



**EHESP**

---

**Master Pilotage des Politiques et  
actions en santé publique**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Juillet 2012**

---

**L'innovation sociale dans le champ de  
la dépendance – L'exemple de la  
plateforme de Donzère (Drôme)**

---

**Mathilde CHAMBRÉ  
LEFEBVRE**

---

# Remerciements

---

Je remercie Mme Le Jeune – Vidalenc, directrice du handicap et du grand âge de l'ARS Rhône-Alpes, Mme Laetitia Morel, inspectrice de l'action sanitaire et sociale et le Dr Burlat, médecin inspecteur de santé publique à la délégation territoriale de la Drôme pour le temps qu'ils m'ont accordé.

Je remercie Mme Carole Goyer-Daoud, chargée de mission de l'Association pour le développement du service public médico-social de m'avoir reçue pour échanger sur ce projet.

Je remercie M. Richard Rouxel d'avoir accepté 'être mon référent et Mme Marie-Elisabeth Cosson pour son accompagnement.

Je remercie toutes les personnes que j'ai rencontrées à l'occasion de mon stage et qui m'ont aussi permis d'alimenter ma réflexion.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Chapitre 1 : L'innovation sociale comme outil pour relever les défis du secteur de la dépendance .....	5
1.1 Un contexte ambivalent pour l'innovation sociale dans le secteur de la dépendance.....	5
1.1.1 Un secteur reconnu et des besoins identifiés .....	5
1.1.2 Un financement du secteur sous tension.....	8
1.1.3 La réforme avortée de la dépendance : de la déception à l'innovation .....	10
1.2 La nouvelle place des tutelles dans l'innovation sociale du secteur de la dépendance.....	10
1.2.1 La mise en place de la procédure d'appel à projet : un bouleversement culturel pour les acteurs du secteur de la dépendance.....	11
1.2.2 Les autres formes de régulation des ARS .....	13
1.2.3 Les tutelles dans l'innovation sociale : de l'approbation à l'initiative .....	13
2 Chapitre 2 : La plateforme de Donzère : innover pour répondre aux enjeux locaux..	15
2.1 Caractéristiques socio-économiques du territoire .....	15
2.2 Des besoins locaux identifiés .....	15
2.2.1 Pour les personnes âgées.....	15
2.2.2 Pour les personnes handicapées vieillissantes.....	16
2.3 Répondre aux besoins locaux dans la logique du pilotage .....	17
2.3.1 Les préconisations départementales .....	17
2.3.2 Le projet régional de santé.....	18
3 Chapitre 3 : La plateforme de Donzère ou l'innovation dans la rencontre et la coopération .....	21
3.1 Un contexte favorable .....	21
3.1.1 La rencontre de la demande d'un élu local et d'un besoin identifié par l'ARS	21
3.1.2 Une réflexion murie et une démarche pédagogique .....	22
3.2 L'innovation par la coopération.....	23

3.2.1	L'association pour le développement du service public médico-social .....	23
3.2.2	Intégrer la plateforme dans la filière gériatrique locale : l'Ehpad et le centre hospitalier de Montélimar .....	24
3.2.3	Les autres partenariats envisagés .....	24
3.3	La coopération : une histoire interne .....	25
4	Chapitre 4 : Leviers et freins de l'innovation dans le projet de Donzère .....	27
4.1	La place de l'innovation dans le projet de Donzère .....	27
4.2	Les leviers à l'innovation dans le projet de Donzère .....	28
4.3	Les freins à l'innovation dans le projet de Donzère .....	28
4.4	Propositions pour piloter l'innovation dans le secteur de la dépendance.....	29
	Conclusion.....	31
	Bibliographie.....	33
	Liste des annexes.....	37

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMS : Association pour le développement d service public médico-social  
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux  
APA : Allocation personnalisée d'autonomie  
APL : Allocation personnalisée au logement  
ARS : Agence régionale de santé  
CHS : Centre hospitalier spécialisé  
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CROSMS : Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale  
CRSA : Conférence régionale de santé et d'autonomie  
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques  
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail  
ESMS : Établissements et services médico-sociaux  
FAM : Foyer d'accueil médicalisé  
FHF : Fédération hospitalière de France  
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé et territoires  
IME : Institut médico-éducatif  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
MAS : Maison d'accueil spécialisée  
ORS : Observatoire régional de santé  
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PRS : Projet régional de santé  
PSRS : Plan stratégique régional de santé  
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés  
SAVS : Service d'aide à la vie sociale  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
USLD : Unité de soins de longue durée

## Introduction

« *L'innovation n'est pas un moment, un accident ou une activité spéciale, celle des chercheurs et des entrepreneurs, mais un mouvement permanent qui mobilise l'ensemble des acteurs.* »<sup>1</sup> (page 2). Ce constat de N. Alter nous rappelle combien l'innovation a, au moins dans les discours, une place toute particulière. Les appels à trouver sans cesse de nouvelles façons de faire ou de travailler, de nouveaux produits ou services à proposer sont récurrents. Le secteur médico-social n'échappe pas à cette tendance. Dans notre société vieillissante, la maison de retraite reste pour beaucoup empreinte d'archaïsme et objet de méfiance. Pourtant, l'augmentation de la dépendance et sa nécessaire prise en charge font considérablement bouger le secteur. Pour les professionnels, l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), version actuelle et médicalisée de la maison de retraite est avant tout un lieu de vie. Avec l'apparition du concept de bientraitance et la mise en place des démarches qualité, la question de l'amélioration continue des prises en charges et des pratiques professionnelles devient essentielle. Pour toujours plus placer le résident au centre de la prise en charge, il faut innover au quotidien. Au-delà du discours, les mentalités commencent à changer et avec elles les réalités du terrain. Dans un secteur de services à la personne, l'innovation peut certes être technologique mais elle est aussi sociale. L'innovation se situe au cœur du service en réponse à un problème social. Même si l'innovation technologique et industrielle apporte des aides techniques précieuses, elle ne constituera qu'un élément très secondaire dans ce mémoire.

Le champ plus précisément étudié ici est celui de la dépendance. Celui-ci n'est pas une réalité dans la mesure où il recouvre ce que l'on désigne aujourd'hui par les termes « secteur personnes âgées » et « secteur du handicap ». Le choix de cette « création » tient à la fois au contexte global dans lequel nous évoluons et au contexte spécifique de l'exemple traité dans ce mémoire. Le contexte général peut être symbolisé par deux éléments.

Le premier est la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 dont l'un des objectifs affichés est le décloisonnement entre les secteurs. Il s'agit avant tout de favoriser, grâce aux Agences régionales de santé (ARS), la communication entre les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire, mais des passerelles sont aussi envisagées au sein du secteur médico-social entre politiques du grand âge et politiques du handicap. Le second élément symbolique est la réforme non aboutie de la dépendance. Même si la réforme n'a pas eu lieu, le projet a permis l'émergence de

---

<sup>1</sup> ALTER, Norbert. *L'innovation ordinaire*. Quadrige. PUF. Paris. 2010

fructueux débats entre les différents acteurs du secteur. L'une des questions posées par cette préparation de réforme a été celle du rapprochement des secteurs du grand âge et du handicap.

Le contexte spécifique est celui de la plateforme innovante de services pour personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes de Donzère, dans la Drôme. Il s'agit d'un appel à projet conjoint de l'ARS Rhône-Alpes et du Conseil général de la Drôme qui se veut un exemple significatif et très récent d'innovation dans le champ de la dépendance. Ce projet rapproche les acteurs du handicap et du grand âge sur une même plateforme d'hébergement et de services. Conçue autour d'un Ehpad, celle-ci regroupe :

- 34 lits d'hébergement permanent classiques pour personnes âgées dépendantes,
- 12 lits d'hébergement permanent en unité de vie protégée pour des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées,
- 2 lits d'hébergement temporaire dédiés à des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et vivant à domicile,
- 12 lits d'hébergement permanent en unité de vie pour des personnes handicapées vieillissantes avec un handicap psychique,
- 10 logements adaptés destinés à accueillir des personnes handicapées vieillissantes et éventuellement leurs proches (8 T1 et 2 T3),
- Un service d'aide à la vie sociale (SAVS) de 10 places qui interviendra prioritairement dans les logements adaptés,
- Un relais d'aide aux aidants pour informer, former et orienter les aidants du secteur.

Le choix de ce projet a été conduit par deux éléments principaux. Tout d'abord, la question de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes est l'une des préoccupations actuelles majeures des professionnels du handicap et de la dépendance des personnes âgées. Différentes rencontres avec des professionnels depuis deux ans m'ont rendu particulièrement sensible à cette problématique. De plus, aucune politique nationale n'existe sur ce thème alors que les besoins sont de plus en plus nombreux. La seule solution pour les acteurs de terrain est donc d'inventer des réponses nouvelles adaptées aux besoins locaux. Le cœur de la thématique est bien l'innovation sociale.

L'objectif de ce mémoire est donc de cerner les leviers et les freins à l'innovation sociale dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) du secteur de la dépendance. Cette question centrale se décline en deux sous-thèmes transversaux que sont les liens entre innovation sociale et financement et les liens entre innovation sociale et coopération des différents acteurs dans le champ de la dépendance.

Ce mémoire est fondé sur une recherche bibliographique sur les thèmes de l'innovation sociale en général et dans le secteur visé mais aussi de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Il s'appuie sur un exemple significatif : la plateforme de Donzère. Celui-ci a été étudié à travers les documents disponibles notamment le cahier des charges et le dossier de présentation du projet retenu. Des entretiens menés auprès de différents acteurs du projet ont aussi alimenté la réflexion. Par ailleurs, un travail d'observation a été réalisé lors d'entretiens réalisés dans le cadre de mon stage avec des acteurs plutôt orientés vers la prise en charge des personnes âgées. Cette observation a porté à la fois sur le thème de l'innovation dans le secteur des personnes âgées et sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Un tableau récapitulatif des entretiens et observations est disponible en annexe (annexe 1).

La première partie s'attache à montrer comment le contexte actuel est à la fois un terreau favorable et bloquant pour l'innovation sociale. Elle met l'accent sur l'important changement opéré par la mise en place de la procédure d'appel à projet dans le secteur de la dépendance. Le rôle et la place des tutelles ont complètement changé, interrogeant la place des acteurs de terrain dans l'innovation sociale. La seconde partie vise à présenter la plateforme de Donzère dans son contexte local. La troisième partie présente les différents éléments contributifs à l'émergence du projet actuel tout en insistant sur ses spécificités. La quatrième et dernière partie analyse les leviers et les freins identifiables dans le projet de Donzère. Elle est aussi l'occasion de formuler des propositions de facteurs clés à mettre en œuvre par les tutelles dans le cadre d'appels à projet innovants.

# **Chapitre 1 : L'innovation sociale comme outil pour relever les défis du secteur de la dépendance**

## **1.1 Un contexte ambivalent pour l'innovation sociale dans le secteur de la dépendance**

Le contexte dans lequel évoluent les établissements médico-sociaux est marqué par les tensions. Leviers et freins à l'innovation coexistent à tous les niveaux laissant les acteurs dans un environnement complexe et ambivalent.

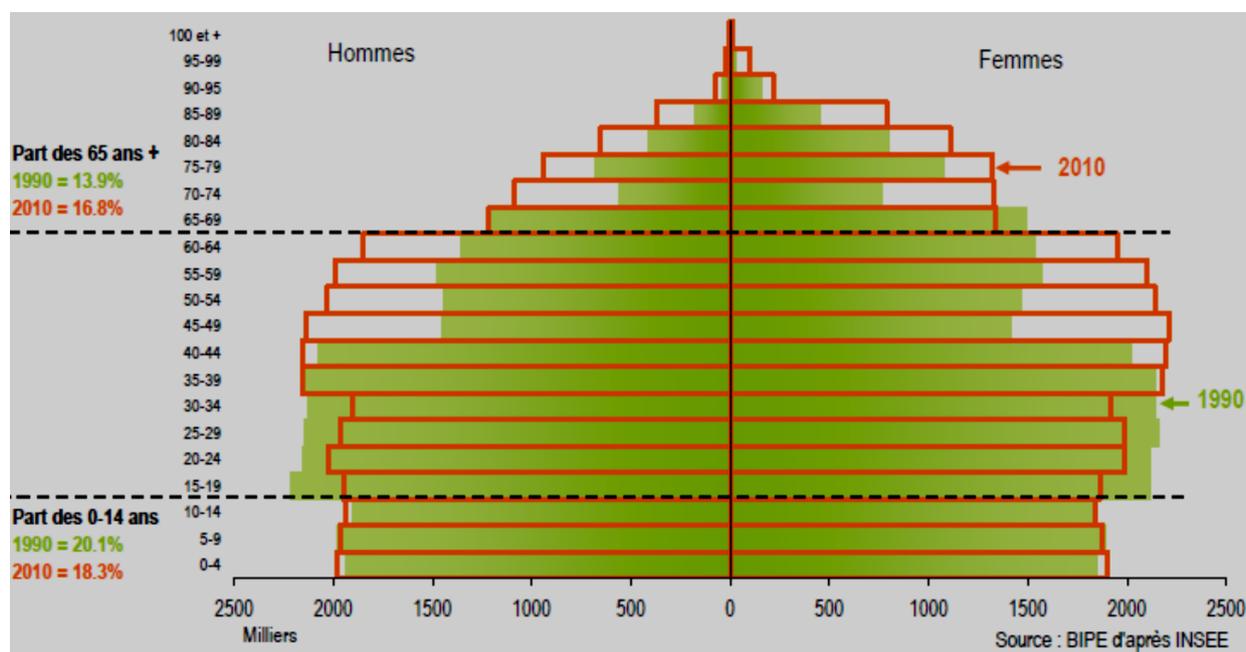
### **1.1.1 Un secteur reconnu et des besoins identifiés**

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a représenté une avancée importante dans la reconnaissance institutionnelle du secteur social et médico-social. Elle reconnaît les acteurs dans leur diversité : diversité des publics, des besoins et des statuts. Par là même, la loi encourage une diversité de réponses propice à l'innovation. La loi ne reste pas au niveau des grands principes mais donne également aux autorités publiques comme aux services et établissements des outils pour améliorer leurs pratiques et respecter les droits des usagers. L'obligation de mise en place d'évaluations internes et externes régulières ainsi que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en sont deux exemples marquants. Dix ans après le vote de la loi, les procédures d'évaluation ne sont pas encore complètement mises en place. Cependant, la logique de la démarche a été peu à peu intégrée par la grande majorité des personnels, à tous les niveaux. De plus, les renouvellements d'autorisation sont désormais soumis aux résultats de ces évaluations externes. La démarche qualité a de ce fait pris une réelle ampleur dans les établissements. L'évaluation et démarche qualité sont obligatoires dans tout nouveau projet. Les CPOM généralisés par la loi HPST constituent un outil majeur d'une gestion budgétaire pluriannuelle. Ces contrats passés entre les autorités tutélaires et les établissements pour cinq ans permettent une mise en relation du service rendu aux usagers via les objectifs fixés et des moyens alloués par les autorités. L'un des enjeux liés aux CPOM est de sortir d'une vision de court terme (un exercice budgétaire) pour aller vers une vision de moyen terme qui nécessite d'anticiper les besoins et les adaptations de prises en charge.

