

---

## Proposition de Plan du Schéma directeur

Document de travail – dec.2014

---

### Préambule

Définition du schéma

Présentation de la volonté politique

## I- ETAT DES LIEUX

### 1. Contexte politique, juridique et éthique

- 1.1. Définition juridique du handicap
- 1.2. Les textes de référence (ONU...)
- 1.3. Historique de la prise en charge du H et de la D. en NC
- 1.4. La charte du Handicap
- 1.5. Les lois de Pays
- 1.6. Les délibérations (synthèse)
  - 452, 454, 455, 456, 457
  - 35 CP
- 1.7. Les acteurs politiques et institutionnels majeurs

### 2. Contexte sociodémographique

- 2.1. Le Handicap en région asie-pacifique
- 2.2. Répartition de la population calédonienne / tendances générales
- 2.3. Les personnes en situation de Handicap recensées en NC (DASS)
  - 2.3.1. Par typologie (handicap majeur et handicap associé) / tranches d'âge
  - 2.3.2. Géolocalisation
- 2.4. Les données des services provinciaux (3 provinces)
- 2.5. Estimations chiffrées à partir des données croisées et des taux de prévalence connus dans la région Asie-Pacifique
- 2.6 Les conditions de vie des personnes

### 3. Indicateurs de base en 2015 en NC

- 3.1. Les 62 indicateurs suivant la stratégie d'Incheon
- 3.2. Définition de l'inclusion par les capacités de Nussbaum.

### 4. Une société en pleine mutation

- 4.1. Tendances générales
- 4.2. Evolution des prises en charge des personnes en situation de Handicap et de Dépendance

- 4.3. Analyse de l'inclusion en NC (ce qui fonctionne / les freins / les limites)
- 4.4. Participation à la vie citoyenne. Quelles places pour les personnes H. & D. dans la construction du destin commun ?

## 5. La vision du Handicap en NC

- 5.1. Enquête auprès de la population :
  - 5.1.1. Les représentations suivant les cultures, les connaissances
  - 5.1.2. Les représentations par tranche d'âge / situation géographique
- 5.2. Enquête auprès des entreprises
- 5.3. Enquête auprès des élus

## 6. L'accès au régime d'aides

- 6.1. Pour les enfants
- 6.2. Pour les adultes
- 6.3. Le CHD / Le FIP
- 6.4. Statuts, taux, classification
- 6.5. Evaluation de la satisfaction des prises en charge

## 7. Cartographie du secteur et des structures

- 7.1. Les institutions / les lieux d'accueil
- 7.2. Les professionnels du secteur :
  - Médical
  - Social
  - Educatif
- 7.3. Le tissu associatif
- 7.4. Les structures, leurs statuts

## 8. Missions, moyens consacrés et réponses apportées,

*en terme quantitatifs et qualitatifs, et par typologie de handicap, dans les domaines :*

- 8.1. du diagnostic
- 8.2. du soin
- 8.3. de l'alimentation et compléments alimentaires
- 8.4. de l'accompagnement humain
- 8.5. du transport (adapté, public,...)
- 8.6. du logement
- 8.7. de l'accessibilité du bâti (ERP, commerces,...)
- 8.8. de l'emploi
- 8.9. des loisirs
- 8.10. de l'intégration sociale

## 9. Le diagnostic par thématiques

- 9.1. L'accès aux droits, à l'information
- 9.2. La processus de reconnaissance H. et D. et la classification
- 9.3. L'accès aux soins

- 9.4. L'accès à la scolarisation
- 9.5. L'accès au logement / au bâti
- 9.6. L'accès à l'emploi
- 9.7. L'accès aux loisirs
- 9.8. L'accompagnement de vie
- 9.9. L'accueil familial / les aidants / les fratries
- 9.10. L'accès aux structures
- 9.11. La grande dépendance
- 9.12. Outils informatiques et spécialisés
- 9.13. Assistance animale (chien d'assistance, équithérapie,...)

