

ASSEMBLEE PLENIERE DU 19 NOVEMBRE 2008

**LES ASSOCIATIONS, ACTEURS ESSENTIELS DU SECTEUR
SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL :**

- DES CONTRAINTES ;
- UN DEFI

Présenté par la commission « Epanouissement humain »

Adopté à l'unanimité des membres présents et représentés

Sommaire

Première partie

Avis des commissions du C.E.S.R.

Avis des commissions du C.E.S.R. sur le rapport :

- « Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social :
- des contraintes ;
 - un défi »

Deuxième partie

Introduction	3
Constat	4
I - Des associations évoluant dans un secteur social et médico-social aux enjeux multiples	5
A) Un secteur social et médico-social aux enjeux multiples	5
B) Personnes âgées, personnes handicapées : une importance du tissu associatif mais une prise en charge institutionnelle toujours déficitaire.....	9
II - Des associations qui rencontrent des difficultés à la fois internes et externes	23
A) Des difficultés internes : des associations à la « dérive».....	23
B) Des difficultés externes : des associations face à leur environnement	27
Préconisations	33
I - Mettre en place un modèle spécifique et solidaire	34
II - Relever le défi de la professionnalisation autour d'un facteur-clef de succès : la formation.....	37
III - Consolider l'acteur associatif.....	38
IV - Initier une démarche partenariale en instituant un lieu de concertation permanent.....	42
V - Développer une organisation du secteur social et médico-social qui soit transversale et globale en s'appuyant sur des outils existants	43
Conclusion	45
Troisième partie	
Annexes	47
Remerciements	63
Rapports et avis du C.E.S.R.	67

Introduction

Le secteur social et médico-social connaît depuis une trentaine d'années des changements qui modifient la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Sur la période 2002-2007, pas moins de trois lois sont venues le transformer profondément.

Concomitamment, l'implication historique de l'association dans l'aide aux plus démunis et aux personnes fragiles en fait un acteur essentiel du secteur. Les associations intervenant dans les secteurs santé et social représentent 431 établissements qui emploient 3 980 salariés au 31 décembre 2004¹ à la Réunion. Quant aux structures telles que les fondations, congrégations et comités d'entreprises, avec seulement 51 établissements, elles emploient 1 479 salariés, embauchés pour l'essentiel par la Fondation père Favron (1 444 salariés).

Pourtant, dans un secteur social et médico-social souffrant d'une offre déficitaire de prise en charge, alors que le besoin de la population concernée est grandissant, la situation se trouve aggravée par le nombre d'associations qui chaque année rencontre des difficultés allant jusqu'à la liquidation et la fermeture des établissements qu'elles gèrent. Parmi celles-ci, on peut citer entre autres, l'Association Saint-Jean de Dieu (A.S.J.D.), l'Office Réunionnais des Personnes Handicapées (O.R.P.H.), l'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public (A.D.P.E.P.), ...

Face aux enjeux que pose le secteur social et médico-social à la Réunion, comment expliquer les difficultés rencontrées par les associations ? Comment y remédier ? C'est à ces questions que la commission « Epanouissement humain » du C.E.S.R. tente de répondre dans le présent rapport. Ce dernier n'a pas l'ambition de traiter l'ensemble des problèmes, enjeux et perspectives de ce secteur de notre île, mais au travers des seules associations, de proposer des pistes pouvant contribuer à son meilleur fonctionnement.

L'étude dresse un état des lieux de la situation des associations qui interviennent dans le champ des personnes âgées et dans celui des personnes handicapées. Ces deux champs sont apparus comme pouvant permettre d'appréhender les problèmes de ces associations et servent de base pour formuler en deuxième partie des propositions. Il convient de préciser que cette situation est en constante évolution et il s'agit, au regard du contexte dans lequel elles évoluent, de proposer des orientations pour que ces associations puissent assurer, au mieux, pleinement leur rôle.

¹ Economie de la Réunion n° 131 – INSEE.

Constat

I - Des associations évoluant dans un secteur social et médico-social aux enjeux multiples

Le secteur social et médico-social peut se définir comme l'ensemble des établissements et services ayant vocation à venir en aide à des populations exposées à des difficultés particulières comme les personnes âgées, les malades, les personnes en situation de handicap ou en difficulté sociale, et employant pour atteindre cet objectif, un personnel médical, médico-social ou social.

Il se caractérise par la diversité tant des usagers que des structures de gestion et/ou des financeurs.

Compte tenu de la prépondérance des associations comme « opérateurs » à la Réunion et des difficultés qu'elles rencontrent, cette première partie sera consacrée à la présentation générale du secteur et à la place qu'elles y occupent. Par ailleurs, les problématiques afférentes à chaque champ (personnes âgées, personnes handicapées, protection de l'enfance et de la jeunesse, personnes en difficulté sociale) leur étant spécifiques, le choix a été de cibler les associations qui interviennent en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées en particulier, compte tenu des similitudes liées à la dépendance. La protection de l'enfance, de la famille et de la jeunesse fera l'objet d'une contribution complémentaire éventuelle ultérieure.

A) Un secteur social et médico-social aux enjeux multiples

1) Des enjeux liés à une réglementation en constante mutation

a) Un environnement législatif évolutif

Le secteur social et médico-social a été marqué au cours de ces dernières années par des modifications législatives importantes, transformant ainsi le paysage de l'action sociale et de l'aide sociale. En particulier, les lois suivantes peuvent être citées :

- **celle du 2 janvier 2002**² de rénovation et de modernisation sociale, qui abroge la loi du 30 juin 1975³ relative aux institutions sociales et médico-sociales. Outre l'affirmation des droits des établissements et services sociaux et médico-sociaux et ceux des usagers, elle rend obligatoire l'évaluation de l'établissement, qui conditionne son autorisation de fonctionner.

- **celle du 30 juin 2004**⁴, qui met en place un nouvel acteur dans le financement de la dépendance : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.). Cette caisse est chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et des services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat. Elle coordonne son action sur la base des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (P.R.I.A.C.).

² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

³ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

⁴ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **celle du 13 août 2004**⁵ qui confirme le rôle de chef de file du Département en matière d'action sociale et médico-sociale.
- **celle du 11 février 2005**⁶ qui rénove profondément le dispositif de prise en charge jusqu'alors défini par la loi de 1975⁷. Au-delà de la prise en charge, les évolutions législatives s'appuient sur une logique d'intégration de la personne handicapée, via une accessibilité plus grande et une reconnaissance de leur droit d'être des citoyens comme les autres. De cette loi découlent des enjeux importants, avec en particulier la création de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.), guichet unique qui remplace la C.D.E.S.⁸ et la COTOREP⁹, pilotée par le Département.

Ces lois, qui constituent des avancées dans le domaine qui nous intéresse, ne sont pas sans conséquences sur le fonctionnement des associations gestionnaires et dans leur relation avec les financeurs publics. Ainsi, les établissements, y compris le personnel, doivent s'approprier la culture de l'évaluation. D'un autre côté, le Département devra mettre en œuvre le contrôle et l'évaluation des établissements qu'il finance.

b) Un secteur social et médico-social très encadré

La présentation synthétique des mécanismes de création des établissements sociaux et médico-sociaux et de leur financement atteste de la complexité du secteur social et médico-social¹⁰. Si ces mécanismes sont garants d'une prise en charge sécurisée de l'usager, ils supposent aussi que l'association gestionnaire candidate présente, au-delà d'un savoir-faire, des compétences administratives et juridiques élevées.

	Grandes catégories						
	Handicap				Inadaptation sociale		
	Enfants	Adultes			Enfants	Adultes	Pers. âgées
M.A.S.		E.S.A.T.	foyers				
Qui paie ?	Séc. Soc.	Séc. Soc.	Aide sociale de l'Etat	C.G.	C.G. sauf C.E.R.	Aide sociale de l'Etat sauf C.C.A.S.	C.G. + les personnes si soin Séc. Soc.
Qui décide ?	DRASS	DRASS	DRASS	Pt C.G.	Pt C.G. sauf C.E.R.	DRASS sauf C.C.A.S.	Pt C.G. si soin Séc. Soc.
Qui contrôle ?	DRASS C.R.A.M. ¹¹	DRASS C.R.A.M.	DRASS	Pt C.G.	Pt C.G. sauf C.E.R.	DRASS sauf C.C.A.S.	Pt C.G. si soin Séc. Soc.

Source : association et action publique – regard sur l'actualité n° 333 – la documentation française.

⁵ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relatives aux libertés et aux responsabilités locales.

⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁷ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

⁸ Commission Départementale d'Education Spéciale.

⁹ COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel.

¹⁰ L'annexe 1 donne de façon plus précise la définition des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que les modalités de création et de fermeture d'un établissement.

¹¹ Les C.R.A.M. sont des organismes régionaux de sécurité sociale qui ont pour rôle notamment de développer et coordonner la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de concourir à l'application des règles de tarification.

Pour les départements d'Outre-mer, les missions des Caisses régionales sont exercées par les Caisses générales de Sécurité sociale. (www.inrs.fr).

Légende :

Séc. Soc. : Sécurité Sociale
 M.A.S. : Maisons d'Accueil Spécialisées
 E.S.A.T. : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
 DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
 C.R.A.M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
 C.C.A.S. : Centre Communal d'Action Sociale
 C.G. : Conseil Général
 Pt C.G. : Président du Conseil Général
 C.E.R. : Centre Educatif Renforcé

D'une manière générale, les pouvoirs de décision, de financement et de contrôle peuvent être assumés soit par l'administration d'Etat, soit par l'exécutif du Conseil général, soit par les Caisses de Sécurité Sociale. **Le croisement de ces différents acteurs et de leur rôle, illustre la complexité des mécanismes aussi bien de financement que de création d'un établissement.**

Le cadre juridique s'étoffe et fixe des règles de plus en plus précises et strictes. Cependant, son application n'est pas toujours maîtrisée. En effet, le secteur social et médico-social à la Réunion, qui se caractérise par une prise en charge institutionnelle structurellement déficitaire, est aussi marqué par l'imprégnation forte d'un tissu associatif, certes dynamique, mais qui ne dispose pas toujours des moyens financiers, techniques et administratifs à la hauteur des enjeux de la réglementation.

2) Des enjeux liés à un contexte socio-économique particulier

Les spécificités du contexte socio-économique de la Réunion ont un impact sur les besoins en matière sanitaire, social et médico-social. Outre une démographie en forte augmentation (un million d'habitants environ peupleront l'île en 2030 selon les projections de l'INSEE), la situation sociale à la Réunion est marquée par une forte population au chômage et vivant de revenus modestes.

a) Une population vieillissante

L'INSEE dans « *Economie de la Réunion* » n° 127 constate que la croissance démographique à la Réunion est « exceptionnelle » pour un département français. La population recensée à 706 000 en 1999, estimée à 785 000 en janvier 2006 pourrait bien dépasser le million d'habitants avant 2030. Si le solde naturel (naissances – décès) reste le principal facteur de cette croissance, il s'accompagne depuis les années 1980 d'un solde migratoire excédentaire, important dans les années 90, mais faible depuis 3 ans.

Structure par âge de la population						
	La Réunion					Métropole
	1990	1999	2010*	2020*	2030*	
Population totale (en millions d'habitants)	598	706	832	941	1 030	58 518
- dont moins de 20 ans en %	39,9	36,2	32,3	29,0	26,3	24,6
(a)	8,6	10,0	12,0	16,2	22,2	22,2
- dont 60 ans ou plus en %						
(b)						
Indice de vieillissement en % (b/a)	21,6	27,6	37,2	55,9	84,4	86,6

Source : INSEE, « *Economie de la Réunion* » n° 127

* selon le scénario dit « central » (baisse de la fécondité et léger excédent migratoire)

Avec une espérance de vie en 2005 de 80,1 années pour les femmes et de 72,3 années pour les hommes, les Réunionnais ont une vie plus courte que les Métropolitains, de 4,5 ans pour les hommes et de 3,5 ans pour les femmes. Les prévisions font apparaître que l'indice de vieillissement à la Réunion tend à rattraper celui de la Métropole : la part des moins de 20 ans tend à diminuer alors que celle des 60 ans ou plus augmente. Ce sont là les premiers signes d'un vieillissement de la population réunionnaise.

Par ailleurs, l'état de santé à la Réunion est relativement mauvais si on s'en tient aux indicateurs de mortalité. Ceux-ci restent supérieurs à la Réunion par rapport à la Métropole. Les taux de mortalité entre 15 et 70 ans sont deux fois plus élevés tant pour les hommes que pour les femmes.

b) Une situation sociale inquiétante

Malgré une croissance du P.I.B.¹² estimée à près de 5 % par an au cours de ces dernières années, le dynamisme économique que connaît la Réunion ne permet pas de répondre à la demande d'emplois. Les conséquences sur la situation sociale sont négatives.

En 2006, le taux de chômage s'élève à 29,1 % au sens du B.I.T.¹³ Même si ce taux a diminué plus ou moins régulièrement depuis 1999, date à laquelle il avait atteint 37,7 %, il traduit encore la difficulté d'accès à un emploi pour une population en âge de travailler qui ne cesse d'augmenter.

La conséquence de cette situation est une précarité prononcée. En 2006, le nombre de bénéficiaires de minima sociaux était de 148 779, sans compter les ménages¹⁴. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées qui vivent du « minimum vieillesse » est de 31 698. Cette forte précarité est inégalement répartie sur le territoire, la région Est étant la plus touchée.

Taux de précarité par micro-région (%)

NORD	39,9
SUD	48,4
EST	52,3
OUEST	50,7

Source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

En matière de logements, le parc a été multiplié par trois entre 1967 et 2004. En 1999, on dénombrait 238 196 logements. En 2004, on en compte 274 400. Malgré cette progression, la croissance démographique fait qu'il est nécessaire de construire plus de 10 000 logements par an pendant 20 ans pour absorber le million d'habitants prévu à l'horizon 2030 (d'autant que l'habitat précaire n'a pas été totalement éradiqué). Enfin, le parc social peine aujourd'hui à répondre aux besoins d'une demande sociale élevée et est dans une phase de blocage (financement en 2006 de 3 639 logements sociaux).

Outre ces difficultés liées au chômage et au logement, la Réunion est confrontée à la problématique de l'échec scolaire et à l'importance de l'illettrisme : le nombre de personnes illettrées est estimé à environ 100 000, soit près de 21 % des personnes

¹² Produit Intérieur Brut.

¹³ Bureau International du Travail.

¹⁴ « Le nombre de personnes couvertes par les minima sociaux, à savoir les allocataires eux-mêmes, leur conjoint et les autres personnes à charge représentaient au total 289 486 personnes, soit plus d'une personne sur trois. » TER 2007/2008.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

âgées de 16 à 65 ans. « Le taux d'illettrisme à la Réunion est plus du double de celui de la Métropole où il s'élève à 9 % »¹⁵.

B) Personnes âgées, personnes handicapées : une importance du tissu associatif mais une prise en charge institutionnelle toujours déficitaire

Dans la « *Contribution sur l'emploi dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social à la Réunion* »¹⁶, le C.E.S.R. faisait déjà état « d'un faible potentiel d'accueil institutionnel ».

Pourtant, en matière de financement, une structuration s'est mise en place autour des acteurs principaux que sont l'Etat, le Conseil général, la Caisse générale de sécurité sociale et les communes.

Les compétences de l'Etat sont relayées par la DRASS, dont les missions s'articulent autour de la santé, de la cohésion sociale et de la protection sociale.

Les lois de décentralisation accordent un rôle prépondérant au Conseil général, puisque c'est lui qui assure la coordination et les problématiques de dépendance, par exemple dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Pour ce faire, il reçoit une dotation de l'Etat pour garantir l'attribution et le financement de l'A.P.A.¹⁷ (Allocation Personnalisée d'Autonomie). En 2006, à la Réunion, on compte près de 12 000 bénéficiaires de l'A.P.A., représentant près de 15 % des personnes âgées de plus de 60 ans (contre 7 % en Métropole)¹⁸.

Les communes assurent une action de proximité auprès des personnes âgées dépendantes notamment, par le biais des C.C.A.S. Ces derniers disposent d'une compétence globale dans le champ de l'action sociale et médico-sociale et assurent des missions légales et facultatives telles que l'aide et l'accompagnement des personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, aux enfants et aux familles en difficulté ou la lutte contre l'exclusion.

Depuis la loi du 30 juin 2004, la C.N.S.A. intervient également dans le financement de la dépendance. En ce qui concerne la Réunion, l'enveloppe budgétaire 2007 était de 100 138 415 € pour les personnes âgées et de 27 111 135 € pour les personnes handicapées¹⁹. Ces crédits sont destinés à faire fonctionner les établissements et services qui prennent en charge ces populations.

¹⁵ Source : INSEE.

¹⁶ Adoptée en Assemblée plénière le 30 novembre 2004.

¹⁷ Depuis la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, le cadre juridique applicable aux personnes âgées a connu une évolution sensible. Ainsi, la Prestation Spécifique de Dépendance qu'elle institue, a été remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie instituée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ce dispositif a connu une montée en charge importante à la Réunion. Ceci s'explique par le fait que les objectifs et l'éligibilité de l'A.P.A. sont plus étendus et répondent mieux aux besoins de la population. Son montant s'élevait à 63,8 millions d'euros en 2005 (+ 18 % par rapport à 2004) pour 8 364 bénéficiaires (une évolution de + 17.6 % entre 2003 et 2005) source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion.

¹⁸ Tableau de bord de la précarité à la Réunion (avril 2008).

¹⁹ Décision du 2 mai 2008 fixant pour l'année 2008 le montant des dotations départementales limitatives de dépenses, mentionnées à l'article L. 314-3-III du code de l'action sociale et des familles. Le budget de la C.N.S.A. est équivalent à 14,265 milliards d'euros pour l'année 2008 (13,128 milliards d'euros en l'année 2007), sachant que 26 P.R.I.A.C. ont été élaborés pour la période 2006-2007-2008 (www.cnsa.fr).

Ces crédits permettent la mise en œuvre d'actions qui relèvent pour une grande part de l'économie sociale et solidaire, en particulier les associations et la fondation Père Favron.

1) La prise en charge des personnes âgées : entre une nécessité de rattrapage des besoins en structures et le choix du maintien à domicile

La réflexion sur la place des personnes âgées dans la société à la Réunion est un débat dynamique. En effet, les projections de population des personnes âgées en 2030 montrent que le vieillissement de la population tend à s'accélérer. Au 1er janvier 2006, on compte à la Réunion **82 932 personnes âgées de plus de 60 ans**, soit 10,86 % de la population. L'INSEE prévoit que la population âgée de plus de 60 ans s'élèvera à 100 000 personnes en 2010, soit environ 15 % de la population. Ils constitueront 22,20 % de l'ensemble des Réunionnais d'ici 2030.

Par ailleurs, l'apparition des incapacités, qu'elles soient physiques, sensorielles ou intellectuelles, est fortement liée à l'âge. Si on se réfère à l'enquête Handicap Incapacité Dépendance (H.I.D.) de 2004, 85 % des plus de 60 ans ont au moins une déficience (motrice, visuelle, auditive, de langage, ou de la parole, viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou psychiques, ...). Cette proportion atteint 99 % au-delà de 80 ans.

La dépendance augmente donc avec l'âge, plus particulièrement à partir de 75 ans. En 2006, la population âgée de plus de 75 ans étant estimée à 23 759 personnes, soit près de 3 % de la population. Les projections à l'horizon 2030 laissent apparaître qu'elle représentera 6,1 % de la population, soit plus de 60 000 personnes.

