



Haute-Loire
le DÉPARTEMENT

Chaque jour, avec vous

**Schéma départemental en
faveur des personnes en
situation de handicap
2015 – 2020**

Département de la Haute-Loire

EDITORIAL

Mesdames, Messieurs,

Le Département de la Haute-Loire a adopté le 26 octobre 2015 les schémas 2015-2020 en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées après présentation au Comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA), au Conseil départemental consultatif des personnes en situation de handicap (CDCPH) et à la Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux de l'Agence régionale de santé.

J'ai voulu que ces schémas soient le fruit d'un travail coordonné, d'une écoute mutuelle et d'une concertation avec tous les partenaires habituels du Département et qu'ils constituent une feuille de route cohérente et réaliste pour le Département et ses partenaires afin d'apporter des réponses concrètes aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Dans un contexte de raréfaction des ressources publiques sans précédent, j'avais appelé à privilégier un travail sur l'offre existante tout en essayant d'innover au service de prises en charge toujours plus adaptées.

Je suis très satisfait que ces objectifs aient été remplis. Je remercie tous les partenaires pour le temps qu'ils ont consacré à l'élaboration de ces schémas, ainsi que pour la richesse des échanges qui ont eu lieu à cette occasion.

Mon souhait est que les actions contenues dans ces schémas puissent apporter partout sur le territoire départemental une meilleure réponse aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées et contribuent à la réalisation de leur projet de vie.

Notre mobilisation collective est la clef de la réussite.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
I. Le contexte réglementaire	8
A. Les principes d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale	8
B. Le contexte institutionnel, législatif et réglementaire	9
II. Les compétences du Département et de ses partenaires institutionnels sur le champ du handicap	12
A. Le Département	12
B. La Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH)	14
C. L'Agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie	14
D. L'éducation nationale	15
E. Les autres services de l'Etat	16
F. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)	16
G. La Caisse d'Allocation familiale (CAF)	16
H. Le Conseil régional	16
I. Les communes et les communautés de communes	17
III. La méthodologie d'élaboration du schéma	19
PARTIE 1 : Diagnostic	21
I. Le cadre du diagnostic	22
II. L'évolution de la population en Haute-Loire	23
A. Aperçu de l'évolution démographique globale	23
B. Aperçu de l'évolution de la population en situation de handicap	24
III. Enfance et adolescence : du repérage à la prise en charge	30
A. Repérage et diagnostic	30
B. La prise en charge scolaire des enfants et adolescents handicapés	34
C. Les actions spécifiques	38

IV.	L'offre d'accompagnement à domicile : qualité de prise en charge et positionnement des services spécialisés	40
A.	Les SESSAD	40
B.	Les SAMSAH et les SAVS	43
C.	Les places spécialisées en SSIAD	46
D.	Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)	47
E.	L'ouverture vers le milieu ordinaire.....	47
V.	L'adaptation des établissements (adultes/enfants) à l'évolution des profils des publics	49
A.	Les établissements pour enfants en situation de handicap	49
B.	Les établissements adultes	51
C.	Le handicap psychique.....	59
VI.	L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement	61
A.	L'identification des besoins	61
B.	Les réponses apportées	62
VII.	Administration digitale / numérique des politiques en faveur des personnes en situation de handicap.....	64
VIII.	L'accueil familial.....	65
PARTIE 2 : Plan d'actions 2015-2020		66
I.	Orientation 1 : Favoriser la fluidité des parcours par une meilleure anticipation et une meilleure connaissance des besoins.....	67
A.	Renforcer la précocité du dépistage et la coordination du parcours	67
B.	Apporter un soutien à la parentalité	68
C.	Favoriser l'inclusion dans les activités de la vie ordinaire	69
D.	Améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap, évaluer les actions engagées et identifier des réponses pertinentes	70
II.	Orientation 2 : Réorganiser l'offre de services et d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap.....	71
A.	Définir une nouvelle approche territoriale de l'offre de services aux personnes en situation de handicap	71

B.	Revaloriser les interventions des établissements et services du secteur de l'enfance sur chacun des territoires.....	72
C.	Revoir le positionnement et les missions des SAVS annexés aux ESAT et des SAMSAH départementaux sur chacun des territoires pour améliorer les réponses aux besoins.....	73
D.	Renforcer l'accès et le maintien dans un logement autonome.....	75
E.	Répondre aux besoins spécifiques de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap	76
F.	Assurer un pilotage efficient du schéma	78

GLOSSAIRE.....	79
-----------------------	-----------

INTRODUCTION

I. Le contexte réglementaire

A. Les principes d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Le Département, chef de file de l'action sociale et médico-sociale, a en charge l'élaboration du schéma relatif aux personnes en situation de handicap. Les objectifs assignés à ces schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont précisés dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur ;
- Dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ;
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre ;
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Définir les critères d'évaluation des actions conduites.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une période de cinq ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles est ensuite actualisé sur la base de ce schéma départemental.

Enfin, il convient de rappeler que depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui a introduit au sein du CASF l'article L.313-4, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont devenus opposables : tout projet doit dorénavant être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental. De même, le Code de l'action sociale et des familles prévoit que le schéma relatif aux personnes handicapées est arrêté par le Président du Département, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'Agence régionale de santé (ARS). Il est également prévu que les organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap, ainsi que les représentants des usagers, soient consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas.

