



Solidaires

au service de l'autonomie de tous

Schéma Directeur d'Organisation
Sociale et Médico-Sociale

..... 2013 / 2017



www.doubs.fr

Un schéma unique pour davantage de lisibilité et de cohérence



Le sens, la portée et la lisibilité de notre action sociale constituent le cœur de Doubs 2017. L'autonomie de toute personne en difficulté en est la finalité. Les solidarités entre les hommes, mais aussi entre les territoires, en sont le moyen. Les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, prévus par la loi de 2002, constituent un outil majeur permettant de marquer les étapes de cette démarche.

Jusqu'à présent, le Département disposait d'un schéma en trois volets : un volet Vieillesse adopté en 2008 et deux volets adoptés un an plus tard pour la période 2009-2013, le volet Handicap et le volet Enfance-Famille. Ces volets, qui sont actuellement en vigueur, sont des documents très riches, fruits d'un travail partenarial fort dans chacun de ces champs d'action.

Pour la période qui s'ouvre, entre maintenant et 2017, nous avons fait le choix audacieux de réunir ces trois volets en un document unique, un document qui vienne redonner du sens et toute leur force aux ambitions sociales de notre projet départemental Doubs 2017.

Car j'ai à cœur, tout comme Danièle Nevers, Vice-Présidente du Conseil général en charge des solidarités, que **le Département s'attache au sens donné aux politiques de solidarités, et ne soit pas seulement considéré comme distributeur d'allocations**. Ces dernières années, la charge des trois grandes allocations de solidarité dont la gestion a été confiée aux Départements à la suite de l'Acte II de la Décentralisation, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, la Prestation de Compensation du Handicap et le Revenu de Solidarité Active, n'a cessé d'augmenter. Et ce, alors même que les recettes diminuent, dans le contexte budgétaire contraint que nous connaissons tous. Mais le service d'allocations ne peut constituer à lui seul une politique sociale. Notre Département se refuse à s'y réduire, et prendre ainsi le risque de se transformer en « guichet » et perdre le sens de l'action. Donner du sens à l'action sociale, en lui définissant des objectifs clairs et reconnus par tous les acteurs concernés, tel doit être le but du schéma social unique.

Ce nouveau schéma, je l'ai voulu au service de la **simplicité** et de l'**efficacité**, tout en s'attachant à lui donner une **dimension durable** sur le territoire et auprès

des divers acteurs ; j'ai précisément insisté sur ces points dès la réunion de lancement que j'ai présidée à l'Institut Régional de Travail Social (IRTS) le 19 octobre 2012 devant 150 représentants du monde social et médico-social.

Je note d'ailleurs que depuis bientôt une année, c'est **une démarche de concertation** considérable qui s'est déroulée, à la fois autour des grands thèmes de l'action sociale et sur les territoires, de façon transversale, avec des élus et des professionnels.

J'ai voulu ce **schéma simple** pour que chacun puisse comprendre la nature et le sens de l'action sociale. La solidarité publique, aussi ambitieuse et généreuse soit-elle, est en danger si elle n'est pas comprise. Or, force est de constater que les dispositifs s'accumulent, se superposent sans même que les professionnels, parfois, s'y repèrent et en comprennent la cohérence. Alors comment les usagers peuvent-ils se retrouver dans un environnement si complexe ? Ainsi, je vous propose cette première orientation, forte, pour nos schémas, la simplicité : simplicité d'accès aux services, simplicité de leur compréhension, en tout cas pour les usagers qui doivent en comprendre le sens.

Je souhaite aussi que ce nouveau **schéma soit efficace** parce qu'en ces périodes de fortes tensions budgétaires, il faut faire mieux avec moins de moyens. Le schéma est l'occasion de revisiter nos organisations, nos partenariats, nos procédures, en les clarifiant et en les allégeant. Il est aussi l'occasion d'attacher une importance toute particulière aux aspects qualitatifs de l'action sociale.

