

Ecole Nationale de la Santé Publique

INSPECTEUR DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

PROMOTION 1997-1999

ELABORER UN OUTIL DE PLANIFICATION

DANS UN CADRE COMPLEXE :

**L'exemple du schéma départemental en faveur de l'enfance et de
l'adolescence handicapées et inadaptées du Morbihan.**

COCHET Samuel

SOMMAIRE

INTRODUCTION.

.....6

§1/ Les interventions des acteurs du secteur médico-social au profit des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.....6

§2/ Les étapes de la mise en oeuvre d'une politique globale en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.10

§3/ La mise en place du schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée dans le Morbihan.....13

§4/ La problématique rencontrée.....14

PREMIERE PARTIE : ETUDE DU POSITIONNEMENT DE LA DDASS DANS

L'ELABORATION DU SCHEMA DEPARTEMENTAL.....15

CHAPITRE 1: LA CONCERTATION MISE EN OEUVRE PAR LA DDASS DU

MORBIHAN17

§1/ Les objectifs de la concertation17

1/ Réunir les acteurs concernés par l'élaboration du schéma départemental.....18

2/ Créer un véritable processus de participation.....19

§2/ Les modalités de la concertation.....21

1/ La phase de bilan du schéma d'octobre 1992.....	22
2/ La mise en place du comité de pilotage.....	23
3/ L'analyse qualitative du bilan et le diagnostic.....	25
4/ L'évaluation des besoins.....	26
5/ L'établissement d'objectifs et de scénarios d'orientation du dispositif.....	27
6/ La détermination de critères pour l'évaluation prévue en 2002 et 2005.....	28

CHAPITRE 2 : UN POSITIONNEMENT INSCRIT DANS UNE DEMARCHE

<u>REGIONALE.....</u>	30
<u>§1/ Les raisons d'une approche régionale.</u>	30
1/ La répartition des responsabilités entre DRASS et DDASS.....	31
2/ Des problématiques tendant au dépassement progressif du cadre départemental.....	33
<u>§2/ La traduction de cette approche régionale sur l'élaboration du schéma.....</u>	36
1/ Les moyens mis en oeuvre.....	36
2/ Les conséquences pour la DDASS sur l'élaboration du schéma.....	37

DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE

D'ELABORATION DU SCHEMA.....

CHAPITRE 1: AMELIORER LA CONCERTATION AU SERVICE DES

<u>USAGERS.....</u>	42
<u>§1/ Créer une dynamique sur le secteur médico-social.....</u>	43
1/ Affirmer plus fortement la position de la DDASS sur certains points.....	43
2/ Renforcer l'instrumentalisation de la concertation.....	44
3/ Investir le terrain de l'évaluation.....	45
<u>§2/ Créer un dynamique plus globale au service des usagers.....</u>	47
1/ Replacer l'utilisateur au centre du dispositif.....	47
2/ Se rapprocher des dispositifs adjacents.....	49

CHAPITRE 2 : UNE APPROCHE REGIONALE A

<u>AFFINER</u>	51
<u>§1/ Les limites actuelles de l'approche retenue</u>	51
1/ Les limites liées au partage actuel des responsabilités entre DDASS et DRASS.....	52
2/ Les limites liées à la notion de bassin d'emploi.....	53
<u>§2/ La nécessaire évolution de l'approche régionale</u>	54
1/ Vers une planification régionale?.....	55
2/ Quel rôle pour la DDASS dans une perspective de régionalisation accrue?.....	56
 <u>CONCLUSION</u>	 58
BIBLIOGRAPHIE.....	60
ANNEXES.....	62

INTRODUCTION.

L'objectif de ces propos introductifs est de clarifier la démarche adoptée en se plaçant du plus général, le secteur d'intervention étudié, au plus particulier, la problématique de ce mémoire. Nous évoquerons donc ici sommairement les interventions des acteurs du secteur médico-social au profit des enfants et adolescents handicapés et inadaptés (§1), les étapes de la mise en oeuvre d'une politique globale en leur faveur (§2), la mise en place du schéma départemental dans le Morbihan (§3), pour aboutir à la problématique rencontrée (§4).

§1/ Les interventions des acteurs du secteur médico-social au profit des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.

En 1967, le rapport Bloch-Lainé définissait l'inadaptation et le handicap selon des termes qui font aujourd'hui encore figure de référence¹ :

« Sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants et adolescents et les adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes à être et à agir comme les autres ».

Ils sont « handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières, par rapport à la normale ; celle-ci étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société. »

Il convient cependant de ne pas figer le handicap dans un cadre trop rigide, car il reste une notion relative, évolutive, recouvrant des réalités différentes et non réductibles les unes aux autres. De plus, ces réalités ne peuvent être appréhendées qu'en relation avec l'état de la société à un moment donné.

¹ * POUPEE-FONTAINE Dominique et ZRIBI Gérard, Dictionnaire du handicap, Editions ENSP, Rennes, 1997.

L'action de la collectivité sur la question du handicap et de l'inadaptation est définie par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, qui dispose que « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. »

Différents secteurs d'activités sont concernés par l'action en faveur des jeunes handicapés et inadaptés, dont les principaux sont l'éducation nationale, la pédopsychiatrie et le médico-éducatif ou médico-social. C'est ce dernier, dont le contrôle et la compétence tarifaire relèvent du ministère de l'emploi et de la solidarité, qui nous intéresse ici au premier chef.

Les interventions sur ce secteur sont réalisées par différents établissements et services qu'il convient dès maintenant de présenter sommairement. Nous trouvons donc :

- * Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Autonomes ou rattachés à des établissements, ils interviennent pour tous types de handicaps, à domicile ou dans les établissements scolaires.
- * Les instituts médico-éducatifs (IME). Ces établissements assurent des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents atteints de déficiences intellectuelles liées à des troubles neuropsychiques. Un IME regroupe en principe un institut médico-pédagogique (IMP), pour les publics de 3 à 14 ans, et un institut médico-professionnel (IMPro), pour les publics de 14 à 20 ans. Cependant de nombreux IMP et IMPro existent de façon autonome sans être réunis au sein d'un même IME.
- * Les instituts de rééducation (IR). Ils interviennent auprès d'enfants de 3 à 14 ans présentant des troubles du caractère et du comportement.
- * Les instituts de rééducation professionnels (IRPro). Ils interviennent auprès des adolescents âgés de 14 à 20 ans présentant des troubles du caractère et du comportement.
- * Les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés.
- * Les établissements pour déficients moteurs cérébraux.
- * Les établissements pour déficients moteurs.

- * Les établissements pour déficients moteurs et déficients moteurs cérébraux.
- * Les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles.
- * Les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives.
- * Les instituts d'éducation sensorielle pour sourds-aveugles.

Ces établissements et services sont régis par les décrets n° 88-423 du 22 avril 1988 et n° 89-798 du 27 octobre 1989, constituant les annexes XXIV. Ils offrent des prises en charge variées qui vont de l'internat complet à l'intervention à domicile, en fonction des besoins et du projet individualisé de chaque enfant et adolescent concerné.

On recense, en France, au 1er janvier 1996² 2 520 structures (établissements et services) relevant des annexes XXIV. Elles offrent un total de 130 400 places à destination de l'ensemble des enfants et adolescents handicapés et inadaptés. Parmi eux, ceux souffrant de déficiences intellectuelles et de troubles du caractère et du comportement (annexe XXIV prime) sont les plus nombreux, puisque 76 324 places (58,53%) leur sont destinées.

Un effort particulier est également entrepris en terme de prévention et de diagnostic précoce. Deux types de structures sont spécialisées dans ce travail :

- * Les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP). Ces sont des établissements qui pratiquent le dépistage précoce et le traitement des enfants et adolescents dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques, psychomoteurs, orthophoniques ou à des troubles du comportement, en vue de réadapter les enfants tout en les maintenant dans leur milieu naturel. Ils ont été créés par le décret n° 63-146 du 18 février 1963, qui constitue l'annexe XXXII.
- * Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Ils ont en charge le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants handicapés de moins de 6 ans, qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. Ils sont régis par le décret n°76-389 du 15 avril 1976, qui constitue l'annexe XXXII bis.

² * Ministère de l'emploi et de la solidarité, SESI, Données sur la situation sociale, La Documentation Française, Paris, 1998.

Le taux moyen d'équipement en structures d'éducation spéciale est d'environ 8 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans. Il est néanmoins constaté des répartitions très inégales sur le territoire. A titre d'exemple, le département de Haute-Corse ne dispose que de 3,5 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans, alors que celui de Lozère est équipé à hauteur de 22,2 places pour 1 000 habitants de 0 à 19 ans.

En terme de personnel, le secteur de l'éducation spéciale emploie, toujours au 1er janvier 1996, 76 433 équivalents temps pleins (ETP). On constate donc des taux d'encadrement élevés qui varient de 22,9 pour 100 places dans SESSAD, à 54,2 pour 100 places dans les établissements accueillant des déficients intellectuels, pour atteindre 97,2 pour 100 places dans les établissements prenant en charge des polyhandicapés.

§2/ Les étapes de la mise en oeuvre d'une politique globale en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.

En France, l'émergence d'une politique en faveur de ces enfants et adolescents est un phénomène récent.

En effet, le décret n° 56-284 du 9 mars 1956, modifiant celui n° 46-1834 du 20 août 1946, se contente de fixer les conditions d'autorisation et de fonctionnement des établissements, et de catégoriser, au sein de ses annexes XXIV, les établissements en fonction des déficiences des enfants accueillis. En l'absence d'une véritable politique d'orientation et de régulation de l'Etat, le secteur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées connaît au cours des années soixante et du début des années soixante-dix, une croissance forte et peu contrôlée qui se traduit par l'ouverture de nombreux établissements.

La mise en place de la sectorisation pédo-psychiatrique par la circulaire n° 443 du 16 mars 1972 marque déjà une volonté d'optimiser et de rapprocher l'offre de soins des besoins des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux.

Il faut néanmoins attendre les lois de 1975 pour qu'une politique globale en faveur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées se mette véritablement en place. La loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées pose le principe du droit à l'éducation pour chaque enfant, de préférence en milieu ordinaire, et crée dans chaque département une commission d'éducation spéciale (CDES), chargée de l'orientation des enfants et de l'attribution d'une allocation d'éducation spéciale (AES). En parallèle, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales énonce les modalités de prise en charge des personnes handicapées dans les établissements spécialisés. De plus, les différentes institutions sociales et médico-sociales concernées se voient attribuer un statut, des règles de création et d'extension, des autorisations de fonctionner, des habilitations à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et des modalités de tarification.

Cette seconde loi de 1975 sera modifiée par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, qui insiste sur la nécessaire amélioration de la coordination des institutions sociales et médico-sociales. Elle invite donc les autorités à se doter d'outils de planification, les premiers schémas départementaux sociaux et médico-sociaux.

Les lois de décentralisation (loi n° 82-213 du 2 mars 1982, loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, loi n° 86-17 du 6 janvier 1986), si elles transfèrent la majorité des compétences d'action sociale et de solidarité aux départements, ne concernent pas directement le domaine de l'enfance et de l'adolescence inadaptées puisque les établissements de l'éducation spéciale restent de la compétence des services déconcentrés de l'Etat, avec des financements de l'assurance maladie.

Les décrets n° 88-423 du 22 avril 1988 et n° 89-798 du 27 octobre 1989 constituent ce que l'on a coutume d'appeler la réforme des annexes XXIV. Cette réforme a permis de disposer d'une nouvelle classification des établissements et services en fonction des déficiences des enfants et adolescents pris en charge :

- * Annexe XXIV (ou XXIV prime) : déficience intellectuelle ou inadaptation,
- * Annexe XXIV bis : déficience motrice,
- * Annexe XXIV ter : polyhandicap,

- * Annexe XXIV quater : déficience auditive,
- * Annexe XXIV quinquies : déficience visuelle.