## 10. Une meilleure connaissance des attentes et des besoins des personnes et de leur entourage.

- 10.1. Enquête menée auprès de la population concernée et des familles
- 10.2. Retour des professionnels de terrain
- 10.3. Retour du secteur associatif

## 11. Les problématiques émergentes

- 11.1. Le vieillissement de la population, la perte d'autonomie
- 11.2. Les aidants familiaux
- 11.3. La prise en charge des adultes
- 11.4. La précarité
- 11.5. Les problématiques de logement
- 11.6. Les difficultés de transport
- 11.7. La vie sexuelle et affective / la parentalité

## 12. Prévention et réduction des risques

### • la prévention primaire (prévenir l'apparition)

- 12.1. Sécurité routière
- 12.2. Addictions
- 12.3. Alimentation et hygiène
- 12.4. Prise en charge périnatale

### • la prévention secondaire (au tout début) s'appuie sur des stratégies d'intervention précoce

- 12.5. Prise en charge éducative adaptée
- 12.6. Formation des professionnels
- 12.7. Continuité des soins
- 12.8. Prise en charge des comorbidités
- 12.9. Accessibilité des informations / Données
- 12.10. Réseau / Fonctionnement des acteurs du secteur médico-social

- **la prévention tertiaire** : vise à diminuer l'incidence des complications du handicap ou de l'aggravation des pathologies et des invalidités liées.

## 13. Synthèse par thématiques /groupes de travail

### II- PRECONISATIONS

*par thématiques*

- Objectifs attendus
- Propositions d'actions (en collaboration si nécessaire avec des comités techniques, composés d'experts)
- Création de fiches actions correspondantes (coûts et résultats attendus)

### III- L'APPROBATION DU SCHEMA

Sur proposition du comité de pilotage et après avoir recueilli les avis nécessaires, le schéma devrait être approuvé dans sa globalité.

### IV- LES CHOIX POLITIQUES

Compte tenu des préconisations du schéma, il s'agira de définir les axes prioritaires, suivant les valeurs que les instances souhaitent promouvoir.

### V- MISE EN OEUVRE OPERATIONNELLE ET LOGISTIQUE

- Les moyens à mettre en oeuvre
  - humains
  - matériels
  - financiers
- Les actions et leur programmation
  - programme d'investissement
  - les mesures d'organisation
  - les mesures d'accompagnement
  - planification

### VI- SUIVI ET EVOLUTION

Création d'un observatoire du handicap, qui permettra

1. d'assurer le suivi de la mise en oeuvre du schéma
2. de réactualiser tous les 2 ans les critères arrêtés
3. de mesurer la satisfaction des usagers
4. de permettre l'évolutivité du dispositif (adaptations...)

---

## Proposition de Méthodologie

Document de travail – dec.2014

---

### Principe général

En premier lieu, il s'agirait de préciser le cadre, les grands principes et les grandes orientations assignées à ce schéma et de rappeler les fondements éthiques sur lesquels le gouvernement entend bâtir sa politique en définissant les valeurs qu'il souhaite promouvoir.

Ensuite, le schéma se devrait d'évaluer les besoins et de rechercher les attentes de la population, en appréciant les différents enjeux.

Puis, le schéma devrait dresser un état des lieux de l'existant, l'analyser, et préciser le contexte, c'est-à-dire les obligations, les freins, les leviers, les opportunités, pour déterminer les potentialités.

Compte-tenu de ces éléments, le gouvernement, sur la base de scénarios qui lui auront été proposés par le Comité de pilotage, devrait préciser les grandes orientations politiques qu'il entend donner à partir des critères de choix qui auront été énoncés.

### I – CHARGE DE PROJET

Nomination d'un coordonnateur de projet, chargé de la mise en oeuvre et de la bonne réalisation du schéma, qui serait sous la responsabilité du Comité de pilotage (COFIL).

#### *Ses missions :*

##### A - RECENSEMENT & SYNTHESE

- des documents existants, permettant de servir de points de départ au travail

- **Métropolitains et internationaux**

*Pour exemples :*

- Convention ONU
- Rapport mondial sur le handicap
- Stratégie d'Incheon
- Lois métropolitaines de 1975 et 2005
- Circulaire Ayrault

....

- **Néo-Calédoniens**

*Pour exemples :*

- Loi organique 2009
- Lois de Pays 2009

- Délibérations 35CP, 452, 454, 455, 456, 457...
- Nouvelle Calédonie 2025 : Diagnostic et enjeux (2009)
- Situation sanitaire (DASS-2012)
- Livre blanc du Collectif-Handicaps
- Etats des lieux du polyhandicap
- Audit IME
- Etude du Pôle gérontologique
- Bilans CEJH- CRHD (2014)
- Etude population Handicap (CHD-2013)
- Le schéma du Handicap de la Province Sud (2014)
- ...