Je l'ai enfin voulu **durable dans le temps**, en veillant bien sûr à la continuité de l'action mais aussi dans le souci permanent de la proximité avec les habitants. Nous nous devons de faire vivre les partenariats au plus près de nos concitoyens, en mobilisant les ressources existantes dans chacun de leurs territoires. C'est pourquoi j'ai le souci que les Espaces d'Action Médico-Sociale (EAMS), autour des Centres Médico-Sociaux (CMS) du Conseil général, soient les lieux privilégiés d'entrée dans les services départementaux et de relation avec les habitants.

Aujourd'hui, nous sommes au point d'aboutissement de cette démarche de concertation. **Deux documents forment l'ossature de ce nouveau schéma. Ils sont indissociables.**

Une synthèse, volontairement courte, qui donne le sens général de notre action. Les notions de proximité avec l'utilisateur, mais aussi de « parcours », la place du domicile, des passerelles entre domicile et institutions y sont développées. Cette partie est importante car elle montre bien que les politiques sociales sont avant tout des ambitions et des choix, avant d'être des dispositifs techniques.

Mais le sens doit s'inscrire dans l'action. C'est pour quoi nous avons défini un plan, structuré en 8 orientations et fondé sur 33 projets précis pour les 5 années qui viennent. Certaines actions sont particulières et touchent certaines politiques publiques sectorielles, d'autres sont tout à fait transversales à l'action publique.

Ainsi, je cite par exemple :

- **renforcer la proximité** avec les usagers en utilisant mieux les Centres Médico-Sociaux du département comme porte d'entrée à un ensemble de services, y compris dans la future Maison de l'autonomie,

- équiper les travailleurs sociaux d'outils (**tablettes numériques...**) leur permettant d'apporter au domicile des usagers des informations utiles, par exemple pour faire en direct une simulation de plan d'aide pour une personne âgée,

- **mobiliser les usagers mais aussi leur entourage et leur famille**, dans les dispositifs d'accompagnement. C'est souvent évident pour les personnes âgées ou handicapées, ce qui l'est moins pour l'enfance en danger,

- organiser nos équipes de prévention à partir des collègues, en particulier sur **l'absentéisme scolaire** et pas simplement au titre de la déambulation urbaine,

- développer et systématiser une tarification pluriannuelle des services et établissements, dans une logique de **mandatements et de missions de services** clairement définies par la collectivité,

- construire des **réponses intermédiaires ou mixtes entre le domicile et les institutions**, en premier lieu pour les personnes âgées, mais aussi pour les personnes handicapées trop souvent dans des logiques de « filières », ou dans l'accompagnement des enfants en danger,

- expérimenter très concrètement le **rapprochement entre l'aide à domicile des personnes âgées et le soin**, dans une démarche de simplification des services rendus mais aussi d'économies de déplacement et de maîtrise des dépenses publiques. C'est une démarche que nous avons initiée avec l'Agence Régionale de Santé,

- toujours avec l'Agence Régionale de Santé, travailler activement à des réponses aux problèmes de **santé mentale**, tant ces problèmes sont prégnants lorsqu'ils peuvent concerner des enfants, des adolescents, des personnes âgées ou handicapées, mais aussi et de plus en plus pour des personnes adultes en grande difficulté.

Vous le voyez, à la différence des schémas précédents, nous sommes moins aujourd'hui sur une logique de création de services nouveaux, de places nouvelles, que d'efficacité et d'articulation des différents dispositifs autour des personnes concernées. Cette orientation est bien sûr liée à un souci d'exigence dans le contexte budgétaire contraint que nous connaissons, mais pas seulement. **C'est aussi, très clairement, la volonté de changer d'approche, de s'attacher au résultat commun des actions plutôt qu'à la création de nouveaux dispositifs, tous plus pertinents les uns que les autres, mais qui viennent s'accumuler, dans une stratification pas toujours efficace.**

Notre ambition est de placer la personne en difficulté, au cœur de chacun de nos dispositifs, de lui proposer un accompagnement personnalisé en matière de logement, d'emploi, de soin, au service de son autonomie. En deux mots, il s'agit de décliner très concrètement notre volonté de faire mieux avec moins d'argent public, qu'il s'agisse de celui du Département, mais aussi de celui de l'État, ou celui des communes et agglomérations.