Mais cette réforme a surtout été l'occasion de rénover la politique en faveur de l'enfance et de l'adolescence inadaptées en mettant en avant quelques axes forts. Ses objectifs étaient :

- * De mieux définir les populations concernées,
- * d'associer la famille au processus de prise en charge en maintenant un contact le plus étroit possible avec le milieu ordinaire,
- * d'exiger l'élaboration de projets d'établissements ou de services, ainsi que de projets individuels pour chaque enfant ou adolescent,
- * de porter une attention particulière à l'éducation précoce, à la situation particulière des adolescents, à l'intégration scolaire développée par les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), aux troubles du comportement et aux enfants atteints de handicaps associés.

Enfin, la circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 confiait aux services déconcentrés de l'Etat, ainsi qu'aux gestionnaires d'établissements, la mission de réexaminer globalement et complètement les modalités de prise en charge, de manière à assurer notamment la complémentarité entre le dispositif sanitaire et le dispositif médico-social. Ainsi :

- * Les DRASS et DDASS devaient procéder à une évaluation prévisionnelle des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs, de prise en charge des enfants et adolescents concernés.
- * Ces besoins devaient être rapportés au dispositif existant au plan des départements et régions.
- * La comparaison devait faire ressortir les inadaptations et les insuffisances dans la prise en charge, et fournir les éléments permettant une appréciation globale des demandes d'autorisation présentées au titre des nouvelles annexes.

§3/ La mise en place du schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées dans le Morbihan.

C'est dans ce contexte, et pour répondre aux nouveaux objectifs assignés par ces textes, que la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Morbihan a engagé en 1990 une procédure d'élaboration du premier schéma départemental d'adaptation des équipements aux besoins actuels des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés.

Après quinze mois de travaux, ce premier schéma a été terminé au mois d'octobre 1992. Il comportait trois parties qui présentaient respectivement l'analyse de l'existant, l'identification des besoins à satisfaire et les moyens à mettre en oeuvre. Sa valeur était indicative, puisqu'il avait pour objet sans constituer un cadre rigide, de fixer les grandes orientations souhaitées pour le dispositif existant et de préparer l'examen des demandes de renouvellement d'agréments présentées par les établissements et services.

Sa durée de validité n'était pas fixée précisément, mais il était entendu que son objet devait s'étendre sur le moyen terme. C'est la raison pour laquelle, il a été décidé en 1998 de procéder à sa révision et donc au lancement d'un nouveau schéma.

Ce nouveau schéma s'inscrit dans le même cadre réglementaire que le précédent. Ses objectifs sont de même nature, puisque le document arrêté par la DDASS pour préciser la démarche³ dispose que « la finalité du schéma est de faire évoluer le dispositif institutionnel en fonction des besoins des enfants et adolescents concernés et des ressources mobilisables ». Seul son champ d'application change, puisqu'il est désormais élargi aux déficiences sensorielles et aux fonctions de prévention et de dépistage précoce qui n'avaient pas été intégrées en 1992. Il n'est pas question ici d'opposabilité, puisque la planification sur le secteur médico-social reste indicative.

³ * Annexe 1.

§4/ La problématique rencontrée.

Notre participation à cette démarche s'est déroulée dans le cadre d'un stage de 4 mois entre septembre et décembre 1998, ce qui correspond à la période de lancement de la procédure d'élaboration du nouveau schéma et de réalisation du bilan du précédent.

Nous avons pu constater à cette occasion que le rôle de la DDASS, et le travail de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales en charge du dossier, s'inscrivaient dans un cadre complexe. La DDASS est en effet l'instigatrice de la concertation entre les différents partenaires du secteur, et la question du schéma fait l'objet d'une approche régionale. Le positionnement adopté en conséquence a retenu toute notre attention.

Nous nous sommes donc attachés à étudier et à analyser le positionnement de la DDASS du Morbihan dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées. Cette étude nous a ensuite permis, dans le cadre de l'apprentissage du métier d'inspecteur, de formuler des remarques et propositions visant à améliorer ce positionnement.

- * Dans un premier temps, nous étudierons donc le positionnement de la DDASS dans l'élaboration du schéma départemental (première partie),
- * pour, dans un second temps, proposer quelques réflexions et hypothèses de travail visant à améliorer ce positionnement (seconde partie).

PREMIERE PARTIE

ETUDE DU POSITIONNEMENT DE LA DDASS DANS L'ELABORATION DU SCHEMA DEPARTEMENTAL

L'élaboration du schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées dans le Morbihan est un processus décisionnel complexe.

En effet, la DDASS bien qu'autorité de contrôle sur le secteur médico-social ne peut se permettre d'agir seule et de prendre des décisions unilatérales qui aboutiraient à la production d'un document dont elle serait la seule responsable.

Deux « contraintes » s'imposent à elle dans cette démarche de planification :

- * Il s'agit d'une part de la concertation qu'elle doit mettre en oeuvre entre les acteurs concernés par le schéma.
- * Il s'agit d'autre part de l'approche régionale telle qu'elle est mise en place sur le secteur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées en Bretagne.

Dans cette première partie, nous analyserons les actions menées par la DDASS pour aboutir à l'élaboration du schéma départemental et le positionnement qui en résulte,

- * en termes de concertation (chapitre 1),
- * et au niveau de l'approche régionale (chapitre 2).

CHAPITRE 1:

LA CONCERTATION MISE EN OEUVRE PAR LA DDASS DU MORBIHAN.

La concertation est une méthode de travail fortement utilisée dans le secteur sanitaire et social, en particulier au moment de l'élaboration de schémas, qui sont parmi les moments forts de la mise en oeuvre des politiques au niveau local.

Le Petit Larrousse la définit comme l'action, le fait de se concerter, c'est-à-dire de s'entendre pour agir ensemble.

Les réactions très contrastées souvent entendues à son propos - solution à tous les maux pour les uns, prétexte à des réunions stériles pour les autres - révèlent bien de l'importance qu'elle a prise. Elle ne peut pas dès lors être considérée comme un outil de travail banal et neutre, et nécessite au moment de sa conception une réflexion quant à sa finalité et à sa méthode.

Nous porterons donc notre regard sur les objectifs de la concertation entreprise par la DDASS du Morbihan (§1), puis sur les modalités de sa mise en oeuvre (§2).

§1/ Les objectifs de la concertation.

La concertation initiée par la DDASS du Morbihan répond au souci de réunir les acteurs concernés par l'élaboration du schéma départemental (1), et de créer entre eux un véritable processus de participation (2).

1/ Réunir les acteurs concernés par l'élaboration du schéma départemental.

Hormis la DDASS, responsable de cette concertation, et la DRASS comme nous le verrons dans le chapitre 2, le secteur de l'éducation spéciale dans le Morbihan intéresse un grand nombre d'acteurs qu'il convient d'identifier en fonction du rôle qu'ils y jouent.

Il s'agit en premier lieu des enfants et adolescents eux-mêmes, le plus souvent représentés par leurs familles. Celles-ci sont organisées en associations, dont une importante partie gèrent directement des établissements et services.

L'entrée d'un enfant ou d'un adolescent dans le dispositif médico-social est conditionné par une décision d'orientation. La CDES du Morbihan compétente en la matière joue donc un rôle clé dans ce dispositif.

Les établissements et services agréés au titre des annexes XXIV sont particulièrement intéressés par la question puisque ce sont eux qui prennent en charge les enfants et adolescents. On dénombre ainsi au 1er septembre 1998 un total de 18 établissements et services qui proposent 1191 places installées. La plupart de ces structures sont gérées par des associations qui ont bien entendu également leur mot à dire.

Les établissements et services médico-sociaux intervenant en faveur des jeunes handicapés étant financés par l'assurance maladie, les organismes de sécurité sociale, et en particulier la CRAM de Bretagne, la CPAM du Morbihan et l'échelon régional du service médical sont également concernés en tant que financeurs.

Mais le secteur médico-social n'est pas le seul à prendre en charge les enfants et adolescents handicapés et inadaptés. L'éducation nationale intervient également, en particulier grâce à ses services d'adaptation et d'intégration que constituent les 24 classes d'intégration scolaire (CLIS) et les 2 unités pédagogiques d'intégration (UPI) du département.

De même les services de pédopsychiatrie, organisés en 3 intersecteurs rattachés aux CHS de Caudan et de Saint-Avé, interviennent aussi auprès d'enfants et d'adolescents susceptibles d'être pris en charge à un moment ou l'autre par le secteur médico-social.

Enfin, les collectivités territoriales sont intéressées à des degrés divers. Les communes le sont essentiellement en tant que lieux d'implantation de structures et donc d'emploi. Le département l'est de façon plus importante, car nombre de ses attributions en matière sociale (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, hébergement des adultes handicapés) se rapprochent fortement de la problématique des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.

Différents documents et cartes⁴, extraits du bilan du premier schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées⁵, permettent de localiser et de mesurer l'importance de bon nombre de ces acteurs.

2/ Créer un véritable processus de participation.

Au-delà des textes qui lui confèrent ce rôle d'impulsion de la démarche de planification, la DDASS en tant que service déconcentré de l'Etat doit ici se positionner en garante de l'intérêt général, et donc en protectrice de l'intérêt des usagers. Ses compétences en matière budgétaire et de contrôle lui confèrent ici la légitimité pour mener à bien cette mission. De plus la portée uniquement indicative du schéma renforce la nécessité de mener à bien ce processus participatif, pour appuyer sa légitimité aux yeux des partenaires.

Face à ces nombreux intervenants qui portent autant d'intérêts et de logiques différents et parfois contradictoires, la DDASS se doit de dépasser une simple logique de consultation pour créer un véritable processus participatif. Il s'agit de se positionner en « catalyseur de consensus⁶ » en mettant en permanence l'intérêt des usagers et la qualité de la

⁴ * Annexes 2 à 4.

⁵* DDASS du Morbihan, Bilan du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés d'octobre 1992, Cahiers Techniques de la DDASS n° 7, novembre 1998.

⁶ * MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION - SECRETARIAT D'ETAT A LA FAMILLE, AUX PERSONNES AGEES ET AUX RAPATRIES, Elaborer un schéma départemental pour personnes âgées. Document méthodologique, La Documentation Française, Paris, 1992.

prise en charge au centre des débats. Les intérêts et les logiques d'action des acteurs ci-dessus énumérés sont tous différents et parfois divergents. Il convient pour la DDASS de bien les connaître et les appréhender pour donner du sens à la concertation.

Ainsi les familles veulent, notamment au moment où est révélé le handicap, des informations et du soutien de la part des responsables du secteur, et des réponses rapides en termes de prise en charge. Leurs préoccupations seront donc plus naturellement portées vers la qualité de la prise en charge et tendront à revendiquer des créations de places supplémentaires quand différents indicateurs, comme les listes d'attentes dans les établissements, laissent à penser qu'elles sont insuffisantes.

Les associations gestionnaires d'établissements pour leur part reprennent en grande partie les revendications des familles dont elles assurent la représentation. Les plus grandes, comme l'ADAPEI 56 qui gère les trois plus importants IME du département, pourront en plus avoir tendance à s'ériger en interlocuteurs principaux des pouvoirs publics. Des phénomènes de concurrence entre elles peuvent également être décelés. Enfin les plus petites de ces associations, qui ne gèrent qu'un établissement, se contentent souvent de défendre des intérêts plus localisés en fonction de leur implantation géographique ou la nature de leurs activités.

