essai - de faire le point sur les innovations et sur le nouveau dispositif médico-social pour adultes handicapés qui semble se dessiner peu à peu.

Avant cela, il convient d'interroger la notion d'innovation qui constitue un objet multidimensionnel et protéiforme.

Innovation ou rénovation ?

Selon le Petit Larousse *innovation* signifie : « 1 - Action d'innover, d'inventer, de créer quelque chose de nouveau. 2 - Ce qui est nouveau, création ». Quant à *Innover*, c'est : « introduire quelque chose de nouveau dans un domaine particulier ». Même si la racine est identique (Novus : nouveau), l'innovation n'est pas la rénovation qui consiste en « un changement en mieux, [une] transformation, [une] modernisation ». L'innovation aurait donc à voir avec la création, l'invention de quelque chose de nouveau, alors que la rénovation serait plus simplement un changement *en mieux* de quelque chose qui existe déjà.

¹ GUYOT (Patrick), La logique de prestations - vers une reconfiguration du dispositif d'accueil et d'accompagnement des adultes handicapés, *Bulletin d'informations du CREAL de Bourgogne*, n° 255, janvier 2006.

² GUYOT (Patrick), Structures innovantes pour adultes handicapés et Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : différences et évolutions, *Bulletin d'informations du CREAL de Bourgogne* n°274, Octobre 2007.

Lorsqu'il est question d'innovation dans le secteur médico-social sommes-nous alors vraiment dans l'innovation ou bien dans la rénovation ? La réponse ne va pas de soi dans la mesure où elle peut être différente suivant le point de vue auquel on se place. Par exemple, au regard de l'action sociale et médico-sociale en général, nous serions plutôt dans une rénovation si l'on en croit le titre même de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 *rénovant* l'action sociale et médico-sociale. Le fait que ce type d'action existait avant 2002, puisqu'il y avait alors la loi dite « sociale » du 30 juin 1975, confirme que l'on est bien dans « un changement en mieux ». En ce qui concerne la loi 2005-102 du 11 février 2005³, pour rester au niveau des politiques publiques nationales, la chose est moins évidente. Certes il y avait bien la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, mais la nouvelle loi de 2005 ne fait-elle que la rénover ? Peut-être pour certaines dispositions (allocations aux adultes handicapés par exemple), mais probablement pas pour le référentiel sous-tendant cette loi qui est novateur. Ce référentiel est exprimé à travers les principes d'égalité des chances, de projet de vie, de libre choix, de participation, d'inclusion... Il introduit en conséquence *quelque chose de nouveau dans un domaine particulier* (celui de la législation française du handicap). Pour autant, il n'est pas forcément nouveau pour certains acteurs intervenant dans le champ médico-social, ni pour d'autres pays que la France (pays scandinaves notamment) qui ont adopté ce référentiel dès le début des années 90 suite à la publication des « *règles standards pour l'égalisation des chances* » de l'ONU en 1993, à la rédaction desquelles ils ont d'ailleurs activement participé.

L'innovation est donc bien souvent relative et doit être *contextualisée* : on innove dans un domaine donné, dans un lieu donné et par rapport à l'institué. Une formule d'hébergement pour adultes handicapés peut être innovante dans un département, alors qu'elle ne l'est plus dans un autre. Cette même formule peut être innovante aux yeux de l'administration centrale (ministère) au regard des catégories administratives existantes, alors qu'elle est formellement identifiée depuis plusieurs années au niveau local dans un règlement départemental d'aide sociale.

Les multiples acteurs de l'innovation

L'innovation peut donc provenir de différents acteurs situés à des niveaux variés du dispositif médico-social :

- Il peut s'agir d'une innovation au niveau national par le biais d'une loi, d'un décret, d'une circulaire, ou d'un programme de création de place. La création des SAMSAH⁴ en 2002 en est une illustration.
- L'innovation peut s'exprimer au niveau local, et notamment départemental, lorsqu'un Conseil Général prend l'initiative d'inscrire dans son règlement départemental d'aide sociale une nouvelle formule permettant de répondre plus pertinemment aux besoins des usagers. Ce peut être le cas d'une formule d'habitat intermédiaire entre l'hébergement traditionnel en foyer et le domicile ordinaire, par exemple sous forme d'appartements regroupés avec une prestation d'accompagnement associée.
- L'innovation peut également être initiée par un organisme gestionnaire de structures médico-sociales (associations, mutuelles, établissement public...) qui développe par exemple un service spécifique d'aide à domicile⁵. N'oublions pas que les associations ont historiquement été les principaux vecteurs d'innovation dans le secteur social et médico-social.
- L'innovation peut être mise en œuvre à l'initiative d'un établissement ou d'un service. Elle peut prendre des formes variées allant de nouvelles modalités d'interventions⁶ à la création d'habitat ou de services innovants.

³ Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁴ Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés institué par la loi 2002-2.

⁵ On peut citer à titre d'exemples les ESVAD de l'Association des Paralysés de France (APF).

⁶ Le passage d'une logique d'assistance à celle d'accompagnement dans les années 1980 est caractéristique d'une nouvelle modalité d'intervention.

- Ce peut être enfin les personnes handicapées elles-mêmes, en dehors d'une association, qui innoveront en mettant en place de nouvelles réponses à leurs besoins et attentes⁷.

On notera qu'une formule innovante créée par un ou des établissement(s), peut être reprise et étendue par un Conseil Général au niveau d'un département, après évaluation. Des expériences locales probantes peuvent pareillement être développées sur l'ensemble du territoire national.

Au-delà de cette identification des catégories d'acteurs de l'innovation, qu'est-ce qui les conduit à innover dans le secteur médico-social ?

Les moteurs de l'innovation

Les besoins et attentes des usagers

La première idée qui vient en général à l'esprit est celle des besoins et attentes des usagers de ce secteur. La rationalité voudrait qu'une demande explicite soit à l'origine des innovations ; demande issue d'une identification claire des besoins par les usagers, leurs représentants ou les professionnels du secteur. Bien que cela puisse se produire ainsi, le processus d'innovation n'est malheureusement pas toujours aussi simple pour au moins deux raisons :

- L'identification des besoins et attentes des usagers n'est pas forcément facile, tant sur le plan quantitatif (nombre de personnes), que qualitatif (types de besoins). Cela est vrai au niveau départemental et plus encore si l'on souhaite identifier les besoins au niveau infra départemental dans une logique de réponse de proximité. A terme, lorsqu'elles auront atteint leur vitesse de croisière, les MDPH pourraient fortement atténuer cette difficulté d'identification en activant leur fonction d'observatoire des besoins via l'analyse des projets de vie et les plans personnalisés de compensation.
- Le dispositif médico-social tel qu'on le pratique depuis plusieurs décennies peut étouffer la créativité en matière d'offres, en constituant un carcan intellectuel duquel il est difficile de s'abstraire. Ainsi, des besoins risquent de ne pas être pris en compte parce que la réponse paraît a priori utopique. Il se peut même qu'on ne cherche pas à identifier ces besoins et attentes, qui se trouvent alors occultés.

Les orientations des politiques publiques

L'innovation peut également trouver sa source dans l'orientation des politiques publiques nationales, s'appuyant elles-mêmes sur des principes internationaux. Nous pensons aux règles standards pour l'égalisation des chances de l'ONU (1993), à la résolution sur l'égalité des chances des personnes handicapées de l'Union Européenne (1996) et à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (2002), qui promeuvent une politique d'inclusion, de participation à la vie sociale, d'autodétermination, d'égalisation des chances par le biais de la compensation et de l'accessibilité.

⁷ Par exemple, le projet Gate Argent à Angers. Voir à ce propos l'ouvrage de Jean-Claude CUNIN, *Le handicap en France – Chronique d'un combat politique*, Dunod, 10/2008, notamment les pages 71 et suivantes.

Cette nouvelle perception de la place et du rôle des personnes handicapées dans la société irrigue de plus en plus les politiques publiques tant au niveau national que local. Elle constitue un nouveau référentiel qui ouvre le champ des possibles pour l'ensemble des acteurs du médico-social que nous avons identifiés plus haut.