En conséquence, l'objectif de maintenir le même pourcentage de personnes âgées en institution oblige à la création de places supplémentaires mais de plus, il y a nécessité d'aller au-delà, afin de répondre à une demande qui se fera de manière plus forte dans les années qui viennent.

a) L'hébergement en établissement

Accueil des personnes âgées (lits ou places installées au 31/12/06)

	nombre d'établissements	nombre de lits ou places
Hébergement permanent (maisons de retraite, logement foyer)	15	1034
Hébergement temporaire	-	3
Unités de Soins Longue Durée (U.S.L.D.)	2	79
Accueil de jour	-	10
Résidences collectives	20	603

Sources : STATISS 2008 et S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

➤ **La prise en charge des personnes âgées se fait principalement en maison de retraite et demeure peu diversifiée.**

En 2006, on dénombre 15 établissements²⁰ hébergeant des personnes âgées :

- 4 maisons de retraite non médicalisées, qui accueillent des personnes valides ou semi-valides. Elles offrent des services collectifs et un encadrement médical ponctuel extérieur (service ambulatoire).
- 11 maisons de retraite médicalisées, qui permettent d'effectuer des soins sur place, pour les personnes dépendantes nécessitant une surveillance médicale.

On compte également 2 Unités de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.), pour les personnes dépendantes, ayant besoin de soins médicaux importants et constants.

L'ensemble de ces structures propose **1 126 places installées**, dont **79 places** en U.S.L.D.

Aujourd'hui, on parle d'E.H.P.A. (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) ou d'E.H.P.A.D. (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)²¹, les établissements pouvant être plus ou moins médicalisés selon qu'ils ont vocation à accueillir des personnes âgées autonomes, en perte d'autonomie ou dépendantes.

S'ajoutent à ces équipements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées, 20 résidences collectives locatives réparties sur l'ensemble du territoire, proposant 603 appartements pouvant accueillir un total de 754 personnes âgées.

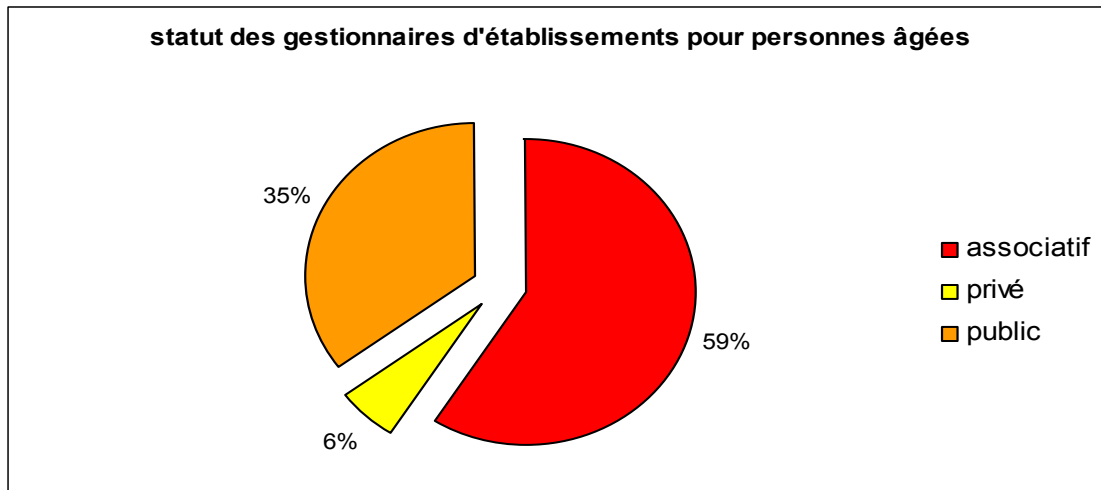
En revanche, depuis 2000, il n'existe plus de logements-foyers, groupe de logements autonomes assortis d'équipements et de services collectifs facultatifs. L'hébergement temporaire reste quasi-inexistant et l'accueil de jour propose seulement 10 places.

➤ **Les structures d'hébergement sont essentiellement gérées par des associations.**

Sur les 15 établissements sociaux et médico-sociaux, plus de la moitié relève du secteur associatif (59 %).

²⁰ Le nombre d'unités de soins de longue durée ne doit pas être cumulé avec le nombre de maisons de retraite pour connaître le nombre total d'établissements, dans la mesure où la plupart des hôpitaux qui gèrent une maison de retraite disposent également de lits de soins de longue durée dépendant de la même entité juridique.

²¹ La réforme de la tarification, initiée par la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 (titre V), puis complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, a pour but d'homogénéiser et d'améliorer la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes. Les établissements transformés en E.H.P.A.D. doivent dorénavant signer une convention tripartite avec le Conseil Général et l'Etat.

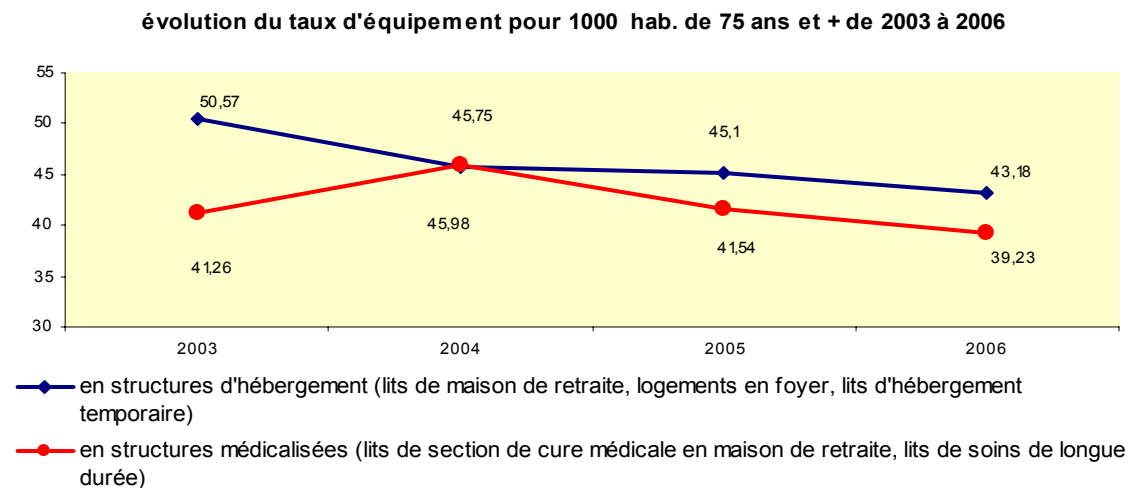


Source : cartographie des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux – capacités installées et autorisées en 2005 - DRASS

En termes de capacités d'accueil, Les établissements associatifs et les établissements publics représentent respectivement 63 et 32 % des capacités départementales en 2005.

- **Le potentiel d'accueil institutionnel reste faible, très déficitaire et s'aggrave au regard de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes.**

Le taux d'équipement (nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus) est de 43,18 au 1^{er} janvier 2006. En comparaison à la Métropole (122,53), ce taux est insuffisant. Il n'a guère évolué depuis 2003.



Sources : STATISS 2004, 2005, 2006, 2007

La Réunion est parmi les régions les moins équipées en termes de capacité d'accueil des personnes âgées.

De 2005 à 2009, la programmation de l'Etat et du Conseil général fixait une autorisation de 500 lits supplémentaires d'E.H.P.A.D./E.H.P.A. Au 1^{er} décembre 2006, celle-ci a été partiellement réalisée (256 lits en E.H.P.A.D. et 25 lits en E.H.P.A.).

Il faut toutefois nuancer ce faible taux d'équipement, qui peut s'expliquer par des spécificités propres à l'île, notamment l'existence de solidarités familiales et de proximité. Une forte proportion de personnes âgées (65 % en 1999) vivent à domicile et peuvent bénéficier de l'accompagnement d'un membre de leur famille.

Par ailleurs, une amélioration de ce taux d'équipement est envisageable puisqu'en 2007, le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico Sociale (C.R.O.S.M.S.) a autorisé la création de deux E.H.P.A.D. et d'un E.H.P.A.

Les structures d'hébergement se situent principalement dans les grandes villes. Le Sud est mieux équipé. Dans les Hauts, ces établissements sont inexistantes.

➤ **Une alternative : L'hébergement en famille d'accueil**

L'accueil familial d'une personne adulte âgée et/ou handicapée, créé par la loi du 10 juillet 1989²², consiste à fournir logement, nourriture, entretien et accompagnement quotidien au domicile d'un particulier, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursement de frais. L'accueillant familial doit être agréé par le Président du Conseil général.

Ce mode d'hébergement constitue une alternative entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement. Chaque famille peut accueillir jusqu'à 3 personnes à son domicile. Il rencontre un certain succès puisque le nombre de familles d'accueil est en constante augmentation depuis 2000 (+28 %). Entre 2005 et 2007, Les capacités d'accueil ont continué à augmenter :

- en 2005, 296 familles sont agréées pour une capacité d'accueil de 500 personnes²³.
- en 2006, 356 familles agréées pour assurer un accueil de 580 personnes.
- en 2007, au 31 août, 392 familles étaient déjà agréées pour une capacité d'accueil de 670 personnes.
- en 2008, plus de 400 familles sont prévues.

Une vue d'ensemble de l'accueil familial des personnes âgées par territoire montre des disparités entre le Sud (Saint-Pierre, Saint-Louis), plutôt bien doté avec une capacité d'accueil total de 165 familles agréées en 2007 et le Nord, l'Est et l'Ouest largement sous dotés.

L'insuffisance relative d'accueil familial se cumule avec celle observée pour les capacités en établissement d'une manière générale, à l'exception de la microrégion Sud, relativement mieux dotée en termes d'équipements d'hébergement pour personnes âgées.

b) Le choix du maintien à domicile par le développement des services

Société rurale pendant près de 3 siècles, la Réunion se caractérise par des liens social et familial forts, renforcés par l'étroitesse de son territoire. La forte proportion de personnes âgées vivant encore à domicile témoigne encore de l'existence de ces fortes solidarités familiale et de proximité soutenues par la mise en place de

²² Loi n° 89-47 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.

²³ L'accueil familial concerne aussi bien les personnes âgées que les personnes handicapées.

l'A.P.A.²⁴, qui apporte une rémunération à un service rendu par la famille, dans un contexte socio-économique marqué par un chômage fort. Ainsi, le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (S.D.O.S.M.S.) 2007-2011²⁵ note que la majorité des dépenses financées par l'A.P.A. est consacrée à **l'aide à domicile** (près de 97 %). Par ailleurs, cette aide se caractérise dans 83 % des cas, par le recours d'une personne employée de gré à gré, en général un membre de la famille (alors que l'objectif de départ de l'A.P.A. était surtout de soutenir le recours à des services de professionnels).

Le maintien à domicile, choix stratégique du Département réaffirmé dans le S.D.O.S.M.S. 2007-2011, correspond à cette spécificité réunionnaise.

➤ **Les services d'aide à domicile**

Le code du travail (art. L. 129-1) donne une définition des services à la personne. Ils désignent « les organismes qui interviennent en qualité de prestataires, mandataires, intérimaires ou associations intermédiaires et qui consacrent exclusivement leur activité à des services aux personnes à domicile ou des services favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, handicapées ou dépendantes ».

A la Réunion, la particularité est le recours majoritaire à l'emploi direct (ou de gré à gré). Les établissements prestataires et mandataires intervenant dans l'aide à domicile sont restreints : seuls deux associations, l'ARAST (Association Régionale d'Accompagnement Social Territorialisé) et Proxim's services, et le C.C.A.S. de Saint-Pierre sont autorisés à intervenir auprès des bénéficiaires de l'A.P.A., c'est-à-dire qu'ils ont un agrément-qualité délivré par la D.T.E.F.P.²⁶ ou une autorisation soumise à validation du C.R.O.S.M.S., délivrée par le Département²⁷. D'autres C.C.A.S. sont autorisés mais leurs services ne sont pas encore ouverts.

Même si le secteur apparaît comme un gisement d'emplois (auxiliaire de vie sociale, techniciens d'intervention sociale et familiale, ...), il se caractérise aujourd'hui par le recours à des personnes peu qualifiées. **La professionnalisation du secteur est dès lors un point important.**

➤ **Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D.)**

Les soins infirmiers et de nursing sont une autre composante primordiale de l'aide à domicile. Ils sont pratiqués soit par les infirmiers libéraux, soit dans des Centres de Soins Infirmiers (C.S.I.) où les intervenants sont des salariés, soit par les Services de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D.).

Concernant les S.S.I.A.D., 7 établissements offrent 372 places au 1^{er} janvier 2006, soit 46 de plus par rapport à 2005.

Alors que les centres de soins et les infirmiers libéraux apportent des soins aux personnes de tout âge, les S.S.I.A.D. sont réservés aux personnes âgées. A chaque catégorie de prestataires sont associés un ou plusieurs statuts :

²⁴ Le montant de l'A.P.A. varie en fonction du niveau d'autonomie (défini par la grille AGGIR, Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) et du niveau de ressources de la personne âgée.

²⁵ Adopté en séance plénière les 21 et 22 mars 2007 par le Conseil général.

²⁶ Direction du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

²⁷ Les services à la personne relèvent d'un simple agrément délivré par la D.T.E.F.P.

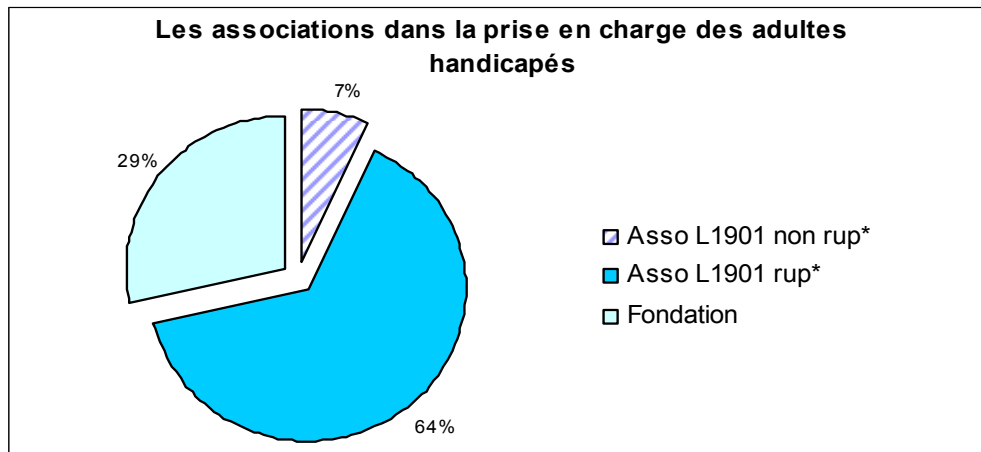
Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

- les infirmiers libéraux appartiennent, par définition, au secteur privé lucratif,
- les S.S.I.A.D. peuvent être gérés par des associations ou par le secteur public (établissement public - hôpital ou autre - collectivités locales, C.C.A.S. ...),
- les centres de soins appartiennent au secteur privé non lucratif.

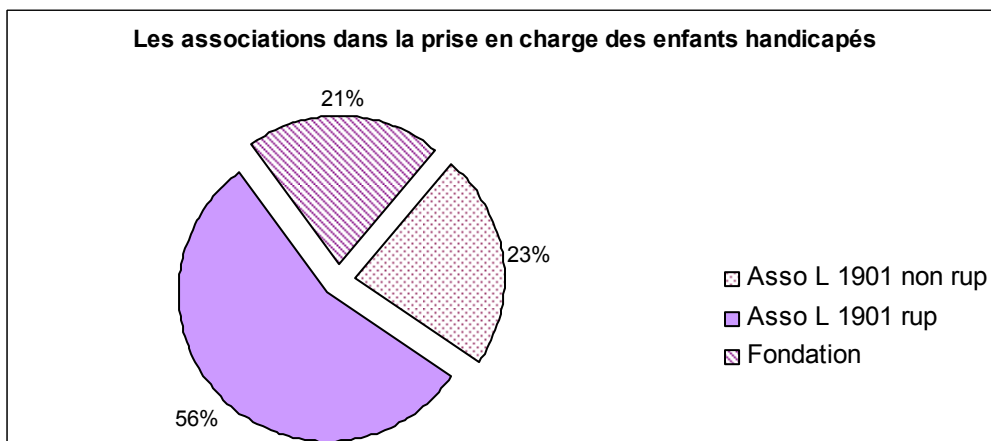
Le taux moyen régional (15,66 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans) est très proche du taux métropolitain (16,01) ; toutefois, le nombre de places ne permet pas de compenser la faiblesse de l'offre en établissement. Le S.D.O.S.M.S. souligne la réorganisation en 2004-2005 de ces S.S.I.A.D., pour converger vers un taux d'équipement homogène sur l'île et note que les communes de Sainte-Rose et de Salazie (2 % de la population réunionnaise de plus de 75 ans) ne sont pas desservies.

A la Réunion, les associations sont prépondérantes dans les services de soins infirmiers à domicile (54%). Sur les 5 structures associatives qui existent, 4 sont gérées par la Croix Rouge.

2) La prise en charge des personnes handicapées : un manque de places qui reste préoccupant



Source : cartographie des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux – capacités installées et autorisées en 2005 - DRASS
*rup : reconnue d'utilité publique



Source : cartographie des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux – capacités installées et autorisées en 2005 - DRASS

Les établissements sociaux et médico-sociaux intervenant en faveur aussi bien des adultes que des enfants handicapés sont principalement gérés par le secteur privé non lucratif. Les associations reconnues d'utilité publique sont

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi majoritairement représentées, et la fondation père Favron occupe une place non négligeable.

Le C.E.S.R., en 2004, soulignait la situation préoccupante des personnes handicapées, adultes et enfants, avec une capacité d'accueil largement inférieure à celle de la Métropole. Le schéma départemental 2000-2004 pointait déjà cette insuffisance, puisqu'il prévoyait au titre du rattrapage la création de 1 532 places.

L'Etat s'est engagé à mettre en œuvre un plan de rattrapage quadriennal sur la période 2006-2009 visant à combler les retards d'équipements médico-sociaux en faveur des personnes handicapées dans le département. Une enveloppe globale de 29 millions d'euros en faveur des établissements et services relevant de sa responsabilité, est prévue pour des travaux de sécurité des établissements existants et pour la création de places nouvelles. Les crédits proviennent pour 4,23 millions d'euros de l'Etat à travers la Direction Générale de l'Action Sociale (D.G.A.S.) en faveur des E.S.A.T.²⁸, et pour 24,77 millions d'euros de l'Assurance Maladie déléguée par la C.N.S.A.

Ce plan de rattrapage a permis en 2006 de créer 67 places au profit de l'enfance handicapée et 371 places pour les adultes handicapés. L'objectif n'a pas été atteint puisque cela ne représente que près d'un tiers de ce qui était prévu. D'où l'observation du nouveau schéma 2007-2011 d'une offre d'accueil des personnes adultes handicapées encore insuffisante.

Installée depuis le 1^{er} janvier 2006 à la Réunion, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.), créée par la loi du 11 février 2005, est un guichet unique qui a pour missions l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes handicapées. Elle assure l'organisation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) qui remplace la C.D.E.S. et la COTOREP. C'est la nouvelle instance en charge des décisions d'attribution des prestations.

a) Une population handicapée qui augmente ...

Le nombre de personnes qui présentent une incapacité à accomplir au moins un acte de la vie quotidienne à la Réunion est estimé à environ 53 000 en 2004, soit près de 11 % de la population âgée de 16 à 65 ans²⁹. Parmi elles, 17 000 personnes sont reconnues handicapées au sens de la loi du 11 février 2005.