Les professionnels travaillant au sein des établissements et services ont comme préoccupation principale la prise en charge des usagers, la vie de leur service et parfois la défense de leur profession. Il convient cependant de noter qu'un certain nombre de directeurs, réunis au sein du groupement de directeurs du Morbihan (GDM), adoptent des positions qui dépassent les logiques partisans et se montrent très réceptifs à une approche globale des questions relatives au secteur de l'éducation spéciale telle qu'elle peut découler d'une démarche de planification.

Quant aux représentants de l'éducation nationale, ils sont fortement demandeurs d'informations et d'échanges avec le secteur médico-social.

Il s'avère à l'inverse que les rapports entre les secteurs médico-sociaux et pédopsychiatriques sont souvent difficiles et confinent parfois au cloisonnement. Pourtant la circulaire DGS/DH n° 92-70 du 11 décembre 1992 préconisait la mise en oeuvre d'une

complémentarité, afin d'élaborer des liens entre soins et pédagogie, sans méconnaître la spécificité de chaque domaine, en éclairant les familles dans leurs choix et en leur fournissant les aides nécessaires. De plus l'augmentation importante en IME du nombre de jeunes ayant fait ou faisant l'objet d'une prise en charge psychiatrique (40% en données cumulées 1993, 1994, 1995⁷) doit inciter à la mise en place d'un partenariat de qualité entre les deux secteurs. Pourtant la réalité est différente, puisque ces deux secteurs ont jusque là chacun fait l'objet d'une démarche de planification, mais exclusive l'une de l'autre. Aujourd'hui les professionnels du secteur médico-social estiment avoir été exclus de la démarche de planification psychiatrique, et une rancœur est perceptible vis-à-vis de leurs collègues des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

L'intérêt pour la DDASS de mener à bien une telle démarche sera particulièrement important en termes d'information. En effet, les informations sont toujours difficiles à récolter, à vérifier et à exploiter quand les pratiques professionnelles sont complexes et les opérateurs dispersés comme c'est le cas ici. Pour amener chacun à participer à une production commune, et pour conférer une dimension supplémentaire aux données quantitatives brutes, la DDASS devra convaincre chacun en adoptant les modalités de concertation adéquates.

§2/ Les modalités de la concertation.

La concertation ne constitue pas en tant que telle une étape dans l'élaboration du schéma, mais se définit plus comme une méthode de travail que l'on retrouvera en continu, avec des moments plus ou moins forts, tout au long des travaux préparatoires du futur schéma. Une méthode a été arrêtée par la DDASS⁸ pour conduire ces travaux et communiquée aux présidents et directeurs des établissements et services concernés.

Nous analyserons la concertation telle qu'elle est mise en oeuvre ou prévue par cette méthode, à l'occasion de la phase bilan du précédant schéma (1), de la mise en place du

⁷ * DDASS du Morbihan, CONTRIBUTION POUR UN PARTENARIAT DE QUALITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LES IME, Rapport de synthèse des travaux effectués par un groupe de concertation entre 1995 et 1997.

comité de pilotage (2), de l'analyse qualitative du bilan (3), de l'évaluation des besoins (4) de l'élaboration d'objectifs et de scénarios d'orientation du dispositif (5), et enfin de l'élaboration de critères d'évaluation (6).

1/ La phase de bilan du schéma d'octobre 1992.

Cette phase s'est achevée à la fin du mois d'octobre 1998 par la production d'un document dressant un bilan quantitatif précis et qualitatif sommaire de la réalisation du schéma en cours⁹. Ce bilan présente une photographie de l'offre existante au 1er septembre 1998 et souligne les forces et faiblesses du Morbihan par rapport aux autres départements bretons. Il établit également le niveau de réalisation des objectifs fixés par le premier schéma, en fournissant des explications quant aux buts non atteints.

Ce sont les seuls services de la DDASS qui ont réalisé ce travail. A l'instar de la phase préparatoire ayant abouti à la rédaction du document méthodologique précité, les partenaires de la DDASS n'ont pas été véritablement associés à l'élaboration de ce bilan. Un effort de consultation et d'information est néanmoins perceptible, puisqu'un certain nombre d'acteurs intervenant sur le secteur, tel le GDM, a été invité à donner leur avis sur l'état d'avancement de la réflexion. De même le document bilan a fait l'objet d'une large diffusion auprès de toutes les personnes concernées.

En opérant seule sur cette première phase, la DDASS considère que la concertation ne commence réellement qu'à compter de la mise en place du comité de pilotage. De la même façon, le document bilan contient dans son volet « qualitatif sommaire » quelques analyses et commentaires qui dépassent largement l'aspect quantitatif brut initial. Ce positionnement a le mérite de marquer sa volonté forte de rester maître de la démarche. On peut tout de même s'interroger sur cette attitude qui peut laisser à penser que la DDASS entend mener seule l'ensemble de la démarche en annonçant dès le départ les orientations prévisibles du dispositif institutionnel, ce qui peut paraître contradictoire avec les objectifs de la concertation.

⁸ * Annexe 1.

⁹* DDASS du Morbihan, Bilan du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés d'octobre 1992, Cahiers Techniques de la DDASS n° 7, novembre 1998.

Cependant les réactions des directeurs d'établissements à ce document reconnaissent à la DDASS toute légitimité pour avancer une première analyse qualitative sommaire de l'existant et quelques pronostics sur l'avenir. Elle est en effet la mieux placée pour avoir une vision d'ensemble du secteur de l'éducation spéciale dans le Morbihan, et ces quelques commentaires n'engagent en rien l'avenir du dispositif qui sera de toute façon discuté et décidé ultérieurement dans le détail.

2/ La mise en place du comité de pilotage.

Son rôle sera d'orienter les travaux qui résulteront des différentes étapes de la démarche. Il validera l'organisation de ces travaux notamment par la mise en place de groupes de travail, ainsi que le fruit de leurs réflexions.

Sa fonction de « gestion technique¹⁰ » du processus d'élaboration du schéma est donc amputée de la définition de la méthodologie, qui a déjà été arrêtée par la DDASS. Il est actuellement trop tôt pour se prononcer sur la répartition des rôles qui s'opérera entre eux pour la réelle maîtrise du pilotage de la démarche. En effet la première réunion du comité n'est prévue que le 7 décembre 1998. La volonté d'implication des membres qui le composent, et l'efficacité de son fonctionnement seront sans doute déterminants.

Il revient en effet à la DDASS d'arrêter cette composition. Elle a été établie ainsi :

- > Le DDASS ou son représentant,
- > le médecin inspecteur de santé publique,
- > l'inspecteur DDASS en charge des établissements pour handicapés,
- > le DRASS ou son représentant,
- > l'inspecteur d'académie ou son représentant,
- > le médecin responsable départemental du service de promotion de la santé scolaire,

¹⁰ * MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION - SECRETARIAT D'ETAT A LA FAMILLE, AUX PERSONNES AGEES ET AUX RAPATRIES, Elaborer un schéma départemental pour personnes âgées. Document méthodologique, La Documentation Française, Paris, 1992.

- > l'inspecteur de l'éducation nationale chargée de l'adaptation et de l'intégration scolaire,
- > un représentant de la CRAM,
- > un représentant du service médical de l'assurance maladie,
- > un représentant de la CPAM,
- > un représentant du Conseil Général,
- > un représentant de l'association des maires,
- > un représentant d'une association représentative des usagers non gestionnaires d'établissements ou de services,
- > six représentants du secteur associatif gestionnaire d'établissements ou de services,
- > six représentants des directeurs des établissements des établissements et services (dont un du secteur public),
- > un représentant d'association gestionnaire d'établissements et services relevant des annexes XXIV quater ou quinquès,
- > un directeur de CMPP,
- > deux représentantes de la CDES (la responsable et l'assistante de service social),
- > un médecin pédopsychiatre représentant les intersecteurs infanto-juvéniles,
- > un directeur de CHS,
- > un directeur représentant le centre de rééducation fonctionnelle de Ker-Pape,
- > un représentant du syndicat CFDT,
- > un représentant du syndicat CFTC,
- > un représentant du syndicat CGT,
- > un représentant du syndicat CGT-FO.

Le comité de pilotage est donc composé de 36 personnes, ce qui apparaît comme un chiffre important. A titre de comparaison, les comités de pilotage ou de suivi des autres départements bretons sont composés de 16 membres pour le Finistère, de 17 membres pour les Côtes d'Armor et de 28 membres pour l'Ille-et-Vilaine. Si la désignation de certains membres allait de soi, la DDASS a dû procéder à des choix plus délicats, en particulier pour nommer les représentants des associations et des établissements. Son souci fut ici d'assurer la représentativité des différents opérateurs en fonction de la taille des associations, et de leur implantation géographique.

La volonté très forte de la DDASS de n'exclure personne se traduit par une composition très large et donc très politique. Cette option permet de conférer une importance singulière au lancement du nouveau schéma auprès de nombreuses personnes, ce qui est renforcé par le fait que la première séance sera présidée par le Préfet. Cette volonté risque en contrepartie de nuire à l'efficacité des travaux de ce comité qui pourrait avoir un fonctionnement peu opérationnel. Beaucoup avouent en effet craindre à ce propos « l'effet grand messe ».

3/ L'analyse qualitative du bilan et le diagnostic.

Il s'agit ici de déterminer les forces et les faiblesses, de recenser les fonctionnements et les dysfonctionnements du dispositif, pour en établir un diagnostic qualitatif précis. Comme en 1992, une approche territoriale a été retenue, puisque seront composés pour les questions ayant trait aux annexes XXIV prime, aux CAMSP et aux CMPP, des groupes de travail par bassins d'emploi. Nous reviendrons plus précisément sur cette approche dans le chapitre 2.

Le comité de pilotage est chargé de la mise en place de ces 3 groupes, et de la nomination de leurs membres. Il s'agira en l'espèce de concilier deux impératifs de représentativité et d'opérationnalité. Il est en effet indispensable que sur une zone géographique réduite, un représentant de la DDASS, l'ensemble des établissements et services implantés, une représentante de la CDES, et des représentants de l'éducation nationale et éventuellement de la pédopsychiatrie, apportent leur concours à la réflexion. Le problème est que le nombre de membres du groupe doit rester limité pour permettre le déroulement de travaux efficaces. Au-delà de 10 personnes, cela semblerait difficile.

De la même façon, la présence d'un animateur-rapporteur extérieur au secteur s'impose pour permettre aux débats d'être constructifs et pour garantir la neutralité des contributions. C'est la raison pour laquelle les services de l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB), organisme extérieur qui sera chargé de l'étude des besoins, sont déjà sollicités à ce stade. Concrètement, une seule personne devrait assurer l'ensemble de ces

travaux, en assurant l'animation des 4 demi-journées de travail prévues par bassin, ce qui renforcera la cohérence et la continuité de la démarche.

Ces groupes de travail devront axer leurs réflexions à partir de mandats¹¹ élaborés par la DDASS. Il s'agit d'apprécier la qualité du dispositif au vu de différents éléments, qui reprennent les grandes lignes de la politique actuelle du handicap. Il s'agit de la prévention, de l'intégration scolaire, des diversifications des modalités de prise en charge et des questions de qualité, de proximité, de coopération qui en résultent, et de l'insertion professionnelle.

La mise en place de ces groupes bassin marquera réellement le début d'une concertation active et opérationnelle. Il s'agit en effet bien là de susciter des échanges, des réflexions, et une analyse détaillée par l'ensemble des professionnels de terrain concernés. On peut néanmoins émettre une réserve importante puisque les familles ne seront probablement plus représentées dans ces groupes, ce qui restreint la portée de cette phase à un débat entre spécialistes. De la même manière, il convient de noter que sous le vocable « professionnels de terrain », ne sont englobés que les directeurs d'établissements et services, ce qui exclut les autres professionnels de l'éducation spéciale opérant au sein de ces établissements et services.