B. Le contexte institutionnel, législatif et réglementaire

Tout comme lors de l'écriture du précédent schéma, le Département de la Haute-Loire a souhaité intégrer les problématiques liées à l'enfance handicapée à son schéma en direction des personnes en situation de handicap. Ce renouvellement doit permettre d'engager une réflexion globale sur les problématiques de la perte d'autonomie tout au long de la vie de la personne, tant en termes de besoins des publics (dont on ne peut dénier les spécificités), qu'en termes de dispositifs et de configuration d'acteurs. Ce nouveau schéma arrive à un moment charnière. Les dispositifs en faveur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap ont connu de profonds bouleversements ces dix dernières années, suivant les orientations impulsées par les quelques textes-clés suivants.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

En premier lieu, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié la perception de l'accompagnement des personnes en situation de handicap en affirmant certains principes fondateurs :

- L'évaluation continue des besoins et des attentes de cette population en proie à des difficultés, avec comme objectif d'aider la personne à acquérir une autonomie et à conserver sa dignité, malgré un état de santé fragilisé voire dégradé.
- L'exercice des droits et des libertés de toutes les personnes prises en charge par un établissement ou un service social et médico-social (ESMS) ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Ce principe appelle à la mise en place d'outils appropriés dans les ESMS, permettant en particulier la participation directe des personnes handicapées aux décisions qui les concernent individuellement d'une part, et à la vie de l'établissement d'autre part.
- La qualité de l'accompagnement, desquels participent le confort matériel et la qualité des prestations, notamment concernant l'hébergement et le soin. Une injonction qui appelle à la mise en place de politiques de ressources humaines appropriées et à l'instauration de pratiques évaluatives régulières (raison pour laquelle l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESMS) a été créée en 2007).
- La coordination et le partenariat comme principes d'intervention à deux niveaux pour les établissements et services, afin de renforcer les interactions entre les ESMS mais aussi entre les ESMS et les établissements de santé dans une démarche de décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Outre la mise en place dans chaque département d'un dispositif de veille et d'alerte et l'instauration d'une journée de solidarité, cette loi crée la **Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie - CNSA**. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes en situation de handicap.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle du Département dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Elle stipule que « le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale » en tenant compte des compétences confiées à l'Etat et aux autres collectivités et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rénove l'action publique en matière de handicap. Tout d'abord, elle élargit le champ du handicap en **reconnaisant les troubles psychiques et cognitifs** comme pouvant relever d'une situation de handicap, dans la continuité de la loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 qui insérait l'autisme dans le champ du handicap de la même façon.

D'un point de vue institutionnel et organisationnel, cette loi crée les **Maisons départementales des personnes handicapées - MDPH**, des groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Département.

Pour ce qui relève des droits, la loi de 2005 instaure le **droit à la compensation** des conséquences du handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. Pour les enfants porteurs de handicap, elle affirme leur droit à suivre une **scolarité** dans le milieu ordinaire, au sein de l'école de leur quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation.

Par ailleurs, cette loi est fondatrice de la notion de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, convergence indispensable au vu des problématiques nouvelles soulevées par l'avancée en âge des personnes en situation de handicap. En prenant acte de la similarité des besoins et des préoccupations des personnes handicapées et âgées, la loi vise à définir des principes et modalités identiques de compensation de la perte d'autonomie afin de supprimer les barrières et éviter les ruptures de prises en charge. La mise en œuvre de ce principe n'est cependant pas encore effective.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite HPST) constitue un changement dans l'organisation des compétences de l'Etat dans les administrations déconcentrées. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées, remplaçant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des

personnes en situation de handicap et de l'Assurance maladie, elles sont de fait le nouvel interlocuteur étatique principal du Département depuis le 1^{er} janvier 2010. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

La loi modifie également la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux par la mise en place d'une procédure d'appel à projet.

Une conjoncture nationale à la fois engageante et contraignante

La prise en considération et l'intégration des problématiques liées au handicap dans le champ des politiques nationales a donné un nouveau souffle aux acteurs du secteur, notamment avec l'élaboration et l'engagement de grands plans nationaux qui permettent aux collectivités de s'engager vers une meilleure prise en charge des publics cibles. Il en est ainsi du **plan Autisme** qui énonce un certain nombre de priorités dans les actions qui doivent être déployées au niveau des départements, mais également du **schéma Handicaps rares**, ou encore du **plan Psychiatrie et santé mentale** par exemple.

Parallèlement, les circonstances économiques ont appelé les collectivités locales, au premier rang desquelles les Départements, à une vigilance soutenue quant à l'évolution de leurs dépenses sociales. Ces contraintes budgétaires se renforcent dans un contexte de croissance des dépenses et de contraction des ressources, elles rigidifient ainsi le cadre d'action des acteurs locaux et les incitent à développer des solutions innovantes tout en optimisant les dispositifs déjà en place.

II. Les compétences du Département et de ses partenaires institutionnels sur le champ du handicap

Dans le champ du handicap, l'Etat et les Départements sont deux acteurs-clés dans le pilotage des dispositifs sociaux et médico-sociaux en faveur respectivement des enfants et des adultes en situation de handicap. Pour autant, d'autres acteurs prennent part à ces politiques (les communes et leurs centres communaux d'action sociale, l'Assurance maladie, la Caisse d'allocations familiales, etc.) dont il convient ici d'en expliciter l'action.

