

## Synthèse des discussions avec les acteurs valaisans du handicap, de la dépendance et de la précarité sociale – 27 mai et 10 juin 2024, Sion

Dans le cadre des travaux de planification des besoins et de l'offre de prestations pour les personnes adultes vivant avec un handicap, une dépendance ou dans la précarité sociale pour les années 2025-2028, deux discussions de groupe ont été organisées et animées par le Bureau BASS sur mandat de l'Office de coordination pour les questions dans le domaine du handicap (OCQH). Ces deux discussions ont réuni au total 20 représentantes et représentants des directions d'institutions et d'organisations actives dans les domaines du handicap, de la dépendance et de la précarité sociale.

Les discussions ont porté sur trois questions principales :

- Quelle est l'évolution du profil du public accompagné par les organisations et des situations accueillies dans les institutions ?
- Quelles mesures concrètes permettent de promouvoir l'autonomisation des personnes avec un handicap, une dépendance ou vivant dans la précarité sociale ?
- Quelles sont les mesures/ les offres qui doivent être mises en œuvre de manière prioritaire pour répondre aux besoins des personnes vivant avec un handicap, une addiction ou dans la précarité sociale ?

La présente synthèse développe les principaux éléments qui sont ressortis des deux discussions.

### 1 Evolution du profil du public et des situations accueillies

Les évolutions du profil public mentionnées par les participantes et les participants à la discussion concernent :

- le vieillissement des personnes accueillies
- l'augmentation des comorbidités
- la complexification des situations
- l'augmentation du nombre de situations TSA

Des lacunes de prise en charge sont observées pour ces publics, ainsi que pour :

- les jeunes adultes
- les personnes avec un parcours migratoire
- les PAFA

Nous présentons d'abord les mesures générales qui ont été relevées lors de la discussion pour une meilleure prise en charge des évolutions du profil du public. Nous nous attachons ensuite aux mesures qui concernent spécifiquement les différentes évolutions identifiées, par thématique.

#### 1.1 Mesures pour une meilleure prise en charge des évolutions du profil du public et des situations accueillies

Pour répondre à l'évolution du public, les mesures globales suivantes ont été identifiées :

- Revoir les **ressources financières et en personnel** à la hausse afin d'assurer un meilleur encadrement du public-cible.
- Renforcer la **formation du personnel**, notamment pour traiter de situations spécifiques (TSA ou poly-handicap), et ainsi assurer un meilleur encadrement. Cette thématique fait également écho au **manque de reconnaissance du personnel** dans le milieu médico-social.
- Promouvoir les **synergies** entre les différents domaines du handicap, par exemple entre les domaines de la psychiatrie et de la déficiência mentale, qui « ne se parlent pas ». Les participantes et les participants

observent qu'il existe une certaine réticence à collaborer entre les institutions, la raison étant la « peur de remise en question de l'existence des institutions ». Cette collaboration pourrait être promue par le canton, en modifiant les objectifs fixés aux institutions et en flexibilisant les contrats de prestation.

- Adapter les solutions au cas par cas pour répondre aux besoins spécifiques de la population-cible (**individualisation des réponses**). Les participantes et participants à la discussion relèvent toutefois que des efforts sont déjà consentis dans ce sens dans le canton, et qu'il est en pratique impossible de développer une offre 100% individualisée (en raison de différentes limites structurelles au sein des institutions, par ex. flexibilisation limitée des postes de travail, de l'encadrement, etc.).
- Moderniser les **infrastructures**, notamment au sein des institutions, qui ne sont pas suffisamment accessibles physiquement aux personnes vieillissantes.

## 1.2 Vieillesse des personnes accueillies

### Lacunes

Dans le cadre du vieillissement d'une partie du public-cible, les principales lacunes de prise en charge identifiées sont :

- le manque de personnel médico-social;
- l'inadaptation de certaines infrastructures.

### Mesures spécifiques

- Des **structures spécialisées** devraient être développées afin de mieux tenir compte des spécificités de cette frange de la population (par ex. activités occupationnelles pour les personnes qui ne sont plus en âge de travailler). À noter que cette problématique ne concerne pas un type de handicap particulier, mais couvre l'ensemble des domaines du handicap.
- Certaines prestations, telles que les **foyers de jour**, sont actuellement uniquement accessibles aux internes (c'est-à-dire aux résidentes et aux résidents). Il serait souhaitable d'ouvrir ce type de prestations aux externes également, en particulier aux personnes vieillissantes.