La phase de préparation et de concertation de ce nouveau schéma a montré qu'il y a des marges de manœuvre de ce point de vue.

La plupart de ces perspectives ne sont pas d'application immédiate. Elles donnent un sens et des objectifs concrets pour les quatre années à venir, jusqu'en 2017.

Claude Jeannerot

Président du Département
Sénateur du Doubs

Les six enjeux prioritaires

Le présent document relève d'une ambition nouvelle : réaliser **un schéma directeur d'organisation sociale et médico-sociale unique**.

Ce tournant voulu par le Département traduit une volonté de construire une politique sociale et médico-sociale d'ensemble, en abandonnant la logique des volets séparés des « personnes âgées », des « personnes en situation de handicap », et de « l'enfance, de la famille, et de la petite enfance ». Quelles en sont les raisons et les implications ?

Depuis 2004, un travail avec les acteurs de chaque dispositif a été engagé pour identifier les manques à combler en matière de capacité d'accueil puis de qualité des prestations. Le renforcement progressif des compétences et de l'expertise du Département, désormais le chef de file des politiques sociales, les étapes de partage et de concertation qui ont pu être organisées au fil du temps notamment dans les territoires, ont permis de faire progresser les différents dispositifs, quels qu'ils soient (personnes âgées, personnes en situation de handicap et enfants), et ainsi de mieux répondre aux besoins des usagers. Doubs 2010 a permis ainsi de franchir les premières étapes.

Le paradoxe de ces évolutions réside dans le fait que, tout en diversifiant les solutions apportées, ces mêmes dispositifs se sont largement complexifiés et, par-là, peu à peu éloignés des personnes qu'ils visaient à accompagner, sécuriser, soutenir : les usagers. La multiplication des réponses s'est donc faite aux dépens de leur propre clarté et de leur simplicité. Le choix de la précision a obéré la cohérence d'ensemble et sa lisibilité.

L'utilisateur est devenu un individu - ou un patient - auprès duquel interviennent structures, professionnels, associations, organisations de financement, chacun fort de son expertise, mais aussi de ses prérogatives et peu enclin à échanger, coopérer et à se coordonner avec les autres. Le projet Doubs 2017 a permis d'affiner cette analyse et de faire émerger le besoin de préciser la volonté maintes fois affirmée de « remettre l'utilisateur au centre du dispositif ». Cet objectif ne sera atteint qu'en faisant converger tous les professionnels, quelle que soit leur organisation d'appartenance, vers la personne qui nécessite un accompagnement, pour une période plus ou moins courte de sa vie. Deux logiques sous-tendent ainsi ce nouveau schéma qui doit viser la simplicité : une plus grande lisibilité et une meilleure coordination entre l'ensemble des dispositifs.

1 Prendre en compte la complexité des situations et le cumul au sein d'un même foyer des problématiques sociales et médico-sociales.

Cette plus forte coordination, qui doit entrer dans les modalités mêmes de fonctionnement des uns et des autres, est d'autant plus essentielle que les problématiques sociales se complexifient et ont tendance à se cumuler. Les effets d'une crise profonde et de longue durée sont de plus en plus prégnants sur les territoires et touchent de plus en plus de ménages. Ceux qui pouvaient se croire à l'abri il y a encore quelques années sont guettés par la précarité, quand ceux qui la subissaient déjà l'ont vu croître autour d'eux et dans leur propre famille. De fait, les difficultés sociales se surajoutent à des difficultés médico-sociales. Il n'est désormais plus rare de rencontrer un ménage au sein duquel deux, voire trois ou quatre personnes « bénéficieront » d'une prestation (l'Allocation Personnalisée Autonomie, l'Allocation Adulte Handi-