A. Le Département

Dans le champ de la politique handicap, le Département est chargé :

- de la gestion de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), accordée par la Commission des Droits et de d'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ;
- de la tutelle administrative et financière du groupement d'intérêt public qu'il constitue avec l'Etat, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale et, le cas échéant, d'autres personnes morales, gérant la maison départementale des personnes handicapées - MDPH ;
- de l'attribution de l'aide sociale départementale ;
- de l'autorisation, la tarification, le contrôle et le suivi d'une partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des adultes en situation de handicap (compétence partagée avec l'Agence Régionale de Santé) ;
- de l'agrément, la formation et le suivi des familles d'accueil ;
- des frais de transport individuel des élèves et des étudiants en situation de handicap vers les établissements scolaires et universitaires (si cette compétence n'est pas transférée à un groupement de communes).

Remplaçant l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) depuis le 1^{er} janvier 2006, la Prestation de compensation du handicap (PCH), est une aide financière, versée par le Département, et destinée à financer les besoins liés au manque d'autonomie des personnes en situation de handicap. Son attribution est personnalisée. Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sur la base du projet de vie exprimé par la personne.

Les personnes adultes (âgées de 20 ans ou plus) présentant une situation de handicap sont éligibles à l'aide sociale à l'hébergement qui prend en charge les frais d'accueil des personnes admises en établissement, qu'il s'agisse d'un accueil permanent, temporaire ou d'un accueil de jour. Deux catégories d'usagers sont concernées par cette aide : 1) les travailleurs en situation de handicap résidant en structure d'hébergement (foyer d'hébergement, foyers éclatés...), et 2) les personnes en situation de handicap reconnues inaptées au travail, hébergées en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé, ou admises dans une structure d'accueil de jour.

Pour les personnes adultes en situation de handicap vivant à domicile, une aide sociale à domicile peut aider à financer des heures d'aides ménagères, aide dont l'attribution s'effectue sous conditions.

Une évolution récente et à la hausse du poids budgétaire des politiques du handicap

Depuis 2006, le poids budgétaire des politiques en faveur des personnes en situation de handicap des Départements est en constante augmentation. Au niveau national, l'aide aux personnes handicapées à domicile financée par les Départements a ainsi augmenté de 68% (avec une nette montée en charge depuis 2009). L'aide en direction des personnes hébergées en établissement a crû de 13% depuis 2006.

B. La Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH)

La MDPH est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) placé sous l'autorité administrative et financière du Département, dans lequel l'Etat est membre de droit. La MDPH associe les caisses locales de sécurité sociale et les associations représentatives des personnes en situation de handicap.

Guichet unique, la MDPH centralise toute les démarches liées aux diverses situations de handicap : appui dans l'accès à la formation et à l'emploi, et orientations vers des établissements et services.

Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes en situation de handicap et de leur famille, ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap¹. Elle assure à la personne et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie et à la mise en œuvre des décisions prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

C. L'Agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie

Dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social, les établissements et services d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés sont financés par l'Assurance maladie. Ils sont autorisés, tarifés et contrôlés par l'Agence régionale de santé.

De même, les établissements et services médico-sociaux pour adultes en situation de handicap relèvent de plusieurs champs réglementaires et d'une compétence, selon le cas, de l'Etat et/ou du Département. Ainsi, les établissements d'hébergement avec soins accueillant des adultes handicapés lourdement dépendants et nécessitant des soins ne pouvant être assumés par la médecine de ville (Maisons d'accueil spécialisées – MAS) sont intégralement financés par l'Assurance-maladie. Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) bénéficient quant à eux d'un financement double : d'une part, un forfait soins (Assurance-maladie), et d'autre part un prix de journée (aide sociale départementale) pour l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale. Il en est de même pour le financement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

La stratégie médico-sociale de l'ARS Auvergne est définie par le programme régional de santé, à travers le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS). Ce schéma comporte deux axes :

1. **Améliorer la fluidité des parcours de vie et de soins** pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap : les recompositions et transformations prévues, sur la base d'une meilleure connaissance des besoins, doivent faire place de façon prioritaire au maintien à domicile, ce qui suppose le développement des services, le recours aux dispositifs de répit, et le soutien aux aidants. L'amélioration de l'offre doit également passer par des actions préventives pour maintenir l'autonomie des personnes le plus longtemps possible,

¹

Voir article L. 146-3 du Code de l'Action sociale et des familles.

par la mise en place de modalités de coordination au service du parcours de la personne en situation de handicap.

2. **Améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité du dispositif médico-social** : en termes de qualité, les priorités sont la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, l'effectivité des évaluations, la professionnalisation des acteurs. Le volet performance et efficacité du schéma inscrit dans ses priorités le développement de coopérations (partage de ressources rares, fonctions logistiques, formations), la mise en place de tableaux de bord sur des secteurs clés (prestations de soins, gestion prévisionnelle des emplois, équilibre budgétaire et financier), la politique de convergence tarifaire, et la recomposition de l'offre en réduisant les disparités territoriales.

D. L'éducation nationale

L'Education Nationale intervient en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap dans le milieu ordinaire et dans le milieu spécialisé.

Dans le milieu ordinaire

La loi du 11 février 2005 envisage le handicap dans sa dimension sociale, c'est-à-dire en prenant en compte la situation du jeune dans son environnement. Deux principes en découlent : l'accessibilité (accès à tout pour tous) et la compensation (mesures individuelles rétablissant l'égalité des droits et des chances).

En matière de scolarisation, l'**accessibilité** se traduit, par exemple, par l'inscription dans l'établissement scolaire de secteur ; l'accès au savoir grâce aux adaptations pédagogiques individuelles ou collectives ; l'accès à l'ensemble des locaux et des matériels nécessaires pour leur scolarisation, dans la mesure du possible ; la mise aux normes des bâtiments scolaires et des équipements culturels et sportifs.