## 1.3 Augmentation du nombre de situations de TSA

Les participantes et les participants relèvent que les thématiques du TSA et des situations complexes (notamment comportements défis, comorbidités) peuvent être liées. Les situations complexes, malgré leur nombre restreint, occupent une part significative du temps de travail des collaborateurs au sein des institutions (20% de cas, 80% du temps).

Il est par ailleurs important de distinguer les personnes souffrant uniquement de TSA, et celles présentant également une forme de déficience mentale, les problématiques de ces deux groupes étant fortement hétérogènes.

### Lacunes /défis dans la prise en charge

- le **manque de structures spécialisées**, employant du personnel spécifiquement formé aux problématiques du TSA ;
- le manque d'**équipes pluridisciplinaires** (socio-éducatives, médico-sociales) pour traiter les cas complexes de TSA ;
- la hausse de **cas de violence** envers le personnel accompagnant des situations complexes de TSA. Cette dernière entraîne un risque accru d'**épuiement du personnel**, qui impacte négativement le taux d'encadrement des personnes souffrant de ce type de handicap.

### Mesures spécifiques

- Améliorer la **formation** du personnel, les sensibiliser à cette thématique particulière ;
- Développer des **équipes pluridisciplinaires** (socio-éducatives, médico-sociales) pour permettre une meilleure prise en charge de ce public ;
- Développer l'offre de **locaux spécifiques** au domaine du TSA ;
- **Diversifier l'offre en ateliers** dans le domaine du TSA, comme d'ailleurs pour le handicap psychique. Ces publics spécifiques présentent en effet des capacités intellectuelles élevées et sont en mesure d'effectuer des tâches complexes autres que celles habituellement offertes dans les ateliers (en dehors des phases de décompensation pour ce qui est des troubles psychiques). Le domaine du numérique représente à ce titre une piste intéressante à explorer.

## 1.4 Complexification des situations

L'augmentation de l'espérance de vie d'une part et la hausse des diagnostics de TSA d'autre part entraînent une complexification des situations. Cette complexification se traduit par des personnes présentant des comorbidités d'une part, et par des comportements défis d'autre part. Les situations observées par les participantes et les participants ont bien souvent différentes étiquettes ou alors ne « cochent » pas l'ensemble des critères pour entrer dans une catégorie de handicap.

### Lacunes

- L'une des problématiques majeures concerne **l'absence de compétences** pour prendre en charge tous les aspects des situations complexes **au sein des institutions**, du fait qu'elles sont souvent spécialisées dans un type de handicap
- Un autre problème relevé est le manque de prise de responsabilité des institutions. Étant donné que les personnes dans des situations complexes ne remplissent pas (nécessairement) toutes les cases propres à une catégorie de handicap, les institutions ne souhaitent pas les prendre en charge et les réorientent vers d'autres organismes. Il peut ainsi être difficile et cela peut prendre du temps pour qu'une solution de prise en charge soit finalement trouvée. En d'autres termes la catégorisation du type de handicap prime à l'heure actuelle sur les besoins réels de la personne.

### Mesures spécifiques

- **Formation du personnel** à la prise en charge des situations complexes ou mise en place d'équipes mixtes pouvant accompagner ces situations de manière adéquate. À ce titre, certaines organisations développent des formations pour l'accompagnement des situations complexes (par ex. via e-learning).
- **Renforcer les synergies** à deux niveaux : (1) sur le terrain, de manière opérationnelle, sur l'exemple de la collaboration interinstitutionnelle (CII) qui existe déjà en Valais pour l'insertion sociale et professionnelle ; et (2) entre les différentes institutions pour améliorer le dialogue. Une piste pourrait être la mise en place d'un « one-stop shop » pour les domaines du handicap, de l'addiction et de la précarité sociale.
- **Formaliser les solutions trouvées** : Il est également important, une fois qu'une solution est trouvée pour une situation complexe spécifique, d'entériner/reconnaître cette solution (afin d'éviter que chaque situation soit résolue de manière individuelle, voire arbitraire).