capé, la Prestation de Compensation du Handicap, le Revenu de Solidarité Active, les mesures de protection des majeurs, l'Action Educatrice à Domicile, l'Action Educatrice en Milieu Ouvert). Quelle cohérence à accompagner cette famille au titre de chacun de ces dispositifs ? Quel intérêt à soutenir séparément chacun des membres de cette même famille ? C'est ici que la distinction entre trois volets d'un même schéma trouve ses limites : accompagner les ménages au travers de dispositifs divers en ignorant que les problématiques peuvent se cumuler et s'amplifier non seulement n'a plus de légitimité mais peut même remettre en question l'efficacité des actions menées. Le schéma unique doit donner du sens et de la cohérence aux politiques sociales, en cherchant à promouvoir deux notions qui se situent au centre de ses ambitions : **la transversalité et le chaînage du processus**.

2 Développer une politique d'action sociale et médico-sociale construite à partir du territoire.

Le territoire doit aussi constituer le point d'appui, le ferment et la richesse de l'organisation, porteur de sa cohérence.

À l'opposé d'une logique de juxtaposition, il affirme clairement sa volonté de créer du liant entre l'ensemble des politiques et entre l'ensemble des acteurs.

Des nuances peuvent (et doivent) toujours être apportées mais les grandes thématiques des précédents schémas départementaux se retrouvent et se complètent dans chacun des dispositifs. Les risques liés à l'isolement sont toujours les mêmes, quelles que soient les difficultés sociales ou médico-sociales auxquelles une personne doit faire face : absence de liens avec des tiers, exclusion de l'environnement immédiat (voisinage, espaces urbains ou ruraux), absence d'activités de loisirs ou de culture qui participent de l'épanouissement personnel, perte d'estime de soi, émergence de pathologies dues aux mauvais traitements infligés par soi, ou par d'autres. Les solutions, mesurons-les, sont souvent connues et partagées et ne relèvent pas toujours de l'action sociale : développement de transports dont les fonctionnalités ou les horaires sont adaptés, sensibilisation des commerçants, des associations, des agents municipaux sur le besoin d'aide à apporter à ces publics particulièrement fragiles.

C'est précisément l'action et la sensibilisation de tous les acteurs d'un territoire, relevant ou non du secteur social, qui permettent de multiplier les opportunités de repérage et d'accompagnement pertinent afin soit d'orienter la personne et/ou sa famille, soit de mobiliser d'autres intervenants plus spécialisés et plus à-même de mettre rapidement en place les solutions qui leur sembleront opportunes. La solidarité des territoires, le vivre ensemble, ne concernent pas seulement les usagers du secteur de l'enfance en danger, du handicap ou du grand âge, mais chaque personne qui souhaite construire une société riche et accueillante pour tous, une société dont chaque membre est un acteur responsable de son avenir individuel et collectif.

Ce principe implique de mobiliser les centres de décision, d'information et d'orientation à proximité du lieu de vie de l'utilisateur. Le travail en proximité et sur les territoires incite chaque organisation à formaliser sa présence au niveau local afin d'être en mesure de répondre au plus vite et de la manière la plus complète possible aux besoins des personnes.

La place des CMS est ici centrale dans l'organisation des acteurs, parmi lesquels en premier lieu les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) qui constituent là où ils existent, une pierre angulaire du développement social local, en lien étroit avec le Département.



3 Une nouvelle place pour l'utilisateur et pour sa famille.

Dans une perspective plus technique et au-delà des solidarités qui peuvent se nouer autour de l'utilisateur, les grands axes qui structuraient les schémas directeurs recouvrent certaines ressemblances. C'est une même loi, celle du 2 janvier 2002, qui, par exemple, définit les conditions des accompagnements de qualité dans les établissements et services médico-sociaux. Ce sont les mêmes outils qui s'imposent ainsi aux praticiens et les mêmes types d'interrogations.