- des données chiffrées existantes
  - CORH / CEJH / CRHD
  - 3 Provinces

A partir de ces documents, synthèse et rédaction des points 1, 2 (hormis 2.6) , 3, 6, 7 de l'Etat des Lieux (cf Plan du schéma)

## **B –ASSISTER & SUPERVISER LES GROUPES DE TRAVAIL**

- Veiller au respect du cahier des charges fourni et à la bonne avancée des groupes de travail, conformément au planning défini.

## **C – REALISER LES ETUDES ET ENQUETES NECESSAIRES**

- Définir le cahier des charges des enquêtes attendues
  - auprès de la population
  - auprès des personnes concernées et de leur entourage
  - auprès des entreprises
  - auprès des élus
- Définir, mettre en oeuvre et superviser le processus de réalisation
- Synthétiser, analyser et rédiger les résultats

## **D – REDIGER ET PRESENTER LE SCHEMA DU HANDICAP ET DE LA DEPENDANCE**

- Assurer la rédaction du schéma, en fonction du plan retenu.
- Présenter le schéma auprès des différents publics
- Gérer la communication dans les medias, si nécessaire

## **E – IMPRESSION ET DIFFUSION**

- Superviser la mise en page du document relié, valider le BâT et l'impression du document
- superviser la diffusion aux acteurs concernés

## **II - COMITE DE PILOTAGE (COPIL)**

Nomination d'un comité de pilotage composé de représentants des différents acteurs majeurs du secteur.

Il lui conviendrait de définir les grandes étapes de l'élaboration du schéma et des points clefs nécessitant une validation du comité de pilotage, comme par exemple :

- le plan du schéma directeur
- la méthodologie
- l'état des lieux et le diagnostic,

- l'évaluation des besoins,
- les grandes orientations et les objectifs stratégiques,
- l'organisation, les programmes d'action et les modalités de mise en oeuvre.

Puis il devrait définir les conditions dans lesquelles serait élaboré le schéma (prestations internes/ externes) et l'échéancier de réalisation.

A partir des propositions du chargé de projet, son rôle consisterait donc en :

### **Une phase de concertation**

- Le COPIL aurait un rôle général de concertation et de validation,
- Devrait arrêter et définir l'organisation des groupes de travail et les cahiers des charges correspondant,
- Réorienterait les travaux des groupes de travail au besoin,
- Définirait le calendrier.

Au lancement du schéma, une première réunion plénière présentant la méthodologie à l'ensemble des acteurs du secteur serait réalisée afin d'informer et de permettre une implication plus générale qui favoriserait la crédibilité du schéma et son efficacité.

### **Une phase de mise en oeuvre du schéma**

Il serait chargé de :

- Valider/Arbitrer les décisions opérationnelles (cahier des charges et mise en oeuvre des études et enquêtes notamment),
- Demander des travaux de consultations complémentaires auprès des groupes de travail, si nécessaire
- La mise en oeuvre et validation de comités techniques
- Du pilotage de la mise en oeuvre du Schéma.

Fréquence de réunion : tous les 2 mois

Il pourrait être composé comme suit :

- un représentant du gouvernement,
- un représentant du Congrès
- un élu de la Province Sud
- un élu de la Province Nord
- un élu de la Province des îles Loyauté
- un représentant du CHD,
- un représentant de la DASS,
- un représentant de la DPASS,
- un représentant de la DASSPS,
- un représentant de la DACAS,
- un représentant de la CAFAT
- un représentant de la CRHD
- un représentant de la CEJH
- un représentant du CHT
- un représentant du CHS
- 2 représentants des associations H
- un représentant des associations D
- un représentant des usagers
- un représentant des prestataires
- un représentant des syndicats
- un spécialiste du handicap, externe au territoire, garantissant la neutralité d'un regard extérieur

## COMITES TECHNIQUES

Des comités techniques, composés d'experts sur un secteur donné pourront être créés, afin de collaborer à l'élaboration de dispositifs appropriés.