## 1.5 Jeunes/jeunes adultes (16-25 ans)

Les participantes et les participants mentionnent une forte augmentation du nombre de jeunes nécessitant des mesures renforcées durant la scolarité et du nombre de jeunes fréquentant les classes spécialisées.

## Lacunes

Plusieurs participantes et participants mentionnent des lacunes de prise en charge dans la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, de manière imagée un « trou noir » entre la fin de la période de scolarisation et l'âge adulte (16-25 ans). Cette période de transition représente pourtant une **période charnière**, à savoir une période durant laquelle les jeunes acquièrent les clefs pour accéder au marché du travail ultérieurement. Or, ces jeunes font face à des difficultés/lacunes d'apprentissage, qui limite leur insertion sur le marché du travail.

- Les participantes et les participants constatent **une hausse marquée** du nombre de personnes nécessitant une prise en charge dans cette catégorie **d'âge depuis la crise du COVID**, en particulier dans le domaine **psychique** (mais aussi pour d'autres types de handicap).
- Des lacunes sont surtout identifiées en matière de **places d'accueil et de formation**. *In fine*, le manque de places de formation a également des répercussions sur les places de travail (car les jeunes n'ont pas de formation adéquate et se retrouvent donc dans l'incapacité d'exercer une activité productive). À ce titre, plusieurs intervenants mentionnent la nécessité de développer l'offre en matière de formation pour les jeunes (centres de formation spécialisés).
- Un manque de place **d'hébergement** pour les jeunes a également été relevé.
- Cette absence de solutions pour les 16-25 ans se retrouve de manière homogène **sur tout le territoire valaisan**.
- Se pose également la problématique de l'« **aiguillage** » **trop tardif**. Actuellement, les jeunes sont accompagnés dès l'âge de 15 ans pour décider de leur futur, ce qui est trop tardif d'après les participants.
- Est également mentionnée la problématique des règles trop strictes dans la définition des enfants et des adultes. Les institutions devraient avoir plus de flexibilité dans la prise en charge au niveau de l'âge.

## Mesures spécifiques

- Il apparaît comme nécessaire d'augmenter **le nombre de places de formation**, pour répondre à l'augmentation de la demande des 16-25 ans (le nombre de jeunes souhaitant une formation aurait doublé sur les dernières années, alors que le nombre de places offertes est resté stable).
- Les participantes et les participants évoquent la nécessité d'abaisser l'âge à partir duquel l'orientation/**aiguillage des jeunes** a lieu, afin d'éviter le développement de situations complexes non-anticipées : dès 10-11 ans.

## 1.6 Personnes avec un parcours migratoire

Les participantes et participants mentionnent que les personnes avec un parcours migratoire peuvent présenter des **situations complexes** (trauma, absence d'ancrage en Valais, etc.). Or, seule une petite partie de ces personnes entrent en contact avec les institutions (« **pointe de l'iceberg** »). Les institutions n'ont donc bien souvent pas directement accès à ces personnes. Par ailleurs, une partie de ce public n'est pas reconnu par l'AI, si l'invalidité est survenue à l'étranger<sup>1</sup>. Enfin, une fois intégrées en institutions, ces situations continuent à engendrer une certaine complexité pour le personnel des institutions, qui ne disposent pas forcément des compétences juridiques ou linguistiques pour interagir correctement avec les personnes concernées.

## Mesures spécifiques

- Améliorer les synergies entre les différents services de l'État (migration, aide sociale, action sociale) ;
- Formation du personnel aux aspects spécifiques des personnes migrantes.

<sup>1</sup> La loi fédérale sur l'AI stipule que les étrangers ont droit aux prestations seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

## 1.7 Placements à fin d'assistance (PAFA)

Les situations de PAFA sur décision de l'autorité compétente, à savoir les personnes qui se mettent en danger ou qui mettent en danger leur entourage, sont mentionnées comme exigeantes du point de vue de la prise en charge. Ces groupes spécifiques nécessitent une solution fermée ou semi-fermée et il est difficile pour les institutions de les prendre en charge.