Au-delà de cette reconnaissance institutionnelle de l'importance du secteur dans la mise en œuvre des politiques publiques, l'action sociale et médico-sociale prend, notamment dans sa composante gériatrique, une place nouvelle dans la société. En effet, faire face au vieillissement de la population est l'un des enjeux de demain de notre société comme de toutes les sociétés occidentales. La figure ci-dessous montre que le

papy-boom des plus de 65 ans a commencé en 2010 et devrait se poursuivre dans les 30 ans à venir (figure 1).

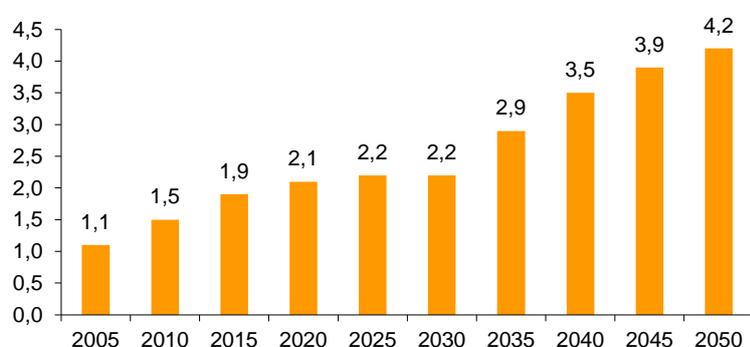
Figure 1 : Pyramides des âges de la France métropolitaine en 1990 et 2010



Source : BIPE d'après INSEE

Ce vieillissement de la population engendre deux questionnements. Le premier concerne le système de retraite et son financement. En effet, le rapport de dépendance démographique français (effectif des 60 ans et plus sur effectif des 15-64 ans) s'élève aujourd'hui à 26% et devrait atteindre 33% en 2020 soit 12 points de plus qu'en 1990<sup>2</sup>. Le second questionnement est lié à la prise en charge et au financement de la dépendance de cette population. Cette dépendance augmente avec l'âge, or la population des 85 ans et plus ne cesse de croître et devrait être multipliée par 2,5 d'ici 2050 (figures 2 et 3).

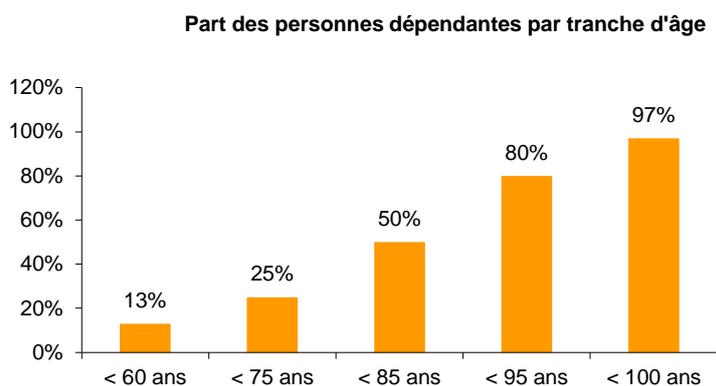
Figure 2 : Évolution de la population de 85 ans et plus en France entre 2005 et 2050 (en millions)



Source : Insee, projections démographiques, 2010

<sup>2</sup> BIPE, *Les évolutions démographiques départementales du 3<sup>ème</sup> et du 4<sup>ème</sup> âge*, 1<sup>er</sup> Forum international de l'épargne retraite, Paris, Avril 2012

Figure 3 : Part des personnes dépendantes par tranche d'âge, France métropolitaine, 2010



Source : Insee, projections démographiques, 2010

Cette population dépendante a des besoins en soins et en accompagnement auxquels les proches ne peuvent répondre que partiellement. Les professionnels sont largement sollicités en établissement, notamment en Ehpad, mais également à domicile. En effet, 80% des personnes âgées souhaitent rester à domicile le plus longtemps possible<sup>3</sup>. Les professionnels cherchent à développer des modes de prises en charge pour répondre à ce souhait tout en soulageant les familles. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou l'hébergement temporaire constituent des solutions en plein essor. L'un des freins au développement de ces solutions alternatives réside dans les difficultés de recrutement du secteur notamment en personnel soignant. Dans une étude publiée en mars 2012, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) estime que l'aide à domicile créera 150 000 emplois nouveaux d'ici 2020. De plus, 150 000 recrutements supplémentaires seront nécessaires pour remplacer les départs à la retraite.<sup>4</sup> Ces recrutements ne peuvent se faire que sur du personnel formé. En effet, le public accueilli présente de plus en plus de troubles cognitifs qui nécessitent des prises en charge spécifiques et une formation des professionnels plus importante qu'auparavant. L'importance de la formation s'inscrit aussi dans la démarche de bientraitance. Dans son guide de bonnes pratiques professionnelles consacré au sujet, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (Anesm) définit la bientraitance comme « *une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de*

<sup>3</sup> RATTE, Evelyne. *Rapport du groupe n°3 : Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie*. Débat sur la dépendance. Paris, Juin 2011

<sup>4</sup> DARES. *Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisation des métiers d'aide et de soins aux personnes*. Analyses n°22. Paris, Mars 2012

*maltraitance.* » (page 16)<sup>5</sup> La bientraitance passe par la culture d'établissement impulsée par la direction mais aussi par une formation adéquate des professionnels. C'est un moment privilégié d'apprentissage du « prendre soin » dans le respect de l'autre.

Ces métiers restent relativement peu attractifs auprès des jeunes pour différentes raisons dont les horaires décalés ou les salaires peu élevés. Ce dernier point étant en partie lié aux difficultés financières croissantes que le secteur rencontre.

### **1.1.2 Un financement du secteur sous tension**

Le financement est confronté à une double difficulté. D'un côté, le système de protection sociale est mis à mal et les finances publiques sont fortement contraintes. De l'autre, le nombre de personnes âgées non solvables augmente.

Le vieillissement de la population couplé à la crise économique et financière de 2008 a fortement pesé sur les finances publiques. En 2011, toutes les branches de la Sécurité sociale ont présenté des déficits : 8,6 milliards pour la branche maladie, 6 milliards pour la branche vieillesse, 2,6 milliards pour la branche famille et 200 millions pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles<sup>6</sup>. Par ailleurs, les collectivités locales présentent aussi des déficits accrus. Les départements sont particulièrement touchés dans la mesure où ils doivent payer de plus en plus de prestations du fait du désengagement de l'État. En effet, la part de l'État dans le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est passée de 32% en 2005 à 29% en 2012<sup>7</sup>. De plus, tous les acteurs subissent une baisse de l'accès au crédit du fait du resserrement des conditions pratiqué par les banques. La disparition de la banque Dexia, principal financeur des collectivités locales françaises risque de réduire un peu plus leurs possibilités de financement et donc de contraindre d'autant les ressources disponibles. Dans ce contexte difficile, les acteurs de la dépendance sont divisés. Certains y voient l'opportunité d'innover pour pouvoir faire aussi bien voire mieux avec moins. Cependant, des projets doivent être abandonnés faute de financement alors même que les besoins sont bien présents. Par exemple, un Ehpad public de la région parisienne se situe dans un bâtiment des années soixante qui ne correspond plus ni aux besoins des résidents ni aux normes de sécurité et d'accessibilité. Un projet de reconstruction a été monté par la direction mais celui-ci reste pour l'instant lettre morte faute de financement.

Cette contrainte sur les finances publiques ne peut cependant pas être compensée par les personnes âgées et leurs familles. En effet, le reste à charge augmente déjà régulièrement tant à domicile qu'en établissement. Les tarifs doivent

---

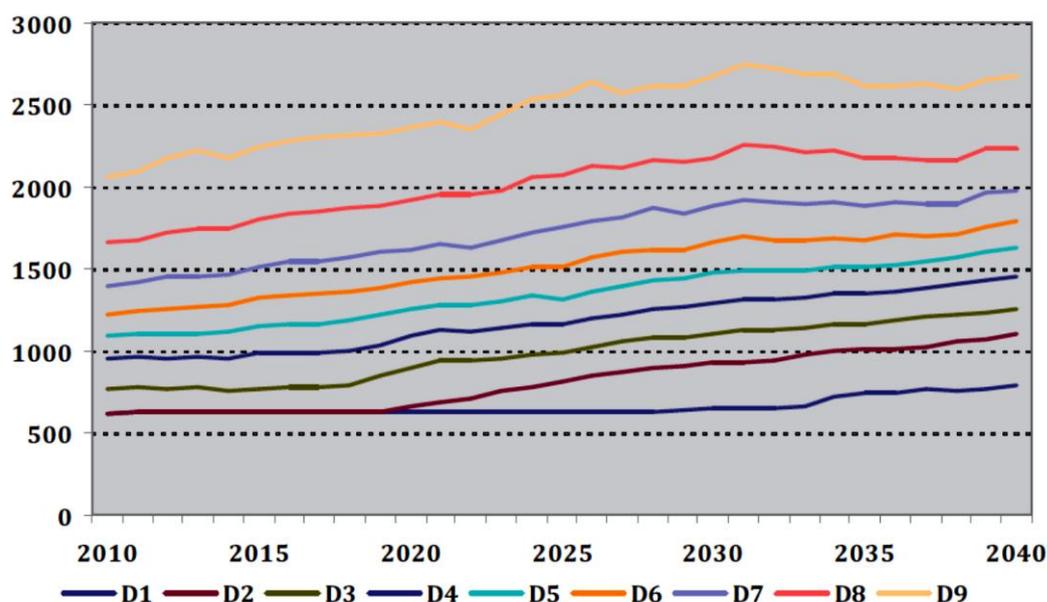
<sup>5</sup> ANESM. *La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre*. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Juin 2008

<sup>6</sup> CHALLENGES. *Le déficit de la Sécurité sociale s'élève à 17,4 milliards d'euros*. Paris, 10 avril 2012

<sup>7</sup> SYNERPA. *Livre blanc 2012 : Pour une politique soutenue en faveur du Grand âge*. Paris, 2012

prendre en compte la croissance de la masse salariale mais aussi celle des prix de l'énergie ou encore de l'alimentation. Aujourd'hui, la retraite moyenne est de 1400 euros alors que le reste à charge moyen en établissement est compris entre 1 500 et 2 200 euros<sup>8</sup>. Or les revenus des personnes âgées surtout ceux des catégories les plus défavorisées stagnent et devraient suivre cette tendance jusqu'en 2020 voire 2035 pour le premier décile (figure 4). Les aides publiques sont de ce fait de plus en plus sollicitées par les familles pour faire face à la charge financière. Parmi elles, l'APA et l'Aide personnalisée au logement (APL) sont sollicitées pour couvrir une partie des dépenses liées à la dépendance et à l'hébergement. L'aide sociale versée par les départements aux personnes âgées les plus défavorisées qui résident en Ehpad augmentent également. En 2010, cette aide a représenté un peu plus de 2 milliards d'euros soit 28% des dépenses départementales en faveur des personnes âgées. Les dépenses en faveur des personnes âgées représentent le premier poste de dépenses d'action sociale de 51 départements métropolitains (annexe 2).

Figure 4 : Revenus des personnes âgées dépendantes (y compris minimum vieillesse, avec indexation sur les prix), par décile



Source : INSEE(Destinie) pour groupe de travail.

Source : CHARPIN, Jean-Michel. *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*. Débat sur la dépendance. Juin 2011.

Les revenus des déciles supérieurs présentent des perspectives plus favorables. Cette population aisée de personnes âgées dépendantes ouvre de nouveaux marchés notamment à de petites et moyennes entreprises qui se spécialisent dans le secteur. Les innovations technologiques se multiplient notamment pour le maintien à domicile. Du

<sup>8</sup> CHARPIN, Jean-Michel. *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*. Débat sur la dépendance. Paris, Juin 2011. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_g2\\_def-2.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g2_def-2.pdf)

détecteur de présence à la tablette adaptée en passant par le terminal unique pour tous les professionnels intervenant à domicile, les idées sont nombreuses. Cependant, ces produits restent peu accessibles en termes de prix pour de nombreuses personnes âgées.

Ressources publiques sous contraintes et finances des ménages mises à mal, c'est l'ensemble du système de financement de la dépendance qui doit être revu et adapté. Cet aspect financier était l'un des principaux enjeux de la réforme de la dépendance engagée par le gouvernement de François Fillon.

### **1.1.3 La réforme avortée de la dépendance : de la déception à l'innovation**

C'est le 8 février 2011 que la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Mme Roselyne Bachelot-Narquin a lancé le débat national sur la dépendance. Celui-ci avait pour objet de préparer une réforme complète du système de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Quatre groupes de travail ont été constitués afin de réunir les professionnels pour qu'ils dressent un diagnostic de la situation actuelle et fassent des recommandations pour la réforme à venir. Les citoyens étaient appelés à participer via des forums sur internet. Ces travaux ont beaucoup mobilisés le secteur pendant tout le premier semestre, jusqu'à la remise des quatre rapports le 21 juin 2011. En septembre 2011, la ministre annonçait que la réforme était reportée du fait de la crise économique et financière. En janvier 2012, elle confirmait que celle-ci n'aurait pas lieu avant 2013.

L'engagement des professionnels dans le débat a été fort, et ce d'autant plus que la nécessité d'une réforme de l'organisation actuelle semble faire l'unanimité. Frustration et déception ont donc été au rendez-vous. Cependant, l'engagement de tous n'a pas été perdu. Les débats ont permis de faire émerger l'ensemble des besoins ainsi que de réfléchir à des solutions pour les couvrir. La question du rapprochement des secteurs du handicap et du grand âge a fait partie des débats. Même si aucune mesure n'a été prise au niveau national, les acteurs mettent déjà en œuvre des solutions nouvelles, localement applicables pour répondre aux enjeux qu'ils ont identifiés. De plus, les rencontres ont permis de toujours mieux se connaître, atout majeur du travailler ensemble.

## **1.2 La nouvelle place des tutelles dans l'innovation sociale du secteur de la dépendance**

L'un des apports majeurs de la loi HPST a été la régionalisation des politiques de santé par l'intermédiaire des ARS. Cette nouvelle autorité planificatrice dispose d'outils forts de régulation dont le plus emblématique est l'appel à projet. Ce dernier donne aux ARS et aux Conseils généraux une place à la fois particulière et nouvelle dans l'innovation.