L'évaluation exhaustive du nombre de personnes handicapées à la Réunion reste toutefois difficile. Peu de données quantitatives existent sur les personnes ne bénéficiant pas d'une prise en charge institutionnelle. Pour autant, **si on s'appuie sur les données se rapportant aux adultes et aux enfants qui bénéficient d'une aide départementale, on constate une progression de ces populations.**

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (H.I.D.) de 2004 a montré que le poids des déficiences intellectuelles est plus important qu'en Métropole. Ceci devrait être relativisé, compte tenu du fait qu'un grand nombre de personnes âgées et illettrées sont classées comme étant atteintes d'un « trouble de l'apprentissage ».

²⁸ Etablissements et Services d'Aide par le Travail.

²⁹ Source : état des lieux de l'emploi, du maintien dans l'emploi et de la formation des personnes handicapées à la Réunion.

- **Les adultes handicapés**

L'île se caractérise par une forte proportion de bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapée (A.A.H.) : 21,2 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans (16,8 pour la Métropole). En 12 ans, le nombre de bénéficiaires de l'A.A.H. a progressé de 21 %, passant de 8 871 allocataires en 1994 à 10 963 au 31 décembre 2006.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'allocation pour Adultes Handicapés (A.A.H.)

	1990	2002	2004	2006
A.A.H.	8 585	10 536	10 735	10 963

Plus des deux tiers des adultes qui sont pris en charge en établissement souffrent de déficience mentale (69 %) en 2001.

- **Les enfants handicapés**

Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education Spéciale (A.E.S.) continue d'augmenter : au 31 décembre 2004, il s'élève à 2 330 allocataires (+1 % par rapport à 2003, + 48 % par rapport à 1994). En 2006, une nouvelle dénomination de l'allocation a été arrêtée, mais les critères restent les mêmes. On parle de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.).

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.) ex A.E.S.

	1990	2002	2004	2006
A.E.S./A.E.E.H.	1 535	2 264	2 330	2 546

Comme pour les adultes, la majorité des enfants bénéficiaires (62 %) présente une déficience mentale.

b) ... face à un secteur souffrant d'une insuffisance d'accueil

La problématique de la prise en charge du handicap à la Réunion se caractérise, au regard du S.D.O.S.M.S. 2007-2011, par « **une insuffisance d'équipements et de moyens en faveur des personnes handicapées, enfants comme adultes** ».

- **La prise en charge des adultes handicapés**

- **les établissements d'accueil**

Il existe à la Réunion différentes structures permettant d'accueillir des adultes handicapés.

accueil des adultes handicapés au 31/12/2006	nombre	Capacité d'accueil
Foyers d'Hébergement (F.H.)	3	67
Maisons d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	3	117
Foyers de vie (anciennement foyer occupationnel)	8	224
Foyers d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) (ex F.D.T.A.H. ³⁰)	5	240
Etablissements d'hébergement	19	664
E.S.A.T. (ex C.A.T.)	12	809
Etablissements de travail protégé	12	790
Total	31	1 438

Source : enquête auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés au 31 décembre 2006 - DRASS

Le nombre de places d'accueil a connu une évolution très importante : 936 en 2000 à 1 438 en 2006. Elles restent insuffisantes. En effet, par rapport à la Métropole, où la situation est déjà tendue, notre région présente un déficit de places dans presque tous les types d'établissements, à l'exception des foyers d'accueil médicalisés³¹.

Si le taux d'équipement global de la Réunion tend à rattraper celui de la Métropole en matière d'accompagnement des adultes handicapés, des contrastes existent selon le type d'établissements : les E.S.A.T. et les foyers d'hébergement ont un taux d'équipement encore inférieur au taux national. En 10 ans, le nombre de personnes handicapées travaillant en milieu protégé (en E.S.A.T. exclusivement) a quasiment doublé. Par contre, la capacité des foyers d'hébergement diminue : les 5 établissements de l'île accueillent 119 travailleurs handicapés en 2006 (- 31 % par rapport à 1995).

Une étude de la DRASS menée en 2006 auprès de ces établissements³² a montré que 443 adultes handicapés sont toujours en attente de placement, soit 14,23 % des adultes handicapés.

	NORD	OUEST	SUD	EST	TOTAL
E.S.A.T.	99	108	39	58	304
F.A.M.	46	0	2	32	80
M.A.S.	0	13	22	24	59
TOTAL	145	121	63	114	443

Source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

Le plan de rattrapage en matière d'établissements d'accueil d'adultes handicapés, prévu par le schéma 2000-2004, a permis de créer, en 2006, 371 places supplémentaires. Cet effort consenti doit se poursuivre face à une offre qui reste encore insuffisante pour l'accueil des personnes handicapées.

Outre le manque de places ou d'encadrement au sein de ces structures, la difficulté se situe au niveau qualitatif dans l'accueil même de l'adulte. Contrairement à l'enfant qui est orienté en établissement d'accueil, en fonction de son type de handicap, l'orientation des adultes n'est pas toujours liée à la pathologie qu'il présente. On se retrouve parfois avec des personnes ayant des handicaps différents et qui doivent cohabiter dans le même établissement.

³⁰ Foyer à Double Tarification pour Adultes Handicapés.

³¹ « Adultes handicapés à la Réunion » - Observatoire Régional de la Santé (O.R.S.) de la Réunion.

³² Cette étude a été menée auprès de 3 M.A.S., 4 F.A.M. et 8 E.S.A.T.

➤ **Les services**

L'objectif de diversification prévu de la loi du 2 janvier 2002 a eu un impact sur le développement des services en faveur des adultes handicapés, puisque le nombre de places est passé de 80 à 251 en 2006.

	places financées avant 2006	mesures nouvelles 2006	capacité totale
Services adultes non médicalisés (S.A.V.S., S.S.A., S.A.D.)	80	156	236
Services adultes médicalisés (S.A.M.S.A.H.)	0	15	15
Total	80	171	251

Source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

Avant la parution du décret du 11 mars 2005³³ sur les Services d'Accompagnement Médico-Social pour personnes Adultes Handicapées (S.A.M.S.A.H.) et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.), il existait deux Services de Suite et d'Accompagnement (S.S.A.) rattachés aux E.S.A.T. et chargés de délivrer des prestations en foyer d'hébergement ou à domicile pour les usagers de ces établissements.

• **La prise en charge des enfants handicapés**

La prise en charge des enfants handicapés en établissement spécialisé s'est développée, accompagnée parallèlement d'une évolution des modes de prise en charge favorisant le maintien à domicile. L'intégration en milieu scolaire ordinaire fait l'objet d'une politique volontariste.

➤ **les établissements d'accueil**

Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés accueillent principalement des enfants et des adolescents âgés de moins de 20 ans et qui ne peuvent pas être intégrés dans un établissement scolaire. Cette limite d'âge peut être dérogée pour les instituts Médico-PROfessionnels (I.M.PRO.) si, faute de place, la personne ne peut être accueillie dans un établissement pour adulte (article 22 de la loi n° 88 du 13 janvier 1989, dit amendement Creton).

La situation reste critique pour les Instituts Médico-Pédagogiques (I.M.P.)³⁴ qui maintiennent des jeunes de plus de 14 ans dans l'établissement alors que l'amendement Creton ne leur est pas applicable. Ce vide juridique pose la question du devenir du jeune pendant la période de transition entre l'I.M.P. et l'I.M.PRO. et qui correspond à la durée de son maintien sur la liste d'attente de l'I.M.PRO. : d'où le dilemme entre le retour à domicile ou le maintien en I.M.P. avec ses

³³ décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

³⁴ Les I.M.P. ont pour mission d'assurer les soins, l'éducation et l'enseignement général des enfants handicapés de 6 (voire 3 ans) à 14 ans environ. Les I.M.PRO. prennent souvent le relais de l'I.M.P. : ils assurent un enseignement général, préprofessionnel et professionnel à des adolescents déficients intellectuels de 14 à 20 ans (parfois 25 ans pour les handicapés mentaux).

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi conséquences sur le flux des primo-arrivants (jeunes enfants), sur le respect du projet pédagogique et de la responsabilité pénale du chef d'établissement.

Accueil des enfants handicapés au 31/12/06

Etablissements d'éducation spéciale pour :	nombre	lits ou places
Déficients mentaux	14	848
Polyhandicapés	3	125
Troubles du comportement	0	0
Handicapés moteurs	3	84
Déficients sensoriels	1	175
Total	21	1 232

Source : STATISS 2008 - DRASS

Entre 1990 et 2007, la prise en charge des enfants handicapés s'est développée aussi bien en établissement qu'en service ambulatoire.

Le taux d'équipement global atteint 6,14 pour 1 000 enfants de moins de 20 ans (8,78 en Métropole) au 1^{er} janvier 2006³⁵. Depuis 2000, le nombre de places en établissement a augmenté de 13,2 %.

Malgré cette progression, la prise en charge institutionnelle reste insuffisante sur l'île. Les listes d'attentes s'allongent et sont aggravées par le maintien en I.M.P. notamment, des enfants ayant dépassé l'âge limite au regard des agréments. À la fin de l'année 2005, 497 enfants et adolescents étaient en attente d'un placement institutionnel dans tout le département, 41 % d'entre eux habitent le Sud. Cette situation conduit souvent à des déscolarisations ou à un accueil en école ordinaire et ce par défaut.

Nombre d'enfants en attente d'un placement au 31/12/2005

	Effectif	%
SUD	202	40,64
NORD	89	17,91
EST	68	13,68
OUEST	138	27,77
TOTAL	497	100

Source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

De plus, à la Réunion, la prise en charge des enfants atteints, de trouble du comportement, a longtemps fait défaut en l'absence d'Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.). Il était prévu, courant 2007, l'ouverture d'un Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (S.E.S.S.A.D.)³⁶ dédié à ces troubles.

➤ Les services

Contrairement à l'évolution du nombre de lits en établissements spécialisés, la hausse du nombre d'enfants handicapés traités à domicile a été importante au

³⁵ STATISS 2008 - DRASS

³⁶ Les services d'éducation spéciale assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles. Ils sont spécialisés par handicap et portent des appellations différentes (S.E.S.S.A.D., S.S.A.D., S.S.E.F.I.S., ...). Les S.E.S.S.A.D. interviennent pour les déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement. (www.handicap.gouv.fr).

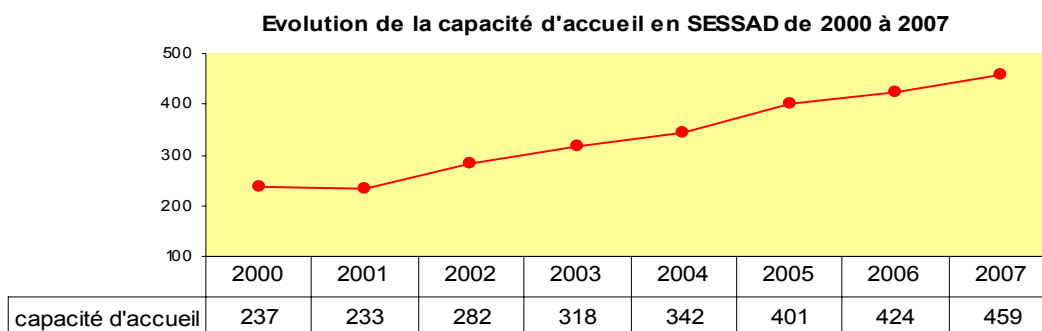
Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi cours de ces dernières années. Ainsi, les prises en charge par les services à domicile ou en ambulatoire (C.A.M.S.P.³⁷, C.M.P.P.³⁸, S.E.S.S.A.D.) se sont fortement accrues.

On peut noter l'ouverture récente d'un C.A.M.S.P. et d'un C.M.P.P. : leur nombre passe ainsi de 3 depuis 2001 à 5 en 2006.

Services à domicile ou ambulatoire pour handicapés	Nombre de personnes suivies
C.A.M.S.P. LES JACARANDAS	653
C.M.P.P. DE L'IRSAM	176
C.M.P.P. HENRI WALLON	617
C.A.M.S.P. IMS CHARLES ISAUTIER	1 021
C.A.M.S.P. DE L'A.S.F.A.	324
5 établissements	2 791

Source : enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés au 31 décembre 2006 à la Réunion – DRASS

Depuis 2000, on note également une forte progression de 78,9 % des S.E.S.S.A.D.



➤ **La scolarisation des enfants handicapés**

L'évolution du nombre d'enfants handicapés suivi par un S.E.S.S.A.D. est corrélée à l'augmentation du nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire.

En termes de scolarisation, à la rentrée 2007, 2 690 enfants et adolescents handicapés sont intégrés en milieu scolaire : 1 970 dans le 1^{er} degré (73,23 %) et 720 pour le 2nd degré (26,77 %). L'effectif le plus important est celui des enfants souffrant de déficience intellectuelle (64 % des enfants handicapés scolarisés).

³⁷ Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales.

³⁸ Les Centres Médico-Psycho-Psychologiques (C.M.P.P.) assurent, pour les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuro-psychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou de troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Nombre d'enfants et adolescents handicapés scolarisés à la Réunion (1^{er} et 2nd degré) en 2005, 2006 et 2007 selon les modalités d'accueil

	rentrée 2005	rentrée 2006	évol 06/05	rentrée 2007	évol 07/06
Etablissement du 1^{er} degré	1 807	1 719	-5,12%	1 970	12,74%
Accueil individuel	580	627	7,50%	896	30,02%
Classe d'Intégration Spéciale (C.L.I.S.)	1 227	1 092	-12,36%	1 074	-1,68%
Etablissement du 2nd degré	587	717	18,13%	720	0,42%
Accueil individuel	399	502	20,52%	530	5,28%
Unités Pédagogiques d'Intégration (U.P.I.)	188	215	12,56%	190	-13,16%
Total	2 394	2 436	1,72%	2 690	9,44%

Sources : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion et rapport annuel C.D.C.P.H.³⁹ 2007

L'intégration dans des classes ordinaires, avec le soutien des Auxiliaires de la Vie Scolaire (A.V.S.) connaît une progression importante (30 % entre 2006 et 2007 dans les établissements du 1^{er} degré) alors que les dispositifs spécifiques (C.L.I.S. dans les écoles primaires et U.P.I. dans les collèges et lycées) voient leur effectif peu évoluer, voire baisser (moins 12 % d'enfants scolarisés en C.L.I.S. entre 2005 et 2006).

³⁹ Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées.

II - Des associations qui rencontrent des difficultés à la fois internes et externes

Comme on a pu le constater, les associations sont des acteurs incontournables dans le champ social et médico-social. Néanmoins, si la loi du 1^{er} juillet 1901 confère à leur statut une grande liberté quant à son rôle, les mutations du champ d'intervention du secteur les obligent à repenser leurs actions, au risque de remettre en cause leur légitimité.

Ce contexte mouvant interpelle également sur le positionnement de l'association par rapport aux donneurs d'ordre. En effet, bien qu'elle ait un rôle social indéniable et un poids économique croissant, son existence est fortement liée au financement par les pouvoirs publics, dont elle assure des missions.

Les auditions ont surtout laissé apparaître que l'articulation entre le financeur public, la direction composée de salariés, et les bénévoles qui composent les conseils d'administration, présente actuellement des lacunes qui sont une des explications aux difficultés rencontrées.

A) Des difficultés internes : des associations à la « dérive »

Les logiques d'actions des associations diffèrent. Il faut en effet distinguer les associations qui ont pour objet la pratique d'activités ou l'expression d'intérêts partagés par les seuls membres (amicales, clubs sportifs, associations culturelles, ...), et celles qui sont animées par « une volonté d'influence ou d'actions sociales dans l'espace public »⁴⁰. Les associations du secteur social et médico-social font partie de cette deuxième catégorie et interviennent soit parce que l'Etat ou les collectivités locales leur délèguent des missions de service public dans ce domaine, soit parce que le marché considère, jusqu'à présent, ce secteur pas suffisamment rentable.

Pourtant, d'aucuns s'accordent à dire que le statut d'association émanant de la loi de 1901, coïncide de moins en moins avec les missions et les budgets dévolus aux structures qui interviennent dans ce secteur. La contradiction repose sur, d'une part, l'espace de liberté accordé par ce statut et, d'autre part, les contraintes imposées par la gestion.

1) De l'association à l'« entreprise associative » : un impératif gestionnaire qui contraint la liberté d'organisation

La loi de 1901 définit l'association comme étant « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie, quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicable aux contrats et obligations ».

Comme toutes les associations, celles gestionnaires d'établissements et services sociaux disposent, a priori, d'une liberté d'organisation. Les statuts déterminent les compétences respectives du Président, du Conseil d'Administration et de

⁴⁰ Regard sur l'actualité n° 333 – Associations et action publique.

l'Assemblée Générale. Le directeur de l'établissement ou du service bénéficie d'une délégation de compétence plus ou moins large du Président de l'Association pour diriger l'établissement concerné⁴¹.

Mais, les évolutions législatives, depuis la loi de 1975 renforcée par la loi du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005, ont imposé aux structures associatives une démarche de recherche d'efficacité dans la prise en charge et l'évaluation. Le renforcement des normes conduit davantage l'association vers un impératif gestionnaire.

Créées d'abord dans le but de défendre les intérêts des catégories les plus défavorisées, les associations sont devenues de véritables gestionnaires d'établissements et services, avec comme conséquence, une tension entre la logique historique militante et celle actuelle de professionnalisation et de management.

a) Un mode de gouvernance « en panne »

Le passage « d'un militantisme associatif, lié aux origines des établissements, à un management associatif, en voie d'affirmation »⁴² instaure une nouvelle gouvernance qui a du mal à se mettre en place.

- des conseils d'administration inopérants

Les difficultés rencontrées au niveau de la gestion même d'un établissement social et médico-social doivent être appréhendées d'une façon plus globale, au niveau du siège associatif.

Lors des auditions, il a souvent été mis en exergue que, dans les faits, les instances de gouvernance ont un rôle limité, notamment en matière de contrôle dans la mise en œuvre du projet associatif. En effet, les conseils d'administration n'assurent pas toujours leur rôle de contrôle, pour des raisons diverses : manque de compétence des dirigeants élus dans un domaine de plus en plus spécialisé, composition de notables (souvent très occupés), ... Cela pose la question des exigences et des limites du bénévolat.

- une direction en inadéquation avec les nouvelles exigences de gestion d'une structure associative

La direction d'établissement revêt un caractère essentiel puisque, en réalité, c'est sur elle que repose principalement le bon fonctionnement de la structure.

Toutefois, cette fonction même est remise en question. La logique vocationnelle, symbolisée par la figure du directeur, souvent ancien éducateur spécialisé promu en interne, doit de plus en plus laisser place à une logique professionnelle. En effet, il a été mis en évidence le risque d'inadéquation entre les nouvelles exigences de la fonction de direction et les qualifications. Si le constat est qu'en matière d'encadrement, d'une part, il y a souvent une insuffisance de directeurs diplômés

⁴¹ Le principe de liberté d'organisation des établissements privés ne s'applique pas aux établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique pour lesquels la législation est beaucoup plus précise.