## III- GROUPES DE TRAVAIL

Sous la responsabilité du chargé de projet et supervisés par le COPIL, des groupes de travail par thématiques seraient créés, avec pour chacun, un responsable qui serait leur porte-parole.

Les groupes de travail procéderaient à un état des lieux du secteur donné en recensant les besoins par typologie de handicap ou de dépendance, en suivant une trame assignée.

### Une approche systémique et combinée

Il serait important de procéder à une analyse systémique à partir d'entrées multiples, pour cela il est nécessaire de privilégier une approche la plus ouverte possible et de couvrir un champ de réflexion étendu pour apporter une réponse pertinente. En tenant compte de différents paramètres, tels que, par exemple :

- les tranches d'âge
- la situation géographique
- la culture et les habitudes de vie
- la nature des difficultés et du handicap (moteur, sensoriel, intellectuel, psy ... / handicaps associés),
- les circonstances de la venue du handicap
- le parcours de vie des personnes (domicile, structures, nécessité de soins, évasanes...)
- les services associés à ce parcours (nature de l'offre, équipements associés, durée...),
- les besoins,
- les attentes des personnes et de leur entourage,
- les enjeux (sociaux, économiques, politiques, etc ...),
- les objectifs,
- etc ...

Suivant la thématique abordée, chaque groupe pourrait privilégier une entrée plutôt qu'une autre, mais il importerait de recombinaison les approches thématiques à travers des matrices à double ou triple entrée afin de synthétiser l'analyse, d'établir un diagnostic et de pouvoir proposer un programme d'actions.

## Thématiques proposées

- L'accès aux droits, à l'information
- Le processus de reconnaissance H. et D. et la classification
- Le diagnostic
- Soins et accompagnement médico-social
- Hygiène et alimentation
- Education et scolarisation
- Le logement (adapté, unités vers l'autonomie...)
- L'accessibilité du bâti (ERP / commerces...)
- La formation et l'emploi
- Le transport (adapté, public, plans de déplacement,...)
- Les loisirs / l'occupationnel



- L'accompagnement de vie
- L'accueil familial / les aidants / les fratries
- Les structures d'accueil
- La grande dépendance
- Vie sexuelle et affective
- Intégration sociale et citoyenne / participation à la vie politique et à la prise de décision
- Accès à l'informatique et aux matériels spécialisés
- Aide animalière (chien d'assistance, équithérapie,...)

## IV – ETUDES & ENQUETES

### L'EVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES CONCERNEES

Cette évaluation va passer dans un premier temps par la recherche des attentes de la population, puis par la détermination des enjeux, pour aboutir à la définition des besoins.

Pour conduire l'évaluation, on interrogera les personnes concernées, leur entourage, les professionnels du secteur, les associations.

#### A - LES ATTENTES

Pour mieux cerner les attentes, il convient d'abord de bien identifier et caractériser le public en question, les domaines dans lesquels il exprime ses attentes, les critères de qualité qu'il va privilégier, les gênes qu'il ressent et les obstacles qu'il rencontre.

#### 1 - La population concernée

On peut la segmenter en un certain nombre de catégories :

- *suivant le type de handicap ou de dépendance sans oublier le(s) handicap(s) associé(s)*
  - les handicapés moteurs,
  - les déficients visuels,
  - les déficients auditifs,
  - les déficients mentaux,
  - les troubles cognitifs
  - les troubles psychiques
  - le polyhandicap
  - les maladies invalidantes
  - la maladie d'Alzheimer
  - la maladie de Parkinson
  - autres
- *par tranches d'âge :*
  - 0 à 6 ans
  - 7 à 17 ans
  - 18 à 40 ans
  - 41 à 65 ans
  - 66 ans et plus
- *par situation géographique et appartenance culturelle (Province / commune – tribu/ habitat urbain)*
- *Evaluation de l'état de santé ou de la capacité d'autonomie*

...

Globalement, il s'agirait de cibler les questions par rapport aux indicateurs de base retenus

#### B - LES BESOINS

*En terme :*

- d'informations
- d'aide
- de soins
- d'accompagnement humain
- de scolarisation / prise en charge éducative
- d'accès à l'emploi
- de logement
- de déplacement
- de loisirs

...

## **REPRESENTATION DU HANDICAP AU SEIN DE LA POPULATION CALEDONIENNE**

Il s'agirait d'effectuer un questionnaire, auprès d'un échantillonnage représentatif de la population (environ 3000 personnes, soit 1% de la population), afin de connaître leurs représentations du handicap.