### **1.2.1 La mise en place de la procédure d'appel à projet : un bouleversement culturel pour les acteurs du secteur de la dépendance**

Les porteurs de projets innovants du secteur de la dépendance sont traditionnellement des individus directement touchés par le problème considéré ou des associations présentes dans le secteur. Ils font émerger une réponse nouvelle à un besoin non ou mal couvert sur le terrain. Ils se tournent ensuite vers les pouvoirs publics pour financer ce projet légitimé par la proximité des promoteurs avec le terrain.

Avec la mise en place de la procédure d'appel à projet, la loi HPST modifie le régime des autorisations des ESMS. Elle bouscule aussi les mentalités et la culture du secteur dans la mesure où l'idée elle-même vient de l'autorité et non des acteurs de terrain. Paradoxalement, l'innovation vient s'inscrire dans la planification. En effet, les autorités, ARS en tête établissent un diagnostic de la situation sur leur territoire de référence. De ce diagnostic, elles tirent les besoins spécifiques de ce territoire. L'enjeu est ensuite de trouver la ou les réponses les plus adaptées grâce à la procédure d'appel à projet.

#### **A) Les projets avant la loi HPST : le passage en CROSMS**

Avant 2009, les projets de création, transformation et extension d'ESMS passaient par les Comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) pour avis consultatif avant la délivrance ou non de l'autorisation par les tutelles. Les porteurs de projet montaient un dossier qu'ils présentaient au comité. L'avis du CROSMS se fondait sur des critères de conformité, de qualité et de solidité financière du projet. Des fenêtres de dépôts par catégories de bénéficiaires permettaient d'encadrer les flux de dossiers.

Trois reproches principaux ont été faits aux CROSMS. Le premier est que les dossiers présentés pouvaient ne pas correspondre à un besoin réel du territoire. De plus, il était difficile pour les porteurs de projet de savoir si leur projet s'inscrivait bien dans la dynamique souhaitée sur le territoire. Le deuxième reproche est que les CROSMS n'ont pas suffisamment filtré et sélectionné les projets. Cela a conduit à des avis positifs pour des projets qui ne correspondaient pas aux besoins. Enfin, un avis favorable du CROSMS ne garantissait pas au porteur de projet de financement, celui-ci pouvait de ce fait ne pas voir le jour.

Fort de ces constats, le législateur a décidé d'abandonner cette procédure avec la loi HPST.

#### **B) La procédure d'appel à projet**

Dans la continuité de la loi HPST, le décret du 26 juillet 2010 précise le champ d'application de la procédure d'appel à projet (annexe 3). Celle-ci est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2010 accompagnée d'un dispositif transitoire pour les projets en cours d'étude.

La procédure s'applique aux ESMS de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (annexe 4). Les champs du grand âge et du handicap entrent donc bien dans ce cadre. Elle se fonde sur deux critères. Tout d'abord, le projet doit faire appel à des financements publics partiellement ou intégralement. Ces financements publics sont précisés à l'article L. 313-1-1 du Code de l'action sociale et des familles : il s'agit de « ceux apportés directement ou indirectement en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, par les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie les dépenses de fonctionnement. » Sont donc concernés les financements apportés par l'État, les départements, l'assurance maladie ou encore la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans le secteur des personnes âgées, l'APA en établissement ou l'aide sociale en sont des exemples. Le second critère est relatif à la nature du projet. L'appel à projet concerne toutes les créations d'ESMS précités. Il est également nécessaire pour les extensions qui représentent une augmentation de capacité supérieure à 30% de la capacité initiale autorisée ou d'au moins 15 places. Enfin, il s'adresse aux transformations d'ESMS qui entraînent un changement de catégorie de rattachement de l'ESMS considéré. Par exemple, un Institut médico-éducatif (IME) qui se transforme en Maison d'accueil spécialisée (MAS) est soumis à la procédure d'appel à projet. En revanche, si le même IME se transforme en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique il n'y est pas soumis.

Dans les secteurs des personnes âgées et du handicap, les autorités concernées par l'appel à projet sont les Conseils généraux et les ARS. Ceux-ci peuvent être émis indépendamment ou conjointement selon la nature du projet et le public accueilli. L'autorité émet un avis d'appel à projet contenant la qualité de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, un rapide descriptif du contenu du projet ainsi que ces objectifs, les possibilités d'obtention du cahier des charges, les différentes modalités de dépôt, d'envoi et d'instruction du dossier ainsi que les critères de sélection. L'avis précise également le jour et l'heure de remise des projets. Les délais entre l'émission de l'avis et la remise des dossiers sont de deux à trois mois.

D'après un premier bilan dressé par la CNSA et la direction générale de la cohésion sociale en novembre 2011, la procédure reste relativement peu utilisée. Sur la période allant d'août 2010 à septembre 2011, 54 appels à projet ont été identifiés. Sur cet ensemble, 70% relevaient de la compétence exclusive des ARS et 30% de la compétence conjointe ARS / Conseil général. Les champs les plus représentés sont les personnes âgées (44%) et les adultes handicapés (32%). De plus, sur l'ensemble des projets 20% sont des projets innovants ou expérimentaux<sup>9</sup>. Cependant ce bilan doit être nuancé par plusieurs éléments. En effet, les ARS ont regroupé plusieurs services dont les agents

---

<sup>9</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et Direction générale de la cohésion sociale. *Suivi de la Mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet*. Paris, 2011

avaient des statuts et des cultures différents. De tels regroupements nécessitent un temps d'adaptation qui peut durer quelques années. De plus, la conception et la rédaction des plans régionaux de santé et de toutes leurs composantes ont considérablement mobilisé les équipes.

### **1.2.2 Les autres formes de régulation des ARS**

Les ARS disposent d'autres formes de régulation. La loi HPST incite au décloisonnement entre les secteurs ambulatoire, sanitaire et médico-social. Les ARS sont poussées à la transversalité. C'est la logique de filière qui est mise en avant. L'idée est de centrer la politique autour de l'utilisateur en réfléchissant un parcours de soins complet intégrant tous les acteurs concernés. Par exemple la filière gériatrique se pense aussi bien avec les médecins traitants qu'avec l'hôpital, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les ESMS.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) permet également un échange entre professionnels, autorités et usagers des différents champs de la santé.

### **1.2.3 Les tutelles dans l'innovation sociale : de l'approbation à l'initiative**

La procédure d'appel à projet donne un cadre très clair aux nouvelles autorisations. Elle permet une mise en adéquation des besoins et de l'offre sur un territoire. Elle fait passer les tutelles d'autorité d'approbation à force motrice de proposition. Cela ne signifie pas pour autant que les porteurs de projet traditionnels deviennent de simples exécutants. Les cahiers des charges laissent des marges de manœuvre très significatives aux candidats. À cet égard, l'innovation trouve sa place dans les appels à projet y compris ceux qui ne sont pas estampillés « innovants ».

Ce soutien des institutionnels à l'innovation est nécessaire. La définition de l'innovation sociale admise au Québec depuis une dizaine d'années précise ce point. L'innovation sociale y est définie comme « toute nouvelle approche, pratique, ou intervention, ou encore, tout nouveau produit mis au point pour améliorer une situation ou résoudre un problème social et ayant trouvé preneur au niveau des institutions, des organisations, des communautés. »<sup>10</sup> (page 380). L'innovation doit passer par cette phase de validation. Ce soutien vital comporte deux risques. Le premier est que les institutionnels restent dans l'affichage politique. S'il donne de la visibilité à un projet, il ne doit pas devenir un frein en refusant certains aspects. L'innovation reste fondamentalement ce qui bouscule les habitudes et les mentalités. Le second risque réside dans la coopération qui anime de tels projets. Des lieux comme la CRSA sont certes des lieux d'échange qui peuvent faire émerger des réponses nouvelles, mais ils

---

<sup>10</sup> DANDURAND, Louise. "Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative." *Revue française d'administration publique* 115, no. 3 (2005): 377-382.

sont aussi des lieux de consensus. Or rechercher à tout prix le consensus est un obstacle aux idées nouvelles.

## **2 Chapitre 2 : La plateforme de Donzère : innover pour répondre aux enjeux locaux**

La plateforme de Donzère s'inscrit dans son environnement local. Elle répond aux besoins identifiés par l'ARS et le Conseil général.

### **2.1 Caractéristiques socio-économiques du territoire<sup>11</sup>**

Donzère se situe dans le département de la Drôme à 65 kilomètres au sud de Valence et à 15 kilomètres au sud de Montélimar. La commune compte 5 063 habitants ce qui représente 1% de la population départementale. Avec un taux de croissance annuel moyen de 1,6%, la population progresse doucement. Les 65 ans et plus représentent 13% de la population et les 75 ans et plus 6%.

Ce territoire rural connaît des difficultés économiques avec un taux de chômage de 14,3%. Par ailleurs, les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les ouvriers et les retraités avec chacun 21,2%, les autres personnes sans activité professionnelle avec 17,7% et les employés avec 16,9%. Les cadres et professions intellectuelles supérieures ne représentent que 6% de la population.

### **2.2 Des besoins locaux identifiés<sup>12</sup>**

L'ARS Rhône-Alpes a défini 5 territoires de santé. Donzère appartient au territoire sud qui comprend la Drôme, une grande partie de l'Ardèche et une petite partie de l'Isère (annexe 5). L'hôpital de référence le plus proche de la commune est le centre hospitalier de Montélimar.

#### **2.2.1 Pour les personnes âgées**

Les besoins en équipements médico-sociaux sont bien connus sur le département grâce à une étude menée en 2005 pour l'adoption du schéma départemental en faveur des personnes âgées. Le bassin de vie de Donzère correspond au canton de Pierrelatte. L'étude prévoit une augmentation de 177% du nombre de personnes de 75 et plus entre 2010 et 2030. Cela représenterait 2 443 personnes en 2030. Ce taux d'évolution est supérieur de 13 points à celui de l'ensemble des bassins de vie du département. Le canton compte 40 places d'hébergement en Ehpad et 77 en foyer-logement à fin 2011. D'après les estimations de l'étude précitée le déficit de places en établissement sera de 50 en 2015 et de 110 en 2030. En 2011, le département de la Drôme compte un peu plus

---

<sup>11</sup> INSEE, *Rapport complet - Commune de Donzère*, mise à jour le 30 juin 2010, chiffres de 2008

<sup>12</sup> ARS RHONE-ALPES et CONSEIL GENERAL de la DROME, *Cahier des charges*, Avis d'appel à projet ARS n°2011-12-06 / Conseil général n°11-DS-0781, 02/01/2012

de 11 000 bénéficiaires de l'APA. Le canton de Pierrelatte en compte lui 370 dont 64% à domicile et 36% en établissement.

L'une des grandes problématiques liées au vieillissement de la population est la prise en charge des personnes atteintes de démences. L'étude PAQUID conduite en France en 2003 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) donne des repères pour quantifier le phénomène. Si l'on applique le taux de prévalence de cette étude (17,8%) au département de la Drôme, on peut estimer que près de 3 100 personnes de 75 ans et plus sont atteintes de démence et de troubles apparentés. L'étude estime que 80% d'entre elles sont atteintes d'Alzheimer soit dans ce cas 2 470 personnes. Appliqués au canton de Pierrelatte, les chiffres obtenus sont de 284 personnes atteintes de démences dont 227 atteintes d'Alzheimer. Cela représente environ 114 personnes en établissement (40%). Toujours en appliquant les résultats de l'étude PAQUID, la Drôme compte environ 1 500 nouveaux cas de démence chaque année<sup>13</sup>.

L'importance des démences et des troubles apparentés demande des réponses à la fois variées et évolutives. La prise en charge des personnes désorientées exige des locaux adaptés et du personnel volontaire et formé. De plus, 60% des personnes atteintes de démence restent à domicile. Elles sont aidées par leurs proches souvent le conjoint ou les enfants ainsi que par des professionnels via notamment les SSIAD. S'occuper d'un proche atteint de démence est une tâche difficile. Les aidants sont confrontés à des problèmes d'isolement et d'épuisement conduisant parfois au décès prématuré de l'aidant. Il est donc indispensable d'offrir à la fois des structures adaptées aux personnes atteintes de démences ainsi que de lieux de répit pour les aidants à proximité du domicile.

### **2.2.2 Pour les personnes handicapées vieillissantes**

Le département a également menée une réflexion sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes en 2007. Celle-ci s'est faite en partenariat avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de la Drôme ainsi qu'avec les acteurs locaux du handicap et de la gérontologie. À cette époque, le département a estimé qu'au moins 261 personnes handicapées vieillissantes étaient prises en charge par les ESMS sur le territoire. Les personnes concernées par cette étude étaient les personnes handicapées de 50 ans et plus. Sur les 261 personnes, plus du quart vivaient dans le sud du département, 60% avaient un handicap mental et 30% un handicap psychique. De plus, près de la moitié de ces personnes vivaient une remise en cause de leur situation. Les principaux facteurs explicatifs étaient le vieillissement des personnes handicapées et/ou de leur entourage ainsi que le passage à la retraite pour les travailleurs d'établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

---

<sup>13</sup> ADMS, *Dossier d'appel à projet « Ehpad Aux portes de Provence » à Donzère*, pages 101 à 103, mars 2012

Ces situations difficiles nécessitent des solutions permettant d'aplanir au maximum les ruptures. En effet, le passage de la vie active à la retraite est un élément de rupture fort qui peut être mal vécu. Pour un travailleur en ESAT, la retraite est souvent une double rupture. Elle représente d'une part l'entrée dans l'inactivité et d'autre part la perte du logement, les travailleurs handicapés étant souvent logés dans des foyers de vie adjacents. Cela crée une perte de repère pour des personnes déjà fragilisées par le handicap en particulier mental ou psychique.

Une autre situation problématique identifiée est celle des personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents. Ces derniers vieillissent et ne peuvent plus toujours assumer l'accompagnement d'un enfant lui-même vieillissant. La séparation est souvent peu envisageable d'une part comme de l'autre. Elle représente une rupture affective majeure associée à des sentiments de culpabilité et d'abandon et à une perte de repères. Les solutions de prise en charge résident dans l'accompagnement à domicile ou dans l'accueil conjoint parents/enfant afin de répondre à l'ensemble des besoins qu'ils expriment.

## **2.3 Répondre aux besoins locaux dans la logique du pilotage**

L'identification de ces besoins locaux a permis aux tutelles de construire des préconisations et des objectifs à mettre en œuvre sur le territoire. L'appel à projet pour « une structure innovante d'hébergement de type Ehpad plateforme de services pour personnes âgées et pour personnes handicapées vieillissantes » lancé conjointement par l'ARS Rhône-Alpes et le Conseil général de la Drôme est une déclinaison opérationnelle de leurs objectifs.