⁴² « La main invisible des managers associatifs : les transformations en cours du marché et des organisations dans le secteur du handicap » – communication de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) – Université de Lyon 3.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

(C.A.F.D.E.S.⁴³, C.A.F.E.R.U.I.S.⁴⁴), d'autre part, la fonction implique des savoirs nouveaux, en particulier en gestion comptable et financière, en gestion de ressources humaines, nécessitant des formations spécifiques et transversales.

b) Un dialogue social déficient

Des difficultés peuvent aussi apparaître en matière de dialogue entre d'une part, l'équipe administrative dirigeante et le conseil d'administration et d'autre part, entre la direction et les Instances Représentatives du Personnel (I.R.P.).

Les organisations syndicales de salariés ont exprimé le fait que le dialogue social est un concept qui n'a pas la même valeur d'une institution à l'autre.

Les entraves des employeurs au bon fonctionnement du Comité d'Entreprises (C.E.) sont courantes :

- documents obligatoires (budgets, compte administratifs...), rarement transmis ;
- consultation à minima, voire absence de consultation sur les projets de création, d'extension ou de restructuration.

S'il existe peu de lisibilité dans les structures de moins de 11 salariés, liée à l'absence d'I.R.P. et/ou d'implantation syndicale, la fragilité de la relation entre instances dirigeantes et représentants des salariés est fréquente.

Cependant, l'immobilisme et/ou le manque d'appropriation de leurs rôles par les I.R.P. relativise ce constat. Les attributions économiques du C.E. sont trop souvent délaissées au profit de la gestion des œuvres sociales. La démarche intersyndicale est rare sauf dans le cadre des Négociations Annuelles Obligatoires (N.A.O.)⁴⁵, lors de conflits ou d'actions revendicatives ponctuelles.

2) Une forte contrainte budgétaire liée à la relation entre l'association et le financeur public

Les auditions ont aussi laissé apparaître un malaise dans la relation qui existe entre l'association, gestionnaire d'établissements sociaux et médico-sociaux et les financeurs publics. Outre la question du financement, qui est source de difficultés dans le fonctionnement de l'association, celle du contrôle a été évoquée.

a) La question du financement

- un financement en inadéquation avec les besoins exprimés par les associations

Des dirigeants d'association ont exprimé l'inadéquation qui existe entre le financement nécessaire, notamment pour les personnels qui doivent être de plus en plus qualifiés, et les dotations qui sont allouées. De plus, si d'un côté, les pouvoirs publics émettent le souhait que des propositions soient faites (en termes de projets de création de structures par exemple), d'un autre, les moyens financiers octroyés sont insuffisants pour maintenir l'existant.

⁴³ Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Direction d'Établissement Social.

⁴⁴ Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale.

⁴⁵ Obligation pour l'employeur d'engager chaque année une négociation sur les salaires effectifs, la durée effective et l'organisation du temps de travail, l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, la prévoyance maladie, la formation, l'emploi des salariés âgés. La N.A.O. peut s'engager à la demande d'une organisation syndicale représentative en cas de carence de l'employeur pendant plus de 12 mois.

Les actions relevant de la DRASS semblent avoir beaucoup moins de difficultés à être financées. Mais celles qui relèvent du Conseil général posent souvent problème. Des retards dans les paiements existent, qui se répercutent sur le paiement des salaires ou des cotisations sociales, impliquent des pénalités qui aggravent la situation financière de l'association. De ce fait, d'un point de vue social, les prestations aux usagers peuvent être suspendues ; cela les pénalise, alors qu'elles leur sont parfois vitales. De même, la reconduction annuelle du budget sans anticipation de la part du Conseil général peut mettre en difficulté les associations dans leur fonctionnement.

- une contrainte budgétaire renforcée par la non prise en compte des surcoûts domiens dans le financement du personnel

L'ensemble du personnel du secteur social et médico-social relève principalement de trois conventions collectives : celle du 31 octobre 1951 (C.C.N. 51)⁴⁶ qui couvre une large majorité des établissements, celle de la Croix Rouge Française et celle du 15 mars 1966 (C.C.N. 66).

A la Réunion, un avenant fixe une majoration de 20 % pour vie chère sur les grilles de salaires de la convention collective de 1951 (et celle de la Croix Rouge) agréée au niveau national, par le Ministère de l'emploi et du travail.

Alors que dans le cadre de la réforme sur la tarification à l'activité, le secteur sanitaire s'est vu octroyer un coefficient géographique de 30 % par le Ministère de la santé, cela n'a pas été le cas pour le médico-social où la masse salariale est plus importante (85 % des charges de fonctionnement contre 70 %). De ce fait, dans les enveloppes allouées, les surcoûts domiens ne sont pas pris en compte par les financeurs dans ce secteur. Par ailleurs, certains facteurs dont ceux liés à l'éloignement (fret) et aux surcoûts salariaux justifieraient la majoration du coût de la place à la Réunion.

- un financement qui fait craindre le risque d'une instrumentalisation des associations

La gestion de la prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées pouvant constituer des enjeux politiques, il a été souvent mis en évidence le risque que pouvait induire la décentralisation sur le financement et l'indépendance des associations. La proximité du pouvoir local fait craindre une politisation de l'association, et par conséquent, son instrumentalisation.

⁴⁶ La convention de 1951 couvre la quasi totalité des établissements sociaux et médico-sociaux à la Réunion. Toutefois, un protocole d'accord de 1974 attribuait aux personnels éducatif, social et soignant une surémunération de 35% en référence à leurs homologues du LIVRE IX du Code de la Fonction Publique Hospitalière et les autres agents relevant de la C.C.N. 51, majorés de 20%.

Avec la mise en œuvre de l'accord A.R.T.T. de 1999, la référence au LIVRE IX du code de la fonction publique hospitalière (F.P.H.) a été abrogée, sans perte de salaire pour les agents en place. Tous les personnels relèvent de la Convention collective de 1951 avec une majoration de 20%. Une rénovation a eu lieu en 2003, avec une redéfinition et un classement des emplois en filières. Pour le volet évolution de carrière et des rémunérations, les grilles de salaires ont été abandonnées au profit de coefficients de référence pour chacune des filières.

La Croix Rouge a une convention nationale spécifique agréée qui rejoint plus ou moins celle de 1951 et a connu une rénovation à la même période. Ces conventions concernent le personnel administratif, technique et éducatif.

b) La question du contrôle

Une évolution est intervenue sur le contrôle des associations depuis la loi de 2 janvier 2002 et le nouveau décret tarifaire. Les financeurs peuvent et doivent exercer un contrôle des fonds propres associatifs : le décret du 22 octobre 2003⁴⁷ permet d'avoir accès au bilan de l'association. En effet, les établissements soumis à agrément doivent fournir avec leur bilan, celui de l'association.

Les dirigeants d'association gestionnaire d'établissements sociaux et médico-sociaux, s'accordent à dire que le contrôle par les financeurs publics n'est pas toujours effectif. Pourtant, lors des auditions, certains dirigeants acceptent l'idée d'un contrôle plus rigoureux, qui pourrait se faire annuellement. Celui-ci ne doit pas être vu comme une contrainte, mais comme un moyen de réévaluer la tarification, au regard de l'activité ou d'évènements particuliers comme le chikungunya.

Par ailleurs, le pouvoir de contrôle est très bien organisé au niveau de l'Etat par la loi. Outre le pouvoir de surveillance, notamment s'il y a atteinte à l'intégrité physique, il y a une double approche des associations au niveau de la DRASS qui est à la fois celle du contrôle des comptes, et celle d'une logique de la dynamisation des structures, faisant en sorte que des projets émergent et soient mis en oeuvre.

C'est au niveau du contrôle départemental que des lacunes existent. Le Conseil général s'est jusque là davantage positionné en tant que financeur puisque le législateur n'avait pas organisé ce contrôle. Il n'y a donc actuellement pas de cellule de contrôle.

B) Des difficultés externes : des associations face à leur environnement

1) Un environnement en mutation et cloisonné

a) Des associations évoluant dans un secteur en mutation

La loi du 2 janvier 2002, qui rénove l'action sociale et médico-sociale, a entre autres objectifs :

- de « remettre l'utilisateur au centre du dispositif » par une meilleure affirmation de ses droits et par la création ou la généralisation d'un certain nombre d'instruments devant permettre la mise en oeuvre concrète de ses objectifs;
- d'améliorer la qualité des réponses apportées grâce à l'instauration de démarches d'évaluation notamment des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- de doter les décideurs publics d'outils de pilotage renforcés (S.D.O.S.M.S. à valeur juridique renforcée, pouvoirs de contrôles renforcés, ...).

Elle s'inspire beaucoup de ce qui existe déjà dans le champ sanitaire⁴⁸ (droits des usagers, évaluation externe de la qualité, contractualisation d'objectifs et de moyens, ...)

En instaurant la tarification, la planification, le projet d'établissement, l'évaluation interne et externe, la contractualisation, le contrôle, le législateur a créé une nouvelle régulation qui permet d'introduire l'analyse de la performance dans le secteur social et médico-social.

⁴⁷ Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003.

⁴⁸ Les lois de 1970, de 1991 ainsi que les ordonnances de 1996 régissent le secteur sanitaire.

En particulier, la mise en place de nouveaux dispositifs de contrôle et d'encadrement exige davantage de transparence sur les pratiques professionnelles. Quelle que soit la démarche adoptée, les acteurs, professionnels ou encadrants, doivent s'inscrire dans la logique du « rendre compte ».

b) Des associations face à un environnement cloisonné

- le manque de complémentarité entre les secteurs sanitaire, social et médico-social

Les secteurs sanitaire, social et médico-social souffrent d'un manque de coordination qui induit des inadéquations dans la prise en charge. Cette pratique cloisonnée ne permet pas une politique de prise en charge globale : l'hôpital, les cliniques et les structures médico-sociales ne sont pas assez complémentaires.

- la concurrence du secteur public

L'une des principales préoccupations est que les associations gérant des établissements médico-sociaux ont à faire face à un fréquent renouvellement de leurs personnels, notamment infirmiers et aides-soignants qui sont attirés par le secteur public (le milieu hospitalier). Alors que les niveaux de salaires sont proches, c'est davantage la sécurité de l'emploi qui motive les départs.

- la place des grandes structures associatives

Les mutations décrites ci-dessus impliquent une plus grande technicité dans les missions qui sont dévolues aux associations. L'une des conséquences de cette technicité croissante est l'existence d'associations de plus en plus grosses. Cette tendance peut conduire à leur fragilité. Peuvent alors en découler des crises de croissance, dans un monde associatif où les contrôles sont difficiles à mettre en œuvre et limités. C'est une des explications aux dérives de fonctionnement.

Par ailleurs, ces évolutions pénalisent les petites associations qui peuvent présenter des projets innovants, mais qui n'ont pas les capacités financières pour les concrétiser.

- l'apparition d'un secteur lucratif, notamment la prise en charge des personnes âgées

On assiste à l'émergence du secteur privé lucratif, en particulier dans la prise en charge des personnes âgées. A l'heure actuelle, une maison de retraite à Saint-Benoît, est gérée par une S.A.R.L.⁴⁹ Une forte implication du secteur lucratif dans le domaine pourrait être source de déséquilibre social, en captant une clientèle à plus fort pouvoir économique.

Il faut pour l'heure relativiser car si le privé commercial fait son apparition, il reste marginal. En effet, les associations restent prédominantes parce que le public existant s'y prête : la majorité des personnes prises en charge relèvent de l'aide sociale et ne constituent donc pas le public cible des promoteurs privés commerciaux.

⁴⁹ Société A Responsabilité Limitée.

2) Les ressources humaines : un enjeu de taille

La gestion des ressources humaines dans les structures sociales et médico-sociales, en grande majorité associatives, peut poser problème « en raison de leurs tailles, des modes de financements actuels limitant leurs capacités à embaucher des ressources qualifiées ou encore l'absence de véritable projet associatif sans lequel aucune gestion à terme n'est possible »⁵⁰

	statut
Assistant de service social	63 % en secteur public
Auxiliaire de vie sociale/ aide à domicile	96 % en secteur privé
Médiateur familial	100 % en secteur privé
Responsable des services à domicile	98 % en secteur privé
Conseiller en économie sociale et familiale	68 % en secteur privé
Technicien de l'intervention sociale et familiale	97 % en secteur privé
Cadre des services sociaux	75 % secteur public
Assistante maternelle	100 % secteur privé
Aide médico-psychologique (A.M.P.)	98 % en secteur privé
Moniteur éducateur	83 % en secteur privé
Educateur spécialisé	87 % en secteur privé
Educateur de jeunes enfants	92 % en secteur privé
Educateur technique spécialisé	91 % en secteur privé
Chef de service éducatif	59 % en secteur privé
Moniteur d'atelier	100 % en secteur privé
Animateur socio-culturel	51 % en secteur privé

Source : projet de rapport final – réalisation d'un diagnostic rétrospectif dans le secteur sanitaire, social et médico-social – OREF Réunion – groupe Amnyos Consultants

a) Le poids de l'emploi associatif dans le secteur social et médico-social à la Réunion

Sur le plan national, entre 1990 et 1999, le développement important de l'emploi associatif s'est traduit par une augmentation de plus de 20 % pour les associations employeurs totalisant 1,65 millions de salariés en équivalent temps plein (E.T.P.), soit près de 5 % de l'emploi total en France⁵¹.

A la Réunion, au 1^{er} janvier 2005, les associations emploient 14 769 salariés, dont 3 980 dans les domaines de la santé et du social⁵².

Associations : Etablissements et effectifs salariés au 1^{er} janvier 2005

Domaines de compétences	Nombre d'établissements au 1 ^{er} janvier 2005		Effectifs salariés au 31 décembre 2004	
	Nombre	%	Nombre	%
Santé	50	0,9	371	2,0
Social	381	6,6	3 629	19,9
Services aux personnes	2 583	44,5	9 374	29,5
Education	275	4,7	2149	11,8
Sport, culture, loisir	1702	29,3	1633	9,0
Accueil, hébergement,	29	0,5	214	1,2

⁵⁰ Etude prospective relative aux emplois, métiers et qualification du secteur sanitaire, social et médico-social – diagnostic préalable à l'élaboration du cahier des charges – OREF/J.P.C. – mai 2005.

⁵¹ « Les emplois associatifs en Provence-Alpes-Côte d'Azur » - rapport adopté par le C.E.S.R. de Provence-Alpes-Côte d'Azur lors de la séance plénière du 22 juin 2007.

⁵² Economie de la Réunion – n° 131 – INSEE.

restaurant				
Services aux entreprises	62	1,1	465	2,5
Autre	311	44	934	5,1
Total	5 393	92,9	14 769	80,7
Fondation (Père Favron) + comité d'entreprises + congrégations	51	0,9	1 479	8,1
Ensemble Economie Sociale et Solidaire⁵³	5 806	100	18 299	100

Source : Economie de la Réunion – n° 131 - INSEE

Même si le mouvement associatif repose beaucoup sur le bénévolat, le développement des services relationnels tels que les services à la personne, les politiques publiques de l'emploi et l'augmentation des projets associatifs de service d'intérêt social ou d'utilité sociale (en compensation de services publics), ont favorisé les emplois associatifs.

Certaines organisations syndicales de salariés déplorent l'insuffisance de soutien durable au développement de l'emploi local (par manque de financement et de formations qualifiantes, ...), plus particulièrement concernant l'encadrement.

b) Les professionnels intervenant dans le secteur du social et du médico-social

Au 31 décembre 2006, une étude prospective sur les métiers du social à la Réunion, réalisée par la DRASS⁵⁴, faisait état de 3 824 personnes employées⁵⁵ dans l'ensemble des établissements du secteur social et médico-social, réparties comme suit :

	1993	2006	Tx d'accr/an
Educateur technique et spécialisé	31	51	3,10
Moniteur d'atelier	28	50	4,56
Educateur spécialisé y compris Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.)	341	435	2,12
Educateur jeunes enfants	48	65	2,36
Moniteur éducateur	151	230	3,29
Aide Médico-Psychologique (A.M.P.)	87	140	3,73
Total éducatif	686	971	3,2
Animateur social	92	94	-
Assistant de service social	294	360	1,57
Conseiller en économie sociale et familiale	10	29	8,53
Assistant familial	811	951	1,3
Assistant maternel	-	1024	
Total social et familial	1207	2458	nd
Intervenant à domicile	84	642	16,93
aide ménagère	542	626	1,11
Technicien de l'intervention sociale et familiale	186	151	- 1,59
Accueillant familial	-	392	nd
Total aide à la personne	812	1811	5,8
Total (non compris les assistants maternels et accueillant familial)	2705	3824	3,2
Total général		5240	

⁵³ L'économie sociale et solidaire regroupe d'une manière générale les associations, les mutuelles et les coopératives.

⁵⁴ Étude prospective des métiers du social à la Réunion – zoom sur les métiers d'aide à la personne - DRASS 2007.

⁵⁵ Ne sont pas pris en compte dans cette étude les personnels d'encadrement administratif, de logistique, médical et paramédical.

c) Des perspectives d'emplois futurs face à de réelles difficultés présentes

L'étude prospective de la DRASS révèle que, d'ici 2020, les départs à la retraite ainsi que le vieillissement de la population amèneront la création de plus de 4 000 emplois supplémentaires dans le secteur, soit un accroissement de 75 % par rapport à l'effectif actuel, dont la moitié plus particulièrement dans des métiers d'aide à la personne.

Néanmoins, si ces perspectives mettent en évidence les besoins importants d'encadrement dans les domaines sociaux qui se feront sentir dans les années à venir, elles sont aujourd'hui limitées par des difficultés qui sont liées :

- à l'appréhension et à la délimitation des métiers, en particulier du social, qui ont évolué en fonction des transformations de la société (vieillissement de la population) et d'une nouvelle organisation territoriale du travail social (décentralisation de l'aide sociale aux départements). Un certain nombre de métiers restent aujourd'hui mal repérés, soit parce qu'ils s'exercent dans des structures non suivies par les enquêtes statistiques, soit parce qu'ils ne sont pas bien identifiés dans les nomenclatures en usage. Par ailleurs, hormis pour la profession d'assistant de service social qui est réglementée (code de la famille), pour l'ensemble des autres professions, les établissements peuvent recruter des personnels non diplômés et leur offrir la possibilité d'une formation en cours d'emploi.

- au recrutement, qui est de plus en plus difficile pour certaines structures d'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées ou de soins à domicile en particulier. Les capacités budgétaires contraintes des établissements non lucratifs, le manque de valorisation et de reconnaissance, aussi bien salariale que dans la perception de certains de ces métiers, expliqueraient ces difficultés, aggravées par l'attractivité du secteur public, en particulier en matière de sécurité de l'emploi.

Le diagnostic réalisé par le CARIF OREF fait état de difficultés de recrutement aussi bien pour les professionnels s'occupant des personnes âgées que ceux du handicap. Selon les employeurs concernés, outre les postes médicaux (médecins coordonnateurs, psychiatres, ...), les professionnels paramédicaux tels que psychologues, infirmiers, aides-soignants, sont en déficit. On assiste également à une pénurie récurrente face à un besoin croissant pour les postes d'ergothérapeutes et de psychomotriciens notamment, dont les formations ne sont pas assurées dans le département.

Les professionnels de la filière éducative font aussi défaut : il s'agit principalement des postes d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs techniques spécialisés et des aides médico-psychologiques.

- à une professionnalisation encore insuffisante

Les exigences du secteur en matière de prise en charge ont progressivement amené à des besoins nouveaux en qualification et a nécessité une professionnalisation du personnel.

La problématique de l'emploi dans ces secteurs est concomitante à celle de la formation. Pour autant, selon l'étude prospective de la DRASS, **23 % des personnes qui exercent dans le domaine social et de l'aide à la personne ne sont pas formées**. Par exemple, 20 % des animateurs sociaux et 25 % seulement des éducateurs jeunes enfants ont un diplôme.