L'action de la DDASS est limitée, sur le déroulement de cette phase, aux travaux préparatoires et au choix de l'approche par zone d'emploi. L'élaboration du mandat sur lequel devront réfléchir les groupes pourrait cependant être assimilée à une prérogative visant à orienter les travaux et à limiter le champ de réflexion des membres. Mais le caractère indicatif et non limitatif de ce mandat, ainsi que son contenu, qui ne soulève pas de questionnements particuliers, font qu'il est plutôt accepté comme un outil de travail utile et non contraignant.

A l'issue de cette phase, les travaux des groupes seront validés par le comité de pilotage, qui remplira là sa mission de gestion technique de la démarche.

¹¹ * Annexe 6.

4/ L'évaluation des besoins.

A l'échéance de juin 1999, doivent être connus les besoins des enfants et adolescents handicapés et inadaptés en famille ou en institution, dans une perspective 2000/2005.

Ce recensement des besoins requiert un travail important et des compétences particulières. De même un recul et une certaine neutralité par rapport à la situation morbihanaise sont nécessaires. Ainsi a-t-il été convenu de recourir à un prestataire extérieur pour accomplir cette tâche. Le recours à un organisme spécialisé est une chose couramment pratiquée dans ce genre de démarches. En 1992, le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) de Bretagne avait été sollicité pour participer à l'élaboration du premier schéma. Il avait d'ailleurs été mis à contribution tout au long de la démarche, que ce soit au stade de l'analyse de l'existant, de l'identification des besoins, et des propositions de programmation. Cette année il a été convenu de faire appel à l'Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORSB) pour remplir ce rôle.

Il a en effet été jugé que cet organisme disposait de la capacité d'expertise et de la connaissance du contexte régional adéquates. Après quelques contacts téléphoniques, la DDASS a élaboré un cahier des charges précisant ses attentes, aussi bien en terme d'animation des groupes bassin d'emploi, que d'évaluation des besoins. Ce document précise donc le champ d'intervention du schéma, le mandat précis des groupes bassin d'emploi, le mandat de l'organisme et le détail des prestations sollicitées. Au total, ces prestations équivaldront à 30 journées de travail d'un médecin membre de l'ORSB.

Là encore, ce n'est pas le comité de pilotage mais bien la DDASS qui a décidé de cette option dès l'arrêt de la méthode d'ensemble d'élaboration du nouveau schéma, et qui élabore le cahier des charges. Si elle ne manque pas de consulter quelques partenaires sur ce point, et si le comité de pilotage devra valider ces travaux, on ne peut que constater qu'elle a pris seule cette décision sans mettre en oeuvre une véritable concertation institutionnalisée.

5/ L'établissement d'objectifs et de scénarios d'orientation du dispositif.

Les résultats de cette étude de besoins, conjugués aux perspectives démographiques qui prévoient une diminution importante de la population des 0-19 ans à l'horizon 2010, permettront en novembre 1999 de construire des objectifs et des scénarios d'orientation du dispositif institutionnel.

Un groupe de synthèse, dit « groupe projet » élaborera des scénarios d'adaptation du dispositif à l'échelle départementale. Les enjeux qui apparaîtront à ce moment de la procédure seront capitaux. La synthèse qui sera effectuée à partir des travaux des groupes de travail et de l'ORSB devra proposer des orientations, qui sous-tendront des choix stratégiques importants. A supposer que des inégalités fortes entre bassins, ou des inadaptations dans l'offre de prise en charge soient révélées, chacun percevra immédiatement les conséquences qu'elles pourraient avoir en termes de créations, transformations ou suppressions d'établissements ou services. D'où l'importance de la composition de ce groupe, dit « groupe-projet », qui devra présenter des garanties en termes de fonctionnalité et de représentativité de l'ensemble des acteurs.

Ces conclusions seront validées ou non par le comité de pilotage, qui aura également avalisé la composition du groupe-projet. A ce stade de la démarche, où la concertation sera totalement effective, la DDASS aura essentiellement pour rôle de veiller au bon déroulement du travail de synthèse, notamment en proposant une composition pertinente du groupe-projet au comité de pilotage.

6/ La détermination de critères pour l'évaluation prévue en 2002 et 2005.

Charles HADJI¹² définit l'évaluation comme « l'appréciation d'un fonctionnement et de ses résultats par référence aux intentions dominantes du projet d'action ». Pour réussir une telle entreprise, la construction préalable d'une grille de référence est indispensable¹³. Le

¹² * HADJI Charles, L'évaluation comme volonté de régulation critique - une problématique pour aujourd'hui ?, EMPAN, octobre 1992, n°9, pages 53 à 63.

¹³ * THEVENET Amédée, Créer, gérer ou contrôler un équipement social ou médico-social, ESF Editeur, Paris, 1996.

schéma départemental de 1992 n'avait pas prévu de telles dispositions, ce qui a empêché de procéder à une évaluation construite et instrumentalisée de son processus et des ses résultats.

La méthode adoptée cette année par la DDASS prévoit de combler cette lacune en posant à l'avance le principe de détermination préalable de critères. Pour l'heure, aucune réflexion supplémentaire n'a été engagée quant à la méthodologie qui sera adoptée, et quant au choix de l'opérateur qui sera chargée de la mettre en oeuvre. Cette dernière action de la démarche d'élaboration du schéma doit pourtant être réalisée pour le mois de novembre 1999.

CHAPITRE 2 :

UN POSITIONNEMENT INSCRIT DANS UNE DEMARCHE REGIONALE.

En matière de planification, les DRASS et les DDASS sont chacune compétentes en fonction du domaine concerné. Si en matière sanitaire la responsabilité des schémas incombe, sous la responsabilité de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), à l'échelon régional, dans le domaine social et médico-social la DDASS reste compétente. Seul le secteur des établissements et services pour enfants et adultes handicapés fait exception à cette règle puisqu'une forme de partage entre les deux échelons des services déconcentrés a été instituée.

Les conséquences sur le positionnement de la DDASS du Morbihan dans l'élaboration du schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées sont donc forcément importantes.

Après avoir étudié les raisons de cette approche régionale (§1), nous nous pencherons sur sa traduction sur l'élaboration du schéma départemental (§2).

§1/ Les raisons d'une approche régionale.

Cette approche régionale est à la fois le fruit d'une nouvelle répartition des responsabilités entre DRASS et DDASS (1), et la conséquence de problématiques tendant au dépassement progressif du cadre départemental (2).

1/ La répartition des responsabilités entre DRASS et DDASS.

La circulaire DAGPB n°97/53 du 27 janvier 1997, relative aux missions des DRASS et des DDASS, indique que « la planification et l'allocation de ressources dans le domaine social et médico-social sont de la responsabilité du préfet de département. Leur mise en oeuvre est indispensable pour faire apparaître la stratégie de l'Etat en la matière. La planification relative aux établissements d'accueil pour enfants et adultes handicapés, domaine dans lesquels les disparités régionales et interdépartementales sont importantes, doit faire l'objet d'une approche régionale. »

Quelques données chiffrées permettent d'illustrer les disparités à l'origine de cette approche. Ainsi, aujourd'hui le taux moyen d'équipement en structures d'éducation spéciale pour déficients mentaux (annexe XXIV prime) en France métropolitaine est de 4,70 places pour 1000 habitants de 0 à 20 ans¹⁴. Mais ce taux varie fortement en fonction des régions, puisque par exemple l'Ile-de-france est équipée à hauteur de 3,13 places pour 1000, alors que le Poitou-Charentes l'est à hauteur de 6,88 pour 1000. Au sein de la région Bretagne, où ce même taux moyen est également de 4,70 places pour 1000, des disparités significatives entre départements sont aussi à noter puisque l'Ille-et-Vilaine affiche un taux moyen de 5,04 pour 1000 et le Morbihan un taux moyen de 4,35 pour 1000.

Au vu de ces données, la nécessité d'avoir une vision plus large que le simple cadre départemental apparaît donc clairement. Pourtant en 1992, quand ont été lancés les premiers schémas départementaux, des disparités étaient déjà repérées. A cette époque la DRASS n'était pas pour autant restée inactive par rapport aux quatre DDASS bretonnes. Elle s'était fixé comme objectifs de développer les complémentarités et d'éviter la concurrence entre les futurs projets de créations, extensions ou transformations d'établissements ou services. Cela s'était traduit par la diffusion de dossiers-types et de fiches de synthèse de dossiers de passage en CRISMS, et par l'élaboration d'une carte régionale des structures existantes. Cette

¹⁴ * DRASS de Bretagne, Présentation du secteur médico-social enfance-adolescents de Bretagne, document arrêté par le CTRI le 26 février 1998.

intervention n'avait néanmoins pas permis de dépasser le simple stade de la coordination entre des DDASS qui avaient tendance à mener leurs actions chacune de leur côté.

Les objectifs aujourd'hui affichés par la DRASS dépassent ce premier stade de la seule coordination. Partant des finalités des schémas départementaux, qui sont de faire évoluer le dispositif en fonction des besoins des populations, elle intervient pour atteindre les résultats suivants :

>Donner plus de cohérence au dispositif dans le cadre de l'aide à la négociation et de l'aide à la décision. Il est fait ici référence aux incohérences persistantes depuis 1992 entre les projets autorisés après passage en CROSS et ceux effectivement mis en oeuvre. Des défauts de financements provoquent ainsi des décalages. A titre d'illustration, dans le Morbihan, le différentiel entre places autorisées et places effectivement installées au 1er septembre 1998 est de 67 places¹⁵ (1258 autorisées pour 1191 installées). Ainsi, un établissement pour polyhandicapés à Ploemeur et un SESSAD à Vannes existent toujours virtuellement sans que des moyens soient affectés à leur mise en oeuvre effective. Mettre fin à ces anomalies est donc l'ambition première de la DRASS.

>Afficher des orientations locales mettant en oeuvre les politiques nationales.

>Prendre en compte les particularités régionales. Si la Bretagne présente un taux d'équipement en structures médico-sociales pour enfants et adolescents égal à la moyenne nationale, sa situation peut néanmoins être caractérisée par l'importance du secteur psychiatrique en terme d'équipement. Ainsi au 1er janvier 1997¹⁶, les taux d'équipements en places installées de psychiatrie générale et infanto-juvénile sont les plus élevés de France, ce qui aura probablement des conséquences à terme, au niveau de la recomposition de l'offre, sur le secteur médico-social.

Ces finalités se déclinent ensuite en objectifs :

>Viser à la satisfaction des besoins de la population.

¹⁵* DDASS du Morbihan, Bilan du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés d'octobre 1992, novembre 1998.

>Garantir les conditions de la mise en place de la qualité de prise en charge des handicapés.

>Proposer une approche par bassins d'emploi (voir point 2)

Ces finalités et objectifs se traduiront par des actions comme nous le verrons dans le paragraphe suivant.

Le résumé de la méthodologie de cette approche régionale telle qu'elle a été arrêtée conjointement par les DRASS et DDASS témoigne bien de la volonté partagée de mettre en place une approche régionale qui va au-delà du stade de la coordination, pour atteindre celui de la mise en oeuvre d'une véritable politique régionale sur le secteur.

Enfin, le positionnement actif de la DRASS sur le secteur se justifie aussi par la question des informations et de l'outil statistique qui sont maîtrisés en grande partie à l'échelon régional.

2/ Des problématiques tendant au dépassement progressif du cadre départemental.