## 2 Mesures identifiées pour promouvoir l'autonomisation des personnes avec handicap, dépendance ou vivant dans la précarité

Les mesures et les défis identifiés par les participantes et les participants concernent :

- la couverture géographique de l'offre
- les offres d'occupation à temps partiel
- la personnalisation des activités en atelier
- l'accueil temporaire
- la flexibilisation du soutien à domicile
- l'autonomisation et l'inclusion des personnes handicapées

### 2.1 Couverture géographique de l'offre

- Les participantes et les participants observent un manque de **Centres de jour (CdJ)** dans le Chablais, où l'offre est inférieure à celle du Valais central. Un développement local de l'offre de CdJ est donc souhaité dans cette région.
- Les **Unités d'accueil temporaire (UAT)** jouent et joueront dans le futur un rôle important avec l'augmentation du maintien à domicile. Dès lors, pour faciliter le recours à ce type de prestations (ou inciter les personnes à y recourir), il est essentiel de diversifier l'offre de places, et d'avoir une bonne couverture géographique. En Valais central, des places sont actuellement disponibles sur le site de Sion, mais d'autres pourraient être offertes sur le reste du territoire (par ex. Saxon).
- Dans le domaine des **addictions**, il manque en Valais à l'heure actuelle un dispositif bas seuil (par ex. espace de consommation sécurisé).

### 2.2 Les offres d'occupation à temps partiel

Le développement du temps partiel fait partie d'une tendance sociétale générale. Pour des raisons d'inclusion, il est donc important que cette possibilité soit également offerte aux personnes avec handicap. De manière générale, cette possibilité existe déjà dans la plupart des institutions, que ce soit pour l'hébergement ou pour l'occupation de jour.

Le travail à temps partiel présente toutefois un certain nombre de **défis** dont il convient de tenir compte, en particulier pour les institutions avec une activité productive (p. ex. Ateliers St.-Hubert, Ateliers du Rhône):

- **Problèmes organisationnels** : Les jours de travail à temps partiel doivent être répartis sur la semaine (ainsi si les mêmes jours sont majoritairement sollicités par les personnes à temps partiel, cela ne joue pas). Une répartition doit donc être trouvée, ce qui peut représenter un défi organisationnel. De manière générale, les petits temps partiels sont les plus problématiques en termes organisationnels.
- L'**encadrement** d'un poste de travail nécessite davantage de ressources si cette place est occupée par plusieurs personnes à temps partiel que si une seule personne occupe ce poste (par ex. le temps de formation aux activités effectuées dans le cadre de l'atelier, qui est le même pour une personne à 50% ou à 100%, idem pour la charge administrative, etc.).

■ **Conflit avec les objectifs fixés par le canton** : selon le mandat de prestations du canton, un certain nombre d'heures doivent être réalisées au sein des ateliers (financement basé sur les heures de travail fournies, qui ne tient pas compte du nombre de personnes engagées). Cet objectif est plus facilement atteignable via des engagements à 100%.

### 2.3 Incitation à travailler

Les participantes et participants à la discussion mentionnent qu'il manque une incitation à travailler pour les bénéficiaires des prestations complémentaires. Le revenu de l'activité lucrative est déduit du montant des prestations reçues : ainsi le montant reçu à la fin du mois est le même, que la personne travaille ou non. Dès lors, il serait nécessaire de mettre en place certains incitatifs financiers afin de promouvoir le travail en atelier (par ex. un salaire minimum pour les personnes travaillant en ateliers, supérieur au revenu d'existence minimal). Aussi, il arrive que des personnes bénéficiaires d'une rente AI éprouvent une certaine réticence à travailler sur le premier marché du travail, du fait qu'elles risquent de sortir de l'AI ou des prestations complémentaires. Des mesures d'accompagnement pourraient aider ces personnes.

### 2.4 Personnalisation des activités en ateliers

■ **Élargissement du public-cible** : à l'heure actuelle, en Valais, les individus ayant accès aux ateliers sont majoritairement des personnes au bénéfice de prestations AI. Ainsi, seul un faible nombre de personnes non-AI ont accès aux ateliers (par ex. Chez Paou, bénéficiaires de l'aide sociale). Les institutions ont la volonté d'ouvrir les portes des ateliers aux situations non-AI, mais cette volonté fait souvent face à la réprobation du canton.