Ainsi, le besoin en formation, notamment pour les structures associatives, s'exprime avec acuité pour les raisons suivantes :

- la nécessaire professionnalisation des bénévoles, liée aux mutations que connaît le secteur. Les structures associatives ont des difficultés à mobiliser des bénévoles qui ont une certaine technicité. Les attentes des associations ont évolué par rapport aux bénévoles⁵⁶. Au-delà de leur temps libre et de leur engagement dans une action de proximité, ces derniers doivent pouvoir exercer des compétences plus techniques (administratives, organisationnelles, financières, ...).
- pour les associations intervenant dans le secteur du social et du médico-social, l'existence d'un nombre non négligeable de « faisant fonction » ou de personnes peu qualifiées. En effet, la difficulté de recruter des personnels diplômés et celle de solvabilisation des emplois expliquent leur importance. Le recours aux personnels « faisant fonction »⁵⁷ et le recours aux contrats aidés témoignent d'une sous-qualification d'une partie du personnel. Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne les maisons de retraite ou le secteur de l'aide à domicile⁵⁸.

⁵⁶ «Le bénévolat-volontariat : quelles évolutions ? Une analyse générale à partir de données régionales » - rapport adopté par le C.E.S.R. du Limousin lors de la séance plénière du 15 juin 2007.

⁵⁷ désignent l'exécution d'une tâche par des personnels insuffisamment qualifiés (par exemple, un agent de service hospitalier qui assure des tâches d'aide soignant).

⁵⁸ C.E.P. national du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif, 2002.

Préconisations

Il ressort des auditions que la prise en charge de l'individu passe obligatoirement par l'instauration d'un dialogue constructif entre les multiples acteurs. Cela doit se traduire par une démarche partenariale, sans cesse renouvelée. Mission d'intérêt général, la prise en charge des personnes âgées ou handicapées connaît des évolutions législatives qui doivent amener les institutions concernées à mettre en œuvre le principe général d'adaptabilité du service public.

Parallèlement, les associations doivent aussi s'adapter aux changements, en s'interrogeant notamment sur leurs pratiques professionnelles. La souplesse du statut et de l'organisation de l'acteur associatif a permis une prise en charge spontanée et souvent salutaire des personnes les plus fragiles. Cependant, il est soumis à l'impératif de toujours se professionnaliser pour être à la hauteur des missions d'intérêt général que les pouvoirs publics lui attribuent.

Si la comparaison avec la Métropole démontre un réel retard en matière d'équipements pour la prise en charge aussi bien des personnes âgées que des personnes handicapées, l'approche locale doit aussi tenir compte des contextes socio-économique et démographique particuliers de notre île. Il s'agit dès lors de développer un modèle de prise en charge spécifique, qui favorise les solidarités familiales et de proximité encore prégnantes à travers des actions de proximité s'articulant avec une prise en charge institutionnelle spécialisée et diversifiée.

I - Mettre en place un modèle spécifique et solidaire

Les enjeux de prise en charge à la Réunion sont liés à une population qui vieillit dans un contexte insulaire encore marqué par des solidarités familiales et de proximité fortes. **Le développement d'une part, d'une politique de maintien à domicile, dont le principal élan est la famille et d'autre part, d'une politique institutionnelle diversifiée concourt à maintenir ce lien social fort.** L'ancrage du tissu associatif a permis jusque là d'offrir des réponses adaptées en favorisant une démarche de proximité, constitutive de ce lien.

Une politique de prise en charge diversifiée (du maintien à domicile à l'accueil institutionnel) doit pouvoir offrir des solutions tant graduées en fonction du niveau d'autonomie que maillées entre elles, afin que la personne (âgée ou handicapée) bénéficie d'un accompagnement individualisé et mieux adapté.

1) Des propositions communes à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

- Promouvoir un accueil de type résidences locatives

Le développement de résidences locatives concourt à créer un cadre de vie adapté pour les personnes âgées autonomes mais ayant besoin d'un accompagnement médico-social. Ce mode d'hébergement, qui permet à la personne de disposer d'un appartement individuel, doit être accompagné de services collectifs de proximité et de surveillance médicale.

Dans le même ordre d'idée, l'accompagnement et l'intégration des personnes âgées et des personnes handicapées, peuvent se traduire par la mise en place d'un quota de logements adaptés dans les nouveaux immeubles, que ce soit pour les logements locatifs libres, intermédiaires et sociaux. La surveillance ainsi que l'aide à domicile (aide ménagère, portage de repas, bricolage, ...) pourraient dès lors être assurées

par un concierge bénéficiant d'une formation spécifique, et qui établirait un lien entre la personne et sa famille, entre les différentes institutions (Conseil général, Etat, C.C.A.S., ...) et la personne locataire.

- Innover dans l'adaptation de l'habitat

Des solutions innovantes doivent être recherchées dans l'adaptation de l'habitat. Par exemple, les progrès qui sont faits dans le domaine de la gérontologie grâce aux nouvelles technologies, vont permettre de maintenir à son domicile une personne sous perfusion ou d'assurer une surveillance et d'intervenir en cas de besoin. Il est important de promouvoir la domotique qui favorisera le maintien à domicile : télésurveillance, équipements sécurisés et télécommandés, ...

Il conviendrait dès lors de soutenir les financements pour l'adaptation des logements et de prévoir ces équipements dans une part des logements locatifs à construire afin de les réserver aux personnes âgées et/ou handicapées.

- Renforcer la politique d'hébergement en famille d'accueil

L'hébergement en famille d'accueil constitue une spécificité de la Réunion et favorise la perpétuation d'un lien de proximité. L'effort en faveur de ce type d'hébergement doit être poursuivi avec :

- La recherche d'un équilibre territorial, en faveur du Nord et de l'Ouest,
- Le développement de la formation pour les accueillants familiaux.

Cependant, l'hébergement en famille d'accueil doit s'intégrer dans la politique globale de prise en charge institutionnelle. Il faut se doter d'un panel au niveau de l'offre d'accueil pour les personnes âgées et personnes handicapées qui permette un accueil permanent mais aussi de jour et temporaire (allant de quelques heures pendant la journée à quelques jours lors d'un départ en vacances de la famille, ...).

Ceci permettrait lors d'épisodes de grandes fatigues ou autres, que les familles qui gardent les personnes âgées et handicapées à domicile puissent « souffler » et avoir recours à des structures d'accueil temporaire. Elles doivent être adossées aux établissements d'accueil permanent.

Cet accueil temporaire doit venir compléter l'agrément accordé aux familles.

- Structurer les services d'aide à domicile pour personnes âgées et handicapées en favorisant les actions de proximité et en coordonnant les associations sur le territoire communal

Une structuration des actions en faveur d'un maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées doit être recherchée par une déclinaison de la politique départementale au niveau communal, reposant sur un conventionnement avec chaque commune, à l'instar de ce qui existe déjà à travers le Contrat Social Local⁵⁹. **A partir de ce premier niveau de contractualisation, la commune**

⁵⁹ Le Conseil général de la Réunion a créé une aide en faveur des associations à caractère social. Cette aide départementale concerne :

- les associations oeuvrant en faveur des personnes âgées et/ou handicapées et des publics menacés d'exclusion pour leurs initiatives autour de projets destinés à faciliter leur autonomie, leur insertion socioprofessionnelle et à rompre leur isolement ;
- les associations patriotiques dont l'objet est d'œuvrer en faveur des anciens combattants pour l'organisation de cérémonies de commémoration, de manifestations, de loisirs et d'aide d'urgence ;

établit les orientations propres à son territoire pour la politique sociale que doit mener le C.C.A.S., pivot de l'action sociale de proximité. Ce dernier doit animer la politique sociale au niveau local, en particulier en ce qui concerne les services d'aide à domicile, en coordonnant les associations qui interviennent sur le territoire communal.

2) Des propositions spécifiques

Que ce soit pour les personnes âgées ou pour les personnes handicapées, la prise en charge en établissement d'accueil n'est aujourd'hui pas optimale.

- Comblent les lacunes en matière de prise en charge institutionnelle pour les personnes âgées par le développement des E.H.P.A.D., notamment pour les cas les plus lourds de dépendance

L'accueil institutionnel devrait, compte tenu de son coût, être réservé aux personnes dont l'état de santé ou la dépendance, ne permet plus le maintien à domicile ou la prise en charge par la cellule familiale, ainsi qu'aux personnes atteintes, par le jeu du vieillissement, d'un handicap mental ou d'une dégénérescence (type Alzheimer ou pathologie apparentée).

Pour les personnes âgées, la programmation 2005-2008 de 500 lits supplémentaires en E.H.P.A.D./E.H.P.A. doit être totalement réalisée (56 % de l'objectif réalisé aujourd'hui). Par ailleurs, l'augmentation du nombre de lits doit se faire en anticipation de l'évolution du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, qui représentera d'ici 2030 le double de ce qu'elle représente aujourd'hui (6,1 % de la population totale).

Il est donc important que les acteurs publics agissent et mettent en œuvre des actions de prévention et d'anticipation pour cette population en particulier.

- Diversifier l'offre institutionnelle pour éviter les ruptures de prise en charge pour les personnes handicapées

Pour les personnes handicapées, les listes d'attente actuelles démontrent qu'il faut augmenter les capacités d'accueil en établissements spécialisés, pour éviter les ruptures dans la prise en charge et les risques d'aggravation du handicap.

L'offre d'accueil pour l'adulte handicapé doit évoluer qualitativement, en tenant davantage compte dans son orientation du handicap qu'il présente, à l'instar de ce qui se fait pour l'enfant handicapé.

En ce qui concerne l'enfant handicapé, une prise en charge globale et précoce doit être mise en œuvre, de la détection du handicap à l'insertion professionnelle à l'âge adulte. Accroître les chances d'intégration de l'enfant nécessite qu'un parcours de prise en charge soit élaboré, permettant le passage quasi-automatique d'un établissement à un autre (par exemple, d'un I.M.P. à un I.M.PRO.).

- les clubs de 3^{ème} âge pour l'organisation de manifestations festives et de loisirs en faveur des personnes âgées.

Une enveloppe triennale (2005-2007) de 15 000 000 € a été répartie entre les 24 communes de l'île. (Conseil général de la Réunion – rapport d'activité 2007).

Dans l'intervalle de la création des places pour répondre aux besoins, il convient de mettre en place des structures intermédiaires dans chaque micro-région de façon à ce qu'il n'y ait pas de rupture dans la prise en charge.

II – Relever le défi de la professionnalisation autour d'un facteur-clef de succès : la formation

Le constat d'un appareil de formation insuffisant avait déjà amené le C.E.S.R. en 2004 à proposer **le développement d'une offre de formation sanitaire et sociale globale et des actions ciblées pour chaque secteur.**

1) Des actions transversales : apprentissage, contrat de professionnalisation, mobilité et V.A.E.

En termes d'actions transversales, il s'agit pour le secteur social et médico-social de promouvoir « à côté de la formation par voie directe dans les instituts, un second dispositif de formation en situation d'emploi »⁶⁰ fondé sur:

- la mise en œuvre de l'apprentissage pour les niveaux IV (moniteurs éducateurs) et III (éducateurs spécialisés),
- la mise en œuvre de contrats de professionnalisation pour les niveaux IV et III (moniteur éducateur, aide-soignante, aide médico-psychologique).
- la mobilité formation, par le développement d'un partenariat avec les I.F.S.I. de métropole.

L'organisation d'une seconde session annuelle des I.F.S.I., I.R.T.S. et écoles permettrait un doublement des promotions pour rationaliser la problématique des terrains de stage, combler le déficit et anticiper les besoins.

Par ailleurs, **un autre volet important, en particulier pour ce secteur qui s'est fortement appuyé sur le bénévolat, est la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.).** Mal appréhendée aussi bien par les employeurs que par les salariés, elle représente « une réelle opportunité » de professionnalisation. « La V.A.E. facilite la mise en correspondance du niveau de diplôme du salarié avec le poste qu'il occupe, fournit une cartographie précise des compétences et permet ainsi de les développer »⁶¹. Celle-ci constitue donc une possibilité d'accès à un diplôme pour les personnes dites « faisant fonction » et les bénévoles.

2) Des actions ciblées, propres à chaque secteur

En ce qui concerne les actions ciblées, **il y a une nécessité de développer les formations aux métiers de la gérontologie et à une prise en charge des personnes handicapées.** Ces préconisations coïncident aujourd'hui avec la future mise en place de plans régionaux pour les métiers au service des personnes handicapées et des personnes dépendantes. En effet, « le plan des métiers du handicap », qui est prévu par la loi du 11 février 2005 et qui a été élargi au secteur des personnes âgées, au regard de la proximité des problématiques, doit être une opportunité pour répondre au défi du vieillissement de la population.

⁶⁰ Cf. « Contribution sur l'emploi dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social à la Réunion » adoptée par l'assemblée plénière du C.E.S.R. le 30 novembre 2004.

⁶¹ Cf. « la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.) : un enjeu de taille et une réelle opportunité », note de la commission « Développement humain » adoptée par l'assemblée plénière du C.E.S.R. le 18 décembre 2006.

3) Anticiper les besoins futurs par le Contrat d'Etudes Prospectives (C.E.P.)

La définition des formations doit se faire en adéquation avec des besoins exprimés actuellement et en prévision des besoins futurs.

Outre le fait que le C.E.S.R. avait déjà conclu à la nécessité de créer une structure régionale chargée de l'évaluation, du suivi et de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les secteurs sanitaire et social⁶², l'élaboration d'un C.E.P.⁶³ à la Réunion doit constituer une première étape vers l'anticipation des besoins sociaux et des emplois à créer.

Au final, **il faut aboutir à la mise en place dans chaque commune et dans chaque établissement d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (G.P.E.C.).**

III – Consolider l'acteur associatif

La construction d'un modèle de prise en charge spécifique repose d'une part, sur la connaissance précise que les associations ont de l'environnement de leurs usagers et d'autre part, sur les solutions originales qu'elles peuvent offrir. La reconnaissance de cette valeur ajoutée apporte des réponses qui collent à la réalité réunionnaise.

1) Une consolidation soutenue par une démarche fédératrice et par les pouvoirs publics

- Mutualiser les moyens et les projets

La clarification et la coordination de la diversité des associations doivent permettre de développer une relation de coopération. Cette coopération devra se traduire par un appui des fédérations et des unions, telles que l'URIOPSS⁶⁴ (Union Régionale Interfédérale des Oeuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux).

Leur rôle doit être de veiller à la recherche d'un équilibre et d'une complémentarité entre les grandes structures (qui disposent de moyens importants) et les petites

⁶² Cf. « contribution sur l'emploi dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social à la Réunion » adoptée par l'assemblée plénière du C.E.S.R. le 30 novembre 2004.

⁶³ UNIFAF a proposé à l'Etat, la Région et le Département, aux autres Organisme Paritaire Collecteur Agréé concernés (OPCAREG, UNIFORMATION) et à l'A.R.G.F.P. (Association Régionale de Gestion de la Formation Professionnelle) de réaliser une étude prospective sur l'ensemble du secteur sanitaire, social et médico-social. Le CARIF-OREF a été mandaté pour assurer la maîtrise d'ouvrage de cette étude.

⁶⁴ L'URIOPSS est une fédération qui regroupe les associations et les organismes privés à but non lucratif des secteurs sanitaire, social et médico-social, depuis la petite enfance jusqu'aux personnes âgées. A la Réunion, l'URIOPSS regroupe 26 associations gérant des établissements pour les personnes handicapées (enfants et adultes), les personnes âgées ainsi que les établissements œuvrant dans la protection de l'enfance. Ces associations gèrent une cinquantaine d'établissements et emploient près de 2 800 salariés.

L'URIOPSS fait partie de l'UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux) qui au plan national regroupe les URIOPSS ainsi que des associations nationales telles que la Croix Rouge, le Secours Catholique, l'Association française des paralysés de France, ... L'UNIOPSS est la tête du réseau du monde associatif en Métropole et est l'interlocuteur auprès des Ministères. Au niveau européen, il est membre du Comité Economique et Social.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi associations. Ces derniers sont en effet toutes aussi compétentes en termes de mise en œuvre de projets et peuvent proposer des actions innovantes.

Par ailleurs, ces fédérations doivent se positionner face aux décisions politiques et assurer ainsi encore plus le rôle de véritables promoteurs et défenseurs des intérêts des associations qu'elles représentent.

- Rénover les relations avec les financeurs

- Permettre à l'association **d'exister** en la subventionnant et en l'accompagnant dans ses démarches innovantes

Le financement annuel doit permettre à l'association d'exister en menant à bien son projet, et ce à travers une dotation qui repose sur des critères objectifs et précis.

Par ailleurs, l'implantation pour une association dans un secteur aussi réglementé, nécessite un accompagnement dans le montage administratif et financier d'un dossier. Afin de faciliter la réalisation du projet et d'entrer dans une logique de partenariat, **l'autorité publique devrait proposer une aide dans la définition juridique, administrative et financière du projet**, voire déléguer cette compétence à la Chambre Régionale de l'Economie Sociale.

- Permettre à l'association **d'agir** en contractualisant pour construire un engagement mutuel de long terme

Il appartient aux pouvoirs publics, a fortiori à la collectivité locale, d'accompagner l'association qui assure des activités utiles à tout ou partie de la population, et donc d'intérêt général, dans ce qu'elle fait en pérennisant sa mission par le biais d'**une contractualisation pluriannuelle** qui définit la mission, les règles de gestion, les modalités d'évaluation.

Elle permettrait de pérenniser leurs financements et de renforcer les contrôles.

Cette contractualisation existe maintenant depuis 1999 avec la mise en place **des conventions tripartites** qui concernent les E.H.P.A.D.⁶⁵

La loi du 2 janvier 2002 a aussi introduit la possibilité de conclure **des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**. Ces contrats, d'une durée maximale de 5 ans, peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements ou services et les instances chargées de l'autorisation ainsi que, le cas échéant, les organismes de protection sociale.

La généralisation de cette procédure de contractualisation pluriannuelle est une réponse d'une part, au besoin de sécurisation des financements des associations et, d'autre part, d'une politique sociale et médico-sociale cohérente. Il appartient à l'autorité de tutelle de promouvoir ce type de relations contractuelles, et d'en assurer une évaluation annuelle, pour permettre d'ajuster les moyens en fonction des besoins de prise en charge. Cette programmation pour les établissements permettra à ces derniers de se pencher sur la qualité de leurs services et l'évaluation de leurs actions.

⁶⁵ A la Réunion, seules 7 maisons de retraite font l'objet d'une convention tripartite qui implique une évaluation de l'activité (prise en charge médicale, hôtelière, financière, ...).

- Donner aux associations les moyens d'innover

A l'instar de ce que le Conseil général avait fait pour améliorer le taux d'équipement, **il est envisageable de mettre à disposition des associations qui souhaitent s'implanter et qui ont une capacité d'investissement limitée, des locaux, propriétés de la collectivité.** Outre l'amélioration du nombre d'équipements, cet outil permettrait à l'association de se concentrer sur la gestion de son activité, en proposant des services innovants, sans avoir à assumer la gestion d'un patrimoine.

- Prévenir les risques de dérives : de la nécessité de contrôler à l'obligation d'évaluer

Le constat récurrent est le manque de contrôle de la part des financeurs, en particulier du Conseil général. Au niveau du cadre législatif et réglementaire, la loi du 2 janvier 2002 prévoit une palette d'outils pour un contrôle plus rigoureux du monde associatif social et médico-social. Au-delà du contrôle accru, la loi du 2 janvier 2002 introduit l'obligation d'une évaluation, à la fois interne et externe.