Il s'agit tout d'abord de l'approche territoriale par bassins d'emplois, ou zones d'emploi, mise en place par la DDASS du Morbihan dès 1992 et reprise par l'ensemble des départements sur l'initiative de la DRASS cette année. La notion de bassin d'emploi est à l'origine un découpage géographique créé par l'INSEE tendant à refléter d'une réalité socio-économique en fonction de l'attractivité en terme d'emploi d'une ou deux villes centres sur un territoire. Le bassin d'emploi définit une zone géographique où 90% de la population vit et travaille. C'est ainsi qu'ont été repérées en France 348 zones d'emploi. Il a donc été jugé opportun d'appliquer cette approche au secteur de l'éducation spéciale, car elle permet mieux que les découpages administratifs traditionnels, d'apprécier l'offre de prise en charge et les besoins sur une aire géographique et socio-économique permettant l'expression des solidarités locales.

¹⁶ * DRASS-SESI, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, Mémento 1997, juin 1998.

Le département du Morbihan comprend sept zones d'emploi¹⁷. Il s'agit des bassins d'Auray, de Carhaix-Plouguer, de Lorient, de Loudéac-Pontivy, de Ploërmel, de Redon et de Vannes. Le problème est que seules les zones d'Auray, Ploërmel et Vannes font partie intégrante du département. Les quatre autres sont à cheval sur au moins deux départements, voire même trois pour Carhaix-Plouguer et Redon, cette dernière se partageant de plus entre deux régions. Le choix de travailler sur de telles bases géographiques montre immédiatement que le cadre départemental est insuffisant pour avoir une vision globale de la question. Il paraît par exemple impossible de ne s'intéresser qu'à la partie morbihanaise du bassin de Lorient, pendant que la DDASS du Finistère traite de la sienne, sachant d'autant plus que l'IME de Quimperlé situé dans la partie Finistérienne du bassin accueille actuellement 54 jeunes morbihanais.

Ces superpositions géographiques qui concernent l'ensemble des départements bretons font qu'une approche supra-départementale, et donc au moins régionale, est la conséquence nécessaire et naturelle du choix fait de travailler sur la base des bassins d'emploi.

La seconde problématique tendant au dépassement du cadre départemental est liée à la montée en puissance actuelle de l'échelon régional sur l'ensemble du secteur sanitaire et social. Ainsi dans le domaine de la santé, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a-t-elle pour ambition de renforcer l'existence d'une véritable politique régionale. Depuis les premières expériences de schémas, illustrées par le schéma régional des équipements sanitaires de Basse-Normandie achevé en 1986¹⁸, l'échelon régional a toujours été désigné comme le niveau de référence de la planification sanitaire. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a d'ailleurs consacré cette tendance en mettant en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Cette prééminence de la région sur le secteur hospitalier ne peut être sans conséquences pour le secteur médico-social. L'ordonnance hospitalière de 1996¹⁹ fait de l'intégration de l'établissement de santé à son environnement une priorité. Les réseaux et

¹⁷* Annexe 5.

¹⁸* BASSET Bernard et LOPEZ Alain, Planification sanitaire : Méthodes et enjeux, Editions ENSP, Rennes, 1997.

¹⁹* BLONDEL Françoise et BUDET Jean-Michel, La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, Berger-Levrault, Paris, 1997.

coopérations ainsi activées ne se limitent pas au secteur de la santé stricto sensu. Les hôpitaux peuvent désormais créer et gérer des structures médico-sociales, afin que soient facilités l'utilisation optimale des moyens dans le cadre de restructurations ou de redéploiements. De même, les questions relatives à la prévention et au dépistage précoce du handicap peuvent concerner un certain nombre d'acteurs (hôpitaux, médecins libéraux...) qui n'exercent pas dans le secteur médico-social. Ces rapprochements inévitables entre le sanitaire et le médico-social concourent donc également à rendre inévitable une approche régionale forte sur ce dernier.

La psychiatrie, en particulier infanto-juvénile, doit, comme nous l'avons étudié plus haut, entretenir un partenariat de qualité dans le cadre de ses relations avec le secteur de l'enfance inadaptée. Sur ce secteur encore, même si l'échelon départemental a conservé des prérogatives en matière de planification par le biais des schémas départementaux de l'organisation de la psychiatrie, la région par l'intermédiaire de la DRASS a pris une importance croissante depuis que les SROS sont dotés d'un volet psychiatrique.

Enfin, le dernier facteur participant à cet accroissement de la dimension régionale sur le secteur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées découle du financement régional des établissements et services par l'assurance maladie. La CRAM de Bretagne a ainsi largement dépassé son rôle initial de financeur, pour devenir un véritable acteur ayant une connaissance fine du secteur.

A titre d'exemple, elle a récemment publié une étude²⁰ importante sur les IME et SESSAD de la région. Elle y décrit le respect de la réglementation dans l'organisation et le fonctionnement des structures, la définition d'une typologie médicale de la population accueillie et le niveau des prises en charge scolaires, pédagogiques, médicales et paramédicales. Ces informations qui doivent dans un premier temps permettre à l'assurance maladie d'émettre un avis sur l'adéquation des établissements au regard de leur fonctionnement administratif et médical, peuvent ainsi utilement être utilisés pour l'élaboration des schémas départementaux. Elles participent en outre, comme l'ensemble des

²⁰ * L'ASSURANCE MALADIE EN BRETAGNE, protocole régional d'actions concertées (PRAC), Rapport de synthèse annexes XXIV : les IME et SESSAD en Bretagne, septembre 1998.

contributions provenant des services administratifs et médicaux de l'assurance maladie, à la consolidation d'une approche régionale sur le secteur.

§2/ La traduction de cette approche régionale sur l'élaboration du schéma.

Cette approche régionale se traduit par des interventions accrues de la DRASS auprès de la DDASS dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés.

Nous étudierons dans un premier point les moyens mis en oeuvre pour organiser cette coopération d'un genre nouveau (1), avant de nous intéresser dans un second point aux conséquences qu'elle emporte sur la démarche d'élaboration du schéma (2).

1/ Les moyens mis en oeuvre.

La coopération entre la DDASS et la DRASS se décline à deux niveaux, décisionnel et opérationnel. Concernant le premier d'entre eux, l'instance ayant permis sa mise en oeuvre est le comité technique régional et interdépartemental (CTRI). Les CTRI ont été mis en place par le décret n°94-1046 du 6 décembre 1994 relatif aux missions et attributions des DRASS et DDASS. L'absence d'un lieu de concertation et de coopération équivalent à l'époque de l'élaboration des premiers schémas, est sans doute l'une des explications principales à l'absence d'une véritable dimension régionale dans les démarches de 1992 et 1993.

Le directeur régional et les directeurs départementaux ont en effet arrêté en commun différentes décisions de principe qui ont guidé l'ensemble de la démarche depuis le début. L'initiative est à porter au crédit de la DRASS, qui le 26 février 1998 présentait au CTRI un bilan et une analyse des équipements en Bretagne devant servir de base à une approche régionale. Les comptes-rendus de ces réunions révèlent bien une évolution importante dans cette démarche. En effet, au départ l'initiative de la DRASS visait clairement à aboutir à la réalisation d'un schéma régional. Dans un second temps, ce projet est devenu schéma interdépartemental et régional. Enfin, à la demande des DDASS, le caractère avant tout départemental des schémas a été maintenu. Ce débat montre que la notion d'approche

régionale est relativement incertaine, et laisse une marge importante à la négociation entre DDASS et DRASS.

Au niveau technique, il a été également choisi de formaliser cette coopération. C'est la raison pour laquelle a été créé, à la suite des premières réunions, un groupe opérationnel des schémas départementaux (GOSD) qui réunit un certain nombre d'agents de la DRASS et des DDASS travaillant sur la question. Animées par l'inspecteur principal en charge du service médico-social à la DRASS, les réunions du GOSD sont fréquentes (environ une fois par mois) et permettent aux représentants des DDASS et DRASS d'échanger et de mettre en commun différents éléments. Il convient de remarquer qu'en cours de route, la CRAM a été associée à ce groupe. Dans un premier temps l'option avait été prise de le réserver aux DDASS et DRASS, avant que la CRAM ne se manifeste assez significativement en marquant sa volonté de participer activement à ces travaux et en refusant de n'être considérée que comme un simple pourvoyeur d'informations.

Ainsi, les premières réunions (à partir de juin 1998) avaient pour objectif d'aboutir à une réflexion globale sur les perspectives à venir et les hypothèses d'un travail en commun, et de définir les finalités d'une action concertée. Ceci fait, le groupe a ensuite étudié dans le détail l'ensemble des étapes de la démarche pour harmoniser les méthodes de travail. L'utilité de telles rencontres est rapidement perceptible, quand on constate par exemple les divergences sémantiques qui surviennent entre les membres quand il s'agit de définir un bilan, un diagnostic ou une évaluation.

2/ Les conséquences pour la DDASS sur l'élaboration du schéma.

L'harmonisation des méthodes de travail a eu pour conséquence d'apporter quelques modifications aux premières intentions de la DDASS. Ainsi sur la première phase, la décision d'apporter un éclairage qualitatif sommaire au bilan quantitatif a été réfléchi lors d'une réunion du GOSD et appliquée par la DDASS du Morbihan.

Plus que ce travail d'harmonisation des méthodes, c'est l'intervention directe de la DRASS sur certains thèmes qui a des conséquences majeures pour la DDASS. Il a en effet été admis par tous que certains thèmes avaient intérêt à être examinés selon une vision régionale.

C'est le cas pour certains handicaps qui, vu leur rareté ou leur répartition, gagnent à être étudiés de façon transversale sur la région. C'est le cas des déficiences motrices (annexe XXIV bis), et des déficiences sensorielles (annexes XXIV quater et quinquies). En effet, au 1er janvier 1996, la Bretagne dispose de 160 places installées pour handicapés moteurs répartis sur 3 établissements, de 438 places pour déficients auditifs répartis sur 5 sites et de 76 places pour déficients visuels répartis sur 3 établissements²¹.

Cette même option a également été retenue pour les SESSAD. Ces derniers existent pourtant en nombres suffisants pour imaginer une première approche départementale, mais le caractère récent et important de leur développement fait qu'il a été jugé opportun d'examiner la problématique au niveau régional.

Au final, dans le Morbihan, les jeunes déficients intellectuels ou souffrant de troubles du caractère et du comportement (annexe XXIV prime), ainsi que les enfants pris en charge par des CAMSP et des CMPP font l'objet d'une approche par bassin d'emploi. Les enfants et adolescents pris en charge par des SESSAD ou services d'aide à domicile équivalents (toutes déficiences confondues), ou souffrant de déficiences motrices ou sensorielles font l'objet d'une approche régionale. Quant aux polyhandicapés, leur situation est encore différente puisque l'approche retenue est départementale, un seul groupe thématique traitant de leur situation dans le Morbihan.

Ce partage de compétences n'a pas posé de problèmes particuliers au moment de sa définition et a même fait l'objet d'un certain consensus. Les DDASS n'ont jamais adopté de positions défensives de refus de déléguer leurs compétences. A l'inverse, elles ont même encouragé la DRASS à aller plus loin dans cette approche en lui proposant de prendre également en charge la question des polyhandicapés (annexe XXIV ter). Cette proposition n'a pas abouti, notamment pour des questions de moyens et de charge de travail pour les services de la DRASS.

La sérénité dans laquelle s'est opérée ce partage s'explique évidemment par le fait qu'il n'a pas en principe de conséquences sur le pouvoir décisionnel des DDASS. En effet, la

²¹ * DRASS de Bretagne, Présentation du secteur médico-social enfance-adolescents de Bretagne, document arrêté par le CTRI le 26 février 1998.