La **compensation** peut inclure l'accompagnement en milieu scolaire par un auxiliaire de vie scolaire, la prise en charge de l'enfant par les professionnels des établissements médico-sociaux, le droit au transport.

Plus récemment, la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République du 8 juillet 2013 indique que "le service public de l'éducation veille à l'inclusion scolaire de tous les enfants, sans aucune distinction" ; elle est déclinée dans le code de l'éducation qui précise que "l'État met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés".

Dans le milieu spécialisé

Le secteur médico-éducatif comprend "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" (Code de l'Action sociale et des Familles, art.L 312-1). Les établissements médico-éducatifs (EME) proposent aux élèves orientés par la MDPH, des prises en charge éducative thérapeutique et pédagogique organisées dans le cadre d'un Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA). Les EME signent des partenariats avec l'Education Nationale pour disposer d'un enseignant proposant un enseignement adapté à l'ensemble des usagers.

E. Les autres services de l'Etat

D'autres services de l'Etat participent de la politique sociale et médico-sociale principalement mise en œuvre par le Département.

Par exemple, les unités territoriales de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE, anciennement DDTEFP) assurent la déclinaison opérationnelle des dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap (à travers notamment le Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés – PRITH).

La Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) intervient dans le cadre des politiques d'accession et d'accessibilité du logement pour les personnes en situation de handicap. Enfin, concernant la chaîne de déplacement notamment, la Direction régionale et interdépartementale de l'équipement et de l'aménagement (DRIEA) est compétente.

F. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Créée en 2004, la CNSA est chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes

G. La Caisse d'Allocation familiale (CAF)

La Caisse d'Allocation familiale est chargée du versement de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicap (AEEH) et de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Elle est notamment responsable du fonctionnement des crèches et des Centres de Loisirs sans Hébergement dans le cadre du milieu ordinaire.

H. Le Conseil régional

Le Conseil régional intervient sur le champ des politiques sociales et médico-sociales dans le cadre de sa compétence propre sur la formation professionnelle, en organisant l'offre de formation à travers son schéma régional des formations (intégrant les formations sociales et médico-sociales d'une part, et sanitaires d'autre part). Il intervient également dans le cadre de ses compétences relatives au transport.

La Région peut également intervenir plus spécifiquement sur le champ du handicap dans le cadre de compétences facultatives (ou non obligatoires), expression d'une volonté particulière de la collectivité.

I. Les communes et les communautés de communes

À la différence des départements qui attribuent l'aide sociale légale et peuvent allouer des aides sociales complémentaires, extralégales ou facultatives, les communes développent une action sociale qui leur est propre et relève exclusivement de l'aide facultative. Elles conservent toutefois des compétences d'action sociale importantes issues de la gestion de l'ancienne assistance publique. Le centre communal d'action sociale (CCAS) en constitue la structure opérationnelle. Il est à l'avant-poste des difficultés sociales des habitants et représente le premier échelon de proximité pour orienter la demande de la personne (ou établir le lien) vers le service adéquat. Les CCAS constituent les demandes d'aides sociales. Dans le cadre des regroupements de communes, la compétence sociale peut être transférée à la communauté de commune, dont la mise en œuvre reviendra au centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

Concernant le handicap, les communes interviennent dans le cadre de la mise en accessibilité des espaces publics et de la voirie (à travers leur commission d'accessibilité), et de la petite enfance et de la jeunesse (adaptation des crèches, des accueils de loisirs, des écoles, etc.).

Planification départementale et régionale : une articulation à rechercher

Si la loi du 2 janvier 2002 assigne au Département la responsabilité d'établir un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées pour une période de 5 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 confère aux Agence régionale de santé l'élaboration d'un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Le but de ce document est « *de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie* ». Il doit veiller à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS.

La place donnée au projet régional de santé et à ses différentes composantes – dont le SROMS – renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale. Les schémas départementaux doivent dorénavant s'inscrire en cohérence avec ces orientations et le renouvellement du schéma départemental de la Haute-Loire intervient suite à la définition de ces orientations. En outre, les schémas départementaux doivent désormais être « examinés » par la Commission de coordination dédiée au secteur médico-social (décret n° 2010-346 du 31 mars 2010).

Par ailleurs, la loi de 2005 a créé un nouvel outil, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC). Son objectif est l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-social au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale, avec une approche globale qui va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement. Le PRIAC dresse chaque année les priorités régionales prévisionnelles par département

du financement de l'année en cours et à quatre ans de créations ou transformations d'établissements et de services.

Si les schémas départementaux et le SROMS ont un périmètre propre, de nombreux points de complémentarité et de partage sont à souligner. L'exigence d'accessibilité, de continuité des parcours, les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, les modalités d'évolution de l'offre médico-sociale sont posées aux deux schémas. Ces compétences partagées invitent à une complémentarité des réponses.

Le schéma départemental présenté ici s'articule de manière forte avec les objectifs du SROMS.

III. La méthodologie d'élaboration du schéma

L'élaboration de ce schéma s'est faite au cours du premier semestre 2015, dans la continuité du travail entrepris ces dernières années par les services départementaux, et les différents partenaires.

En effet, bien que le Département n'ait que peu de compétences légales dans le domaine de l'enfance handicapée, il a été décidé d'intégrer dans la mission d'évaluation du précédent schéma 2009-2013 et d'élaboration du nouveau schéma, les problématiques qui s'y rapportent afin d'engager une réflexion plus approfondie sur la continuité du parcours de la personne, de l'enfance au grand âge, avec à titre d'illustration, des focus sur l'enfance handicapée et les personnes handicapées vieillissantes.