■ **Limites au développement de l'offre en ateliers** : les institutions ont globalement la volonté de développer de nouvelles activités au sein de leurs ateliers (par ex. dans le domaine du numérique). Cette volonté se heurte toutefois à certains obstacles d'ordre administratif. Par exemple, toute modification d'activités nécessitant un budget supérieur à CHF 5'000.- doit recevoir l'aval du canton, ce qui restreint fortement la proactivité des institutions dans ce domaine.

■ De manière générale, il conviendrait de demander en premier lieu aux personnes ce qu'elles souhaitent faire comme activité, avant de définir ce dont elles sont capables. Autrement dit, prioriser la volonté et l'auto-détermination des personnes en situation de handicap.

### 2.5 L'accueil temporaire

■ Le mandat de prestation qui lie les institutions au canton fixe des objectifs en matière de taux d'occupation trop élevés concernant l'offre d'Unité d'accueil temporaire (UAT). Or un taux d'occupation-cible trop élevé (par ex. 95% des places occupées en moyenne sur l'année) tend à freiner le développement des UAT, ces dernières n'étant par définition pas occupées la majeure partie du temps.

■ Dans le domaine de la psychiatrie plus précisément, il existe un besoin pour des courts séjours, pour la période de transition entre les soins aigus et le retour à « la normale ». Cela afin de (1) soulager les services de Malévoz et (2) éviter une ré-hospitalisation.

■ Une nouvelle offre de lits temporaires a été développée dans la région de Sion dans le domaine du handicap psychique. Toutefois, les conditions d'accès à ces places sont trop strictes, par ex. seuls les bénéficiaires de rentes AI peuvent accéder à ces places.

■ Dans le domaine de la déficience intellectuelle, dans le Haut-Valais plus spécifiquement, il n'existe pas à l'heure actuelle d'offre d'accueil temporaire.

## 2.6 Flexibilisation de l'hébergement

- Il serait souhaitable en Valais d'accroître l'autonomisation en matière d'hébergement. Par exemple en développant plus intensément l'offre de « Wohntraining » (apprentissage de l'indépendance à domicile).
- Certains logements de type « Wohntraining » existent déjà dans ce domaine en Valais (2 à Sion, 2 à Visp, 2 nouveaux à Brig). Toutefois ces derniers sont financés directement par les fondation/institutions actives dans le domaine (Emera), sans soutien du canton.

## 2.7 Flexibilisation du soutien à domicile

- A l'heure actuelle, le soutien socio-éducatif à domicile (SSED) est limité à 3h par semaine. Or, ce cadre est bien souvent trop strict. Une **flexibilisation temporelle** serait nécessaire selon les participantes et les participants : offrir des heures de SSED de manière concentrée durant certaines périodes charnières, puis réduire les prestations (par ex. durant 1 mois, offrir 10h/semaine, puis réduire cette offre à 0/1h par semaine).
- Une **flexibilisation en matière de personnel** serait aussi intéressante : offrir des formes de prestations SSED plus *light*, qui ne soient pas fournies par du personnel disposant d'un niveau de formation tertiaire/HES. Ce type d'accompagnement, qui serait assuré par des personnes moins qualifiées (par exemple formées en cours d'emploi), pourrait être déployé plus longtemps et plus souvent.
- La mise en place d'**équipes mobiles mixtes** (socio-sanitaires) serait souhaitable afin de traiter les situations à domicile plus complexes.
- Des lacunes sont par ailleurs observées dans le domaine des **addictions**, du fait que le SSED est pensé pour les bénéficiaires de l'AI. Or l'addiction ouvre plus rarement le droit à une prestation AI.
- Dans le domaine spécifique de la **psychiatrie**, la **réintroduction des cours Profamille** est demandée : ces cours destinés aux proches offrent des outils pour accompagner les personnes concernées par le handicap psychique (troubles bipolaires et schizophrénie) et éviter une surcharge. Ils permettent ainsi d'éviter des hospitalisations. Les financements par le canton de ces cours de sensibilisation sont pour l'heure bloqués.