- la constitution d'une cellule départementale de contrôle

C'est l'article L. 313-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.) qui pose le principe du contrôle de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette compétence est exercée par l'autorité qui délivre l'autorisation. Ainsi, pour le contrôle des établissements accueillant des personnes âgées, des agents départementaux sont habilités par le Président du Conseil général. Les modalités de contrôle sont alors arrêtées par le règlement départemental d'aide sociale.

Pour éviter les dérives constatées, il faudrait procéder à un renforcement du contrôle préventif défini par les fiches actions du S.D.O.S.M.S. Le Conseil général pourrait ainsi constituer une cellule dédiée au contrôle de l'activité de l'établissement, du financement et de l'existence d'une autorisation ou non. Un travail en commun avec les services de la DRASS, qui est déjà dotée d'un pouvoir de contrôle bien organisé, doit être rendu possible, afin de simplification et d'uniformisation, notamment pour les établissements relevant d'une autorisation conjointe.

Le contrôle « qualité » doit aussi se faire, de façon harmonisée entre les services de l'Etat et du Conseil général, sur les agréments pour l'accueil à domicile et pour les services qui bénéficient d'une aide directe ou indirecte publique (aide financière).

- évaluer : une culture à adopter

En vertu de l'article L 312-8 du C.A.S.F., les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont l'obligation de procéder régulièrement à des auto-évaluations, auxquelles s'ajoutent des évaluations par des organismes extérieurs.

Il est envisageable, à l'instar de l'agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, de créer une structure départementale. Celle-ci pourrait alors travailler en lien étroit avec l'instance nationale dans la mise en œuvre d'une évaluation externe et interne, dans l'élaboration de procédures et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et dans l'habilitation des organismes chargées de l'évaluation externe.

2) Une consolidation intrinsèque

L'association doit repenser son action, au travers d'une organisation stratégique nouvelle, fondée à la fois sur un projet fort et explicite et sur l'implication tant des professionnels que des bénévoles.

- S'appuyer sur un projet fort et explicite

Le projet associatif se construit généralement autour de valeurs militantes et vaut stratégie lorsque celui-ci est explicite et fort.

Les structures associatives, gestionnaires d'équipements sociaux ou médico-sociaux, doivent passer d'une organisation conventionnelle (basée sur des pratiques traditionnelles et un projet associatif statique et flou) à **une organisation stratégique d'anticipation reposant** sur :

- un projet explicite et réactualisé, partagé par le personnel, fixant des critères de gestion de ressources humaines,
- un fonctionnement qui s'appuie sur des instances de régulation des relations internes,
- un management participatif et un encadrement favorisant la mobilisation-formation continue des intervenants.

De même, la petite association qui souhaite développer une activité d'intérêt général doit soumettre un projet précis, base de négociation des financements publics (subvention ou conventionnement pluriannuel).

- Développer une gouvernance plus professionnalisée

La professionnalisation des élus associatifs est une solution afin qu'ils appréhendent mieux leur rôle de surveillance et puisse assumer pleinement leurs responsabilités. De plus, le souhait formulé de garantir une direction qualifiée pour une prise en charge de qualité et une meilleure gestion de ce qui s'apparente aujourd'hui à de véritables entreprises sociales, trouve sa concrétisation dans le respect des textes en vigueur.

- Former les élus pour leur meilleure implication dans les conseils d'administration

Il a souvent été reproché au conseil d'administration de ne pas assurer son rôle de contrôle de la mise en œuvre du projet d'établissement. Il est opportun de créer les conditions de leur implication en formant les administrateurs afin d'acquérir les compétences à la hauteur des enjeux.

L'article L. 951-1 du code du travail, mal connu et peu exploité, apporte une réponse à la valorisation du bénévolat. Il évoque la possibilité d'accès à des actions de formation : « *sont regardées comme des actions de formation au sens du 1° et du 3° du présent article et peuvent également faire l'objet d'un financement soit par les fonds d'assurance maladie soit dans le cadre des dispositions de l'article L 951-5 (issu de la loi du 24 février 1984), les formations destinées à permettre aux cadres bénévoles du mouvement coopératif, associatif ou mutualiste, d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leur responsabilités* ».

- Rechercher la qualification des directeurs d'établissements

La fonction de direction et a fortiori d'encadrement revêt un caractère central dans la mise en place d'une logique de management de projet et une stratégie d'anticipation. Les missions et compétences nouvelles impliquent par conséquent une montée en qualification du personnel encadrant et de direction.

C'est l'objet du décret du 19 février 2007⁶⁶ qui instaure des niveaux de recrutement obligatoires au secteur privé qu'il soit lucratif ou non, ainsi qu'aux établissements et services sociaux ou médico-sociaux gérés par les centres communaux d'action sociale (C.C.A.S. et C.I.A.S.). Le niveau de base de la direction d'un établissement ou service social et médico-social correspond à des formations enregistrées au niveau II dans le Répertoire National des Certifications Professionnelles (R.N.C.P.).

Le décret entraîne l'obligation de recruter à ces niveaux de qualification. Cependant, une grande souplesse est laissée pour permettre aux personnels déjà en poste de faire reconnaître et valoriser leur expérience professionnelle. C'est en ce sens que les préconisations en faveur de la V.A.E. méritent d'être suivies.

Il appartient aux autorités publiques (le Préfet ou le Président du Conseil général) de faire appliquer ce décret et d'assurer des contrôles pouvant aboutir à des sanctions (le non financement ou la désignation d'un administrateur provisoire).

- Instaurer un dialogue social efficace dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Le rôle des Instances Représentatives du Personnel (I.R.P.) est très important. Outil de communication interne, elles doivent favoriser l'implication des partenaires sociaux.

Une meilleure structuration des associations au niveau régional serait de nature à construire un véritable dialogue social, compte tenu de la taille de certaines d'entre elles.

De plus, la représentation régionale de la branche professionnelle telle que conçue au plan national, contribuerait à améliorer notablement la déclinaison locale des accords.

Par ailleurs, la formation des élus du personnel prévue par la législation doit être l'élément essentiel de l'implication des représentants de salariés dans les I.R.P. : délégué du personnel (D.P.), Comité d'Entreprise (C.E.), Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.).

Enfin, il appartient à la Direction du Travail de rappeler aux employeurs leurs obligations en matière de respect des dispositions relatives au dialogue social.

IV - Initier une démarche partenariale en instituant un lieu de concertation permanent

Il est important et urgent que les différents acteurs qui interviennent dans le secteur social et médico-social, soit en tant que décideurs, soit en tant que

⁶⁶ Une circulaire du 30 avril 2007 est venue préciser les niveaux de qualification attendue en fonction des qualifications des caractéristiques des établissements et de leur organisation.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi prestataires de service, s'organisent pour mettre en œuvre des activités cohérentes et complémentaires.

Une instance de concertation départementale permanente doit être instituée afin que les associations aient la possibilité d'échanger sur les choix politiques.

1) Etendre la participation des acteurs de terrain dans la réflexion en amont : créer un dialogue civil

Les acteurs associatifs ont exprimé le souhait d'être davantage associés en amont dans la définition des schémas car ils disposent d'une expérience et de la connaissance du secteur.

D'une manière générale, l'association, qui est aujourd'hui de plus en plus cantonnée dans son rôle de prestataire de services, doit pouvoir participer à l'élaboration de la politique publique qu'elle met en œuvre. L'instauration d'un « **dialogue civil** », comme le dialogue social consacré par le code du travail, offrirait aux pouvoirs publics la possibilité de construire un partenariat qui enrichirait la stratégie à mettre en œuvre dans la prise en charge des personnes.

2) Rechercher une cohérence et une complémentarité entre les différents schémas : le S.R.O.S.⁶⁷, le S.D.O.S.M.S. et le S.A.H.I.R.⁶⁸

Il n'y a pas toujours de lisibilité, ni de cohérence entre les actions relevant du sanitaire et celles du social et du médico-social. Or, la prise en charge de la personne doit être vue de façon globale. C'est pourquoi la coordination doit être recherchée dans l'élaboration des différents schémas : le S.R.O.S., réalisé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.), le S.D.O.S.M.S., émanant du Conseil général et le S.A.H.I.R., réalisé par les services de la DRASS.

L'instance de concertation départementale permanente pourrait se doter **d'un comité de pilotage** de ces outils, permettant une orientation commune et une synergie entre les divers types de prise en charge afin d'éviter les doublons ou une inadaptation. Il permettra en outre d'avoir une vision globale des moyens alloués aux différents secteurs, de définir des priorités et de faire des arbitrages en cohérence avec la mise en place de nouvelles structures.

V - Développer une organisation du secteur social et médico-social qui soit transversale et globale en s'appuyant sur des outils existants

1) Améliorer la connaissance du sanitaire, social et médico-social en affirmant la plateforme de CODESS⁶⁹ comme un véritable outil d'aide à la décision politique

⁶⁷ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, document de programmation quinquennale qui relève de la compétence de l'A.R.H. (Agence Régionale d'Hospitalisation).

⁶⁸ Schéma de l'Accueil et de l'Hébergement et de l'Insertion à la Réunion.

⁶⁹ Coordination de l'Observation Des Etudes Sociales et Sanitaires. Cette plateforme émane du Comité Régional pour l'Information Economique et Sociale de la Réunion (C.R.I.E.S.R.).

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

Il faut davantage affirmer la pertinence de la plateforme CODESS. Cet outil doit devenir **une véritable aide à la décision** par l'apport de ses analyses quantitatives et qualitatives, par la définition concertée d'indicateurs locaux pertinents, qui puissent éclairer les choix politiques en la matière et qui servent de base au diagnostic et à l'évaluation de ces politiques.

2) Coordonner les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux

- Développer une coordination sanitaire et sociale pour la prise en charge des personnes âgées

La politique gériatrique doit reposer sur un outil plus performant que les centres locaux d'information et de coordination gériatriques (C.L.I.C.) actuels⁷⁰ et aboutir à la structuration des réseaux sur le territoire réunionnais à partir notamment du rapprochement entre les structures sanitaires (Equipe Mobile de Gériatrie du C.H.D. de Bellepierre) et les établissements et services médico-sociaux.

- Faire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) une référence en matière du handicap

Le rôle de guichet unique que la loi du 11 février 2005 confère à la M.D.P.H. doit prendre tout son sens en la rendant la plus accessible possible, par la mise en place d'un référent M.D.P.H. dans chaque arrondissement, voire dans chaque commune.

La volonté politique de promouvoir cet outil au service d'une prise en charge globale de la personne handicapée, adulte et enfant, doit se traduire par le renforcement de l'équipe pluridisciplinaire chargée de l'orientation de la personne.

3) Faire du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (S.D.O.S.M.S.) « un véritable outil de pilotage »

Le S.D.O.S.M.S., dans sa conception même, et tel qu'il est défini par la loi du 2 janvier 2002, doit être l'outil de référence pour asseoir les bases d'une organisation et d'une coordination du secteur. **Par son caractère partenarial et global, il doit constituer une nouvelle manière de travailler ensemble, en respectant les orientations et le plan d'actions prévu.**

Le S.D.O.S.M.S. doit servir à impliquer l'ensemble des partenaires aussi bien dans son élaboration que son suivi.

Dans sa mise en œuvre, cet outil doit constituer un réel plan d'actions sur 5 ans qui repose sur les logiques suivantes :

- un partenariat fort entre les institutions et les professionnels de terrain,
- la pluriannualité des moyens financiers,
- une évaluation en continu des réponses apportées en l'adaptant.

Ce S.D.O.S.M.S., au-delà d'une programmation sur 5 ans, doit amorcer une démarche prospective partenariale, mêlant à la fois volonté politique de dépasser l'urgence du court terme et expertise de ceux qui sont à la fois observateurs et acteurs du terrain.

⁷⁰ Le département de la Réunion dispose de 2 Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatriques (C.L.I.C.), le réseau gériatrique Ouest et celui du Nord. Le Sud et l'Est n'en dispose pas (S.D.O.S.M.S. 2007-2011).

Conclusion

Force est de constater que les associations gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux, constituent l'élément central entre d'une part, une population dont la demande de prise en charge évolue et se développe, et d'autre part, des institutions garantes de la politique sociale et médico-sociale. Celle-ci doit s'adapter aux problématiques actuelles liées à l'augmentation de la population et à son vieillissement, tout en tenant compte de l'évolution des solidarités de proximité et familiales.

Le constat des difficultés rencontrées a mis en évidence d'un côté, l'inadéquation de l'offre par rapport aux besoins, impactant le budget des associations et, par conséquent la qualité de leurs prestations, et d'un autre côté, l'insuffisance de compétences, que ce soit en matière de gestion ou de prise en charge.

Par ailleurs, les évolutions législatives ont transformé le paysage social et médico-social, prenant davantage en compte la qualité du service rendu à l'utilisateur. Le Conseil général est conforté dans son rôle de chef de file : il doit coordonner, contrôler et organiser ce secteur. Les professionnels et bénévoles sont constamment soumis à de nouvelles réglementations qui leur demandent un effort d'adaptation.

En d'autres termes, ce sont là autant d'opportunités pour que se dessine une nouvelle façon de travailler qui soit partenariale et prospective. Les outils opérationnels que sont maintenant le S.D.O.S.M.S., et bientôt le C.E.P., sont les moyens dont disposent les décideurs et les professionnels de terrain pour avoir une vision globale à long terme de l'offre de prise en charge et de formation. Ils permettront d'apporter des réponses qui correspondent aux besoins actuels et futurs.

Les perspectives dans le secteur social et médico-social sont nombreuses. En particulier, deux évolutions majeures ouvriront des possibilités pour un meilleur fonctionnement du secteur :

- *la création de la cinquième branche de la protection sociale, dédiée à la prise en charge de la dépendance et qui devrait voir le jour en 2009.*

Il semble acquis que la C.N.S.A. sera le pivot de cette nouvelle organisation. La place des collectivités territoriales et des partenaires sociaux est toujours en discussion. Ce serait la première fois que l'on implique des collectivités territoriales dans la gestion d'une branche à part entière de la protection sociale.

- *la mise en place des Agences Régionales de Santé (A.R.S.).*

Le rapport Ritter⁷¹ propose une transformation de l'organisation sanitaire et sociale par la création des A.R.S. Ces dernières auraient vocation à organiser l'offre de soins sur le territoire régional et à veiller à l'efficacité et à l'efficience des dépenses d'assurance maladie. Elles seraient chargées aussi bien des établissements sanitaires relevant de la compétence des A.R.H. que des établissements médico-sociaux (structures pour personnes âgées ou personnes handicapées) relevant de la DRASS. Elles auraient pour but de faciliter une meilleure articulation entre le sanitaire et le social. Cette nouvelle organisation n'est donc pas sans conséquences

⁷¹ Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (A.R.S.) par Philippe Ritter (préfet honoraire) – Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – janvier 2008.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

pour les collectivités : l'A.R.S. serait l'interlocuteur du Conseil régional en matière de formations sanitaires et sociales. Les départements traiteraient désormais avec ce nouvel acteur régional, en particulier sur la tarification conjointe des établissements. En indiquant que « l'inclusion du médico-social dans le périmètre de compétence de l'A.R.S. implique une articulation efficace avec les Conseils généraux », le rapport Ritter met en évidence l'exigence d'agir sur les moyens opérationnels pour assurer cette articulation.

Ce sont là des rendez-vous à ne pas manquer tant pour les collectivités territoriales que pour les associations. Elles pourraient alors apporter des réponses :

- à la nécessité d'une vision globale, compte tenu du cloisonnement existant ;
- au rattrapage et à l'anticipation des besoins, en profitant d'un financement pérenne.

Face aux enjeux de la prise en charge des populations fragiles, l'affirmation d'une volonté politique forte sur des orientations partagées par tous est primordiale. L'efficacité des associations, gestionnaires d'équipements qui se voient confier une mission de service public, repose pour sa part sur trois piliers :

- L'implication recherchée de l'ensemble des professionnels à l'élaboration des projets des établissements ;
- Leur participation effective en amont de la définition des stratégies et des moyens par les autorités publiques ;
- La rationalisation de leurs relations avec les financeurs.

Le défi à relever est ambitieux : il exige une meilleure concertation, un dialogue constructif renforcé et le respect des engagements par les différents partenaires.

Annexes

Annexe 1 : Extraits du dictionnaire permanent action sociale – éditions législatives

1 - Définition des établissements sociaux et médico-sociaux.

Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la loi du 2 janvier 2002 et de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (C.A.S.F.), les établissements et services, dotés ou non de la personnalité morale propre, énoncés ci-dessous :

- les établissements et services relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) ;
- les établissements et services d'enseignement et d'éducation spéciale pour mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- les centres d'action médico-sociale précoce ;
- les établissements et services relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.) ;
- les établissements et services d'aide par le travail, de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle ;
- les établissements et services pour personnes âgées ;
- les établissements pour personnes adultes handicapées ;
- les établissements et services pour personnes en difficulté ;
- les établissements et services pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques,
- les foyers de jeunes travailleurs ;
- les centres de ressources et autres ;
- les établissements et services expérimentaux.

Ils délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Ces établissements peuvent être gérés par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé. Les gestionnaires peuvent être : l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics (C.C.A.S., C.I.A.S.), les organismes de sécurité sociale, les associations et autres organismes privés à but non lucratif (fondations, congrégations) et les organismes privés à but lucratif.

Les personnes morales de droit public ou privé gestionnaire d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont des institutions sociales et médico-sociales.

La qualification d'établissement social et médico-social est d'importance puisqu'il s'agit de déterminer si la législation spécifique à ce secteur s'applique et notamment en ce qui concerne l'autorisation préalable à l'ouverture des établissements sociaux et médico-sociaux.

2 - La création et la fermeture des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

a) La création d'un établissement social et médico-social.

L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la création, la transformation et l'extension des établissements et services doivent faire l'objet d'une autorisation préalable⁷².

⁷² Le décret du 26 novembre 2003 est venu préciser les notions de transformations et d'extension. L'extension consiste à accroître la capacité autorisée. La transformation signifie la modification des catégories de bénéficiaires de l'établissement ou du service.

➤ **Le principe de l'autorisation préalable.**

Pour pouvoir créer, transformer ou accroître la capacité d'un établissement ou service social ou médico-social ou d'un lieu de vie et d'accueil, le promoteur public ou privé doit solliciter et obtenir de l'administration une autorisation préalable (C.A.S.F., art. L. 313-1, al. 1^{er}).

Le régime juridique de ces autorisations a été entièrement revu par **la loi du 02 janvier 2002**. Les règles énoncées s'appliquent aussi bien aux établissements privés que publics.

La demande d'autorisation est présentée par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui assure ou est susceptible d'assurer la gestion de l'établissement ou du service social et médico-social. Depuis la loi du 02 janvier 2002, le dépôt de cette demande n'est possible qu'au cours de certaines périodes de l'année déterminées par catégories d'établissements et services. Ce système, dit de « fenêtres », vise à comparer les projets de même nature et à mettre un terme au système dit « du premier arrivé, premier servi ». C'est le Préfet de région qui fixe le calendrier de ces périodes, après avis du Président du Conseil général. La durée de ces périodes doit être au moins égale à deux mois chacune.

Cette demande est adressée à l'autorité compétente qui doit recueillir un certain nombre d'avis avant de se prononcer, en particulier celui du **Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (C.R.O.S.M.S.)**.