### **2.3.1 Les préconisations départementales**

Comme indiqué précédemment, la réflexion menée en 2007 pour les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et aux personnes handicapées a conduit à une série de préconisations. Le schéma départemental n'étant pas disponible, le rapport issu de cette réflexion a servi de base à l'analyse. Les besoins du territoire nécessitent une diversité de réponses mais le projet de Donzère reprend à lui seul des éléments issus des 7 préconisations formulées. Elles sont présentées ci-dessous :

- « *Proposer une offre diversifiée permettant de répondre à la diversité des situations et à leurs évolutions ;*
- *Organiser un accompagnement des personnes permettant de repérer d'éventuelles dégradations de leur situation.* » (page 4)
- « *Veiller à préserver le cadre relationnel de la personne par des réponses géographiquement proches de son lieu de vie antérieur ;*

- *Pour les personnes issues du travail protégé, qui constituait pour elles un cadre structurant, veiller à organiser une transition progressive ainsi qu'à proposer un nouveau cadre de référence » (page 4)*
- *« Dans tout projet de réponse aux personnes handicapées vieillissantes, intégrer la dimension « soins », et proposer un accompagnement au public visé. » (page 5)*
- *« Promouvoir la création de petites unités de vie adossées à des Ehpad ou des établissements pour personnes handicapées. » (page 5)*
- *« Pour favoriser la maintien à domicile, prévoir des SAVS « renforcés » ou des SAMSAH » (page 5)*
- *« Traiter ces situations au cas par cas, en prévoyant et formalisant la coordination des interventions du secteur médico-social avec le secteur psychiatrique » (page 6)*
- *« Étudier avec la CDAPH la possibilité d'émettre des avis ou orientations spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes » (page 6).*

La plateforme de Donzère répond à ces recommandations en offrant une unité de vie de 12 lits dédiée aux personnes handicapées vieillissantes au sein de l'Ehpad. Elle offre aussi 10 logements adaptés pour des personnes handicapées vieillissantes vivant seules ou non. Les logements s'appuient sur un SAVS qui pourra aussi intervenir sur la commune. Ces différents services seront ouverts sur l'extérieur, le projet d'établissement devant en préciser les modalités.

### **2.3.2 Le projet régional de santé**

Conformément à la loi HPST, l'ARS construit et adopte un plan régional de santé (PRS) pour la période 2012-2017. Le plan stratégique régional de santé (PSRS) a été adopté en août 2011. Les schémas et programmes sont toujours en cours d'élaboration, leur adoption est prévue pour le mois d'octobre 2012. Les différents travaux du PRS se fondent sur une étude des besoins menée en collaboration avec l'observatoire régional de santé (ORS) de Rhône-Alpes. Une partie du diagnostic était consacrée au handicap et au vieillissement. Ce thème est l'un des cinq thèmes majeurs définis au niveau national : périnatalité et petite enfance, santé mentale, maladies chroniques, handicap et vieillissement, risques sanitaires. Le PSRS de Rhône-Alpes a décliné 12 orientations et 18 objectifs prioritaires répartis dans 3 axes d'intervention. La plateforme de Donzère s'inscrit dans ces grandes orientations. Elle répond à 3 orientations du troisième axe d'intervention :

- *« Axe 3 : fluidité des prises en charge et des accompagnements :*
  - o *Orientation 2 : améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique et leurs aidants :*

- *Priorité : développer l'offre de soins de rétablissement permettant à une personne atteinte dans ses capacités mentales de parvenir au plus grand niveau d'autonomie possible.*
- *Orientation 4 : développer des modes d'accompagnement adaptés aux besoins et projets de vie des personnes en perte d'autonomie :*
  - *Priorité : apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes.*
- *Orientation 5 : promouvoir dans le respect de la bientraitance et des droits des personnes, la cohérence et la continuité des accompagnements des personnes en perte d'autonomie du fait de leur handicap ou du vieillissement :*
  - *Priorité : prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées. » (page 66)*

Elle répond de façon secondaire à deux autres orientations du PSRS :

- « *Axe 1 : développement et prévention, notamment des risques environnementaux :*
  - *Orientation 2 : Accentuer la lutte contre les infections liées aux soins :*
    - *Priorité : prévenir les infections associées aux soins en établissements de santé et les risques infectieux en Ehpad. » (page 65)*
- « *Axe 2 : accès à une offre en santé adaptée et efficiente :*
  - *Orientation 5 : prévenir, retarder ou limiter les conséquences de la perte d'autonomie chez la personne âgée ou la personne handicapée :*
    - *Priorité : limiter la survenue d'évènements indésirables, développer l'accessibilité à des dispositifs de droit commun de prévention et de soin, et favoriser un environnement de vie adaptée aux personnes. » (page 66)*

Outre les unités consacrées aux personnes handicapées vieillissantes, la plateforme comprend une unité dédiée aux personnes atteintes de démence et de troubles apparentés de type Alzheimer de 12 lits. Elle offre également 2 lits d'hébergement temporaire pour ce public et un pôle de répit pour les aidants. Ce dernier est ouvert aux familles des résidents permanents ou temporaires mais aussi à l'ensemble des familles touchées par ce problème sur la commune et ses environs.

### **3 Chapitre 3 : La plateforme de Donzère ou l'innovation dans la rencontre et la coopération**

Le projet de Donzère a pu naître grâce la rencontre de divers éléments de contexte favorables. La coopération de différents acteurs du territoire a aussi favorisé son émergence et sa concrétisation.

#### **3.1 Un contexte favorable**

Le projet de Donzère est né de la rencontre d'un besoin avec une demande locale et un financement.

##### **3.1.1 La rencontre de la demande d'un élu local et d'un besoin identifié par l'ARS**

La demande initiale a été formulée par un élu de la commune de Donzère en 2010. Celui-ci a présenté à l'ARS un projet d'Ehpad « classique » de 144 lits conçu par un opérateur privé. Le canton dans lequel est situé la commune présente un déficit de places (50 d'ici 2015 et 110 d'ici 2030) mais qui reste bien inférieur au projet proposé. Cette demande est intervenue alors que l'ARS réfléchissait au PRS et à ses priorités. Dans la continuité du débat sur la dépendance, les frontières entre handicap et grand âge bougeaient et devenaient poreuses. Le travail d'identification des besoins mené avec l'ORS a fait émerger les problématiques du territoire. L'ARS a de ce fait réfléchi à la fois à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et à celle des personnes handicapées vieillissantes. En parallèle de ces réflexions internes, l'ARS a pris contact avec des chercheurs menant des travaux sur l'intégration des personnes handicapées vieillissantes dans la politique de la ville. Ces recherches ont corroboré les conclusions des travaux de l'ORS ainsi que les problématiques soulevées par les acteurs du territoire. Forte de ces éléments, l'ARS a rejeté le projet tel qu'il lui avait été proposé et l'a remplacé par un projet de structure multi-public. Les besoins en place d'hébergement Ehpad classique ont été largement revus à la baisse et complétés par des unités dédiées.

La mise en place du projet a été possible grâce à un financement inattendu. En effet, une telle structure n'était pas prévue dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) en cours. L'ARS a obtenu un financement de la réserve parlementaire nationale qui lui a permis d'engager le projet. Cette réserve est une subvention exceptionnelle accordée aux collectivités territoriales pour financer leurs projets d'investissement. Elle est attribuée par décision du ministre de l'Intérieur et peut être proposée par la Commission des finances de l'Assemblée nationale ou du Sénat.

### 3.1.2 Une réflexion mûrie et une démarche pédagogique

L'ARS s'est rapidement rapprochée du Conseil général de la Drôme dans la mesure où l'Ehpad relève de la double compétence. Le Conseil général a très vite adhéré au projet et ce d'autant plus qu'il répondait à des besoins qu'il avait lui-même identifiés. De nombreux autres acteurs ont été associés à la réflexion pour construire une plateforme pertinente au niveau local. Une recherche de projets proches a été effectuée au niveau national. Les résultats ont été relativement dans la mesure où les projets sont peu nombreux et où ils répondent à un contexte local particulier.

L'ARS a visité d'autres Ehpad de la région dont certains accueillaient déjà des personnes handicapées vieillissantes. Ces visites ont permis d'échanger avec d'autres professionnels et de tirer les leçons de leurs propres expériences. Une visite dans l'Isère a été l'occasion de découvrir les différences existantes entre départements. En effet, l'Isère applique très strictement la limite d'âge pour les personnes handicapées. Après 60 ans, elles doivent donc obligatoirement quitter leur foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou leur MAS au profit d'un Ehpad. La Drôme n'applique pas strictement cette mesure et les personnes peuvent rester quelques années supplémentaires dans leur structure. Une telle différence a des conséquences en termes de prises en charge de ces personnes handicapées vieillissantes et nécessite la présence de structures d'accueil de cette population.

Les acteurs de la psychiatrie ont aussi été sollicités. En effet, les personnes handicapées vieillissantes qui seront prises en charge sont des personnes présentant un handicap psychique. Les personnes présentant des handicaps psychiques sont parfois hospitalisées en psychiatrie faute de solutions plus adéquates. Les solutions d'aval font défaut et l'hôpital psychiatrique n'offre pas la prise en charge la plus adaptée pour ces personnes au long cours. De plus, l'hôpital ne peut plus répondre correctement aux besoins de prises en charge aiguës par manque de place. D'après une enquête de l'ARS Rhône-Alpes menée en 2010 sur les hospitalisations inadéquates en psychiatrie, 13 personnes dans la Drôme et 12 dans l'Ardèche étaient susceptibles d'être réorientées vers des Ehpad<sup>14</sup>. Pour valider la pertinence de la logique d'aval offerte par la plateforme, l'ARS a pris contact avec plusieurs professionnels du secteur :

- Le psychiatre de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie de Valence,
- Un psychiatre spécialisé du centre hospitalier spécialisé (CHS) Le Valmont qui intervient aussi sur Montélimar. L'équipe mobile est adossée à ce CHS.
- Un psychiatre de la clinique Sainte-Marie située dans l'Ardèche.
- Le chargé de mission du projet médical de psychiatrie Drôme – Ardèche.

---

<sup>14</sup> ARS RHONE-ALPES et CONSEIL GENERAL de la DROME, *Cahier des charges, Avis d'appel à projet ARS n°2011-12-06 / Conseil général n°11-DS-0781, 02/01/2012*

La sollicitation de ces professionnels pour alimenter la réflexion permet d'une part de légitimer le projet et d'autre part de préparer l'intégration de la future plateforme sur le territoire.

Enfin, les élus locaux ont été associés à la démarche. Le projet retenu n'étant pas celui qu'ils avaient proposé, un véritable travail pédagogique a été effectué. Il est essentiel que les élus s'investissent dans un projet comme celui-ci. Pour cela, ils doivent en comprendre tout l'intérêt et la pertinence. Le travail d'explication est important car seuls certains élus ont une bonne connaissance du système médico-social et de ces enjeux.

## **3.2 L'innovation par la coopération**

### **3.2.1 L'association pour le développement du service public médico-social**

Cinq candidats ont répondu à l'appel à projet. Le projet retenu par la commission est celui de l'association pour le développement du service public médico-social (ADMS). Cette association a été fondée à l'initiative de la Fédération hospitalière de France (FHF) pour répondre aux appels à projet et créer les montages immobiliers dans une optique de soutien aux établissements publics. Les fédérations régionales transmettent les appels à projet à l'association qui assure en parallèle sa propre veille. Lorsqu'un avis d'appel à projet est émis, l'ADMS contacte les établissements publics du territoire. Si un établissement est intéressé par le projet, l'ADMS monte le dossier. Elle ne répond pas à l'appel à projet si un établissement public répond de lui-même ou si aucun acteur public n'est prêt à reprendre l'autorisation. L'ADMS n'a pas vocation à assurer la gestion des établissements, elle ne conserve donc pas les autorisations. De ce fait, si l'ADMS obtient l'autorisation pour un projet, elle la transmet à établissement public de santé ou un établissement médico-social public.

Dans le cas de Donzère, l'ADMS a reçu l'avis d'appel à projet par la fédération régionale de Rhône-Alpes. Le centre hospitalier de Montélimar a fait part de son intérêt pour cette plateforme. L'ADMS a donc monté et présenté le dossier. Elle transmettra l'autorisation au centre hospitalier après l'obtention du permis de construire. Le projet proposé s'inscrit complètement dans une démarche de bienveillance. Présente dans les prises en charge, la bienveillance passe aussi par l'environnement. Le bâtiment sera haute qualité énergétique ce qui favorise à la fois le bien-être des résidents et du personnel. Ces éléments alliés à la solidité financière du projet ont été des atouts incontestables. Mais un autre élément a fait ressortir ce projet : l'implication du centre hospitalier de Montélimar.

### **3.2.2 Intégrer la plateforme dans la filière gériatrique locale : l'Ehpad et le centre hospitalier de Montélimar**

Le centre hospitalier de Montélimar est un acteur clé de la filière gériatrique sur le sud de la Drôme. Il compte 257 lits de médecine, chirurgie et obstétrique, 46 lits de SSR et 40 lits de soins de longue durée (USLD). Cette offre est complétée par 5 places de chirurgie ambulatoire, 8 places d'hospitalisation de jour de médecine et 18 places d'hospitalisation de jour en psychiatrie infanto-juvénile. Le centre hospitalier dispose également de 22 places d'hospitalisation à domicile.<sup>15</sup>

Le transfert de l'autorisation au centre hospitalier va permettre des économies d'échelle. En effet, la restauration et la lingerie seront mutualisées. Les repas seront produits et livrés par le centre hospitalier. L'Ehpad n'a pas besoin d'une cuisine aux normes mais seulement d'offices pour maintenir au chaud les plats. L'investissement dans une cuisine coûte cher et l'argent peut être utilisé pour des fonctions qui constituent le cœur de métier de l'Ehpad. Des économies substantielles sont aussi réalisées en termes de personnel. La démarche est la même pour l'entretien du linge qui sera réalisé par le groupement d'intérêt public de la Drôme provençale et du Haut-Vaucluse dont fait partie le centre hospitalier. Cette externalisation permet des économies en termes d'investissement et de recrutement. Par ailleurs, l'Ehpad bénéficiera de toutes les fonctions supports du centre hospitalier : direction générale, direction des soins notamment pour l'hygiène, services financiers, systèmes d'information, ressources humaines, services économiques et logistiques, qualité et relations avec les usagers, communication.

Le rattachement de l'Ehpad au centre hospitalier bénéficiera aux deux établissements. Le centre hospitalier renforce sa filière d'aval et complète son offre gériatrique déjà constituée entre autres de places de SSR et d'USLD. L'Ehpad devrait signer des conventions de partenariat pour faciliter l'accès de ses résidents aux services du centre hospitalier en cas d'hospitalisation ainsi qu'à la consultation mémoire.