Ainsi, une démarche d'appropriation d'une réflexion globale sur le handicap a été initiée dans le cadre d'une première phase de bilan du précédent schéma et d'état des lieux des besoins et de l'offre en établissements et services.

Dans ce cadre, plusieurs types d'outils ont été mobilisés et notamment :

- Des analyses quantitatives au niveau départemental et infra-départemental ;
- L'élaboration de cartes problématisées ;
- Des entretiens individuels et collectifs avec les responsables de services du Département et ses partenaires ;
- 4 réunions collectives thématiques avec les opérateurs, gestionnaires d'établissements et de services à destination des personnes en situation de handicap dans le département ;
- Deux enquêtes diffusées respectivement auprès des établissements pour personnes handicapées et auprès des Services d'Aide A Domicile (SAAD).

Puis, la démarche s'est poursuivie par une seconde phase de concertation très large autour de six thématiques identifiées comme nécessitant d'être approfondies à savoir :

1. Animation de réseaux dans le secteur de l'enfance
2. Dépistage précoce et accompagnement des parents (parentalité)
3. Positionnement de l'offre SAVS/SAMSAH/SSIAD et couverture géographique (approche territoriale)
4. Coordination SAAD/SAVS/SAMSAH/SSIAD
5. Logements et hébergement des personnes handicapées
6. Réponses aux personnes handicapées vieillissantes en établissement

Les travaux menés dans ces deux phases constituent une contribution essentielle dans l'élaboration de ce schéma et ont permis d'identifier les enjeux qui feront l'objet d'une action dédiée.

Le Département a souhaité associer le plus largement possible les acteurs tout au long de cette démarche.

L'élaboration du schéma a été suivie par :

- Un Comité de pilotage : cette instance décisionnelle, placée sous la Présidence de Michel DECOLIN vice-président en charge de la politique sociale départementale, a été chargée de valider les avancées des travaux et d'opérer les choix nécessaires au bon déroulement de la démarche. Le comité de pilotage était composé des partenaires institutionnels du Département (Agence régionale de santé, Education nationale, services déconcentrés de l'Etat, MDPH) et des représentants des usagers.
- Un comité de suivi : instance technique en charge de la gestion du projet et de la pré-validation des travaux, ce comité de suivi était composé des services du Département, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et des services de l'Agence régionale de santé.

Les modalités de consultation dans le cadre des schémas

Le décret n°2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées impose au Président du Département de consulter pour avis les organisations représentatives. Dans le cadre des schémas en faveur des personnes handicapées, il s'agit du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap, des représentants d'usagers.

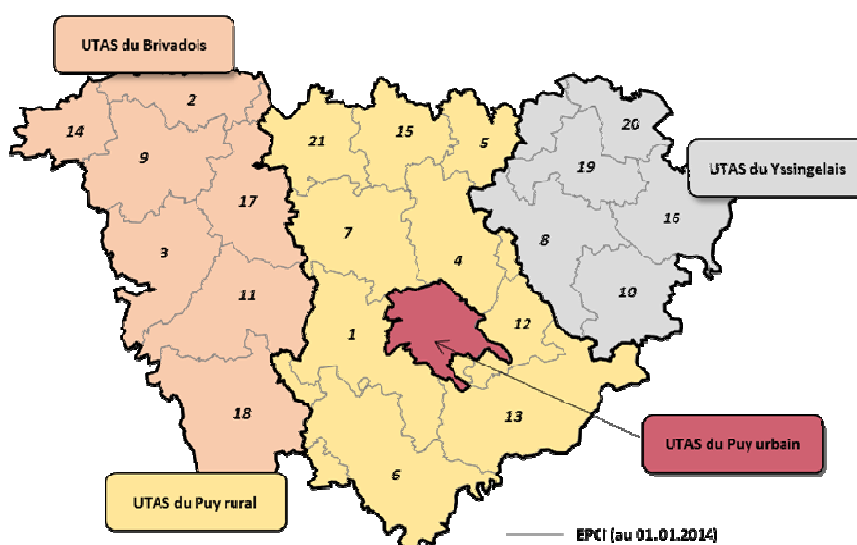
Ces derniers ont été consultés à deux reprises, lors de deux réunions plénières à l'Hôtel du Département au cours du premier et du second semestre 2015.

PARTIE 1 : Diagnostic

I. Le cadre du diagnostic

Le territoire altiligérien est composé de quatre Unités Territoriales d'Action Sociales (UTAS) : le Brivadois, le Puy rural, le Puy urbain et l'Yssingelais. Ces limites recourent en majeure partie celles des différents « pays » établis en 1995 soit, d'ouest en est, le Pays de Lafayette, le Pays du Velay et le Pays de la Jeune Loire et ses Rivières.

Délimitation des UTAS du Département et des EPCI



Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) au 1^{er} janvier 2014 : communautés de communes (CC) et d'agglomération (CA)

1. CA du Puy en Velay	12. CC du Meygal
2. CC Auzon Communauté	13. CC du Mézenc et de la Loire Sauvage
3. CC de la Ribeyre, Chaliergue et Margeride	14. CC du Pays de Blesle
4. CC de l'Emblavez	15. CC du Pays de Craponne
5. CC de Rochebaron à Chalençon	16. CC du Pays de Montfaucon
6. CC des Pays de Cayres et de Pradelles	17. CC du Pays de Paulhaguet
7. CC des Portes d'Auvergne	18. CC du Pays de Saugues
8. CC des Sucs	19. CC les Marches du Velay
9. CC du Brivadois	20. CC Loire et Semène
10. CC du Haut Lignon	21. CC Plateau de la Chaise Dieu
11. CC du Langeadois	