DRASS sur ces questions assurera l'ensemble des actions préparatoires à l'arrêt d'un schéma (bilan, diagnostic, étude de besoins, proposition de scénarios), mais laissera le soin aux DDASS d'arrêter les schémas avant passage en CTRI. Pour la DDASS du Morbihan, cette situation signifie également une baisse de sa charge de travail sur certains thèmes, et l'opportunité de dégager plus de moyens pour se consacrer aux problématiques restantes (annexe XXIV prime, annexe XXIV ter, CAMSP et CMPP).

DEUXIEME PARTIE

PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA DEMARCHE D'ELABORATION DU SCHEMA.

L'étude du positionnement de la DDASS du Morbihan dans l'élaboration du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés nous a convaincu de l'intérêt de l'approche adoptée en particulier en terme de concertation et de régionalisation.

Il en ressort également que la DDASS a un rôle clé à jouer pour faire du schéma départemental un outil qui soit véritablement au service de la satisfaction des besoins des usagers.

Aujourd'hui, la démarche d'élaboration du schéma en est toujours à son commencement, puisque seule la phase d'analyse quantitative du précédent schéma est terminée. Nos observations se fondent donc principalement sur un projet en cours. Cette situation présente néanmoins l'intérêt de permettre de formuler des remarques et des propositions portant en grande partie sur la suite à donner à ces travaux.

Dans cette seconde partie, nous mènerons une réflexion sur la manière dont l'action de la DDASS peut être améliorée,

- * à partir de la concertation mise en oeuvre (chapitre 1),

- * et dans le cadre de l'approche régionale (chapitre 2).

CHAPITRE 1 :

AMELIORER LA CONCERTATION AU SERVICE DES USAGERS.

Mener à bien la concertation tout au long de la démarche d'élaboration du schéma départemental est une mission qui revient en premier lieu aux services de la DDASS, sous réserve que les options arrêtées soient validées par le comité de pilotage.

La DDASS a tout intérêt à se montrer particulièrement active dans cette logique. Une concertation réussie permettra de renforcer la pertinence de la décision finale. En effet, cette décision apparaîtra comme d'autant plus acceptable et légitime aux yeux des acteurs si ceux ont bien compris le sens de la démarche.

La situation dans le Morbihan apparaît favorable pour réussir dans ce domaine. En effet les acteurs rencontrés jusque là se montrent réceptifs à la logique de schéma et constructifs dans leurs propositions. De plus aucun conflit ou tension majeures sur le secteur ne semble en mesure de nuire à la réussite de cette entreprise.

Le moment est donc opportun pour la DDASS de mobiliser toutes les énergies au service des enfants et adolescents handicapés et inadaptés, dans une optique qui peut aller au-delà du seul schéma de l'éducation spéciale.

Nous étudierons donc les moyens à mettre en oeuvre pour créer une dynamique sur le secteur médico-social (§1), mais aussi une dynamique plus globale en faveur des usagers (§2).

§1/ Créer une dynamique sur le secteur médico-social.

Il apparaît ici que la DDASS gagnerait à mener la concertation en affirmant plus fortement sa position sur quelques points précis (1), en intégrant certains outils supplémentaires à sa méthode (2), et en se positionnant de manière forte sur le terrain de l'évaluation (3).

1/ Affirmer plus fortement la position de la DDASS sur certains points.

La pratique montre que les initiatives de la DDASS à certains moments clés de la démarche reçoivent des échos favorables de la part des partenaires. Tel fut le cas par exemple lorsque les conclusions du bilan quantitatif du précédent schéma furent suivies d'appréciations qualitatives, et de pistes de réflexion sur l'évolution future du dispositif²². Cela montre la force de la légitimité des interventions de la DDASS aux yeux des partenaires.

Dès lors, on peut penser que la DDASS aura tout intérêt à se positionner plus régulièrement comme un arbitre lors des étapes futures. Ainsi, par rapport à l'ORSB il serait souhaitable qu'elle puisse être en mesure de suivre l'évolution de ses travaux en fonction du cahier des charges et d'intervenir si le besoin s'en fait sentir. Cela pourrait notamment être le cas si des désaccords importants survenaient entre l'animateur et les membres des groupes bassin d'emploi.

Un autre moment stratégique dans la procédure sera la désignation du groupe-projet. Ce groupe aura la tâche de réaliser la synthèse des travaux des groupes bassin d'emploi, thématiques, et régionaux pour proposer des scénarios d'orientation du dispositif au comité de pilotage. Un effort particulier sera à accomplir pour trouver une composition pertinente et opérationnelle à ce groupe. La DDASS devra être particulièrement présente et vigilante à ce moment pour permettre la réussite de cette transition.

²² * DDASS du Morbihan, Bilan du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés d'octobre 1992, novembre 1998.

2/ Renforcer l'instrumentalisation de la concertation.

A l'occasion du lancement de la procédure d'élaboration du schéma départemental, la DDASS a, comme nous l'avons étudié dans la première partie, porté un effort particulier sur l'information et la consultation de différents partenaires. On peut néanmoins penser qu'une concertation plus construite aurait permis d'aller plus loin dans ce sens. L'intérêt n'est pas ici de vouloir à tout prix conjuguer la concertation à tous les temps de la démarche. Il convient toujours au préalable de s'assurer de son opportunité. En effet, un tel renforcement de son instrumentalisation peut comporter l'inconvénient d'alourdir la procédure et de perdre en efficacité.

La DDASS est parvenue à lancer rapidement cette procédure. Ainsi, si certaines associations gestionnaires ont été entendues, si le GDM s'est exprimé et si le document bilan du schéma départemental de 1992 a été largement diffusé, aucune réunion d'information réunissant l'ensemble des acteurs concernés n'a été organisée avant la mise en place du comité de pilotage.

La DDASS d'Ille-et-Vilaine a pour sa part opté pour l'organisation d'une telle réunion. En convoquant l'ensemble des présidents et directeurs à une assemblée générale des établissements et services médico-sociaux de l'éducation spéciale, elle a matérialisé de façon significative le lancement du schéma. En outre, une telle réunion permet de garantir une transparence des informations, de clarifier les orientations adoptées et de recueillir l'avis de l'ensemble des établissements. Ainsi, par exemple, cette assemblée générale a permis à la DDASS d'Ille-et-Vilaine de faire accepter l'idée que les établissements devaient désormais attendre les résultats du schéma pour déposer de nouveaux dossiers en CROSS.

En faisant l'économie d'une telle réunion, la DDASS du Morbihan risque de se faire reprocher par certains, en particulier par les petites associations non représentées au comité de pilotage, un manque d'information, de transparence et d'écoute. De la même façon l'idée de la neutralisation des dossiers en CROSS, qu'il faudra à un moment ou l'autre demander aux établissements, pourra souffrir de contestation par manque de négociation préalable.

Le recours à ce type de réunion est souvent perçu de façon négative dans les DDASS. Beaucoup pensent en effet qu'elles sont peu utiles, notamment à cause de leur aspect solennel et de leur déroulement souvent qualifié de "grand messe". A l'avenir, la DDASS devrait pourtant procéder de la sorte, en particulier quand il s'agira en 1999 de présenter le schéma terminé qui servira de référence à l'orientation de la politique sur le secteur pour les années à venir.

Dans un même ordre d'idée la DDASS aurait pu proposer au comité de pilotage d'arrêter un plan de concertation. Ces plans, couramment utilisés dans le domaine de la planification sanitaire²³, permettent de poser clairement dès le départ le principe de concertation, d'en définir les temps forts et les modalités de façon indicative et révisable. Si le document méthodologique arrêté par la DDASS²⁴ contient déjà ces éléments, une mise en forme supplémentaire aurait là aussi permis de gagner en clarté et en transparence.

3/ Investir le terrain de l'évaluation.

Nous avons vu dans la première partie que, si l'évaluation était prévue dans la démarche d'élaboration du schéma, aucune action concrète n'était encore programmée pour la mettre en oeuvre. Différentes raisons nous incitent à croire que la DDASS doit dès aujourd'hui prévoir de s'engager de manière importante sur cette question.

Le schéma départemental de 1992 n'avait pas prévu que l'on procède à une évaluation de son processus et de ses résultats. Si tel avait été le cas, une grille d'évaluation préalable aurait alors été élaborée, afin de fixer différents critères qui auraient permis aujourd'hui d'apprécier les degrés de réalisation des objectifs. L'absence d'un tel travail en amont risque d'affecter la portée des travaux des groupes chargés d'effectuer le bilan qualitatif de l'existant.

Si l'on considère, comme Amédée THEVENET²⁵, que "l'évaluation est la conclusion d'un schéma et l'introduction du suivant", on ne peut que constater un manque dans la

²³ * BASSET Bernard et LOPEZ Alain, Planification sanitaire : Méthodes et enjeux, Editions ENSP, Rennes, 1997.

²⁴ * Annexe 1.

²⁵ * THEVENET Amédée, Créer, gérer ou contrôler un équipement social ou médico-social, ESF Editeur, Paris, 1996.

transition entre les deux schémas. Ainsi, les membres des groupes bassin d'emploi auront à apprécier la qualité du dispositif existant, sans pouvoir s'appuyer sur une réelle évaluation des résultats du schéma de 1992. De la même façon, la démarche actuelle ne peut pas être enrichie d'une appréciation construite qui aurait été portée sur la qualité du processus d'élaboration du schéma précédent.

La seconde raison tient au fait que le projet de révision de la loi n°75-534 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, tend à rendre obligatoire l'évaluation des schémas médico-sociaux. S'il est trop tôt pour connaître la portée de ces dispositions, cela indique qu'à tout le moins il convient de ne plus négliger cet aspect de la démarche.

D'une manière plus générale, la DDASS sera certainement amenée à l'avenir à investir sur l'évaluation, non pas uniquement dans le cadre des schémas, mais sur la question de l'activité des établissements et services. Là encore le projet de révision de la loi de 1975 prévoit d'obliger ces derniers à évaluer leur activité. Or, on constate que dans la réalité peu d'entre eux sont jusqu'alors engagés sur ce terrain. Il s'agit pourtant de l'un des moyens fondamentaux pour améliorer la qualité de la prise en charge des usagers. Pour impulser de manière convaincante des évolutions sur cette question, et pour contribuer à rattraper le retard constaté en général à son propos sur le secteur social et médico-social, la DDASS doit d'ores et déjà être en mesure de montrer l'exemple sur les activités qui la concernent directement.

Concernant la future évaluation du schéma à mettre en place, quelques jalons doivent dès maintenant être posés pour bien la préparer. Il s'agit d'une part de désigner les opérateurs qui seront chargés d'élaborer les critères. Ces derniers ne pourront voir le jour qu'à partir des scénarios d'orientation du dispositif. Ces hypothèses seront elles-mêmes élaborées suite à un travail de synthèse réalisé par le groupe-projet. Ce même groupe pourrait donc pertinemment, toujours sous réserve de validation par le comité de pilotage, être chargé de ce travail d'élaboration des critères d'évaluation.

Il s'agit d'autre part d'envisager le choix de la personne qui sera chargée de sa réalisation concrète. Comme pour l'étude des besoins, la neutralité et l'extériorité par rapport aux intérêts en jeu doivent être des critères déterminants. On peut dès lors envisager de confier

cette tâche à l'ORSB qui présente ces garanties. De plus, cet organisme a l'expérience de ce type de démarche. Ce choix présenterait aussi l'avantage d'assurer une certaine continuité par rapport aux autres étapes de la procédure.

§2/ Créer une dynamique plus globale au service des usagers.