### **3.2.3 Les autres partenariats envisagés**

L'Ehpad a un projet de convention avec le CHS Le Valmont notamment pour l'orientation des personnes handicapées vieillissantes actuellement en hospitalisation inadéquate en psychiatrie. Les CHS développe aussi des équipes mobiles de gérontopsychiatrie sur le territoire. Celles-ci pourraient intervenir sur l'Ehpad en soutien du psychologue de l'établissement.

Des rapprochements formalisés ou non sont prévus avec les établissements hébergeant des personnes handicapées et en particulier avec les ESAT. Il s'agit d'une part d'offrir une solution d'aval à ces établissements pour les personnes handicapées

---

<sup>15</sup> DREES. *CH de Montélimar*. SAE 2010

vieillissantes qu'elles hébergent. Il s'agit d'autre part de maintenir le contact avec ces établissements pour le bien-être des résidents. En effet, les ruptures doivent être le plus possible atténuées pour des personnes déjà fragilisées. L'Ehpad leur offre donc la possibilité de maintenir le lien avec leur ancien lieu de vie. Les résidents pourront s'y rendre pour retrouver les lieux et les gens avec qui ils ont vécu pendant de longues années. Ils pourront aussi recevoir des visites des équipes et de leurs anciens camarades.

Enfin, l'Ehpad se veut ouvert sur son environnement et en premier lieu la commune de Donzère. Cette ouverture prend deux formes. La première consiste à offrir des services à l'ensemble de la population âgée et handicapée via le SAVS, l'hébergement temporaire et le pôle d'aide aux aidants. La deuxième est de participer à des manifestations organisées sur la commune. Les résidents doivent avoir la possibilité de participer à la vie de la commune et d'aller en ville s'ils le souhaitent. Des ateliers intergénérationnels organisés en lien avec les écoles sont aussi une piste d'ouverture.

### **3.3 La coopération : une histoire interne**

La coopération passe par l'extérieur mais elle se vit aussi à l'intérieur même de la plateforme. En effet, la plateforme n'accueille pas un public mais des publics. Personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées démentes et personnes âgées dépendantes n'ont pas les mêmes parcours de vie et les mêmes besoins. Créer du lien passe par l'organisation d'activités communes, de lieux d'échanges pour favoriser le respect et la compréhension mutuelle dans un cadre protégé. Les unités de vie dédiées et protégées ne sont pas des vases clos mais des espaces sécurisants qui doivent permettre de s'ouvrir aux autres dans la mesure de ses possibilités. Maintenir un véritable lien social fait partie intégrante de la lutte contre la perte d'autonomie.

La coopération interne est aussi celle du personnel. Outre les fonctions de direction et les fonctions administratives qui seront mutualisées, certains personnels travailleront sur l'ensemble de la plateforme. Le médecin coordonnateur, l'animateur ou encore le psychologue interviendront dans les différentes unités. Certains personnels soignants seront amenés à travailler dans diverses unités et à côtoyer divers publics. L'unité pour personnes handicapées vieillissantes bénéficiera d'un temps d'éducateur nécessaire à l'accompagnement spécifique de cette population. L'unité dédiée aux personnes âgées atteintes de démence aura un personnel spécifique, volontaire et formé. En effet, la prise en charge de cette population requiert des compétences particulières qui nécessitent une formation. De plus, le travail aux côtés de personnes désorientées est difficile. Il est de ce fait préférable pour le personnel comme pour les résidents que cet engagement soit choisi et non imposé aux équipes soignantes. D'une façon générale, le personnel travaillant dans ces unités est donc volontaire.

## **4 Chapitre 4 : Leviers et freins de l'innovation dans le projet de Donzère**

Il est important d'identifier les leviers et les freins qui ont joué dans le projet de Donzère. Ceux-ci servent de fondement à des propositions d'outils permettant de piloter une politique d'innovation sociale dans le secteur de la dépendance sur un territoire.

### **4.1 La place de l'innovation dans le projet de Donzère**

L'innovation se situe à plusieurs niveaux dans le projet de plateforme. Tout d'abord dans le concept pensé par les tutelles et en premier lieu l'ARS. Des Ehpad qui accueillent des personnes handicapées vieillissantes existent déjà depuis plusieurs années à divers endroits du territoire national. On peut citer l'Ehpad du Perron à Saint-Sauveur dans l'Isère qui a fait l'objet d'une visite par l'équipe de l'ARS lors de la préparation du projet de Donzère ou la résidence La Poterie à Chartres de Bretagne qui accueille des parents âgés et leur enfant handicapé vieillissant. Ces exemples restent encore marginaux comparativement au nombre d'Ehpad et à l'ampleur des besoins. De nombreux Ehpad proposent aujourd'hui des accueils spécialisés pour les personnes âgées atteintes de démence sous forme d'unité protégée, d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire. Cependant, la plateforme de Donzère reste unique par la diversité de ces services sur un même lieu.

Un deuxième élément, très lié au premier, réside dans la diversité des publics accueillis :

- des personnes handicapées vieillissantes avec des problèmes psychiatriques,
- des personnes âgées avec une dépendance physique,
- des personnes âgées avec des troubles cognitifs et psychiatriques,
- des aidants qui peuvent trouver des orientations, des lieux ressources et comprendre la maladie de leur proche sur la plateforme grâce au pôle de répit.
- des personnes handicapées vieillissantes accueillies dans des logements adaptés sur site et prises en charge par le SAVS.

On pourrait y ajouter les personnes handicapées vieillissantes de la commune prises en charge par le SAVS à leur domicile même si elles ne résident pas sur le site de la plateforme.

Le fait que le projet retenu soit celui porté par le centre hospitalier donne également une dimension particulière au projet. Celui-ci bénéficie de toute la force de frappe du secteur public. La candidature portée par la FHF via l'ADMS donne une dimension fédérative au projet dès le départ. Cela permet au futur établissement de s'appuyer sur un acteur très bien implanté sur le territoire, le centre hospitalier de Montélimar mais aussi de nouer des partenariats plus facilement avec les autres acteurs publics du territoire. La

plateforme va donc s'inscrire dans la filière gériatrique dès le départ et beaucoup plus rapidement qu'un acteur novice sur le territoire.

## **4.2 Les leviers à l'innovation dans le projet de Donzère**

Les facteurs qui ont favorisé l'émergence de ce projet sont multiples. Le premier est l'interpellation des tutelles par un élu local. Même si le projet proposé par cet élu n'a pas été retenu, sa demande a permis d'attirer l'attention des autorités sur ce bassin de vie en particulier.

Le moment où cette demande a été formulée a également été crucial. L'ARS réfléchissait à l'organisation des secteurs personnes âgées et handicap et identifiait les besoins spécifiques de son territoire. Elle a donc pu voir cette demande comme une opportunité pour mettre en œuvre quelque chose de nouveau.

Le troisième levier réside dans les acteurs eux-mêmes. La demande initiale a trouvé son écho dans des personnes qui avaient leur sensibilité et leur expérience. La solution présentée ne leur a pas donné satisfaction. C'est de cette insatisfaction qu'est née la réflexion qui a conduit à une réponse nouvelle. Les acteurs ont aussi travaillé dans un esprit d'échange et d'ouverture.

Le contexte général a favorisé et a rendu soutenable l'idée d'un décloisonnement entre les secteurs du handicap et du grand âge. Comme on l'a vu les besoins d'une personne handicapée vieillissante et d'une personne âgée dépendante sont différents tout comme leurs parcours de vie. Il n'en reste pas moins que ces publics connaissent des similitudes qui rendent pertinents une prise en charge partiellement commune.

Enfin, le contexte économique favorise aussi la réflexion sur le rapprochement des secteurs. En effet, les ratios de personnel sont d'environ 1,4 en MAS, 1,1 en FAM alors qu'ils ne sont que de 0,6 en Ehpad. Ces établissements coûtent donc plus chers et sont financés sur fonds publics. De plus, les hospitalisations indues en psychiatrie sont également très coûteuses en termes d'argent public. Des prises en charge alternatives peuvent s'avérer aussi voire plus pertinentes pour la personne prise en charge et moins onéreuses pour la société. Dans le cas de Donzère l'unité personnes handicapées vieillissantes répond à cette logique. Même si elle bénéficie de financements supplémentaires par rapport à l'Ehpad pour répondre aux besoins spécifiques d'accompagnement, elle reste une solution pertinente à un coût supportable par la société.

## **4.3 Les freins à l'innovation dans le projet de Donzère**

Les freins ont été de deux types : psychologique et financier. Le contexte économique a eu un effet ambivalent. Comme on l'a vu précédemment, il a pu favoriser l'innovation mais il a aussi créé quelques tensions et blocages. La question du

financement a influencé la taille de la plateforme. L'unité pour personnes handicapées vieillissantes devait accueillir 24 personnes dans la version initiale du projet. Cet investissement était trop lourd pour le Conseil général, principal financeur de l'exploitation, qui ne se voyait pas en capacité de soutenir le fonctionnement d'une telle unité. Le projet a donc abouti à 12 places. Par ailleurs, certains dossiers de candidature n'ont pas été au bout du projet car ils ne parvenaient pas à trouver leur équilibre financier.

Un deuxième frein plus psychologique est inhérent à l'innovation. Sortir des sentiers battus et des modèles existants demande un véritable travail sur soi. Il n'est pas évident de se projeter sur un inconnu dont la pertinence et l'efficacité ne pourront être vraiment testées qu'après sa réalisation. La difficulté est particulièrement présente dans le secteur du fait de l'encadrement strict des établissements. Chaque établissement a son modèle de financement avec des financeurs qui varient. Dans ce cas précis, l'Ehpad est en financement tripartite ARS, Conseil général et résident alors que le SAVS est financé à 100% par le Conseil général. En plus de ce travail sur soi, il faut dans un deuxième temps travailler avec les autres. Convaincre les différents partenaires du bien-fondé d'une idée nouvelle peut s'avérer difficile. Ses partenaires sont aussi bien externes, ici les élus locaux, qu'internes, ici ses propres équipes. Les tutelles étaient en mesure d'imposer leur vision des choses à travers l'appel à projet mais avoir pris le temps d'expliquer et fait adhérer l'ensemble des acteurs et partenaires est un élément de réussite de ce projet. L'opposition de l'un des partenaires peut freiner voire faire échouer un tel projet en amont mais aussi en aval, une fois l'autorisation délivrée.

Un frein contextuel s'est ajouté aux deux précédents. En effet, la procédure d'appel à projet est encore récente et les acteurs ont dû s'approprier cet outil qu'ils maîtrisent encore mal.

#### **4.4 Propositions pour piloter l'innovation dans le secteur de la dépendance**

L'exemple de la plateforme de Donzère permet d'isoler des facteurs de réussite pour des projets innovants dans le secteur de la dépendance. La perspective adoptée est celle de la construction d'un appel à projet innovant du Conseil général, de l'ARS ou de ces deux acteurs conjointement.

Le premier facteur de réussite est la connaissance du territoire : pouvoir poser un diagnostic fin de la situation du territoire concerné. Des problématiques comme celles de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou démentes, de l'aide aux aidants ou de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes se posent au niveau national. Cependant chaque territoire est unique de par son histoire, la structure de son offre, les caractéristiques de sa population ou encore les liens existants entre les différents acteurs. Une plateforme du même type que celle de Donzère peut apporter une

solution à un autre territoire mais ne peut pas être transposée de façon parfaitement identique. La prise en compte du contexte local reste fondamentale. Les travaux des ORS apportent souvent des informations précieuses sur le territoire aux décideurs locaux. Ce sont donc des sources à solliciter avant tout projet.

Une fois les besoins du territoire précisément posés apparaît le deuxième facteur de réussite. L'innovation vient d'un ou de quelques individus pionniers qui opèrent une remise en cause des normes en proposant une alternative à l'existant. Il semble difficile de créer des pionniers. En revanche, les tutelles peuvent créer un environnement qui favorise leur émergence. Il est possible de mettre en place des lieux qui favorisent l'échange par des groupes de travail ad hoc par exemple. Ces groupes peuvent être pensés de façon large, au-delà des acteurs traditionnels sollicités sur telle ou telle question. Un climat de confiance favorise l'émergence d'idées en limitant l'autocensure. Réfléchir sur un appel à projet passe par l'écoute du terrain et de ses différentes voix.

Le troisième facteur est la pédagogie. Une fois de plus, innover c'est bousculer les normes. Prendre le temps d'expliquer la démarche est important. Il faut au moins en partie faire adhérer les acteurs, les faire entrer dans la démarche pour qu'ils puissent se l'approprier.

Enfin, le cahier des charges proposé aux candidats doit leur laisser des marges de manœuvre. Les candidats sont au moins en partie déjà présents sur le territoire. Ils le connaissent et prennent en charge des populations fragilisées souvent depuis de longues années. Il est important de leur laisser des espaces pour qu'ils puissent ajouter au projet leurs propres idées et initiatives.

## Conclusion

Le secteur médico-social a connu de nombreux changements au cours de la dernière décennie. Il doit répondre au vieillissement et à l'augmentation conjointe de la dépendance physique et psychique des personnes âgées. Cette croissance des besoins se heurte à des ressources de plus en plus contraintes. Par ailleurs, la loi HPST et la mise en place des ARS comme pilotes de la politique de santé dans les régions ont bouleversé la culture du secteur. La procédure d'appel à projet est l'un des outils majeurs dont disposent les ARS pour ce pilotage. Une part significative de ces appels à projet est consacrée aux projets innovants. Ceux-ci doivent contribuer à faire sauter les barrières entre les différents champs notamment entre celui du handicap et du grand âge. Cet enjeu est d'autant plus important que le vieillissement des personnes handicapées nécessite des prises en charge spécifiques qui interrogent l'ensemble des acteurs.

La plateforme de Donzère illustre l'importance de ces enjeux. Véritable réponse innovante aux besoins locaux, elle est l'un des premiers exemples de pilotage d'innovation sociale par le biais de la procédure d'appel à projet. Cette procédure encore récente peut être un puissant outil d'innovation dans le secteur même si les contraintes financières croissantes pourraient faire obstacle à certains projets. La réforme annoncée de la dépendance apportera peut-être une solution, partielle ou totale, à ces questions.