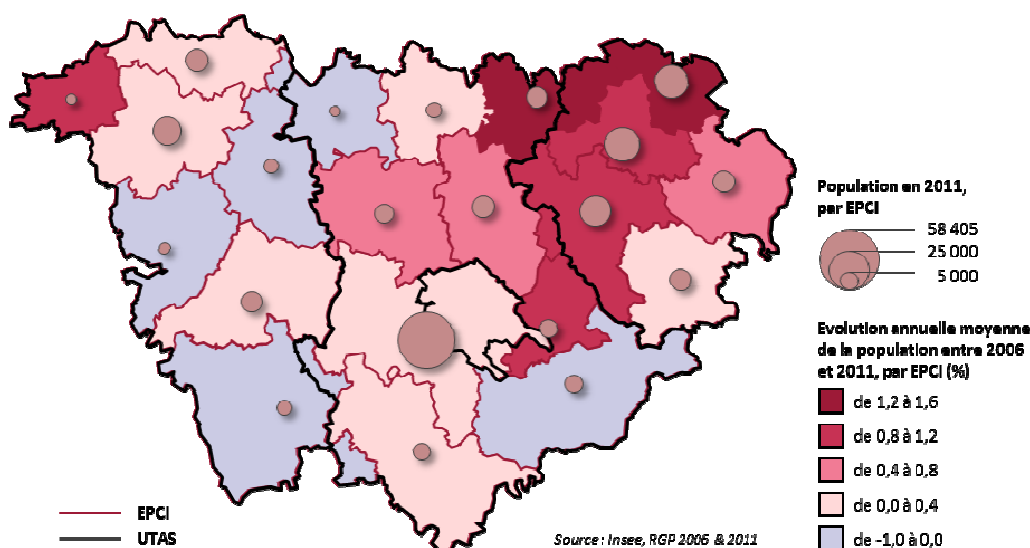
II. L'évolution de la population en Haute-Loire

A. Aperçu de l'évolution démographique globale

Entre 2008 et 2011, la démographie altiligérienne est la plus dynamique des départements auvergnats. En passant de 219 400 à 224 907 habitants, sa population a connu une augmentation de +3%. Cette évolution est notable à l'est du département, qui jouit de l'extension de la périurbanisation stéphanoise et du passage d'un axe routier national (N88). Notons à ce titre que Monistrol-sur-Loire, avec 8 717 habitants, est dorénavant la deuxième ville de Haute-Loire (dépassant ainsi Yssingaux et Brioude).

Cette croissance démographique gagne également l'est du Puy Rural (CC du Meygal). En effet, si le Puy en Velay perd, en moyenne, 0,9 % de ses habitants chaque année, la population des communes périphériques s'accroît régulièrement. Des projections de l'INSEE viennent confirmer les tendances démographiques des UTAS. D'ici 2040, la population de l'Yssingelais devrait augmenter de +32 %. Le Puy rural et le Puy urbain, bénéficiant du dynamisme oriental, verraient leur population s'accroître de +11%. L'évolution démographique du Brivadois, en augmentant de +8%, serait quant à elle conforme à l'évolution régionale.

Population totale en 2011 et évolution entre 2006 et 2011

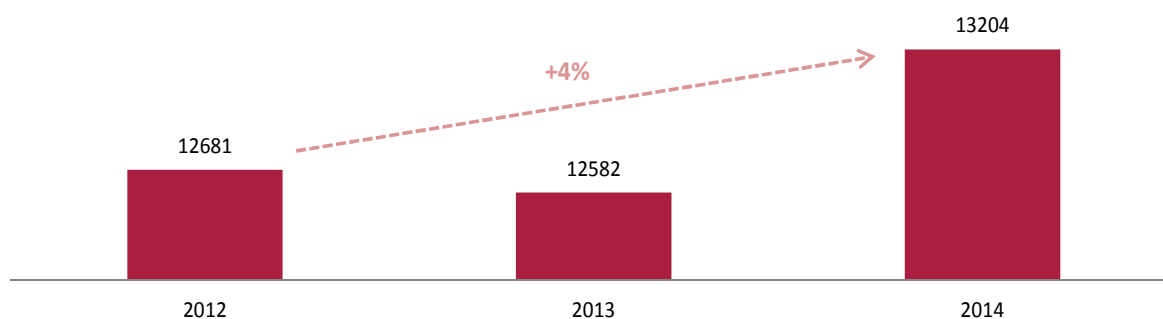


B. Aperçu de l'évolution de la population en situation de handicap

1) Evolution globale

La population bénéficiaire de prestations et d'allocations liées aux situations de handicap a elle-même augmenté. L'un des indicateurs de l'augmentation de la population handicapée en Haute-Loire demeure le nombre de demandes reçues par la MDPH entre 2012 et 2014 : celles-ci ont augmenté de +4 % en 3 ans. A noter cependant qu'au-delà d'une augmentation certaine du nombre de personnes en situations de handicap sur le territoire, cette augmentation témoigne de l'amélioration de l'accès au droit dans le département.