L'élaboration du schéma départemental est l'occasion d'aller au-delà d'une logique qui se limiterait à impliquer les seuls professionnels du secteur médico-social. Une concertation aboutie consisterait à replacer l'utilisateur au centre du dispositif (1) et à se rapprocher des dispositifs adjacents (2).

1/ Replacer l'utilisateur au centre du dispositif.

Il s'agit là d'une des orientations principales préconisées par l'IGAS en décembre 1995 dans son rapport sur l'application de la loi de 1975²⁶. Cette préoccupation qui n'est pas nouvelle se retrouve en particulier, dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées, dans la question des droits des personnes prises en charge.

Ces droits sont en effet toujours à réaffirmer, et leur respect mérite en permanence plus d'attention. Ainsi, le projet de révision de la loi de 1975 place l'exercice de ces droits au rang de principe fondamental de l'organisation de l'action sociale et médico-sociale. Les groupes de travail qui établiront un bilan qualitatif du dispositif existant devront d'ailleurs s'interroger sur cette question. Concrètement, ces droits peuvent concerner différents aspects de la vie de l'utilisateur et de ses parents. Il peut s'agir par exemple du libre choix entre les prestations qui sont offertes, du droit à une prise en charge de qualité, globale et individualisée, du droit à l'information, du respect de l'intimité, ou du droit à une réponse continue dans la prise en charge malgré les changements d'établissements ou de services.

²⁶ * Rapport IGAS, n° 95155, décembre 1995, Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, Tome I, présenté par M.F. Guérin, M.T. Join-Lambert, S. Morla, D.Villain.

Le projet de révision de la loi de 1975 prévoit pour garantir la mise en oeuvre effective de ces droits que la personne prise en charge bénéficie d'un livret d'accueil, contenant la charte de la personne accueillie et le règlement intérieur, d'un contrat individualisé et de la possibilité de recourir aux services d'une personne qualifiée en vue d'une médiation. Il prévoit en outre de mettre en place des instances consultatives départementales de représentation des personnes handicapées.

L'élaboration du schéma départemental peut être l'occasion d'améliorer à plus long terme la concertation avec les usagers. On peut en effet estimer que les associations gestionnaires d'établissements ont une représentativité forte, mais quelque peu partielle de l'ensemble des usagers. Quand on est à la fois parent d'enfant handicapé et membre d'un conseil d'administration d'association gestionnaire, il peut parfois être difficile d'avoir le recul nécessaire par rapport à l'institution où est pris en charge son enfant. D'où l'importance de l'existence d'associations d'usagers non gestionnaires d'établissements ou services, où la parole des enfants et adolescents eux-mêmes, et de leurs parents ou responsables, sera plus clairement distincte de celle des établissements. Dans le Morbihan, une seule association de ce type, l'APAJH (association pour adultes et jeunes handicapés) existe, ce qui peut sembler peu par rapport au nombre d'associations gestionnaires.

Si la DDASS ne peut pas directement inciter les usagers à améliorer leur représentativité, elle se doit de profiter de la période de lancement du schéma pour mettre en place de nouveaux lieux de rencontre. Une information touchant le grand public pourrait ainsi permettre à des usagers, peu habitués à s'exprimer, de se sentir concernés par la question. On pourrait par exemple imaginer l'organisation de rencontres publiques sur le modèle des Etats Généraux de la santé. Même si la représentation des usagers est à encourager au premier chef au sein des établissements, on peut néanmoins imaginer qu'ils soient plus associés à des moments forts de la démarche comme les groupes bassin d'emploi, ou le groupe projet.

De la même façon, ces différents groupes de travail pourraient servir de bases à des lieux de rencontres et de travail pérennes, où professionnels et institutionnels rencontreraient régulièrement par bassins d'emploi les représentants d'usagers. De tels groupes reprendraient sur le terrain l'idée qui a présidé à la mise en place de la future instance départementale consultative de représentation des personnes handicapées.

2/ Se rapprocher des dispositifs adjacents.

Placer l'utilisateur au centre du dispositif nous amène inévitablement à constater l'existence de corrélations fortes entre le secteur médico-social et les autres secteurs où sont pris en charge des enfants et adolescents handicapés et inadaptés. Nous avons déjà évoqué en première partie ces secteurs adjacents que sont l'éducation nationale et la psychiatrie. L'exigence croissante de prises en charge individualisées, tenant compte de façon de plus en plus sensible des évolutions des situations personnelles, contribuera forcément à l'augmentation du nombre d'enfants et d'adolescents amenés à fréquenter simultanément ou successivement des services ou établissement de l'un des trois secteurs.

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile ce constat est renforcé par le fait que le nombre d'enfants et d'adolescents présents en IME et faisant ou ayant fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique a augmenté de façon importante sur une époque récente²⁷. Le souci croissant d'intégration scolaire contribue largement pour sa part à renforcer les liens entre le secteur médico-social et le secteur de l'éducation nationale.

Dès lors, les activités de régulation de ces différents secteurs doivent également se rapprocher pour éviter de maintenir des cloisonnements entre les domaines. Il appartient ici aux services de l'Etat de concourir à ces rapprochements. En effet les professionnels et institutions, s'ils s'accordent à reconnaître l'intérêt d'une telle démarche et souvent à la mettre en oeuvre quotidiennement, peuvent aussi parfois être porteurs de résistances et de défiance à son égard.

La DDASS a déjà offert une place non négligeable aux représentants de l'éducation nationale et de la psychiatrie au comité de pilotage. Il est par contre regrettable qu'il n'ait pas été prévu d'associer au sein des groupes de travail les représentants de la psychiatrie. En effet, il a déjà été prévu que les rapports entre les deux secteurs feraient l'objet d'une réunion spécifique et qu'à cette occasion les représentants de la pédopsychiatrie seraient conviés à

²⁷ * DDASS du Morbihan, CONTRIBUTION POUR UN PARTENARIAT DE QUALITE ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LES IME, Rapport de synthèse des travaux effectués par un groupe de concertation entre 1995 et 1997.

participer aux travaux. Une telle participation, si elle n'est pas négligeable, sera toujours tributaire de la volonté des membres du groupe majoritairement issus du milieu médico-social.

A plus long terme, dans ce même souci de rapprochement il serait même souhaitable de réussir à faire coïncider les schémas régulant ces différents secteurs. Ainsi, on parviendrait à mettre en place une certaine cohérence temporelle qui serait un préalable à la recherche d'une plus grande cohésion de fond entre les dispositifs.

CHAPITRE 2 :

UNE APPROCHE REGIONALE A AFFINER.

La mise en place d'une approche régionale sur la question des schémas en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée est, comme nous l'avons étudié dans la première partie, un phénomène récent.

De plus, les raisons y ayant conduit sont diverses. Elle résulte en effet à la fois d'une nouvelle répartition des rôles entre la DDASS et la DRASS définie à partir de la circulaire DAGPB n°97/53 du 27 janvier 1997, et de problématiques tendant au dépassement progressif du cadre départemental sur le secteur.

Si l'intérêt et la pertinence de cette approche nous semblent claires, quelques imperfections nous sont apparues. Le caractère récent de la réflexion en cours en est la raison principale. La situation actuelle nous conduit à penser que l'approche adoptée méritera à l'avenir de connaître quelques évolutions.

Dans un premier point nous étudierons les limites actuelles de l'approche retenue (§1), avant de nous pencher sur les évolutions qu'elle devrait connaître (§2).

§1/ Les limites actuelles de l'approche retenue.

Les limites que nous avons pu observer portent à la fois sur le partage actuel des responsabilités entre DDASS et DRASS (1) et sur la notion même de bassin d'emploi (2).

1/ Les limites liées au partage actuel des responsabilités entre DDASS et DRASS.

Nous avons vu en première partie que le principe d'une coopération accrue entre les deux échelons des services déconcentrés a été discuté en CTRI puis appliqué au sein du GOSD. Le fait que la circulaire DAGPB n° 97/53 du 27 janvier 1997 se contente de demander la mise en oeuvre d'une approche régionale sans en préciser la portée, a laissé une marge de manoeuvre et de négociation importante aux DDASS et à la DRASS pour en définir le contenu.

La configuration actuelle du partage des responsabilités entre la DRASS et les DDASS procède donc d'un compromis. La DRASS voulait dans un premier temps mettre en oeuvre un véritable schéma régional, avant de devoir reculer face à des DDASS soucieuses de conserver leur pouvoir de décision sur le secteur. On arrive donc à une situation où une volonté forte de mettre en oeuvre une véritable politique régionale est affichée, mais où les schémas resteront de nature départementale.

D'un point de vue opérationnel, l'application de ce compromis s'est traduit par un partage des tâches pas toujours cohérent entre les services. Ainsi, l'argument de travailler sur les SESSAD au niveau régional, au vu du caractère récent de leur développement est pertinent. On peut par contre regretter qu'en conséquence leur étude soit coupée de celle des établissements de type IME avec lesquels ils sont le plus souvent couplés. De même, la rareté des équipements relevant des annexes XXIV bis, quater et quinquès a justifié la mise en place des groupes de travail à leur sujet à l'échelon régional. On peut se demander pourquoi il n'en a pas été fait de même pour les établissements accueillant des polyhandicapés (annexe XXIV ter), et des jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement (annexe XXIV prime) qui restent étudiés au niveau départemental malgré leur très faible nombre.

Ces partages ont été moins guidés par un souci de cohérence que par des contraintes matérielles. Ils ont en effet été souvent décidé en fonction de la disponibilité des uns ou des autres pour suivre les procédures, ou animer les groupes de travail. On peut dès lors penser qu'à l'avenir, l'évolution de ces contraintes conjoncturelles soit susceptible de faire évoluer cette répartition.

2/ Les limites liées à la notion de bassin d'emploi.

Le choix de raisonner à partir des zones d'emploi²⁸ trouve sa première limite dans la réalité géographique des implantations actuelles d'établissements et services dans le Morbihan²⁹. Deux zones d'emploi, ou parties morbihanaises de zones d'emploi, sont en effet dépourvues d'installation : il s'agit du bassin d'Auray et de la partie morbihanaise du bassin de Carhaix-Plouguer (canton de Gourin). Une troisième zone dispose d'installations, mais en quantité très peu significatives : sur le bassin de Ploërmel ne sont effect implantées que 5 places, constituées par une annexe de l'IME de Plumelec.

Ces absences ou quasi-absences d'équipement risquaient d'annihiler l'idée même d'approche par bassin d'emploi puisqu'il eut été vain de tenter de réunir des groupes de travail sur ces trois zones. Il a donc été convenu de remodeler le découpage en accolant ces zones à trois autres bassins où existent des implantations significatives. Les 7 zones de départ sont ainsi devenues les 4 suivantes : Vannes-Auray, Lorient-Gourin, Pontivy-Ploërmel et Redon. De plus, il a été décidé dans un deuxième temps que la zone de Redon serait pour sa partie bretonne confiée à la DDASS d'Ille-et-Vilaine. Seuls trois groupes bassin d'emploi demeurent donc dans le département du Morbihan.

La souplesse dont il a été ici fait preuve par rapport au découpage de départ est a priori positive, puisqu'elle répond au souci de choisir une base de travail adéquate par rapport à la réalité du paysage des équipements médico-sociaux existants. Cette option risque néanmoins de nuire à l'idée même de proximité, puisque les zones ainsi créées ne présentent plus forcément la pertinence initiale. C'est particulièrement le cas pour la zone de Pontivy-Ploërmel qui couvre désormais une aire géographique très large. Ainsi, par exemple, les communes de Guemené-sur-Scorff et de Guer sont distantes de plus de 90 kilomètres, et peuvent difficilement en terme de proximité être considérées comme faisant partie d'un même territoire.

²⁸ * Annexe 5.

²⁹ * Annexe 2 à 4.