---

## Bibliographie

---

- ADMS, Dossier d'appel à projet « Ehpad Aux portes de Provence » à Donzère, 2012 Mars.
- ALET C. Le marché des maisons de retraite. Alternatives économiques. 2011 Juin ; (303): 42–4.
- ALTER, N. L'innovation ordinaire. Quadrige. PUF. 2010.
- ANESM. La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. 2008 Juin.
- ARS RHONE-ALPES et CONSEIL GENERAL de la DROME, Cahier des charges, Avis d'appel à projet ARS n°2011-12-06 / Conseil général n°11-DS-0781, 2012 Jan. 02.
- BABADJIAN SD et P. Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique. Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 105–11.
- BIPE, Les évolutions démographiques départementales du 3ème et du 4ème âge, 1er Forum international de l'épargne retraite. 2012 Avr.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE. Suivi de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet [Internet]. Paris; 2011 Nov. [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Evaluation\\_AAP - CNOSS-  
\\_25 octobre 2011-2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Rapport_Evaluation_AAP_-_CNOSS-_25_octobre_2011-2.pdf)
- CARRE GC et M. Technologies pour le soin, l'autonomie et le lien social des personnes âgées : quoi de neuf ? Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 113–28.
- CHAPON PM, WERNER O, OLIVRY I. Architecture et grand âge. Retraite et société. 2011 Fév ; (60): 241–52.
- CHARLOT V. Les innovations en établissements pour personnes âgées : changements de regards et réalités de terrain. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2010 Fév ; 17(162): 86–9.
- CHARPIN J-M. Perspectives démographiques et financières de la dépendance [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale ; 2011 Juin p. 60. Report No.: Groupe n°2. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_g2\\_def-2.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_g2_def-2.pdf)
- CREUX G. Enjeux sociétaux de la prise en charge des personnes âgées : l'exemple de l'habitat collectif "modéré". Réciproques. 2009 Déc ; (2): 107–14.
- CUSSET P-Y, DAMON J, DE JOUVENEL F, LEMOINE S. Les politiques sociales au défi de l'innovation. Présentation de l'étude "Futuribles". Regards. Rencontres enseignement gestion actions recherches dossiers sécurité sociale. 2010 Jan ; (37): 139–51.
- D'ABOVILLE S. Services culturels à domicile. Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3):

- DAMON J, CUSSET PY, LEMOINE S, VIOSSAT LC, =Futuribles International. Paris. FRA. Politiques sociales : dix innovations venues d'ailleurs. Études détaillées et réflexions sur leur transposition en France. 2009 p. 131.
- DANDURAND L. Réflexion autour du concept d'innovation sociale, approche historique et comparative. *Revue française d'administration publique*. 2005 ; 115(3): 377.
- DAOVANNARY L. Appels à projet : premier bilan. *Travail social actualités*. 2011 Nov. 17 ; (Edition en ligne): 1–3.
- DARES. Les métiers en 2020 : progression et féminisation des emplois les plus qualifiés ; dynamisation des métiers d'aide et de soins aux personnes. *Analyses n°22*. 2012 Mars.
- DE VIVIE A, MARESCOTTI R, GINESTE Y. Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer. Prendre-soin et milieux de vie. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2010 Oct ; 17(168): 366–434.
- DGOS. Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM: ARS/Etablissements de santé et titulaires d'autorisation. [Internet]. Ministère de la santé et des sports ; 2011. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_CPOM\\_2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_CPOM_2012.pdf)
- DUBOIS M. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*. 2008 ; n° 126(3): 91–103.
- DUTHIL G. Le rôle des acteurs institutionnels dans le soutien à l'innovation en gérontologie. *Gérontologie et société*. 2008 ; n° 126(3): 35–44.
- ERNST&YOUNG. Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. [Internet]. Paris - La Défense: Sénat ; 2008 Oct. p. 71. <http://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/etude.pdf>
- FOUQUET A, TREGOAT J-J, SITRUK P. L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge [Internet]. Inspection générale des affaires sociales ; 2011 Juillet p. 121. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000408/index.shtml>
- FRAGONARD B. Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale ; 2011 Juin p. 91. Report No.: Groupe n°4. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_du\\_groupe\\_n\\_4\\_vdefinitive.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_groupe_n_4_vdefinitive.pdf)
- GALLOUJ K. Innovation et changements institutionnels dans les services de soins aux personnes âgées (sspa). *Gérontologie et société*. 2008 ; n° 126(3): 11–34.
- GARNAUD I, MALFAISAN J, ANDRIEU S, GRAND A, AURIACOMBE S, ANTOUN M, et al. Maladie d'Alzheimer et prises en charge innovantes. *Soins gérontologie*. 2010 ; (85): 17–42.
- GILLIOTTE N, ALPHANDERY C. A nous de prouver qu'on peut innover socialement. *Directions - Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social*. 2011 Mai ; (85): 20–1.

- GODET M, DURANCE P, MOUSLI M, Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA. Créativité et innovations dans les territoires. Rapport du conseil d'analyse économique. 2010;(92):465p.
- GRABMULLER-MAMOMBE D, CASSOU B, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines. (U.F.R.). Paris Ile de France Ouest. Versailles. FRA / com. Vers un observatoire des innovations dans la prise en charge des personnes âgées. [Versailles]: Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2008.
- GRENIER C, GAMBARELLI F, BRAMI G. Innover pour un établissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes du futur : les propositions des professionnels des Alpes-Maritimes. Santé publique. 2011 Jul ; 23(4): 329–37.
- GUISSET-MARTINEZ MJ. Peut-on innover en matière d'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? Gérontologie et société. 2008 ; (126): 77–89.
- INSEE, Rapport complet - Commune de Donzère, mise à jour le 30 juin 2010, chiffres de 2008
- LOPEZ A. Les Agences régionales de santé (ARS), une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires. Droit social. 2010 Mai;(5):567–72.
- LORENZON J, CAUDRON J-M, MONGAUX M-P. Expérimentation sociale. L'innovation en marche. Dossier. Directions - Mensuel des directeurs du secteur sanitaire et social. 2008 Déc ; (58): 24–31.
- Ministère de la jeunesse et des solidarités actives. Paris. FRA. Plan en faveur de l'économie sociale et solidaire : présenté à l'occasion du lancement du mois de l'économie sociale et solidaire 2010 : mardi 19 octobre 2010. Ministère de la jeunesse et des solidarités actives; 2010.
- MOREL A. Société et vieillissement [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011 Juin p. 72. Report No.: Groupe n°1. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_final\\_groupe\\_1.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_groupe_1.pdf)
- MOULAERT F, NUSSBAUMER J. La logique sociale du développement territorial. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
- MOULIAS R. Nouvelles technologies : aspects éthiques des applications à la gériatrie et à la gérontologie. Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 129–39.
- MULLER R. Vivre ensemble. Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 225–30.
- PARPEX C. La réforme du secteur médico-social dans la loi HPST. La gazette du palais. 2010 Juin;(176-177):8–12.
- RATTE E. Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2011 Juin p. 50. Report No.: Groupe n°3. [http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_gt3\\_final\\_2011\\_06\\_17.pdf](http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_gt3_final_2011_06_17.pdf)
- ROSSO-DEBORD V, Assemblée Nationale. Commission des Affaires Sociales. Paris. FRA / com. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du

- Règlement, en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Paris: Assemblée Nationale; 2010 Jun p. 128p.
- SA S. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Dossier juridique. Travail social actualités. 2009 Jan;(8):36–41.
- SA S. La nouvelle procédure d'autorisation : l'appel à projet. 2010 Oct;(16):36–41.
- SAINT-JEAN O. Quelles marges d'innovations pour les systèmes de soins et d'aide aux malades âgés ? Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 65–76.
- SYNERPA. Livre blanc 2012 : Pour une politique soutenue en faveur du Grand âge. 2012
- THEVENET R. Habiter ensemble pour vieillir mieux. Documents Cleirppa. Cahier. 2010 Nov ; (40): 8–10.
- TREGOAT J-J. De la modernisation du secteur social et médico-social à la réforme de l'état et de son administration territoriale. Gérontologie et société. 2008 ; n° 126(3): 45–63.
- VASSELLE A. La prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque [Internet]. Paris: Sénat; 2011 Jan p. 235. <http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>
- VINCENT S. La loi "hôpital, patients, santé et territoires". ASH - Actualités sociales hebdomadaires. 2009 Oct 23 ; (2629): 47–55.
- VINCENT S. La loi "hôpital, patients, santé et territoires"(suite). ASH - Actualités sociales hebdomadaires. 2009 Nov 13 ; (2632): 37–48.
- VINSONNEAU A. Etablissements et services. Les apports de la loi Fourcade. Travail social actualités. 2011 Sep;(25):34–9.
- ZAGAME P, THUAL G, AUBRY R, BOISSEAU MT, COLOMBAT P, GRUNFELD JP, et al. Quelle place pour l'entourage des personnes malades dans le système de santé ? Assises nationales de proximologie. Réciproques. 2010 Apr;175p.
- Loi "HPST": quel impact pour le secteur social et médico-social? [Internet]. Action sociale: dictionnaire permanent des éditions législatives. 2009 [cited 2012 Mar 5]. p. 22. <http://www.editions-legislatives.fr/passerelle.univ-rennes1.fr/ELNET2/HOME/homeMatFrame.do?windowName=ELSCDWEBELNET>
- Le déficit de la sécurité sociale s'élève à 17,4 milliards d'euros [Internet]. challenges.fr. 2012 [cited 2012 Jun 10]. <http://www.challenges.fr/economie/20120410.CHA5167/le-deficit-de-la-branche-maladie-s-est-reduit-de-3-milliards-en-2011.html>
- Innovation. Larousse.fr - Dictionnaires [Internet]. [cited 2012 Apr 18]; <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/innovation/43196>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : tableau récapitulatif des entretiens et observations

Annexe 2 : Part des dépenses en faveur des personnes âgées des départements en 2010

Annexe 3 : Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

Annexe 4 : Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles

Annexe 5 : Territoires de santé et départements de Rhône-Alpes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des entretiens et observations

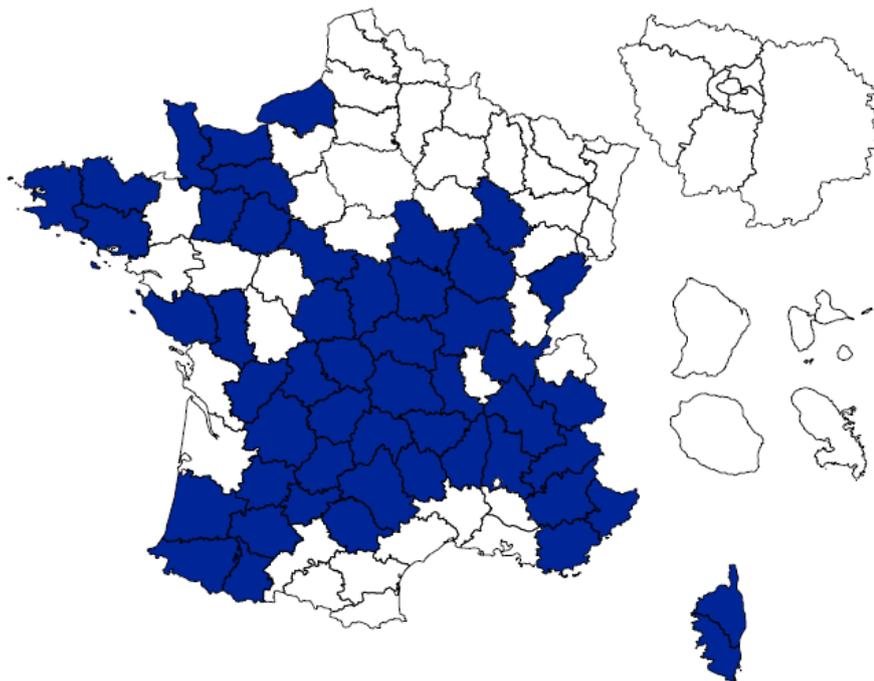
Date	Fonction	Structure	Modalités et durée
Entretiens			
3 mai 2012	Directrice du handicap et du grand âge	ARS Rhône-Alpes	Entretien téléphonique de 30 minutes
25 mai 2012	IASS et MISP*	Délégation territoriale, ARS Rhône-Alpes	Entretien téléphonique d'une heure
4 juin 2012	Chargée de mission	ADMS	Entretien en face à face d'une heure
Observations			
15 mars 2012	Directeur	Mutualité française d'Ille-et-Vilaine	Réunion de stage et déjeuner (3 heures)
21 mars 2012	Directeur	Ugecam	Réunion de stage (1h30)
29 mars 2012	Directeur personnes âgées	Croix-Rouge française	Réunion de stage (1h30)
9 mai 2012	Directeur	URIOPSS Ile-de-France	Réunion de stage (1h30)
11 mai 2012	Directeur	ADEF Résidences	Réunion de stage (45 minutes)
6 juin 2012	Responsable médico-social	Fédération hospitalière de France	Réunion de stage (1h30)
6 juin 2012	Directeur	Arepa	Réunion de stage (45 minutes)
11 juin 2012	Directeur général	ARS Nord-Pas-de-Calais	Réunion de stage (1h30)
14 juin 2012	Directrice action sociale	Agirc-Arrco	Réunion de stage (1h)

\* IASS : inspecteur de l'action sanitaire et sociale

\* MISP : médecin inspecteur de santé publique

Annexe 2 : Part des dépenses en faveur des personnes âgées des départements en 2012

**Départements pour lesquels les dépenses d'aide aux personnes âgées  
représentent le 1<sup>er</sup> poste de l'action sociale en 2010**



Source : Comptes administratifs

Source : ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE France et DEXIA CREDIT LOCAL. *25 ans d'action sociale dans les finances départementales*. 76 pages. Paris, Avril 2012

P 20

Article L312-1 CASF

Annexe 3 : Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

JORF n°0171 du 27 juillet 2010

Texte n°14

DECRET

**Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles**

NOR: MTSA1010703D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique,

Vu la directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, notamment son article 44 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 313-1-1 ;

Vu le code de commerce ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 131 ;

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 modifié relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 21 avril 2010 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 28 avril 2010 ;

Vu l'avis de la commission consultative d'évaluation des normes en date du 6 mai 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Article 1**

La section 1 du chapitre III du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

1° Son intitulé est remplacé par les dispositions suivantes : « Procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil » ;

2° L'intitulé de la sous-section 1 est remplacé par les dispositions suivantes : « Projets de création, de transformation et d'extension d'établissements, services et lieux de vie et d'accueil requérant des financements publics » ;

3° Les articles R. 313-1 à R. 313-10 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Paragraphe 1

« Composition de la commission de sélection

d'appel à projet social ou médico-social

« Art.R. 313-1.-I. — Il est institué, auprès de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation mentionnée au I de l'article L. 313-1-1, une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social.

« Cette commission comprend, à titre permanent, les membres ayant voix délibérative mentionnés au II et les membres ayant voix consultative mentionnés au 1° du III ainsi que, pour chaque appel à projet, les membres ayant voix consultative mentionnés aux 2° à 4° du III.