Plus largement, c'est une perspective commune qu'il s'agit de tracer et qui dit aussi les intentions et les attentes du Département, garant de l'homogénéité des prestations sur le territoire. Parmi l'ensemble des réflexions qui ont émergé durant la concertation préparatoire à ce nouveau schéma directeur, une a semblé essentielle : il s'agit de **la place de l'utilisateur et sa famille dans son propre accompagnement. Deux points particuliers méritent ici d'être mentionnés.**

Le premier : le schéma unique propose d'aller plus loin que l'ambition, vertueuse mais dépassable, de mettre l'utilisateur au centre du dispositif. Comme écrit plus haut, il s'agit d'un principe de base, un postulat. Désormais, chaque acteur ou groupe d'acteurs du social et du médico-social doit chercher à associer l'utilisateur à sa propre prise en charge. D'une manière générale, c'est son autonomie que doivent viser celles et ceux qui le soutiennent : il s'agit de l'aider à devenir ou à rester indépendant, à le soutenir quand il rencontre des difficultés et à lui éviter de chuter quand il ne peut

plus avancer seul. La distanciation, la prise de risque, la confiance placée dans les potentialités de ceux qui sont les plus fragiles sont les nouveaux principes de ce premier schéma unique.

Second point : les aidants familiaux sont une source d'expertise. Ils ont une connaissance très précise des difficultés qui ont pu jaloner la vie de la personne aidée et des besoins qui sont aujourd'hui les siens. Même s'il est toujours important de bien les accompagner pour les aider à objectiver ce qui peut, parfois, relever du ressenti, toute prise en charge doit pouvoir s'appuyer sur les aidants en les incitant à prendre du recul, à intervenir auprès de la personne aidée sans la mettre en danger et en complémentarité avec les interventions proposées par les professionnels.

Que la personne soit âgée et dépendante, qu'elle soit en situation de handicap ou qu'elle grandisse dans un milieu dont elle doit être protégée, la famille doit être actrice à part entière des accompagnements professionnels, tant que cela ne la met pas en danger. Un tel principe dépasse naturellement les situations individuelles et doit également trouver sa traduction dans des actes politiques et dans l'organisation, au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux, d'espaces d'échanges et de représentation des usagers.



4 Le domicile comme principal espace d'intervention.

Ce nouveau schéma n'est donc pas celui de l'augmentation de places en établissement ou des aides. Il est avant tout celui des solidarités actives sur les territoires par tous les acteurs et du respect du choix des usagers et de leur famille. Parmi ces choix, « vivre chez soi » est un souhait de plus en plus partagé. Il est de plus en plus régulièrement évoqué, voire exigé, par les usagers ou futurs usagers des dispositifs. Il est également de plus en plus fréquemment édicté comme principe de base par les lois et règlements qui servent de socle aux interventions des professionnels. Là encore, que l'on soit une personne en perte d'autonomie, un enfant ou un adulte qui doit faire face à un handicap, ou un enfant qui nécessite une protection, la solution unique de l'établissement et de ses murs n'apparaît plus satisfaisante. Les professionnels, quels qu'ils soient, doivent poursuivre le mouvement déjà engagé de longue date dans le département du Doubs de sortir des structures pour intervenir chez l'utilisateur, et de faciliter son insertion sociale, voire professionnelle, **c'est-à-dire son bien-être**. Cette intervention au domicile implique également que le logement soit adapté aux besoins de la personne. De la même manière que les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) devenaient des acteurs incontournables du développement des solidarités sur le territoire, les bailleurs sont ici des partenaires essentiels qu'il s'agit de pouvoir mobiliser en continu afin d'offrir aux personnes qui le souhaitent les possibilités matérielles de rester dans leur logement.