Les autorisations des établissements et services étaient délivrées pour une durée indéterminée. Elles sont désormais délivrées pour une durée de 15 ans. A titre transitoire, les établissements et services qui étaient autorisés sous le régime de la loi du 30 juin 1975 le demeurent pour une durée de 15 ans à compter de la parution de la loi du 2 janvier 2002, soit jusqu'au 3 janvier 2017.

➤ **Les autorités compétentes pour délivrer les autorisations.**

En matière d'action sociale et médico-sociale, l'Etat et le Département sont les principales autorités compétentes, avec la réaffirmation par **la loi du 13 août 2004** du rôle de chef de file du Département. Trois situations sont alors possibles :

La compétence exclusive du Président du Conseil général.

Le Président du Conseil général est compétent, en premier lieu, pour délivrer les autorisations des établissements et services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et majeurs de moins de 21 ans relevant de l'aide sociale à l'enfance.

Le Président du Conseil général délivre, en second lieu, les autorisations des établissements et services lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale.

La compétence exclusive du Préfet de département.

La compétence relève du Préfet lorsque les prestations dispensées par un établissement ou service social et médico-social sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou l'assurance-maladie.

La compétence conjointe du Préfet du département et du Président du Conseil général.

Le Préfet du département et le Président du Conseil général autorisent conjointement un établissement ou service social et médico-social lorsque les prestations qu'il dispense sont financées pour partie par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale et pour partie par le département.

Dans le cas d'une compétence conjointe, conformément à une jurisprudence du Conseil d'Etat, le rejet de la demande d'autorisation ne suppose pas forcément une position

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi commune des deux autorités. Le rejet par une seule autorité suffit donc à faire obstacle à la délivrance de l'autorisation.

b) La fermeture d'un établissement social et médico-social.

La fermeture d'un établissement peut intervenir pour trois raisons principales :

➤ **la suppression de l'équipement.**

La suppression d'un équipement peut être décidée par l'organisme gestionnaire lui-même. Dans le cas d'un établissement ou service public, la suppression prend la forme d'une délibération de la collectivité ou de l'établissement public (C.C.A.S., hôpital).

➤ **la fermeture d'un équipement ouvert sans autorisation.**

Dans ce cas, l'autorité qui a le pouvoir d'autoriser a également le pouvoir de mettre fin à l'activité de tout établissement ou service créé, transformé, ou ayant fait l'objet d'une extension sans autorisation. Si l'établissement relève d'une compétence conjointe, la décision de fermeture est prise conjointement par le Préfet et le Président du Conseil général. En cas de désaccord, la décision peut être prise et mise en œuvre par le seul Préfet. Des injonctions aux responsables d'établissements ou du service sont préalablement formulées par l'autorité compétente, qui demande également des avis au conseil départemental d'hygiène pour les établissements pour adultes et au conseil de protection de l'enfance, pour les établissements pour enfants.

Un équipement ouvert sans autorisation expose les responsables à des sanctions pénales : un emprisonnement de trois mois et une amende de **3 750 €**. Les personnes physiques encourent la peine complémentaire d'interdiction d'exploiter ou de diriger tout établissement.

➤ **la fermeture au titre de l'ordre public.**

En vertu de l'article L. 313-16 du code de l'action sociale et des familles, un certain nombre de motifs, communs aux établissements privés et publics, permet au Préfet de fermer un établissement au titre de l'ordre public. Il prononce la fermeture totale ou partielle, provisoire ou définitive lorsque les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement, de santé et de sécurité ne sont pas respectées ou que des infractions aux lois et règlements sont commises.

Ce pouvoir de fermeture au titre de l'ordre public existe également depuis la loi du 11 juillet 2005 pour les présidents des Conseils généraux pour les équipements qu'ils autorisent. Le maire d'une commune, qui a également des responsabilités d'ordre public, peut fermer un établissement ou service social ou médico-social.

L'autorisation d'un établissement conditionne son financement par ces mêmes autorités.

3 - Les mécanismes de financement des établissements sociaux et médico-sociaux.

a) Les autorités de tarification.

La loi du 02 janvier 2002 a fixé la compétence à deux autorités tarifaires différentes : le Préfet du département et le Président du Conseil général

- **le Préfet de département** tarifie les établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par le budget de l'Etat ou les organismes de sécurité sociale ;

- **le Président du Conseil général** tarifie les établissements et services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ;

- **le Préfet et le Président du Conseil général** tarifient conjointement, d'une part, les Centres d'Action Médico-Sociale (C.A.M.S.) et d'autre part, les établissements et services auxquels l'autorité judiciaire confie directement et habituellement des mineurs. Ces établissements sont financés en tout ou partie par les départements. En cas de désaccord entre les deux, chaque autorité fixe le tarif relevant de sa compétence et le soumet au

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale (T.I.T.S.S.). La décision s'impose à ces deux autorités.

Enfin, les établissements et services se voient fixer plusieurs tarifs par des autorités différentes (E.H.P.A.D., F.A.M., S.A.M.S.A.H., ...).

b) Les modes de tarification.

La contrainte financière pesant sur les établissements sociaux et médico-sociaux s'est renforcée avec l'évolution de leur cadre juridique. Ainsi, **la loi du 02 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et son **décret d'application n° 2003-1010 du 22 octobre 2003** ont complètement réformé les règles budgétaires, comptables, financières et tarifaires.

Cette réforme a prévu différents modes de tarification pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux : prix de journée, tarifs de prestations, forfaits journaliers, forfaits annuels et dotation globale. Le décret budgétaire et tarifaire du 22 octobre 2003 précise, à son article 106, les modes de tarification applicables à chaque catégorie d'établissements ou services. Ce décret permet en outre le recours par voie de convention de retenir un prix de journée globalisé, c'est-à-dire la possibilité par l'Etat ou les départements de verser sous forme globalisée.

Ces règles concernent à la fois l'élaboration des propositions budgétaires par le gestionnaire, la négociation qui s'enclenche sur cette base, la fixation des tarifs par l'autorité de tarification et les conséquences qui en résultent. Elles sont indissociables du nouveau cadre tarifaire.

La nouvelle réglementation s'applique de manière différenciée en fonction du statut juridique du gestionnaire.

Annexe 2 : L'hébergement des personnes âgées.

Maisons de Retraite (M.R.) et Unités de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.)

type de gestionnaires	nom établissement	commune	catégorie	capacités autorisées	capacités installées
Asso. L.1901non R.U.P.	St François d'Assise	ST DENIS	M.R. médicalisée	120	120
Asso. L.1901non R.U.P.	ASTERIA	ST DENIS	M.R. médicalisée	72	45
Asso. L.1901non R.U.P.	CLOVIS HOARAU	ST DENIS	M.R. médicalisée	60	94
congrégation	Foyer de la Clémence	LA SALINE	M.R. non médicalisée	30	32
congrégation	Foyer du Sacré cœur	ST PIERRE	M.R. non médicalisée	48	58
congrégation	Béthanie	LE TAMPON	M.R. non médicalisée	28	25
congrégation	Foyer de la Chaloupe	LA CHALOUPE ST LEU	M.R. non médicalisée	12	0
fondation Père Favron	Les Alizées	ST GILLES	M.R. médicalisée	90	90
fondation Père Favron	Les Lataniers	LA POSSESSION	M.R. médicalisée	62	61
fondation Père Favron	Les Pétales	ST PIERRE	M.R. médicalisée	183	183
S.A.R.L.	LE MOUTARDIER	ST BENOIT	M.R. médicalisée	66	66
C.C.A.S.	Village 3ème âge	ST ANDRE	M.R. médicalisée	72	72
Et. Pub. Intcom. Hosp.	MR Gabriel Martin	ST PAUL	M.R. médicalisée	60	60
Et. Pub. Intcom. Hosp.	MR GHSR	ST LOUIS	M.R. médicalisée	50	50
Et. Pub. Intcom. Hosp.	MR GHSR	ST JOSEPH	M.R. médicalisée	65	80
Et. Pub. Intcom. Hosp.	C.H.I. ST BENOIT	ST BENOIT	U.S.L.D.	30	30
Et. Pub. Intcom. Hosp.	C.H.I. ST BENOIT	ST ANDRE	U.S.L.D.	30	0
Et. Pub. Intcom. Hosp.	G.H.S.R.	ST PIERRE	U.S.L.D.	50	49
				1128	1115

Source : DRASS - capacités autorisées et installées au 31/12/04

Répartition de l'hébergement des personnes âgées en résidences locatives.

région	ville	nombre d'appartements	nombre de personnes
NORD			
communal N.L. Foyer logement Chaudron	Saint-Denis	23	29
Privé N.L. Résidence P.A. C.R.R. Charmilles	Saint-Denis	56	70
S.I.D.R. Résidence Le Milan	Saint-Denis	40	50
C.R.R. Résidence Tamarins	Saint-Denis	32	40
S.I.D.R. Résidence Louis Jouvét Butor	Saint-Denis	45	56
S.H.L.M.R. Résidence Bagatelle Petite-Ile	Saint-Denis	24	30
PROXIMA - S.H.L.M.R.	Saint-Denis	40	50
	TOTAL	260	325
EST			
Communal - Corbeille d'Or	Saint-André	40	50
S.H.L.M.R. Victoria	Saint-André	20	25
S.H.L.M.R. Station	Saint-André	22	27
S.I.D.R. lot. Frangance	Saint-Benoît	15	19
	TOTAL	97	121

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

SUD			
Communal Résidence P.A.	L'Entre-Deux	12	15
S.H.L.M.R. Résidence SEPIA	Saint-Joseph	20	25
Résidence Les Iris Communal	Saint-Joseph	25	31
S.H.L.M.R. - Résid. Les Oliviers Fond. Père Favron - Bois d'Oliviers	Saint-Pierre	27	34
Résidence Moza	Saint-Pierre	27	34
Résidences Colombes – S.H.L.M.R.	Saint-Louis	30	37
Résidences Franklin – S.I.D.R.	L'Etang-Salé	22	28
C.I.L.R. – C.R.R. - Bel Air	Le Tampon	75	94
	TOTAL	238	298
OUEST			
Privé La Clémence La Saline-les-Hauts	Saint-Paul	8	10
	TOTAL	8	10
	ENSEMBLE	603	754

Source : S.D.O.S.M.S. 2007-2011 – Conseil général de la Réunion

Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

type de gestionnaires	nom établissement	commune	capacités autorisées	capacités installées
Asso. L. 1901 R.U.P.	LES ATTES	LE PITON ST LEU	40	40
Et. Pub.	CCAS	ST ANDRE	15	22
Asso. L. 1901 R.U.P.	CROIX ROUGE	BRAS PANON	30	35
Asso. L. 1901 R.U.P.	CROIX ROUGE	ST DENIS	30	60
Asso. L. 1901 R.U.P.	CROIX ROUGE	LE PORT	30	50
Asso. L. 1901 R.U.P.	CROIX ROUGE	LE TAMPON	35	30
Et. Pub.	C.C.A.S.	ST PIERRE	89	89
			269	326

Source : DRASS – capacités autorisées et installées au 31/12/04
R.U.P. : reconnue d'utilité publique

Annexe 3 : Accueil des personnes handicapées

Accueil des adultes handicapés au 31 décembre 2006

Foyer d'hébergements	capacité d'accueil	effectifs présents
F.A.O. GERNEZ RIEUX (SAINT-PIERRE)	12	12
FOYER HEB. ESAT GERNEZ RIEUX	35	34
F.A.O. (FONDATION PERE FAVRON) ST PIERRE	20	23
3 établissements	67	69
Maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.)		
MAISON D'ACCUEIL SPECIALISEE DE L'EST	42	43
M.A.S. LES PLEIAIDES (FOYER A. BARBOT)	45	44
M.A.S. ANNIE GAUCI	30	26
3 établissements	117	113
Foyer de vie AH (ex foyer occupationnel)		
F.A.O. (I.R.S.A.M.) STE CLOTILDE	60	60
F.A.O. MAISON PIERRE LAGOURGUE	40	43
F.A.O. COMPLEXE E. ALBIUS (ST PAUL)	15	17
F.A.O. (A.D.A.P.E.I.) TAMPON	30	35
FOYER HEB. TRAVAILLEURS HANDICAPES	30	25
FOYER HEB. ET D'INSERTION	15	13
FOYER HEB. E.S.A.T. JEAN CLERMONT 2	10	9
FOYER HEB. GEORGES MOY DE LA CROIX	24	22
8 établissements	224	224
Foyer d'Accueil Médicalisé (anciennement F.D.T.A.H.)		
F.A.M. MAISON PIERRE LAGOURGUE	20	21
F.A.M. ALICE VERDIN	30	30
F.A.M. DE SAINT BENOIT	30	30
F.A.M. DE CAMBUSTON	30	30
F.A.M. LES CYTISES (BOIS D'OLIVES)	130	130
5 établissements	240	241
Etablissements et Service d'Aide pour le Travail (ex C.A.T.)		
E.S.A.T. EDMOND ALBIUS (ST PAUL)	66	66
E.S.A.T. TIDALONS LE PORT	74	48
E.S.A.T. TIDALONS MAPERINE (GILLOT)	64	44
E.S.A.T. DE L'ANSE	80	77
E.S.A.T. TIDALONS DE SAINT-FRANCOIS	22	40
E.S.A.T. GEORGES MOY DE LA CROIX	78	77
E.S.A.T. GERNEZ RIEUX (RAVINE DES CABRIS)	80	80
E.S.A.T. TIDALONS CAVAMEN STE CLOTILDE	13	8
E.S.A.T. JEAN CLERMONT (ST ANDRE)	80	80
E.S.A.T. LES ATELIERS DU PONT NEUF	125	97
E.S.A.T. TIDALONS (SAINT PIERRE)	74	43
E.S.A.T. TIDALONS (STE CLOTILDE)	34	34
12 établissements	790	694

Source : enquête auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés au 31 décembre 2006 - DRASS

Accueil enfance et jeunesse handicapées au 31 décembre 2006

Etablissement d'éducation spéciale pour déficients mentaux	capacité d'accueil	effectifs présents
I.M.PRO. GERNEZ RIEUX	80	81
I.M.E. IMS CHARLES ISAUTIER	48	43
I.M.PRO. EDMOND ALBIUS (ST PAUL)	56	60
I.M.E. RAYMOND ALLARD (ST ANDRE)	145	149
I.M.E. LA MONTAGNE	70	86
I.M.PRO. DES TROIS MARES	112	114
I.M.P CLAIRE JOIE	68	70
I.M.P PETIT TAMPON	36	32
I.M.E. IMS CHARLES ISAUTIER	46	51
I.M.E. IMS CHARLES ISAUTIER	18	18
I.M.E. LEVAVASSEUR	100	108
11 établissements	779	812
service à domicile pour handicapés		
S.E.S.S.A.D. RAYMOND ALLARD	64	51
S.E.S.S.A.D. CLAIRE JOIE	70	68
S.E.S.S.A.D. LEVAVASSEUR	64	89
S.E.S.S.A.D. PETIT TAMPON	40	42
S.E.S.S.A.D. IMS CHARLES ISAUTIER	35	38
S.E.S.S.A.D. MAISON NOTRE DAME	10	7
S.E.S.S.A.D./C.E.A.P. LES MIMOSAS	10	14
S.E.S.S.A.D. IMS CHARLES ISAUTIER	25	22
S.E.S.S.A.D. DE LA RESSOURCE	85	93
S.E.S.S.A.D. DE LA MONTAGNE	20	20
S.E.S.S.A.D. IMS CHARLES ISAUTIER	21	29
11 établissements	444	473
Etablissement d'éducation spéciale pour polyhandicapés		
C.E.A.P. MAISON NOTRE DAME	35	35
C.E.A.P. LES MIMOSAS ST PIERRE	90	94
2 établissements	125	129
Etablissement expér. Enfants handicapés		
BAT LES RAVENALES	10	53
1 établissement	10	53
institut d'éducation sensorielle sourds/aveugles		
CENTRE DE REEDUCATION LA RESSOURCE	175	170
1 établissement	175	170
institut pour déficients auditifs		
S.S.E.F.I.S.	15	11
1 établissement	15	11

Source : enquête auprès des établissements et services pour adultes et enfants handicapés au 31 décembre 2006 - DRASS

Annexe 4 : Liste des sigles utilisés dans le rapport

	A	
A.A.H.		Allocation aux Adultes Handicapés
A.D.A.P.E.I.		Association Départementale des Amis et des Parents d'Enfants Inadaptés
A.E.E.H.		Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
A.E.S.		Allocation d'Education Spéciale
A.P.A.		Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARAST		Association Régionale d'Accompagnement Social Territorialisé
A.R.H.		Agence Régionale d'Hospitalisation
A.R.S.		Agence Régionale de Santé
A.V.S.		Auxiliaire de Vie Scolaire
	C	
C.A.F.D.E.S.		Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Direction d'Etablissement Social
C.A.F.E.R.U.I.S.		Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
C.A.M.S.P.		Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CARIF		Centres d'Animation et de Ressources de l'Information sur la Formation
C.A.S.F.		Code de l'Action Sociale et des Familles
C.A.T.		Centre d'Aide par le Travail
C.C.A.S.		Centre Communal d'Action Sociale
C.D.A.P.H.		Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
C.D.E.S.		Commission Départementale d'Education Spéciale
C.E.A.P.		Centre d'Ecoute et d'Aide Psychologique
C.E.M.		Centre d'Education Motrice
C.E.P.		Contrat d'Etudes Prospectives
C.H.S.C.T.		Comité d'Hygiène, de Sécurité des Conditions de Travail
C.I.A.S.		Centre Intercommunal d'Action Sociale
C.L.I.C.		Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CL.I.S.		CLasse d'Intégration Spéciale
C.M.P.P.		Centre Médico-Psycho-Pédagogique
C.N.S.A.		Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODESS		Coordination de l'Observation des Etudes Sociales et Sanitaires
COTOREP		COMmission Technique d'OriEntation et de REclassement Professionnel
C.R.I.E.S.R.		Comité Régional pour l'Information Economique et Sociale de la Réunion
C.R.O.S.M.S.		Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.H.D.		Centre Hospitalier Départemental
	D	
D.G.A.S		Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS		Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.T.E.F.P.		Direction du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
	E	
E.H.P.A.		Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
E.H.P.A.D.		Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.S.A.T.		Établissement et Service d'Aide par le Travail
	F	
F.A.M.		Foyer d'Accueil Médicalisé
F.D.T.A.H.		Foyer à Double Tarification pour Adultes Handicapés
F.E.H.A.P.		Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à

		but non lucratif
F.H.		Foyer d'Hébergement
F.H.T.H.		Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés
	G	
G.P.E.C.		Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
	H	
H.I.D		Handicap Incapacité Dépendance
	I	
I.E.M.		Institut d'Education Motrice
I.M.E.		Institut Médico-Educatif
I.M.P.		Institut Médico-Pédagogique
I.M.PRO		Institut Médico-Professionnel
INSEE		Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
I.R.P.		Instances Représentatives du Personnel
I.R.T.S.		Institut Régional du Travail Social
I.F.S.I.		Instituts de Formation en Soins Infirmiers
I.T.E.P.		Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
	J	
J.P.C.		Jacques de Palmas Consultant
	M	
M.A.S		Maison d'Accueil Spécialisée
M.D.P.H.		Maison Départementale des Personnes Handicapées
	O	
OREF		Observatoire Régional Emploi Formation
	P	
P.J.J.		Protection Judiciaire de la Jeunesse
PR.I.AC.		PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
P.S.D.		Prestation Spécifique de Dépendance
	R	
R.N.C.P.		Répertoire National des Certifications Professionnelles
	S	
S.A.A.A.I.S.		Service d'Aide à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'Intégration Scolaire
S.A.D.		Service A Domicile
S.A.H.I.R.		Schéma de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'Insertion de la Réunion
S.A.M.S.A.H.		Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
S.A.R.L.		Société A Responsabilité Limitée
S.A.V.S.		Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.D.O.S.M.S.		Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
S.E.S.S.A.D.		Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
S.R.O.S.		Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.A.		Service de Suite et d'Accompagnement
S.S.E.F.I.S.		Service de Soutien à l' Education Familiale et à l'Intégration Sociale
S.S.I.A.D.		Services de Soins Infirmiers A Domicile
	T	
TER		Tableau Economique de la Réunion
	U	
U.P.I.		Unité Pédagogique d'Intégration
U.S.L.D.		Unité de Soins Longue Durée
URIOPSS		Union Régionale Interfédérale des Oeuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
	V	
V.A.E.		Validation des Acquis de l'Expérience