L'innovation semble donc trouver sa source dans une relation dialectique entre les besoins/attentes des usagers et les orientations⁸ des politiques publiques. On notera à propos de cette dialectique, que si la demande peut générer l'offre, une offre peut également peu à peu susciter une demande. La mise en place d'accueils temporaires ou séquentiels est ainsi parfois boudée au début par les utilisateurs potentiels, parce que cette modalité d'accueil est vécue comme une solution par défaut, pour dans un second temps être utilisée en tant qu'alternative à l'accueil permanent. La formule innovante permet alors, en quelque sorte, d'amorcer une demande.

Les freins à l'innovation

La mise en œuvre d'une innovation, quelle qu'en soit sa nature, est loin d'être une sinécure. Outre la méfiance face à la nouveauté que nous avons déjà signalée, il existe des obstacles administratifs, juridiques, budgétaires qui sont difficiles à lever. Ceci s'explique souvent par le fait que la formule innovante n'entre pas par définition dans les catégories administratives habituelles, ce qui pose divers problèmes en termes de règles applicables (tarifications, participations financières des usagers, règles de sécurité...). Malgré la possibilité de création de structures expérimentales dans la loi 2002-2⁹, ses difficultés demeurent si l'on en croit les promoteurs de formules innovantes.

Il semble également qu'une innovation ayant fait ses preuves localement ne soit pas forcément étendue à un territoire plus vaste. C'est une situation qui ne semble pas rare et qui pose à la fois la question de l'identification des formules innovantes, de leur évaluation et de leur reproduction. Une des raisons est sans doute que ces formules sont parfois masquées sous une appellation réglementaire reconnue afin d'éviter les problèmes administratifs évoqués ci-dessus. Elles sont de fait quasiment *invisibilisées* en tant qu'innovation. Notre enquête citée en introduction sur les structures innovantes en Bourgogne en est une illustration.

Vers un nouveau dispositif médico-social pour adultes handicapés

Après cette tentative d'éclaircissement des différentes dimensions de l'innovation, il peut être utile d'identifier dans le secteur médico-social pour adultes handicapés les innovations qui semblent se dessiner. Avant cela il faut rappeler schématiquement quel est le dispositif actuel tel qu'on le trouve en général sur le territoire national.

⁸ On pourrait penser que ces orientations et le référentiel qui les sous-tend proviennent du travail de lobbying des groupes de pression représentant les personnes handicapées, tant au niveau national qu'international, et qu'en conséquence la source première des innovations reste les besoins et attentes des usagers. Si ce travail de lobbying est indéniable et joue un rôle non négligeable dans ces orientations, d'autres logiques sont également à l'œuvre portées par d'autres acteurs. Voir à ce propos : BARRAL (C), PATERSON (P), STIKER (H.J), CHAUVIERE (M), (sous la direction), *L'institution du handicap, le rôle des associations*, Presses Universitaires de Rennes, 2000.

⁹ Article L 312-1 (12°) du code de l'action sociale et des familles.

Dans le schéma n° 1 (voir pages suivantes), nous avons indiqué, pour chaque type d'établissement ou de services, les principales catégories de prestations fournies¹⁰. Chacune de ces catégories de prestations pouvant être déclinée : par exemple pour la prestation hôtelière : *hébergement, restauration, entretien du linge...*

Chacun reconnaîtra les différents établissements et services présentés sur ce schéma, puisqu'ils constituent l'offre officielle plus ou moins en vigueur dans chaque département avec parfois quelques différences dans les appellations : foyers occupationnels au lieu de foyers de vie par exemple.

Même en introduisant une identification des prestations dans ce dispositif, l'expérience montre qu'il ne permet pas de répondre au principe de libre choix des usagers. Par exemple, dans ce schéma traditionnel, il n'existe pas de véritables possibilités pour une personne peu autonome, relevant actuellement d'un foyer d'hébergement ou de vie, de vivre à son propre domicile en bénéficiant de l'accompagnement d'un SAVS avec une ou des interventions quasi quotidiennes, tout en étant accueillie de manière séquentielle en structure d'accueil de jour.

Afin de permettre un choix plus ouvert et modulable, le schéma n° 2 prend en compte des formules innovantes telles que les *formules d'habitat intermédiaires*. Ces formules se situent entre les foyers et le domicile personnel. Il s'agit d'appartements individuels regroupés ou disséminés dont les occupants sont propriétaires, locataires ou sous-locataires et auxquels sont obligatoirement associés un ou des services d'accompagnement à la vie sociale.