Il ne s'agit pas bien sûr, dans un élan de candeur, d'imaginer que chacune des personnes aujourd'hui accompagnée pourrait demeurer au sein de son foyer. Il est en revanche primordial de poser là aussi comme principe que ce n'est qu'en dernier ressort, soit quand toutes les autres solutions auront été épuisées, soit quand les risques semblent trop importants, que la personne sera accompagnée vers un établissement, sans ne jamais exclure entièrement un possible retour.

Des passerelles entre domicile et établissement doivent donc être pensées : elles existent déjà au travers des accompagnements séquentiels (hébergement temporaire et accueils de jour) sans que ceux-ci soient toujours bien intégrés dans les prises en charge. Le diagnostic réalisé pendant les travaux du schéma a permis de montrer qu'ils étaient diversement sollicités et ne jouaient pas toujours leurs rôles soit de répit pour les aidants, soit de sas pour les aidés. Là aussi, le schéma unique souhaite véhiculer une image très positive de ces accueils séquentiels comme une solution adaptée à un moment donné, répondant aux besoins des usagers et de leur famille. Des innovations sont encore possibles qu'il s'agira de développer dans le sens des complémentarités des prises en charge en faveur des aidants et des aidés.



5 La responsabilité et la coopération entre professionnels comme garantie de la fluidité du parcours.

À cette étape de la réflexion, on comprend bien que le schéma unique concentre ses efforts sur les solutions proposées au domicile de l'usager. Il s'agit ainsi de développer leur souplesse, leur adaptabilité, mais aussi les coopérations qui doivent se faire jour autour de la personne.

Car les solutions de coordination ne sauraient aujourd'hui suffire, la visibilité et la clarté des responsabilités constituent la base de leur valeur ajoutée.

Le nouveau schéma cherche à donner un nouveau souffle à ces démarches de coordination pour gagner en efficacité. Il part en effet du principe que les acteurs désormais se connaissant, doivent être en mesure de se mobiliser les uns et les autres à partir de leurs champs de compétences et de leurs responsabilités propres. À partir d'un bon partage d'outils, qui pourront notamment faire appel aux technologies de l'information et de la communication, chacun doit identifier les limites de ses propres interventions et savoir passer le relais sans que pour autant une réunion de coordination ne soit indispensable. Ce n'est que dans les cas de situations complexes – heureusement encore très rares et pour lesquelles la législation

cherche à donner une définition homogène – que de telles rencontres sont nécessaires. Dans les autres cas, les professionnels doivent savoir intervenir en complémentarité les uns des autres afin de proposer des solutions adaptées, quitte à bousculer les cadres traditionnels d'intervention. La coopération basée sur la reconnaissance des responsabilités de chacun, devient alors gage d'efficacité à un moment où chacun doit chercher à progresser quand les moyens sont de plus en plus contraints.

Pas plus que celle de « transversalité », la notion de parcours ne doit être une coquille vide. Elle doit au contraire inciter chacun à s'engager auprès de chaque usager dans une trajectoire qui se fasse sans heurt, reconnaissant bien les compétences et les responsabilités portées par chaque partenaire. Là encore, il importe peu que l'on soit un usager du dispositif gérontologique, un bénéficiaire d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou un enfant qui doit être protégé : l'unique chose qui compte, c'est que les professionnels écoutent, s'écoutent et coopèrent pour qu'aux fragilités qui existent et qui sont prises en compte, ne s'ajoute pas un risque de rupture de prise en charge.

6 La problématique psychique, un axe privilégié du schéma.

Les personnes en situation de handicap ou de maladie psychiques ont souvent été confrontées (et leur famille avec elles) à ces ruptures de prise en charge. En aucune manière et d'aucune sorte, le schéma unique ne souhaite privilégier un public plutôt qu'un autre. Bien au contraire, il vise tous les publics en partant du principe que les dispositifs doivent s'adapter selon des principes communs. Cependant, force est de reconnaître que la problématique psychique, qui traverse précisément le secteur « personnes âgées », le secteur « personnes en situation de handicap » et le secteur de la protection de l'enfance, appelle le développement de solutions spécifiques. Le Doubs avait déjà largement entamé des réflexions sur les accompagnements les plus adaptés. Sans être dépassé, il est toutefois aujourd'hui rattrapé, notamment dans les circonscriptions d'action sociale, par la récurrence de ces situations très complexes et par le sentiment partagé par les professionnels (quel que soit leur secteur d'intervention) d'être parfois démunis.