## 2.8 Autonomisation et inclusion des personnes handicapées

- Les participantes et les participants relèvent que le manque d'alternatives **restreint les choix en matière de lieu de vie et d'activités**. Les personnes concernées par le handicap devraient avoir davantage de liberté à cet égard, et cela dès leurs premiers contacts avec le cadre institutionnel.
- **Offre de formation continue** : afin de soutenir l'autonomie des personnes tout au long de leur vie, il ne suffit pas de fournir une formation initiale adaptée aux personnes concernées, mais également développer l'offre de formation continue.
- **Transition des institutions vers le milieu ordinaire** : la transition entre l'institution et la situation autonome apparaît comme une période charnière. Parfois, il est difficile de maintenir les acquis en matière d'indépendance dans le cadre institutionnel. Un accompagnement individuel durant cette phase de transition offrirait un plus grand succès, sur l'exemple du programme RAHMO dans le canton de Vaud.
- Dans le domaine spécifique du **handicap sensoriel**, certaines mesures pourraient être prises afin d'éviter le phénomène d'isolement des personnes sourdes et muettes. Par exemple, les efforts d'inclusion entrepris par les collectivités (communales, cantonales) ne se traduisent pas toujours un sentiment d'inclusion accompli. De fait, les activités inclusives organisées par ces collectivités n'offrent que rarement des services d'interprétation, essentiels aux besoins spécifiques de la population sourde-muette. Aussi, il serait également souhaitable de coordonner les activités (CdJ, ateliers) pour les personnes souffrant de ce type de handicap. Autrement dit, rassembler ces dernières dans des lieux communs, afin que celles-ci puissent

échanger entre elles. Dans cette optique, les frais de déplacements vers ces centres devraient être pris en charge par le canton.

■ **La priorisation de l'auto-détermination** n'est pas toujours la meilleure solution selon les participantes et les participants à la discussion. Ce facteur prime bien souvent sur le principe de vulnérabilité. Or, encourager la pleine auto-détermination des individus n'est pas toujours l'approche la plus pertinente. Par ex., si une personne prend un certain médicament depuis 10 ans, qui l'a amené dans une situation relativement stable, souhaite changer ce médicament pour des raisons d'effets secondaires indésirables, l'expertise des personnes accompagnantes ne sera pas forcément prise en compte, ainsi que tous les avis qui vont à l'encontre du principe d'auto-détermination, et cela même si cette mesure entraîne des coûts pour la santé de la personne et pour le public.

■ Autre point important concernant l'auto-détermination : les participants rappellent que, de manière générale, la liberté de choix est conditionnelle au fait de disposer des ressources financières suffisantes.

### 3 Identification des priorités pour la planification 2025-2028

Les participantes et les participants à la discussion identifient les priorités suivantes pour la planification 2025-2028 :

- Augmenter le nombre de structures spécialisées pour les personnes vieillissantes en institutions ;
- Mettre à disposition des ressources supplémentaires pour le personnel, que ce soit dans une dimension quantitative (taux d'encadrement des personnes) ou qualitative (formation du personnel encadrant et du management) ;
- Mettre à disposition des moyens financiers additionnels ;
- Accroître le nombre de petites structures en milieu urbain ;
- Accroître la flexibilité et la coordination du Service de soutien socio-éducatif à domicile (SSED) ;
- Développer les infrastructures spécialisées pour des publics spécifiques (par ex. locaux dédiés pour les TSA)
- Collaboration inter-institutions/services (de l'État), synergie entre les acteurs ;
- Développement d'offre de prestations (logement et hébergement) pour les jeunes adultes (période de transition charnière, 18-25 ans) ;
- Établissement d'une stratégie cantonale claire dans les domaines du handicap, de l'addiction et de la précarité sociale (au besoin, mettre en place un *think tank* réunissant les acteurs étatiques, sociaux, médicaux, économiques et éthiques) ;
- Accroître les efforts d'inclusion, aussi dans le fonctionnement interne des organismes ;
- Développement d'équipes (mobiles) mixtes (socio-sanitaires) ;
- Mise en avant du principe selon lequel la liberté de choix et l'auto-détermination passe avant tout par l'indépendance financière.