Les questions pourraient être : est-ce qu'ils ont dans leur entourage une personne en situation de H ou de D ? qu'est-ce que le terme Handicap signifie ? et le terme Dépendance ? Quel ressenti ont-ils face à une personne handicapée ? face à une personne dépendante ? quel est pour eux la principale cause du H ? Y en a-t-il d'autres ? Est-ce que cela pourrait vous arriver ?

Que ressentent les personnes H ? peuvent-elles avoir une vie affective ? des rapports sexuels ?

Pourriez-vous vivre avec une personne H ? et si c'était votre enfant ?

Pourriez-vous vivre avec une personne D ? et si c'était votre mère ? votre conjoint ?

Quelles actions seraient les plus bénéfiques pour les personnes H ? pour les personnes D ?

## **REPRESENTATION DU HANDICAP AUPRES DES ENTREPRISES**

Il s'agirait de questionner sur la représentation d'un travailleur H, de la connaissance des lois de pays ? De la possibilité de travailler avec une personne H ? de sentiments que cela engendre, des conséquences que cela peut avoir au niveau du travail ...  
De la capacité d'embaucher une personne H au sein de l'entreprise

....

## **REPRESENTATION DU HANDICAP & DE LA DEPENDANCE AUPRES DES ELUS**

Il s'agirait d'interroger les élus afin de connaître leur connaissance sur le sujet  
Combien de personnes concernées en NC ? Quel type de H connaissez-vous ?  
Quelles en sont les causes principales ?  
Que signifie le mot dépendance ?  
Vous sentez-vous concerné ?

...

## **V – LES VALEURS AUXQUELLES DOIT REpondre LE SCHEMA**

Afin de définir les finalités qu'il assigne à son schéma, le COPIL doit absolument définir les valeurs qu'il entend ériger en principes pour les promouvoir. Il s'agit de préciser les obligations morales, les engagements éthiques qu'il se donne à travers ce schéma.

### **A - LES VALEURS INCONTOURNABLES**

Certaines valeurs sont incontournables soit parce qu'elles sont d'ordre constitutionnel, soit parce qu'elles sont inscrites dans la loi, soit parce qu'elles constituent l'essence même de la collectivité.

Les valeurs fondamentales qui constituent la Nouvelle Calédonie aujourd'hui sont multiples, de la devise républicaine liberté, égalité, fraternité aux valeurs de destin commun, propres au territoire, qui s'affiche comme une terre de partage, de solidarité.

#### B - LES AUTRES VALEURS

De nombreuses autres valeurs peuvent être mises en exergue, telles que l'inclusion, le droit à compensation, le respect...

Il appartiendra aux décideurs politiques de les définir et de les prioriser.

## VI - LE CHAMP DU POSSIBLE

En parallèle à l'évaluation des besoins de la population, il faudra évaluer ce que la collectivité peut faire pour y répondre.

Après avoir analysé les besoins et les attentes, les services mis en œuvre et leurs conformités, il s'agirait de délimiter in fine le champ du possible, c'est-à-dire l'ampleur de ce qui semble réaliste de pouvoir réaliser dans des délais raisonnables et avec les moyens financiers impartis.

## VI- LA PROCEDURE D'APPROBATION DU SCHEMA

#### A - LES CONSULTATIONS PREALABLES

Avant de procéder à l'approbation formelle du schéma, il paraît souhaitable de le soumettre pour avis :

- à la Présidente du Gouvernement,
- aux Présidents des 3 Provinces
- au Président du Congrès
- à la CEJH / CRHD
- aux associations
- etc...

#### B – L'APPROBATION FINALE

Sur proposition du comité de pilotage et après avoir recueilli les avis nécessaires, le schéma devrait être approuvé par délibération du congrès dans la mesure où :

- il constitue un schéma territorial
- il définit les modalités de la mise en accessibilité
- il établit la programmation des investissements à réaliser et des mesures d'organisation à mettre en œuvre,
- il prévoit les conditions de sa mise à jour et de son évolution.

## VII- CREATION D'UN OBSERVATOIRE DU HANDICAP

Qui aura pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre du schéma. Il sera créé au sein du CHD.