La concertation préalable au schéma a démontré l'absolue nécessité de disposer de personnels formés et l'importance de développer des solutions souples à destination d'un public dont les besoins sont, par nature, très évolutifs.



Un schéma structuré autour de huit orientations

Le sens de nos politiques publiques s'incarne bien entendu dans l'action. Ainsi, ce sont 8 grandes orientations de travail qui ont été définies par l'exécutif départemental, après concertation de nos partenaires.

- **Renforcer la proximité et l'accessibilité des services sur les territoires** : cette orientation vise à faciliter les démarches des usagers mais également à rapprocher la décision et l'information du lieu de domicile de l'utilisateur.
- **Valoriser l'utilisateur-acteur de son projet de vie** : affirmer sa place et son rôle dans son accompagnement : cette orientation vise à organiser les accompagnements en associant le plus possible les usagers et leurs familles.
- **Affirmer l'enjeu de l'inclusion et des solidarités de proximité** : il s'agit ici d'utiliser différentes ressources et différents outils déjà présents sur les territoires afin de renforcer la cohérence des accompagnements.
- **Développer les leviers de la prévention** : cette proposition consiste à anticiper autant que faire se peut les difficultés que peuvent rencontrer les différents publics soit en amont de leur accompagnement médico-social, soit pendant cet accompagnement.
- **Favoriser la cohérence et la continuité des accompagnements** : par cette orientation, le schéma souhaite mieux adapter l'offre et la coordination des accompagnements aux besoins des usagers.
- **Construire des réponses intermédiaires entre le domicile et les différentes formes d'accueil** : il s'agit ici de proposer des alternatives au « tout domicile » ou au « tout établissement » afin de s'adapter aux besoins – souvent évolutifs – des personnes accompagnées.
- **Articuler le soin et l'intervention sociale, notamment sur les problématiques psychiques** : la question du handicap et de la maladie psychiques doit faire l'objet de réponses souples et diversifiées.
- **Suivre le SDOSMS et l'évaluer** : il s'agit ici de piloter l'ensemble des actions de manière partenariale afin de s'assurer de leur déploiement progressif.

Chacune des orientations est déclinée en actions que le Département a la responsabilité de mettre en œuvre dans une triple dynamique de partenariats étroits, de mobilisation des solidarités sur les territoires et d'une nouvelle approche des interventions sociales et médico-sociales.



Plan d'action

1

Renforcer la proximité et l'accessibilité des services sur les territoires

- **Action 1** : Faire des CMS la porte d'entrée des services sociaux dans le département
- **Action 2** : Créer une Maison Départementale de l'Autonomie
- **Action 3** : Informer les premiers relais des services sociaux de droit commun (secrétaires de mairie, agents d'accueil de la Caisse d'Allocations Familiales...) sur les dispositifs pilotés par le Département
- **Action 4** : Développer pour l'utilisateur l'accessibilité des services en utilisant les potentialités des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)
- **Action 5** : Doter les professionnels intervenant à domicile d'outils leur permettant d'améliorer les échanges d'information entre eux et avec l'utilisateur
- **Action 6** : Renouveler et formaliser le partage de la communication d'informations dans et entre les services médico-sociaux (en interne et en externe) en s'appuyant sur les nouvelles pratiques d'e-administration et de gestion électronique des données

2

Valoriser l'utilisateur comme acteur de son projet de vie

- **Action 7** : Organiser la participation et la représentation des usagers dans la conduite et l'évolution des politiques d'action sociale
- **Action 8** : Favoriser la participation des usagers sur le plan institutionnel au sein des conseils d'établissements sociaux et médico-sociaux
- **Action 9** : Conforter la proposition faite aux usagers et à leur famille de participer aux réflexions concernant leur accompagnement individuel