Evolution du nombre de demandes déposées à la MDPH entre 2012 et 2014

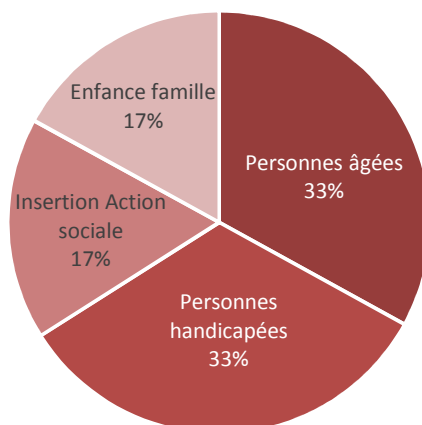


Source : Rapport d'activité de la MDPH 43, 2014

2) Les dépenses du Département en matière de solidarités

Les dépenses en matière de solidarités représentent plus de 47% des dépenses totales du Département (investissement et fonctionnement). Les dépenses directes de solidarité se sont élevées en 2014 à plus de 104 millions d'euros.

Répartition du budget "solidarité" du Département en 2014



En 2014, les prestations destinées aux personnes handicapées versées par le Département représentent une charge nette (déduction faite de la participation des bénéficiaires) de 26 153 026 € dont :

- l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne et Frais Professionnels. 229 personnes en sont bénéficiaires sur le département pour un coût total de 1 588 422 €.
- la Prestation de compensation du handicap (PCH). 959 personnes en sont bénéficiaires (826 à domicile et 133 en établissement) pour un coût total de 5 882 084 € (5 490 092 € pour les bénéficiaires de la PCH à domicile et 391 992 € pour les bénéficiaires de la PCH en établissement).
- l'accompagnement à domicile. Le Département assure le versement de dotations globales de fonctionnement à des services s'adressant aux personnes handicapées (comme les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés – SAMSAH - et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - SAVS) pour un montant total de 1 783 855 €.
- l'accueil en établissement. En 2014, le Département a pris en charge l'hébergement de 639 personnes handicapées (dont 178 accueillies en dehors du département) pour une charge nette de 16 898 665 €.

La prise en charge par l'Etat (Agence régionale de santé et l'assurance maladie) représente, pour l'année 2014, les dépenses suivantes :

- 23 675 634 € pour le secteur « enfants »
- 11 552 673 € pour le secteur « adultes ».

La prise en charge par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) :

- 1 030 allocataires perçoivent l'AEEH en 2014, pour un montant annuel de 4 556 773,95 € (Fonds national des prestations familiales). L'AEEH concerne 1 108 enfants en Haute-Loire en 2014.
- 4 921 allocataires perçoivent l'AAH en 2014. 7 691 personnes sont couvertes par l'AAH. 38 558 377,52 € ont été versé en 2014 pour l'AAH (Fonds de l'Etat).

3) Evolution par type de bénéficiaires

L'AAEH



L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est une prestation destinée – sous certaines conditions – aux enfants âgés de moins de 20 ans, ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

Le département de la Haute-Loire compte aujourd'hui 947 allocataires de l'AEEH, soit 19 pour 1000 enfants de 0 à 19 ans², alors que le taux de bénéficiaire national est de 14‰. La Haute-Loire est l'un des départements dans lequel le taux de bénéficiaires de l'AEEH est le plus élevé (devant la Marne, les Ardennes ou le Finistère par exemple)³.

L'AAH



L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est une allocation versée sous conditions de ressources afin de garantir aux personnes en situation de handicap un revenu minimum. Cette allocation est accessible aux personnes de plus de 20 ans qui présentent un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou de 50 à 79% si cette incapacité entraîne une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Attribuée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap), elle est versée par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales). Les bénéficiaires de l'AAH peuvent vivre à domicile comme être hébergés au sein d'une structure d'accueil spécialisée.

Le nombre d'allocataires de l'AAH a augmenté d'environ +1 000 personnes. Au 1^{er} semestre 2007, un peu plus de 4 000 personnes bénéficiaient de l'AAH ; en 2014, il s'agit de plus de 5 056 personnes (soit +26%).

Le taux de bénéficiaires de l'AAH est de 40‰ en Haute-Loire alors qu'il est de 33‰ en Auvergne et de 26‰ en France. L'évaluation de l'AAH est réalisée par l'équipe AAH de la MDPH (composée d'un médecin, de la responsable du pôle prestation et du référent insertion professionnelle si nécessaire).

²

Données INSEE pour l'année 2013.

³

Enquête de la Caisse Nationale des Allocations Familiales, février 2011.

La PCH et l'ACTP



La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), créée par la loi de 2005 et financée par les Départements, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation, en particulier pour les personnes qui ne sont pas hébergées par une structure médico-sociale. Cette prestation vise à permettre aux personnes handicapées de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, ainsi qu'à travers l'aide à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est un droit ouvert aux enfants depuis le 1^{er} avril 2008. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles et aides animalières. Un dossier PCH et une demande d'AEEH peuvent être déposés en même temps.

L'Allocation de Compensation d'une Tierce Personne (ACTP) est une allocation antérieure à la PCH qui s'adressait également aux personnes en situation de handicap.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est accordée à près de 959 bénéficiaires en 2014 et l'ACTP à 229 allocataires. Le taux de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP est de 5,2 ‰ en 2014, alors qu'il était de 3,2‰ en 2008. Il est aujourd'hui supérieur au taux national, situé à 4,1‰.

L'évaluation des besoins à compenser est assurée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Cette équipe propose à la CDAPH les droits auquel peut prétendre le demandeur au sein des différents volets de la PCH (aides humaines, aides techniques, aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport, aides spécifiques ou exceptionnelles, aides animalières).

A retenir :

- Une démographie croissante, en particulier au nord-est du département.
- Des demandeurs et des bénéficiaires de prestations de plus en plus nombreux de par l'amélioration de l'accès aux droits et l'accroissement de la population.
- Des taux de bénéficiaires de l'AEEH et de l'AAH importants, et supérieurs aux taux régionaux et nationaux.