Ce schéma prend également en compte le développement des services permettant le maintien (ou le retour) à domicile, et notamment des SAVS et des SAMSAH. Pour ce qui concerne les SAVS, et afin de permettre véritablement au plus grand nombre le maintien à domicile, ils doivent dans ce modèle avoir des moyens suffisants en personnel pour pouvoir intervenir auprès de personnes nécessitant un accompagnement soutenu. Or ceci n'est pas le cas à l'heure actuelle puisqu'un travailleur social en SAVS accompagne entre 15 et 20 personnes, soit en moyenne 1 visite par semaine. Si ce rythme peut être suffisant pour des personnes relativement autonomes, il ne convient pas si les SAVS doivent intervenir auprès de personnes moins autonomes. C'est d'ailleurs une des raisons pour laquelle ces personnes n'ont guère d'autres choix actuellement que de rester dans leur famille ou d'être hébergées dans un foyer. En fonction de la nature et du degré de handicap, pour l'accompagnement social, il faudrait retenir un ratio de 1 travailleur social pour 6 à 12 personnes.

Il convient de préciser que nous parlons ici d'accompagnement et non seulement d'aide aux actes de la vie quotidienne. Cet accompagnement s'adresse à des personnes insuffisamment autonomes dans la gestion de leur vie, et pas seulement dépendantes pour réaliser certains actes de la vie quotidienne. Dans ce dernier cas, l'intervention de services d'aide à domicile (SAAD) serait suffisante. Pour des personnes ayant également besoin de soins réguliers, un SAMSAH remplacera le SAVS.

Des personnes peuvent faire le choix de vivre en établissement leur proposant un ensemble de prestations (hébergement, accompagnement, soins...) ; c'est la raison pour laquelle les foyers de vie, les MAS et les FAM sont maintenus dans ce schéma, d'autant plus que ces établissements constituent des moyens de compensation du handicap au regard de la loi du 11 février 2005. En revanche, les foyers d'hébergement disparaissent, remplacés par les formules d'habitat intermédiaire et le domicile.

¹⁰ Voir note de bas de page 1 pour la référence de l'article dans lequel nous exposons cette approche par les prestations.

Les services d'activités de jour ont également vocation à poursuivre leur développement et permettent d'externaliser cette prestation et de l'ouvrir à un public plus large, vivant à domicile, en formule d'habitat intermédiaire ou en établissement.

Conclusion : quels territoires de proximité pour l'innovation ?