« II. — Sont membres de la commission avec voix délibérative :

« 1° Pour les projets autorisés en application du a de l'article L. 313-3 :

« a) Le président du conseil général ou son représentant, président, et trois représentants du département désignés par le président du conseil général ;

« b) Quatre représentants d'usagers, dont un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, un représentant d'associations de personnes handicapées, un représentant d'associations du secteur de la protection de l'enfance et un représentant d'associations de personnes ou familles en difficultés sociales, désignés par le président du conseil général sur proposition du comité départemental des retraités et personnes âgées en ce qui concerne la première catégorie, du conseil départemental consultatif des personnes handicapées en ce qui concerne la deuxième catégorie et à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le président du conseil général en ce qui concerne chacune des deux dernières catégories ;

« 2° Pour les projets autorisés en application du b de l'article L. 313-3 :

« a) Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, président, et trois représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

« b) Quatre représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, au moins un représentant d'associations de personnes handicapées et un représentant d'associations de personnes confrontées à des difficultés spécifiques, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;

« 3° Pour les projets autorisés en application du c de l'article L. 313-3 :

« a) Le ministre chargé de l'action sociale pour les projets relevant du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale ou le préfet du département, ou leur représentant, président, et trois personnels des services de l'Etat désignés par le ministre ou le préfet, dont l'un sur proposition du garde des sceaux ;

« b) Quatre représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations participant à l'élaboration du plan mentionné au I de l'article L. 312-5-3, au moins un représentant d'associations de la protection judiciaire des majeurs ou de l'aide judiciaire à la gestion du budget familial et au moins un représentant d'associations ou une

personnalité œuvrant dans le secteur de la protection judiciaire de l'enfance, désignés par le ministre ou le préfet à l'issue d'un appel à candidature qu'il organise en ce qui concerne les deux premières catégories et sur proposition du garde des sceaux en ce qui concerne la dernière catégorie ;

« 4° Pour les projets autorisés en application du d de l'article L. 313-3 :

« a) Le président du conseil général ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, coprésidents, deux représentants du département désignés par le président du conseil général et deux représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

« b) Six représentants d'usagers, dont trois représentants d'associations de retraités et de personnes âgées et trois représentants d'associations de personnes handicapées, désignés conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition respectivement du comité départemental des retraités et personnes âgées et du conseil départemental consultatif des personnes handicapées ;

« 5° Pour les projets autorisés en application du e de l'article L. 313-3 :

« a) Le préfet du département ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant, coprésidents, deux personnels des services de l'Etat désignés par le préfet, dont l'un sur proposition du garde des sceaux, et deux représentants du département désignés par le président du conseil général ;

« b) Six représentants d'usagers, dont trois représentants d'associations participant à l'élaboration du plan mentionné au I de l'article L. 312-5-3 et trois représentants d'associations ou personnalités œuvrant dans le secteur de la protection administrative ou judiciaire de l'enfance, désignés conjointement par le préfet et le président du conseil général à l'issue d'un appel à candidature qu'ils organisent ou sur proposition du garde des sceaux pour le secteur de la protection judiciaire de l'enfance ;

« 6° Pour les projets autorisés en application du f de l'article L. 313-3 :

« a) Le préfet du département ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, coprésidents, deux personnels des services de l'Etat désignés par le préfet et deux représentants de l'agence désignés par son directeur général ;

« b) Six représentants d'usagers, dont au moins un représentant d'associations de retraités et de personnes âgées, au moins un représentant d'associations de personnes handicapées, un représentant d'associations de personnes ou familles en difficultés sociales, un représentant d'associations de personnes confrontées à des difficultés spécifiques et un représentant d'associations ou une personnalité œuvrant dans le secteur de la protection judiciaire de l'enfance, désignés conjointement par le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et du garde des sceaux en ce qui concerne la dernière catégorie.

« III. — Sont membres de la commission avec voix consultative :

« 1° Deux représentants des unions, fédérations ou groupements représentatifs des personnes morales gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil, désignés par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission. Ces représentants ne peuvent être membres de la commission au titre du II ;

« 2° Deux personnalités qualifiées désignées par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission en raison de leurs compétences dans le domaine de l'appel à projet correspondant ;

« 3° Au plus deux représentants d'usagers spécialement concernés par l'appel à projet correspondant, désignés par le président ou conjointement par les coprésidents de la commission ;

« 4° Au plus quatre personnels des services techniques, comptables ou financiers de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, désignés par le président ou à parité par les coprésidents de la commission en qualité d'experts dans le domaine de l'appel à projet correspondant.

« IV. — Le mandat des membres de la commission mentionnés aux II et 1° du III est de trois ans. Il est renouvelable. Des membres suppléants sont désignés dans les mêmes conditions, sous réserve des dispositions des articles 3 et 4 du décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif qui sont applicables aux membres de la commission.

« Les membres mentionnés aux 2° à 4° du III sont désignés pour chaque appel à projet.

« La liste des membres de la commission est arrêtée par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes et publiée au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

« Paragraphe 2

« Compétence et fonctionnement de la commission

de sélection d'appel à projet social ou médico-social

« Art.D. 313-2.-Le seuil mentionné au I de l'article L. 313-1-1 au-delà duquel les projets d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission de sélection correspond à une augmentation de 30 % ou de quinze places ou lits de la capacité initialement autorisée, que cette augmentation soit demandée et atteinte en une ou plusieurs fois.

« Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux mentionnées au II de l'article L. 313-1-1 correspondent au rassemblement par un même gestionnaire de ceux de ses établissements et services déjà autorisés. Elles ne sont pas soumises à la commission de sélection si elles ne s'accompagnent pas d'une extension de capacité supérieure au seuil mentionné à l'alinéa précédent et ne modifient pas les missions des établissements et services concernés.

« Art.R. 313-2-1.-La transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux mentionnée au I de l'article L. 313-1-1 correspond à la modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1.

« Un changement de l'établissement ou du service ne comportant pas de transformation au sens de l'alinéa précédent n'est pas soumis à l'avis de la commission de sélection. Dans ce cas, il est porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation.

« Art.R. 313-2-2.-La commission de sélection est réunie à l'initiative de l'autorité

compétente pour délivrer l'autorisation selon les cas prévus à l'article L. 313-3. En cas d'autorisation conjointe, une des autorités compétentes saisit l'autre autorité qui doit exprimer son accord dans un délai d'un mois. A défaut d'accord à l'expiration de ce délai, la procédure d'appel à projet ne peut pas être engagée.

« Les membres de la commission reçoivent par tous moyens, y compris par télécopie ou par courrier électronique, quinze jours au moins avant la date de la réunion, une convocation du président ou des coprésidents comportant l'ordre du jour et les conditions dans lesquelles l'ensemble des documents nécessaires à l'examen des projets, notamment les projets présentés, leur sont rendus accessibles.

« Lorsqu'il n'est pas suppléé, un membre de la commission ayant voix délibérative peut donner un mandat à un autre membre. Nul ne peut détenir plus d'un mandat.

« Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres ayant voix délibérative sont présents ou ont donné mandat. Lorsque le quorum n'est pas atteint, la commission délibère valablement sans condition de quorum après une nouvelle convocation portant sur le même ordre du jour et spécifiant qu'aucun quorum ne sera exigé. Cette nouvelle réunion ne peut intervenir que dans un délai de dix jours suivant la première réunion.

« Le procès-verbal de la réunion de la commission indique le nom et la qualité des membres présents, les projets examinés au cours de la séance et le sens des délibérations. Il précise, le cas échéant, le nom des mandataires et des mandants. Tout membre de la commission peut demander que ses observations soient portées au procès-verbal.

« Art.R. 313-2-3.-La commission de sélection se prononce sur le classement des projets à la majorité des voix des membres ayant voix délibérative présents ou représentés.

« Le président ou les coprésidents conjointement ont voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Si les coprésidents ne parviennent pas à un accord pour exercer conjointement leur voix prépondérante, la commission ne procède à aucun classement des projets.

« Art.R. 313-2-4.-Les réunions de la commission de sélection ne sont pas publiques.

« Les candidats ou leurs représentants sont entendus par la commission de sélection, sauf si leurs projets ont été refusés au préalable en application de l'article R. 313-6. Ils sont informés de leur audition quinze jours avant la réunion de la commission et invités à y présenter leur projet.

« Art.R. 313-2-5.-Les membres de la commission de sélection ne peuvent prendre part aux délibérations lorsqu'ils ont un intérêt personnel à une affaire inscrite à l'ordre du jour. La violation de cette règle entraîne la nullité de la décision prise à la suite de cette délibération lorsqu'il n'est pas établi que la participation du ou des membres intéressés est restée sans influence sur la délibération.

« Les membres de la commission remplissent une déclaration d'absence de conflit d'intérêts lors de leur désignation. Le président ou les coprésidents conjointement peuvent, d'office ou à la demande motivée d'un membre de la commission, décider qu'il y a lieu de faire application de l'alinéa précédent.

« Les membres mentionnés aux II et 1° du III de l'article R. 313-1 qui ne peuvent prendre part aux délibérations sont remplacés par leurs suppléants, sous réserve que ceux-ci puissent eux-mêmes prendre part aux délibérations. Les membres mentionnés aux 2° à 4° du III de l'article R. 313-1 qui ne peuvent prendre part aux délibérations sont remplacés par l'autorité qui les a désignés.

« Paragraphe 3

« Détermination de la réponse

au besoin d'offre sociale ou médico-sociale

« Art.R. 313-3.-Le cahier des charges de l'appel à projet social ou médico-social est établi par l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation. En cas d'autorisation conjointe, un projet de cahier des charges est joint à la demande d'accord préalable mentionnée au premier alinéa de l'article R. 313-2-2 en vue de son élaboration commune.

« Art.R. 313-3-1.-I. — Le cahier des charges de l'appel à projet :

« 1° Identifie les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, conformément aux schémas d'organisation sociale ou médico-sociale ainsi qu'au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie lorsqu'il en relève ;

« 2° Indique les exigences que doit respecter le projet pour attester des critères mentionnés à l'article L. 313-4. Il invite à cet effet les candidats à proposer les modalités de réponse qu'ils estiment les plus aptes à satisfaire aux objectifs et besoins qu'il décrit, afin notamment d'assurer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des personnes ou publics concernés ;

« 3° Autorise les candidats à présenter des variantes aux exigences et critères qu'il pose, sous réserve du respect d'exigences minimales qu'il fixe ;

« 4° Mentionne les conditions particulières qui pourraient être imposées dans l'intérêt des personnes accueillies.

« Pour les projets expérimentaux, le cahier des charges peut ne comporter qu'une description sommaire des besoins à satisfaire et ne pas faire état d'exigences techniques particulières, sous réserve du respect des exigences relatives à la sécurité des personnes et des biens ou sans lesquelles il est manifeste que la qualité des prestations ne peut pas être assurée.

« Pour les projets innovants, le cahier des charges peut ne pas comporter de description des modalités de réponse aux besoins identifiés et ne pas fixer de coûts de fonctionnement prévisionnels.

« II. — Sauf pour les projets expérimentaux ou innovants, les rubriques suivantes doivent figurer dans le cahier des charges :

« 1° La capacité en lits, places ou bénéficiaires à satisfaire ;

« 2° La zone d'implantation et les dessertes retenues ou existantes ;

« 3° L'état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire ainsi que les critères de qualité que doivent présenter les prestations ;

« 4° Les exigences architecturales et environnementales ;

« 5° Les coûts ou fourchettes de coûts de fonctionnement prévisionnels attendus ;

« 6° Les modalités de financement ;

« 7° Le montant prévisionnel des dépenses restant à la charge des personnes accueillies ;

« 8° Le cas échéant, l'habilitation demandée au titre de l'aide sociale ou de l'article L. 313-10.

« Paragraphe 4

« Déroulement de la procédure d'appel

à projet social ou médico-social

« Art.R. 313-4.-Un calendrier prévisionnel des appels à projet est arrêté par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes et publié au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

« Ce calendrier, annuel ou pluriannuel, a un caractère indicatif. Il recense les besoins par catégorie d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 pour la couverture desquels l'autorité ou, conjointement, les autorités compétentes envisagent de procéder à un appel à projet durant la période considérée. Il prévoit qu'au moins une des procédures d'appel à projet envisagées est réservée partiellement ou exclusivement aux projets innovants ou expérimentaux.

« Les personnes morales gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil peuvent faire connaître leurs observations sur ce calendrier dans les deux mois qui suivent sa publication.

« Le calendrier prévisionnel peut être révisé en cours d'année en cas de modification substantielle. Cette révision est rendue publique dans les mêmes conditions que la publication initiale du calendrier.

« Art.R. 313-4-1.-L'avis d'appel à projet est constitué de l'ensemble des documents préparés par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes pour définir les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire, notamment en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes, ainsi que les modalités de financement du projet.L'appel à projet peut porter sur un ou plusieurs besoins de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux. Il peut être partiellement ou exclusivement réservé aux projets innovants ou expérimentaux.

« Cet avis précise :

« 1° La qualité et l'adresse de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation ;

« 2° L'objet de l'appel à projet, la catégorie ou nature d'intervention dont il relève au sens de l'article L. 312-1 ainsi que les dispositions du présent code en vertu desquelles il est procédé à l'appel à projet ;

« 3° Les critères de sélection et les modalités de notation ou d'évaluation des projets qui seront appliqués ;

« 4° Le délai de réception des réponses des candidats, qui ne peut être inférieur à soixante jours et supérieur à quatre-vingt-dix jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à projet ;

« 5° Les modalités de dépôt des réponses ainsi que les pièces justificatives exigibles ;

« 6° Les modalités de consultation des documents constitutifs de l'appel à projet.

« Le cahier des charges est soit annexé à l'avis d'appel à projet, soit mentionné dans cet avis avec indication de ses modalités de consultation et de diffusion.

« L'avis d'appel à projet est publié au Bulletin officiel du ministère chargé de l'action sociale pour les projets relevant de la compétence du ministre ou au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente.

« Art.R. 313-4-2.-Les documents et informations de l'avis d'appel à projet sont rendus accessibles selon les modalités prévues par l'avis d'appel à projet. Ils sont remis gratuitement dans un délai de huit jours aux candidats qui les demandent.

« Les candidats peuvent solliciter des précisions complémentaires auprès de l'autorité ou des autorités compétentes au plus tard huit jours avant l'expiration du délai de réception des réponses. Cette autorité ou, conjointement, ces autorités font connaître à l'ensemble des candidats les précisions à caractère général qu'ils estiment nécessaire d'apporter au plus tard cinq jours avant l'expiration du délai de réception des réponses.

« Les moyens de transmission des documents et des informations choisis par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes doivent être accessibles à tous les candidats potentiels et ne peuvent avoir pour effet de restreindre l'accès des candidats à la procédure de sélection.