Annexe 5 : Glossaire

Accueil de jour	C'est un accueil d'une ou plusieurs journées par semaine, de personnes âgées ou handicapées vivant à domicile. Il peut concerner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés avec comme objectif principal de préserver l'autonomie de ces personnes et de permettre une vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.
Accueil temporaire	Hébergement limité dans le temps, pour les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible momentanément : isolement, absences des aidants, travaux dans le logement ... Cet hébergement peut également être une transition après une hospitalisation et avant le retour à domicile.
Allocation aux Adultes Handicapés (A.A.H.)	Allocation destinée aux personnes atteintes soit d'une incapacité de 80 %, soit d'un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 %, si elles sont dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de leur handicap. Cette prestation est accordée sous condition de ressources. Son versement est effectué par les Caisses d'Allocations Familiales mais elle est financée par l'Etat.
Allocation d'Education Spéciale (A.E.S.)	Dénommée depuis 2006 Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.) , c'est une prestation versée, sans condition de ressources, aux familles ayant au moins un enfant à charge de moins de 20 ans atteint d'une incapacité permanente égale ou supérieure à 80 %, ou comprise entre 50 % et 80 %, s'il est placé dans un établissement d'éducation spéciale ou bénéficie de soins spécialisés à domicile.
Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.)	Allocation attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans qui se trouvent en situation de perte d'autonomie, nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (A.P.A.) concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. L'A.P.A. remplace depuis 2002 la Prestation Spécifique de Dépendance (P.S.D.) .
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (C.N.S.A.)	C Instituée par la loi du 30 juin 2004, cette caisse est chargée de répartir les crédits destinés au fonctionnement des établissements et des services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, financés par l'Assurance maladie et relevant de la compétence de l'Etat.
Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.)	Etablissement public communal intervenant principalement dans trois domaines : - l'aide sociale légale qui, de par la loi, est sa seule attribution obligatoire, - l'aide sociale facultative et l'action sociale, matières pour lesquelles il dispose d'une grande liberté d'intervention et pour lesquelles il met en œuvre la politique sociale déterminée par les élus locaux,

- l'animation des activités sociales.

Le C.C.A.S. est une personne morale de droit public et son contentieux relève de la juridiction administrative. Il a une autonomie de gestion, même s'il est rattaché à une collectivité territoriale.

A noter que lorsque plusieurs communes se regroupent en établissement public de coopération, cet établissement est alors appelé **Centre Intercommunal d'Action Sociale (C.I.A.S.)**

Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.)

Il intervient auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. Ce sont des équipes pluridisciplinaires composés de médecins spécialisés, psychologues, rééducateurs, assistants sociaux et autres techniciens paramédicaux et sociaux.

Centre Médico-Psychopédagogique (C.M.P.P.)

Il assure, pour les enfants et adolescents de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuro-psychologiques (difficultés psychomotrices, orthophoniques, troubles de l'apprentissage) ou de troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Classe d'Intégration Spéciale (C.I.S.)

Elle a pour mission d'accueillir de façon différenciée, selon la nature du handicap pris en charge, dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves en situation de handicap afin de leur permettre de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.

Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (C.R.O.S.M.S.)

C'est un organisme consultatif composé d'un président et de 54 membres titulaires (et de leurs suppléants) représentant :

- les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités locales et les organismes de sécurité sociale
- les personnes morales gestionnaires d'établissements sociaux et médico-sociaux
- les personnels de ces établissements
- les usagers de ces établissements
- les travailleurs sociaux et les professionnels de santé
- le comité régional d'organisation sanitaire
- des personnalités qualifiées

Il a pour mission de donner un avis sur les projets de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, les projets de création d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, ...

Commission Départementale d'Education Spéciale (C.D.E.S.)

Instance d'aide aux enfants et adolescents handicapés, de la naissance jusqu'à 20 ans. Elle reconnaît le handicap, définit le taux d'incapacité, attribue l'allocation d'éducation spéciale et la carte d'invalidité, oriente vers une structure éducative. **Depuis 2005, la C.D.E.S. et la COTOREP sont remplacés par la C.D.A.P.H.**

Commission des Droits et de l'Autonomie des

Depuis 2005, la C.D.A.P.H. se substitue aux ex COTOREP et C.D.E.S. dans le cadre du guichet unique que constitue la

Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) M.D.P.H., gérée par le Conseil général. Elle prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière de prestations et d'orientations.

Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) Instance départementale qui s'adresse aux adultes à partir de 20 ans ou de 16 ans en cas d'entrée dans la vie active. Elle reconnaît le handicap et sa gravité : elle oriente la personne handicapée qui le demande vers le placement en milieu ordinaire de travail ou vers un emploi en établissement de travail protégé, vers une formation en centre de rééducation professionnelle ou dans un organisme de droit commun. De plus, elle peut accorder des aides financières et attribuer la carte d'invalidité. **Depuis 2005, la C.D.E.S. et la COTOREP sont remplacées par la C.D.A.P.H., au sein de la M.D.P.H.**

E

Entreprises adaptées (ex Ateliers protégés) Ce sont des unités de production soumises aux contraintes de l'économie de marché (contrairement à leur ancien statut, elle ne relèvent plus du milieu protégé). Elles sont agréées par le Préfet, après instruction de la demande par les services du Ministère du travail et de l'emploi. La capacité de travail exigée est au moins égale au tiers de la capacité normale.

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) Depuis la réforme de la tarification en 1999, les établissements accueillant des personnes âgées sont appelés E.H.P.A.D.

Les E.H.P.A.D. (antérieurement dénommés, le plus souvent maison de retraite ou M.A.P.A.D.), sont soumis à une obligation de signer une convention tripartite avec la DRASS et le Conseil général.

Auparavant, on distinguait les établissements sans soins médicaux dits « non médicalisés », les établissements « partiellement médicalisés » avec soins courants et soins médicaux et les établissements médicalisés. Maintenant, il existe des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (E.H.P.A.) et ceux où une partie ou la totalité des places est médicalisée (E.H.P.A.D.).

Établissement et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) (ex Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.)) Il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien social et éducatif. Ils accueillent des personnes dont la capacité de travail exigée est inférieure ou égale au tiers de la capacité normale.

F

Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) ou Foyer à Double Tarification pour Adultes Handicapés (F.D.T.A.H.) Ces foyers accueillent des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées qui ont besoin d'une aide pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne. Ces personnes reçoivent des soins constants et un suivi médical permanent.

Foyer d'Hébergement (F.H.) Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés (F.H.T.H.) Il s'agit d'établissements qui accueillent en fin de journée ou en fin de semaine les personnes handicapées travaillant, soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire.

Foyer de vie ou foyer occupationnel	Ce sont des structures qui accueillent des adultes lourdement handicapés qui disposent d'une autonomie ne justifiant pas leur admission en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S), mais qui ne sont pas aptes à un travail productif. Elles sont financées par le Département qui en fixe le prix de journée.
I	
Institut d'Education Motrice (I.E.M.)	Ces établissements accueillent des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie.
Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	Ces instituts accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience.
Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	Etablissement médico-éducatif accueillant des enfants ou des adolescents présentant des troubles du comportement importants, sans déficience intellectuelle.
L	
Logement-foyer	Il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge de la personne qui peut bénéficier de l'aide sociale ou de l'allocation logement.
M	
Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.)	Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes handicapés qui n'ont pas d'autonomie, dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Les soins sont pris en charge par l'assurance-maladie. Le prix de journée est fixé par le Préfet.
Maison de retraite	Il s'agit d'hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas et les divers services spécifiques. Si l'établissement est public ou privé conventionné, le prix de journée est fixé par le Conseil général. On parle aujourd'hui d'E.H.P.A. ou d'E.H.P.A.D.
Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.)	La M.D.P.H. a un rôle d'animation et de coordination de la politique partenariale développée au sein du département afin de garantir le suivi de la situation de la personne handicapée et son accompagnement dans le temps.
S	
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)	Il a pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration de liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité.
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.)	Ce service a pour vocation dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux S.A.V.S. Il s'adresse aux personnes plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluridimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique.

**Services de Soins
Infirmiers A Domicile
(S.S.I.A.D.)**

Les S.S.I.A.D. assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale et l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne : ils sont destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou dépendantes et aux personnes de moins de 60 ans avec un handicap ou atteintes de maladies chroniques. Ces services contribuent au maintien à domicile des personnes.

**Services d'éducation
spéciale**

Ces services assurent un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans, en liaison avec les familles. Ils sont spécialisés par handicap et portent des appellations différentes (S.E.S.S.A.D., S.S.A.D., S.S.E.F.I.S., S.A.A.A.I.S., ...). Ils sont autonomes ou rattachées aux établissements d'éducatons spéciales et composés d'équipes pluridisciplinaires.

Taux d'équipement

T

Il est obtenu en rapportant le nombre de places en maison de retraite, logement-foyer et unités de longue durée, à la population de 75 ans et plus.

**Unité de Soins Longue
Durée (U.S.L.D.)**

U

Ce sont des services hospitaliers qui accueillent des personnes âgées qui n'ont plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale continue.

**Unité Pédagogique
d'Intégration (U.P.I.)**

C'est un dispositif collectif d'intégration créé en collège pour favoriser la scolarisation en milieu ordinaire d'élèves en situation de handicaps.

Remerciements

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

Le Conseil Economique et Social Régional tient à remercier vivement les personnalités suivantes pour leur précieuse collaboration :

- **Edward ABDALLAH**, Trésorier de la délégation régionale d'UNIFAF
- **Jean-Pierre AH-KING**, Directeur adjoint de la Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) de l'Est
- **Laurent ALATON**, Inspecteur à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- **Henri AMOGOMPOULE**, Président adjoint de la délégation régionale d'UNIFAF,
- **Michèle ANDRE**, Directrice de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)
- **Geneviève AVARGUEZ**, de la Croix Rouge
- **Yves BAILLIF**, Personne ressource
- **Patrice BERTIL**, Chef de projet dans l'élaboration du schéma Enfance-Famille du Conseil général
- **Raphaël BIANCO**, Directeur général de l'association Frédéric Levavasseur
- **Christian BONNEAU**, Directeur général de la fondation père Favron et Président de la délégation régionale d'UNIFAF
- **Pierre CATTEAU**, Médecin de Santé Publique, Personne ressource
- **Brigitte CHANE-HIME**, Educatrice spécialisée, déléguée syndicale C.F.D.T.
- **Jacqueline DEROY**, de la Croix Rouge
- **Marie-Françoise DUPUIS**, Présidente de l'Union Régionale Interfédérale des Oeuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (U.R.I.O.P.S.S.)
- **Nathalie FAUCHER**, Présidente de l'association Autisme Réunion
- **Henri FONTAINE**, Directeur d'un foyer d'accueil occupationnel (F.A.O.) de l'Association Départementale des Amis et des Parents d'Enfants Inadaptés (A.D.A.P.E.I.)
- **Monique GERIER**, Secrétaire de l'U.R.I.O.P.S.S.
- **Marie-Rose GRAS**, Déléguée Régionale de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (F.E.H.A.P.)
- **Jean-Paul GRONDIN**, Président de l'A.D.A.P.E.I.
- **Didier GUILLAUME**, Directeur des Affaires juridiques et des marchés et du patrimoine au Conseil régional
- **Huguette HOARAU**, Responsable du service Prospective et Stratégie à la Direction des Actions de Solidarités et d'Intégration du Conseil général

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

- **Michel-Charles HOARAU**, Administrateur et délégué pour la Réunion de l'Association Laïque d'Education, de Formation et de Prévention pour l'Autonomie (A.L.E.F.P.A.)
- **Patrick JACQUEMART**, Directeur général de l'Association Régionale d'Accompagnement Social Territorialisé (ARAST)
- **Jean LABARDE**, Secrétaire du conseil d'administration de l'association Frédéric Levavasseur
- **Marie LAFITTE**, Secrétaire générale du syndicat santé-sociaux de la C.F.D.T.
- **Nelly LAMBERT**, de la Croix Rouge
- **Daniel LAPIERRE**, Président du syndicat Santé et Action Sociale C.F.E-C.G.C.
- **Tonino LEGROS**, Directeur d'un I.M.PRO. de l'A.D.A.P.E.I.
- **Michelle LEVENEUR**, Responsable du service partenariat opérationnel de la Direction des Actions de Solidarités et d'Intégration du Conseil général
- **Catherine LOGEAIS**, Déléguée régionale de l'A.G.E.F.I.P.H. (Agir Efficacement pour la Formation et l'Insertion des Personnes Handicapées)
- **Dominique MAS**, Déléguée syndicale CFE-CGC
- **Yanice MERLO**, Coordonnateur à l' Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à la Réunion (A.U.R.A.R.) et délégué syndical C.F.D.T.
- **François METTE**, Médecin, Chef de service de rééducation fonctionnelle infantile à l'hôpital des enfants, délégué syndical C.F.T.C.
- **David NICOL**, de l'Observatoire Régional Emploi Formation (OREF).
- **Jacqueline PAJANIANDY**, Directrice du Groupement d'Interventions Educatives Diversifiées (G.I.E.D.) Félix Potier
- **Marie PAYET** de l'OREF
- **Joël PERIGAUD**, Directeur général adjoint de l'Association Régionale d'Accompagnement Social Territorialisé (ARAST)
- **Jean-Paul PINEAU**, Directeur adjoint du complexe Gernez Rieux de l'A.L.E.F.P.A.
- **Jean-Hugues POTHIN**, Responsable des formations sanitaires, sociales et médico-sociales à la Direction de la Formation Professionnelle et de l'Apprentissage (D.F.P.A.) du Conseil régional
- **Jean-Pierre RIVIERE**, Délégué syndical C.F.E-C.G.C.
- **Jean-Michel SAINGAINY**, Délégué syndical C.G.T.R.
- **Bernard SCHMITH**, Directeur général du complexe Gernez Rieux et Directeur du relais local de gestion de l'A.L.E.F.P.A.

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

- **Harry SERIC**, Responsable du secteur social et médico-social de la C.G.T.R.
- **Christian TESSIER**, Directeur du complexe Edmond Albius de l'A.L.E.F.P.A.
- **William VASSEUR**, Directeur de l'I.M.P. Claire Joie
- **Bernard VAYSSE**, Directeur général de l'Association Saint-François d'Assise (A.S.F.A.)
- **Annick VEREL**, de la Croix Rouge

QUELQUES RAPPORTS ET AVIS DU CESR DE LA REUNION

- Contribution sur le projet de réformes législatives, réglementaires ou administratives en matière d'emploi, de formation, de logements sociaux, d'aménagement du territoire, de politique familiale et de fiscalité locale - mars 1994
- Le prix du kérosène : un enjeu décisif - octobre 1994
- Université de la Réunion - Les filières : incertitudes et espoir - octobre 1994
- Le dispositif d'aides aux études supérieures - décembre 1994
- L'intégration des personnes handicapées à la Réunion - décembre 1994
- Les déchets à la Réunion - mai 1995
- Démographie et politiques sociales Outre-Mer - mai 1995
- Budgets communaux : pour une maîtrise des dépenses de fonctionnement - septembre 1995
- L'impact économique de la restauration scolaire - décembre 1995
- L'harmonisation des interventions Département/Région à la Réunion - octobre 1996
- Les interventions de l'Union Européenne à la Réunion depuis le début des années 60 - décembre 1996
- Perspectives de développement de la pêche maritime à la Réunion - décembre 1996
- L'évolution indispensable du logement social à la Réunion - mai 1997
- L'agriculture réunionnaise en fiches synthétiques - mai 1997
- La carte magnétique, un nouveau passeport pour l'école - mai 1997
- La télévision à la Réunion : à l'aube d'une nouvelle ère - mai 1998
- Eléments de réflexion sur le schéma de services collectifs de l'enseignement supérieur et de la recherche pour la Réunion - avril 1999
- L'OCM Sucre : quelques pistes de réflexion pour la prochaine OCM - novembre 1999
- Contributions-cadres du Conseil économique et social régional de la Réunion pour la préparation de la Loi d'Orientation pour l'Outre-Mer - 1999
- La coopération régionale : un enjeu pour la Réunion ? - novembre 1999
- Le dispositif « emploi-jeune » : d'une opportunité à un enjeu stratégique - novembre 1999
- Les déplacements à la Réunion : l'urgence des choix - décembre 1999
- Réflexions sur le Fonds Régional pour le Développement et l'Emploi - juin 2000
- Actes du séminaire sur la rénovation du bâti scolaire du 1^{er} degré - avril 2001
- Le schéma directeur portuaire de Port Réunion - octobre 2001
- La vie étudiante : un espace à construire - décembre 2001
- La desserte aérienne de la Réunion - septembre 2001
- Pour un dispositif répondant aux besoins de l'emploi à la Réunion - septembre 2002
- Enjeux et défis de la Réunion à l'horizon 2020 - septembre 2002
- Investissement local et fiscalité - avril 2003
- L'aménagement, la protection et la valorisation du littoral : un défi pour l'avenir - octobre 2003
- Quel projet de développement agricole pour la Réunion ? - décembre 2003
- Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences - octobre 2004
- Contribution sur l'emploi dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social - novembre 2004
- Bilan de mandature 1998-2004
- Pour une meilleure coopération régionale au départ de la Réunion dans l'océan Indien - juillet 2005

Les associations, acteurs essentiels du secteur social et médico-social : des contraintes, un défi

- La Validation des Acquis de l'Expérience : un enjeu de taille et une réelle opportunité – décembre 2006
- Avis sur le projet de contrat de projets Etat/Région/Département 2007-2013 – février 2007
- Le foncier et l'immobilier économiques à la Réunion – mars 2007
- Le congé solidarité : une solution pour la Réunion – octobre 2007
- Avis sur le projet présidentiel pour le développement économique de l'Outre-mer – octobre 2007
- Premières réflexions sur le projet de loi programme pour le développement économique et la promotion de l'excellence outre-mer – mars 2008
- Contribution sur la communication de la commission européenne sur la stratégie pour les R.U.P. – avril 2008
- Avis sur le projet de loi programme pour le développement économique et la promotion de l'excellence outre-mer – mai 2008
- « Quel aménagement pour les mi-pentes de la Réunion à l'horizon 2030 ? » - novembre 2008

Les rapports mentionnés ci-dessus ainsi que les avis du Conseil économique et social régional sur saisine du Conseil régional, du Conseil général, de l'Etat, sur différents documents d'orientation, de planification, de schémas, sont à votre disposition au C.E.S.R., peuvent vous être adressés sur simple demande, ou sont consultables et téléchargeables sur le site www.cesr-reunion.fr.