En outre le fait d'assimiler les zones dépourvues d'équipements à d'autres bassins d'emploi comporte le risque de figer certaines situations. On peut imaginer par exemple que l'absence de structure sur le bassin d'Auray ne soit pas abordée comme un problème prioritaire par les membres du groupe de travail du bassin d'emploi de Vannes. Il appartiendra dès lors à la DDASS, en fonction également des résultats de l'étude de besoins, de veiller à ce que les problèmes spécifiques de ces trois zones ne soient pas négligés. Il serait souhaitable de faire en sorte que les remodelages effectués puissent être remis en cause dès que leur utilité pratique ne sera plus démontrée.

Enfin, d'une manière plus générale, et dans une perspective d'aménagement du territoire on peut s'interroger sur l'avenir de la notion de bassin d'emploi. En la matière, les échelons et zones de références se sont multipliés ces dernières années. C'est ainsi que la loi n° 95-115 du 4 février 1995 dite loi Pasqua avait consacré la notion de pays, et avait également prévu la mise en oeuvre de schémas nationaux et sectoriels d'aménagement du territoire. Le projet de loi Voynet prévoit pour sa part d'ajouter les regroupements d'agglomérations et les très grandes villes au maillage du territoire, et de créer des schémas de services collectifs.

Dans tous les cas de figure, si la notion de bassin d'emploi est aujourd'hui encore utilisable, et si elle présente l'avantage d'être bien identifiée par tous, on peut s'attendre à ce que les évolutions en cours sur l'aménagement du territoire la rendent un jour obsolète. De la même façon, les réflexions sur la notion de schéma de services collectifs pourraient avoir des conséquences sur le schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés et inadaptés lui-même, et sur l'approche régionale telle qu'elle est conçue à l'heure actuelle.

§2/ La nécessaire évolution de l'approche régionale.

L'approche régionale dans sa configuration actuelle nous semble être une solution de transition vers un changement de l'échelon de planification au profit de la région (1). Il

convient dès lors de s'interroger sur le rôle qui reviendrait à la DDASS dans une telle hypothèse (2).

1/ Vers une planification régionale?

Cette hypothèse n'est pas encore véritablement d'actualité. En effet, le projet de révision de la loi de 1975 maintient la compétence des DDASS sur le secteur de la planification des établissements et services de l'enfance et de l'adolescence handicapée et inadaptée. Il est néanmoins prévu qu'après accord des représentants de l'Etat concernés les schémas pourront être élaborés sur la base d'un autre ressort géographique. Il semble qu'en la matière, l'option de la souplesse et de la négociation ait été pour le moment retenue. C'est ce même souci qui a d'ailleurs présidé au choix de ne pas rendre les schémas opposables, alors qu'il en était fortement question dans les discussions préalables à ce projet³⁰. La seule évolution notable dans le sens d'une plus grande rigueur et uniformité des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale concerne la question de la périodicité de leur révision qui sera fixée au minimum à 5 ans.

L'option de laisser cette liberté de choix entre les deux échelons pour élaborer les schémas présente à moyen terme l'avantage de permettre la mise en oeuvre de dispositifs adaptés aux spécificités de chaque département ou région. Néanmoins il semble qu'à terme le changement progressif de l'échelon de décision au bénéfice de la région soit inéluctable. Les réformes engagées sur le secteur sanitaire, et la politique de rapprochement entre les deux secteurs, font qu'il est difficilement concevable de maintenir l'équilibre actuel à long terme.

A ce propos, il paraît difficile de ne pas évoquer l'hypothèse souvent soulevée du passage du secteur médico-social sous la compétence des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Sans prendre position sur l'opportunité d'une telle réforme, on ne peut que constater que le secteur médico-social connaît déjà des évolutions qui se rapprochent des objectifs assignés au secteur sanitaire en 1996. Ainsi, l'échelon régional voit ses

prérogatives renforcées, le système d'enveloppes fermées sera mis en place en 1999 et les services de l'Etat travaillent de plus en plus en collaboration étroite et régulière avec ceux de l'assurance maladie.

2/ Quel rôle pour la DDASS dans une perspective de régionalisation accrue?

A priori une telle hypothèse entraîne une perte de prérogatives pour la DDASS qui verrait son pouvoir de décision final transféré à la DRASS. Différents éléments laissent néanmoins à penser que le fait d'élever la planification à un échelon supérieur peut avoir des conséquences bénéfiques sur la qualité de l'action de la DDASS.

D'une part, la DDASS conserverait ses prérogatives fondamentales en terme d'allocation de ressources et de contrôle des établissements et services. Elle joue là un rôle essentiel de part sa connaissance fine du dispositif local, de l'histoire des structures et des acteurs de terrain. Le paysage médico-social s'est en effet toujours développé dans un cadre départemental qu'il semble inconcevable de faire disparaître.

Sa position en terme de proximité par rapport aux besoins des usagers est également irremplaçable. L'échelon régional est en effet trop lointain pour être en mesure de les appréhender finement. A titre d'exemple, la CDES qui est un des moyens privilégiés pour connaître ces besoins et y apporter des réponses, est intimement liée à la DDASS et à l'échelon départemental. Ainsi, le département apparaîtrait comme le lieu de passage obligé, le relais, entre les bassins d'emploi, actuels territoires de proximité, et le niveau régional où seraient prises les décisions de planification.

D'autre part, l'éventuel transfert des missions de planification à la DRASS permettrait au service en charge des établissements pour enfants handicapés de la DDASS de dégager des moyens humains et du temps supplémentaires pour se consacrer plus pleinement à d'autres missions. C'est en particulier le cas des missions de contrôle et d'inspection. En 1997, un

³⁰ * LIGNEAU Philippe, Vers une réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales : la place nécessaire du citoyen, Revue de Droit Sanitaire et Social, janvier-mars 1997, n° 33(1), pages 137 à 149.

rapport de l'IGAS³¹ faisait état de l'insuffisance des contrôles et des inspections en particulier dans le domaine social et médico-social.

Suite aux recommandations de ce rapport, la circulaire DAGPB n° 98-243 du 28 janvier 1998 relative aux objectifs des DRASS et des DDASS pour l'année 1998, faisait du renforcement de ces fonctions un objectif pour les services déconcentrés sur l'ensemble de leurs domaines de compétences. Ainsi chaque région devait trouver l'organisation la mieux adaptée pour développer ces missions, et mettre en place des programmes régionaux d'inspection et de contrôle.

S'il est encore trop tôt pour connaître précisément le rôle qui sera imparti aux services de la DDASS du Morbihan dans ce cadre, il semble qu'il existe là un terrain intéressant à investir. En effet, des inspections de la qualité de la gestion et des prestations permettraient d'éclairer des stratégies d'action, et constitueraient des sources d'informations riches. Dans une approche au départ régionale, la DDASS devrait trouver là, en complémentarité avec ses autres missions, un rôle opportun à jouer.

³¹ * Rapport IGAS n° 97088, RENFORCEMENT DES FONCTIONS D'INSPECTION DE PREMIER DEGRE DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL, présenté par N. DESTAIS et G. VINCENT, Septembre 1997.

CONCLUSION

Le point de départ de notre travail consistait en un questionnaire général sur la méthodologie à mettre en oeuvre au sein d'une DDASS pour élaborer un schéma départemental en faveur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées.

Le positionnement de la DDASS du Morbihan s'est avéré être plus complexe que prévu, du fait des exigences imposées par la concertation et par l'approche régionale. Nous nous sommes donc attachés à étudier les raisons et les modalités du positionnement adopté, et à émettre quelques propositions et réflexions pour tenter de contribuer à améliorer la démarche.

L'élaboration d'un schéma étant un processus long, le champ de notre étude s'est limité aux premières phases de la démarche. Une bonne partie de nos observations porte donc moins sur des travaux réalisés que sur des perspectives d'avenir.

Cette contrainte de calendrier a présenté l'intérêt de nous faire découvrir certains aspects moins attendus du métier d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales. L'essentiel du travail effectué jusque là s'est avéré moins technique que prévu, et s'analyse plus en terme de stratégie et de conduite de projet.

Enfin, nous avons pu constater sur le terrain l'intérêt de la future réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. La généralisation des schémas, l'affirmation accrue des droits des usagers et le développement de l'évaluation qui constitueront trois axes forts de cette réforme, nous sont en effet apparus comme étant les enjeux majeurs que connaît actuellement le secteur de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- * BASSET Bernard et LOPEZ Alain, Planification sanitaire : Méthodes et enjeux, Editions ENSP, Rennes, 1997.
- * BLONDEL Françoise et BUDET Jean-Michel, La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996, Berger-Levrault, Paris, 1997.
- * MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, SESI, Données sur la situation sociale, La Documentation Française, Paris, 1998.
- * MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION - SECRETARIAT D'ETAT A LA FAMILLE, AUX PERSONNES AGEES ET AUX RAPATRIES, Elaborer un schéma départemental pour personnes âgées, Document méthodologique, La Documentation Française, Paris, 1992.
- * POUPEE-FONTAINE Dominique et ZRIBI Gérard, Dictionnaire du handicap, Editions ENSP, Rennes, 1997.
- * QUIVY Raymond et VAN CAMPENHANDT Luc, Manuel de recherche en sciences sociales, DUNOD, Paris, 1997.
- * THEVENET Amédée, Créer, gérer ou contrôler un équipement social ou médico-social, ESF Editeur, Paris, 1996.

RAPPORTS

* DDASS du Morbihan, Bilan du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents handicapés ou inadaptés d'octobre 1992, n° 7 des Cahiers Techniques de la DDASS, novembre 1998.

* DDASS du Morbihan, Contribution pour un partenariat de qualité entre la psychiatrie et les IME, Rapport de synthèse des travaux effectués par un groupe de concertation entre 1995 et 1997.

* DRASS de Bretagne, Présentation du secteur médico-social enfance-adolescents de Bretagne, document arrêté par le CTRI le 26 février 1998.

* IGAS, rapport n° 95155, décembre 1995, Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, présenté par M.F. GUERIN, M.T. JOIN-LAMBERT, S. MORLA, D.VILLAIN.

* IGAS, rapport n° 97088, Renforcement des fonctions d'inspection de premier degré dans le domaine sanitaire et social, présenté par N. DESTAIS et G. VINCENT, Septembre 1997.

* L'ASSURANCE MALADIE EN BRETAGNE, protocole régional d'actions concertées (PRAC), Rapport de synthèse annexes XXIV : les IME et SESSAD en Bretagne, septembre 1998.

ARTICLES

* HADJI Charles, L'évaluation comme volonté de régulation critique - une problématique pour aujourd'hui ?, EMPAN, octobre 1992, n°9, pages 53 à 63.

* LIGNEAU Philippe, Vers une réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales : la place nécessaire du citoyen, Revue de Droit Sanitaire et Social, janvier-mars 1997, n°33(1), pages 137 à 149.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Lettre du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Morbihan aux responsables des établissements et services pour enfants handicapés et inadaptés, présentant la démarche adoptée en vue de la révision du schéma départemental.

ANNEXE 2 : Carte représentant les établissements et services relevant de l'annexe XXIV prime dans le Morbihan, et les densités d'équipement.

ANNEXE 3 : Carte représentant les établissements et services relevant de l'annexe XXIV ter dans le Morbihan, et les densités d'équipement.

ANNEXE 4 : Carte représentant les établissements et services relevant des annexes XXIV bis, quater, quinquès et les CMPP dans le Morbihan.

ANNEXE 5 : Carte des bassins d'emploi en Bretagne.

ANNEXE 6 : Mandat des groupes bassin d'emploi.

ANNEXE 7 : Liste des sigles et abréviations utilisés.