3

Affirmer l'enjeu de l'inclusion et des solidarités de proximité

- **Action 10** : Clarifier et conforter les relations partenariales locales avec les Centres Communaux d'Action Sociale et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CCAS et CIAS), par le biais de conventions
- **Action 11** : Mobiliser l'environnement social et familial des personnes par la mise en place de réseaux d'action et dans une dimension intergénérationnelle
- **Action 12** : Développer les groupes de pairs dans l'ensemble des champs et pour l'ensemble des accompagnements
- **Action 13** : Inscrire le suivi des contrats «jeune majeur» dans un accompagnement social global et territorialisé
- **Action 14** : Initier des modalités d'accompagnement global en faveur des 16-25 ans en situation de vulnérabilité (logement)
- **Action 15** : Mutualiser les ressources existantes pour proposer des animations collectives en milieu rural à destination des personnes dépendantes en lien notamment avec les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les services d'aide à domicile et les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

4

Développer les leviers de la prévention

- **Action 16** : Mener des actions de développement social local autour de l'absentéisme scolaire en lien avec l'ensemble des acteurs (notamment la prévention spécialisée)
- **Action 17** : Développer une approche territorialisée et coordonnée des actions éducatives, notamment Aide Educative à Domicile (AED), Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO), prévention spécialisée
- **Action 18** : Inscrire les actions de prévention de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans une approche territoriale globale
- **Action 19** : Réaffirmer les engagements de la collectivité en matière de prévention sur le phénomène du vieillissement auprès des personnes non dépendantes
- **Action 20** : Utiliser les mesures d'accompagnement à la gestion du budget pour conduire des actions de prévention globale

5

Favoriser la cohérence et la continuité des accompagnements

- **Action 21** : Mettre en place une nouvelle tarification des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux dans une approche globale et pluriannuelle
- **Action 22** : Développer un panel de solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes
- **Action 23** : Favoriser l'échange de pratiques entre l'ensemble des métiers des champs de l'action sociale, médico-sociale et sanitaire, de manière transversale, notamment du type formation interinstitutionnelle et mini-stage
- **Action 24** : Travailler sur la gestion des listes d'attente au niveau territorial

6

Construire des réponses intermédiaires entre le domicile et les différentes formes d'accueil

- **Action 25** : Favoriser les choix de vie autonome des personnes âgées et des personnes handicapées, en développant des solutions alternatives à l'accueil en établissement
- **Action 26** : Expérimenter le rapprochement entre aide et soin à domicile en alternative à l'hospitalisation ou au placement en établissement
- **Action 27** : Adapter l'intervention aux besoins et aux capacités des enfants et de leurs familles en développant des modalités d'accompagnement diversifiées et intermédiaires entre action éducative en milieu ouvert et accueil continu en hébergement
- **Action 28** : Adapter des places existantes afin de les spécialiser pour les dédiés à un public particulièrement vulnérable

7

Articuler le soin et l'intervention sociale, notamment sur les problématiques psychiques

- **Action 29** : Travailler les conditions de l'intervention et du soin en santé mentale à domicile ou en établissement
- **Action 30** : Expérimenter un dispositif de familles d'accueil thérapeutique dans le champ de la protection de l'enfance
- **Action 31** : Renforcer et développer les dispositifs de coordination type «ateliers santé mentale»

8

Suivre le SDOSMS et l'évaluer

- **Action 32** : Créer un Conseil départemental de développement social
- **Action 33** : Organiser et mettre en place un observatoire social départemental



Solidaires

au service de l'autonomie de tous

PÔLE SOLIDARITÉS ET COHÉSION SOCIALE

18 rue de la Préfecture
25031 Besançon Cedex
Tél. : 03 81 25 86 58



www.doubs.fr