« Les transmissions, les échanges et le stockage d'informations sont effectués de manière à assurer l'intégrité des données et la confidentialité des candidatures et des projets et à garantir que l'autorité ou les autorités compétentes ne prennent connaissance du contenu des candidatures et des projets qu'à l'expiration du délai de réception des réponses.

« Art.R. 313-4-3.-Chaque candidat, personne physique ou morale gestionnaire responsable du projet, adresse en une seule fois à l'autorité ou aux autorités compétentes, par lettre recommandée avec avis de réception ou par tout autre moyen permettant d'attester de la date de leur réception, les documents suivants :

« 1° Concernant sa candidature :

« a) Les documents permettant de l'identifier, notamment un exemplaire de ses statuts s'il s'agit d'une personne morale de droit privé ;

« b) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est pas l'objet de l'une des condamnations devenues définitives mentionnées au livre III du présent code ;

« c) Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'il n'est l'objet d'aucune des procédures mentionnées aux articles L. 313-16, L. 331-5, L. 471-3, L. 472-10, L. 474-2 ou L. 474-5 ;

« d) Une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu en vertu du code de commerce ;

« e) Des éléments descriptifs de son activité dans le domaine social et médico-social et de la situation financière de cette activité ou de son but social ou médico-social tel que résultant de ses statuts lorsqu'il ne dispose pas encore d'une telle activité ;

« 2° Concernant son projet :

« a) Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux

besoins décrits par le cahier des charges ;

« b) Un état descriptif des principales caractéristiques auxquelles le projet doit satisfaire, dont le contenu minimal est fixé par arrêté, comportant notamment un bilan financier, un plan de financement et un budget prévisionnel ;

« c) Le cas échéant, l'exposé précis des variantes proposées et les conditions de respect des exigences minimales que ces dernières doivent respecter ;

« d) Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s'associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopération envisagées.

« Paragraphe 5

« Instruction des candidatures

« Art.R. 313-5.-L'autorité compétente pour délivrer l'autorisation désigne au sein de ses services un ou plusieurs instructeurs. En cas d'autorisation conjointe, chaque autorité compétente désigne à parité un ou plusieurs instructeurs. Lorsque l'appel à projet concerne des établissements ou services mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1, les instructeurs des services de l'Etat sont désignés parmi les personnels des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse.

« Art.R. 313-5-1.-Les instructeurs s'assurent de la régularité administrative des candidatures, le cas échéant en demandant aux candidats de compléter les informations fournies en application du 1° de l'article R. 313-4-3. Ils vérifient le caractère complet des projets et l'adéquation avec les besoins décrits par le cahier des charges. Ils établissent un compte rendu d'instruction motivé sur chacun des projets et peuvent en proposer le classement selon les critères prévus par l'avis d'appel à projet sur demande du président ou, conjointement, des coprésidents de la commission.

« Les comptes rendus d'instruction sont rendus accessibles aux membres de la commission de sélection au plus tard quinze jours avant la réunion de la commission.

« Les instructeurs sont entendus par la commission de sélection sur chacun des projets. Ils ne prennent pas part aux délibérations de la commission. Ils y assistent pour établir le procès-verbal.

« Paragraphe 6

« Sélection des projets par la commission de sélection

d'appel à projet social ou médico-social

« Art.R. 313-6.-Sont refusés au préalable et ne sont pas soumis à la commission de sélection, par une décision motivée du président ou, conjointement, des coprésidents de la commission, les projets :

« 1° Déposés au-delà du délai mentionné dans l'avis d'appel à projet ;

« 2° Dont les conditions de régularité administrative mentionnées au 1° de l'article R. 313-4-3 ne sont pas satisfaites ;

« 3° Manifestement étrangers à l'objet de l'appel à projet.

« Les membres de la commission de sélection sont informés des décisions prises sur le fondement du 3° au plus tard lors de l'envoi de la convocation. Ils peuvent demander, au

début de la réunion de la commission, la révision de ces décisions.

« Les décisions de refus préalable sont notifiées aux candidats concernés dans un délai de huit jours suivant la réunion de la commission.

« Art.R. 313-6-1.-La commission de sélection peut demander, après un premier examen, à un ou plusieurs des candidats de préciser ou de compléter le contenu de leurs projets dans un délai de quinze jours suivants la notification de cette demande.L'ensemble des candidats dont les projets n'ont pas été refusés au préalable en est informé dans un délai de huit jours suivant la réunion de la commission.

« La commission sursoit à l'examen des projets pendant au plus un mois à compter de la date d'envoi de la notification de la demande de complément d'information aux candidats.

« Art.R. 313-6-2.-Les projets sont classés par la commission de sélection. La liste des projets par ordre de classement vaut avis de la commission. Elle est publiée selon les mêmes modalités que l'avis d'appel à projet.

« Le président ou, conjointement, les coprésidents de la commission établissent un rapport de présentation du déroulement de la procédure d'appel à projet. Ce rapport comprend :

« 1° La mention de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation, l'objet, le montant et l'origine des financements publics à mobiliser ;

« 2° Les motifs du classement réalisé par la commission.

« Art.R. 313-6-3.-Les informations dont les membres de la commission de sélection, les instructeurs et le secrétariat de la commission ont à connaître dans le cadre de l'examen des projets ne sont pas publiques et ne peuvent faire l'objet d'aucune communication hors les cas prévus par la présente sous-section.

« Art.R. 313-6-4.-Lorsqu'aucun des projets ne répond au cahier des charges ou, en cas d'autorisation conjointe, en l'absence d'accord des autorités compétentes sur le choix à opérer à partir du classement réalisé par la commission de sélection, il peut être procédé à un nouvel appel à projet sans modification au préalable du calendrier prévisionnel des appels à projet.

« Paragraphe 7

« Autorisation

« Art.R. 313-7.-L'autorisation du projet par l'autorité ou, conjointement, par les autorités compétentes est délivrée dans un délai maximum de six mois à compter de la date limite de dépôt des projets mentionnée dans l'avis d'appel à projet.L'absence de notification d'une décision dans ce délai vaut rejet du projet.

« La décision d'autorisation est publiée selon les mêmes modalités que l'avis d'appel à projet. Elle est notifiée au candidat retenu par lettre recommandée avec avis de réception. Elle est également notifiée aux autres candidats ; le délai de recours court à leur égard à compter de cette notification.

« Lorsque l'autorité compétente ne suit pas l'avis de la commission, elle informe sans délai les membres de la commission de sélection des motifs de sa décision.

« Art.R. 313-7-1.-Les projets d'extension et les opérations de regroupement d'établissements ou de services qui ne sont pas soumis à la commission de sélection en

application de l'article D. 313-2 font l'objet d'une demande d'autorisation déposée auprès de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation mentionnée au I de l'article L. 313-1-1.

« Les dispositions de l'article L. 313-2, des deuxième et troisième alinéas de l'article R. 313-8 et de l'article R. 313-8-1 sont applicables à ces projets ou à ces opérations.

« Art.D. 313-7-2.-Le délai mentionné au troisième alinéa de l'article L. 313-1, à l'issue duquel l'autorisation qui n'a pas reçu un commencement d'exécution est caduque, est de trois ans.

« Le commencement d'exécution de l'autorisation correspond à tout élément de réalisation tendant à rendre l'autorisation effective.

« Art.R. 313-7-3.-La durée de l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-7, déterminée pour les établissements et services à caractère expérimental par l'autorité ou, conjointement, les autorités compétentes, est au moins égale à deux ans et au plus égale à cinq ans. Cette durée est précisée dans le cahier des charges de l'appel à projet et dans la décision d'autorisation.

« Sous-section 1 bis

« Projets de création, de transformation et d'extension d'établissements

et services ne requérant aucun financement public

« Art.R. 313-8.-Les projets de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 et ne requérant aucun financement public font l'objet d'une demande d'autorisation déposée auprès de l'autorité ou des autorités compétentes pour délivrer l'autorisation mentionnée au I de l'article L. 313-1-1. La procédure mentionnée à l'article L. 313-2 leur est applicable.

« En cas d'autorisation conjointe, la première autorité saisie transmet la demande à l'autre autorité dans le mois qui suit sa réception. Le délai mentionné à l'article L. 313-2 court à compter de la réception de la demande par cette deuxième autorité. La personne qui a déposé la demande est informée de cette réception.

« La décision d'autorisation est publiée au recueil des actes administratifs de chaque autorité compétente. Elle est notifiée au demandeur par lettre recommandée avec avis de réception.

« Les dispositions de l'article D. 313-7-2 sont applicables aux projets relevant de la présente sous-section.

« Art.R. 313-8-1.-Les demandes d'autorisation sont accompagnées de tout document permettant de décrire de manière complète le projet et d'apprécier le respect des critères mentionnés à l'article L. 313-4, notamment les éléments suivants :

« 1° La nature des prestations délivrées et les catégories de publics concernés ;

« 2° La répartition prévisionnelle de la capacité d'accueil par type de prestations ;

« 3° La répartition prévisionnelle des effectifs de personnels par type de qualifications ;

« 4° Le budget prévisionnel en année pleine de l'établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement.

« Le dossier de demande d'autorisation est réputé être complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'autorité compétente ou, en cas d'autorisation conjointe, la première autorité saisie n'a pas fait connaître au demandeur, par lettre recommandée avec avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

« Art.D. 313-8-2.-Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux, telles que définies au dernier alinéa de l'article D. 313-2, qui ne requièrent aucun financement public ne sont pas soumises à autorisation si elles n'entraînent pas des extensions de capacité supérieures au seuil mentionné au premier alinéa du même article et ne modifient pas les missions des établissements et services concernés. Dans ce cas, elles sont portées à la connaissance des autorités ayant délivré l'autorisation des établissements ou services regroupés.

« Art.R. 313-8-3.-Un changement de l'établissement ou du service ne requérant aucun financement public et ne comportant pas de transformation au sens du premier alinéa de l'article R. 313-2-1 n'est pas soumis à autorisation. Dans ce cas, il est porté à la connaissance de l'autorité ou des autorités ayant délivré l'autorisation.

« Sous-section 1 ter

« Projets de création et d'extension d'établissements

et services mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 315-2

« Art.R. 313-9.-Les projets de création et d'extension d'établissements et services mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 315-2 font l'objet d'une demande d'autorisation déposée auprès de l'autorité compétente de l'Etat en application de l'article L. 313-3.

« Les dispositions des articles L. 313-2 et D. 313-7-2, du troisième alinéa de l'article R. 313-8 et de l'article R. 313-8-1 sont applicables aux projets relevant de la présente sous-section.

« Art.D. 313-9-1.-Les opérations de regroupement d'établissements et services mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 315-2, telles que définies au dernier alinéa de l'article D. 313-2, ne sont pas soumises à autorisation si elles n'entraînent pas des extensions de capacité supérieures au seuil mentionné au premier alinéa du même article. Dans ce cas, elles sont portées à la connaissance des autorités ayant délivré l'autorisation des établissements ou services regroupés.

« Sous-section 1 quater

« Dispositions particulières aux projets de création, de transformation et d'extension de services relevant des 14° et 15° du I de l'article L. 312-1

« Art.R. 313-10.-Le cahier des charges ou la demande d'autorisation précise :

« 1° Pour les projets concernant un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1, les dispositions propres à garantir les droits des usagers en application des articles L. 471-6 et L. 471-8 ;

« 2° Pour les projets concernant un service mentionné aux 14° ou 15° du I de l'article L. 312-1, les méthodes de recrutement permettant de se conformer aux dispositions des articles L. 471-4 et L. 474-3 et les règles internes fixées pour le contrôle des personnes qui ont reçu délégation des représentants du service pour assurer la mise en œuvre des mesures de protection des majeurs ou des mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial. »

## **Article 2**

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le 2° de l'article R. 312-177 est abrogé ;

2° A l'article D. 313-13, les mots : « des représentants de la caisse régionale d'assurance maladie et » sont supprimés.

## **Article 3**

I. — Le présent décret entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui de sa publication, à l'exception de l'article R. 313-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue du présent décret, qui entre en vigueur dès sa publication.

II. — Les articles R. 312-177 et R. 313-1 à R. 313-10 du code de l'action sociale et des familles dans leur rédaction antérieure au présent décret demeurent applicables aux demandes d'autorisation, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux déposées avant la date mentionnée au I.

## **Article 4**

Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, la ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports, la secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité, la secrétaire d'Etat chargée des aînés et le secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 juillet 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Eric Woerth

Le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, Jean-Louis Borloo

La ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, Michèle Alliot-Marie

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, Brice Hortefeux

La ministre de la santé et des sports, Roselyne Bachelot-Narquin

La secrétaire d'Etat chargée de la famille et de la solidarité, Nadine Morano

La secrétaire d'Etat chargée des aînés, Nora Berra

Le secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme, Benoist Apparu

Annexe 4 : Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles

Modifié par [LOI n°2011-901 du 28 juillet 2011 - art. 15](#)

I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles [L. 221-1](#), [L. 222-3](#) et [L. 222-5](#) ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à [l'article L. 2132-4](#) du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de [l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945](#) relative à l'enfance délinquante ou des [articles 375](#) à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à [l'article L. 322-4-16](#) du code du travail et des entreprises adaptées définies aux [articles L. 323-30](#) et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à [l'article L. 323-15](#) du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la

vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des [articles L. 351-2](#) et [L. 353-2](#) du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article [L. 348-1](#) ;

14° Les services mettant en oeuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en oeuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

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

II.-Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III.-Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des [articles L. 311-4 à L. 311-8](#). Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des [articles L. 313-13 à L. 313-25](#), dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV.-Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V. — Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse.

## Territoires de santé et départements



CHAMBRÉ LEFEBVRE

Mathilde

Juillet 2012

## **Master Pilotage des Politiques et Actions en santé publique**

Promotion 2012

### **L'innovation sociale dans le champ de la dépendance – L'exemple de la plateforme de Donzère (Drôme)**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Institut d'Études Politiques - RENNES

#### ***Résumé :***

Ce mémoire traite de l'innovation sociale dans le secteur de la dépendance en s'appuyant sur un exemple de projet significatif à Donzère dans la Drôme. Il s'attache à dégager des facteurs de réussite de projets innovants en se plaçant du point de vue des tutelles, en particulier les ARS. L'analyse se place d'abord dans le contexte général marqué par le vieillissement de la population, le pilotage par appel à projet et l'existence de contraintes financières fortes. A travers l'exemple développé l'innovation est placée au service des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées vieillissantes. Ce dernier public connaît aujourd'hui un fort déficit de structures adaptées et reste absent des politiques nationales d'où la place majeure de l'innovation.

#### ***Mots clés :***

ARS, INNOVATION SOCIALE, REGULATION, PERSONNE HANDICAPEE, PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, ALZHEIMER, AIDE AUX AIDANTS, FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, DROME, FRANCE

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*