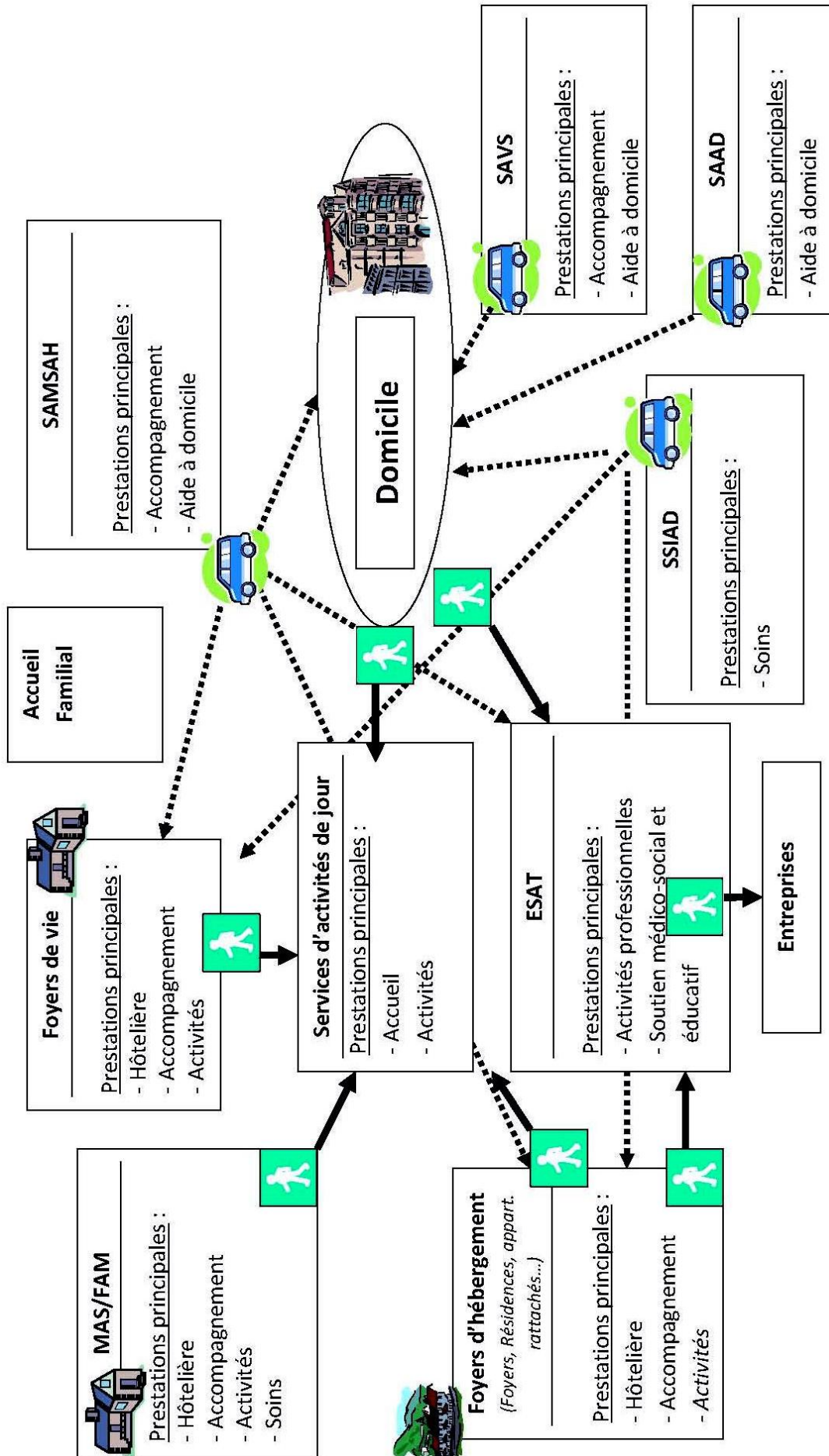
Pour conclure cet essai, il est évident que nous sommes entrés dans une période d'innovation particulièrement forte, du fait des évolutions propres au secteur de l'action sociale (loi 2002-2, loi « handicap »...), mais également du fait de réformes plus générales touchant l'ensemble des politiques publiques. Il suffit de citer la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 et la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) lancée en juillet 2007¹¹ visant officiellement à « *maîtriser et rationaliser les dépenses publiques tout en améliorant la qualité des politiques publiques* ».

Il est difficile actuellement de distinguer clairement les contours de cette nouvelle politique, et d'en apprécier les effets à venir sur le secteur qui nous intéresse ici, d'autant plus que la LOLF et la RGPP ne touchent pas directement et obligatoirement les collectivités territoriales qui constituent un acteur particulièrement important dans ce secteur (*schémas départementaux pour les personnes handicapées, autorité de contrôle, de tarification et financeurs des structures d'hébergement et d'accompagnement des adultes handicapés*).

Le paysage médico-social va à court terme se modifier, notamment par la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et l'instauration des Conférences régionales de santé et des schémas régionaux médico-sociaux. Si l'on considère le dispositif médico-social pour les adultes handicapés, l'enjeu sera alors de concilier le niveau régional avec le niveau départemental. Autrement dit quels vont être les territoires pertinents pour déployer une offre de proximité constituée des formules d'hébergement, d'habitat et de services présentés plus haut ? Le principe de proximité implique des territoires de taille « raisonnable » : seront-ils infra-départementaux ou infra-régionaux ? Quelles cohérences trouver entre les découpages territoriaux des schémas départementaux et ceux des schémas régionaux, dans la mesure où rien n'indique qu'ils seront établis en concertation ?

¹¹ Pour plus d'informations, voir www.rgpp.modernisation.gouv.fr/

1 - Dispositif actuel relatif aux adultes handicapés



2 – Evolution du dispositif