Taux de bénéficiaires des prestations liées au handicap comparés en Haute-Loire et en France

Taux de bénéficiaires de l'AEEH sur 1000 enfants âgés de 0 à 19 ans

19‰

14‰

Taux de bénéficiaires de l'AAH sur 1000 personnes âgées de 20 à 64 ans

40‰

26‰

Taux de bénéficiaires de la PCH-ACTP sur 1000 personnes (enfants et adultes)

5,2‰

4,1‰

Source : INSEE 2013, STATISS 2013, Données Département de la Haute-Loire 2014

III. Enfance et adolescence : du repérage à la prise en charge

A. Repérage et diagnostic

1) Le réseau des professionnels

Plusieurs réseaux ou instances de coordination fonctionnent de manière effective sur le département :

- L'instance de coordination périnatale se réunit mensuellement et rassemble notamment les professionnels de la maternité du Centre Hospitalier Emile Roux, de la Protection Maternelle Infantile (PMI), de Pédopsychiatrie et l'assistante sociale de la maternité. Les objectifs sont tant le repérage que la prévention, par un travail commun, sur des situations complexes. La coordination est en phase d'officialisation par la signature d'une convention. Une instance similaire est en cours de mise en place sur le Brivadois, et l'Yssingelais.
- Le réseau autisme (qui réunit des acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, l'Education Nationale et des familles) s'est développé depuis 2007 et durant toute la période du schéma.

En vue d'assurer une bonne transmission, les acteurs du dépistage sur le territoire mettent en place des rencontres régulières. Ces stratégies peuvent cependant être mises en échec par la raréfaction de la ressource médicale :

- Des temps de rencontre réguliers avaient été mis en place entre le CMPP et les médecins scolaires mais il y a aujourd'hui deux médecins scolaires sur le département ce qui complique la tenue de ces rencontres.
- Le CMP a maintenu des temps de rencontre mensuels, notamment avec la PMI, sur le territoire du Puy rural.

Si les temps de réunion peuvent apparaître chronophages, ils représentent toutefois un facteur d'accélération de la gestion des situations et peuvent contribuer de manière significative à limiter les ruptures de parcours.

Les partenariats entre les CMPP, la pédopsychiatrie, la pédiatrie et les Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont encore à renforcer. Les acteurs concernés constatent que des points de blocage subsistent sans pour autant que ceux-ci soient clairement identifiés.

2) Du repérage au diagnostic

L'information des acteurs non spécialisés dans le champ du handicap

Les acteurs non spécialisés dans le champ du handicap sont difficiles à toucher. Peu de réunions sont organisées avec eux. Néanmoins quelques actions à destination des acteurs de la petite enfance sont à noter :

- Des modules sur le sujet du repérage du handicap sont organisés plusieurs fois par an dans la formation des assistantes maternelles.
- Les CAMSP proposent des actions auprès des structures d'accueil du jeune enfant et des assistantes maternelles : intervention de sensibilisation par des psychomotriciennes par exemple. REZOCAMSP organise également des rencontres avec les professionnels paramédicaux en libéral, toujours dans une optique de sensibilisation.

La sensibilisation des professionnels de l'Education Nationale demeure décisive et doit être une priorité.

Les professionnels des services sociaux ou de l'aide sociale à l'enfance peuvent également être en position de repérer des troubles non encore diagnostiqués : en Action Educatrice en Milieu Ouvert (AEMO), les professionnels peuvent notamment détecter des troubles non encore détectés préalablement chez des enfants déjà scolarisés. A noter qu'avec le déficit de moyens de la PMI, la visite dès 4 ans n'est plus inscrite dans les priorités, ce qui rend plus difficile le repérage précoce de certains troubles chez l'enfant.

Les acteurs non spécialisés sont souvent en demande d'outils d'évaluation rapide permettant d'identifier les premiers signaux d'alerte. Un travail avait été réalisé par les services de PMI et le pôle enfant du Centre Hospitalier Sainte Marie pour la création d'une grille d'évaluation très précoce. D'utilisation simple, cette grille pourrait être utilisée par des acteurs non spécialisés du champ du handicap, à l'exemple de l'Education Nationale ou bien des médecins généralistes qui peuvent être relativement démunis face à certaines familles avec enfants présentant des troubles non uniquement somatiques.

L'information des parents

Des plaquettes de communication de qualité ont été élaborées par les différents acteurs sur leurs rôles respectifs dans l'objectif d'informer tant les parents de jeunes enfants que les acteurs spécialisés et non spécialisés. Ces documents d'information gagneraient néanmoins à être centralisés et mieux partagés.

Par ailleurs, plusieurs actions ponctuelles visant à sensibiliser les parents ont été menées par les différents acteurs du département :

- Des conférences ont été organisées durant le précédent schéma à l'attention des parents (par exemple sur les questions des troubles alimentaires, etc.).

- La Caisse d'Allocations Familiales a organisé une journée durant la période du schéma (2011) dans le but d'informer les parents sur les différentes étapes du développement de l'enfant et de répondre à leurs questionnements. Une plaquette sur cette thématique a également été élaborée.
- Dans la même optique, une plaquette sur le développement du langage a été constituée et est encore utilisée par certains professionnels sur le département.

De manière générale, le constat demeure que les actions de sensibilisation à l'attention des parents manquent de régularité dans le temps.

Les difficultés sociales des familles accroissent nécessairement les problématiques et rendent plus difficile la sensibilisation au handicap. La difficulté d'accès aux services spécialisés, pour des parents ayant des difficultés à se mobiliser, devient rédhibitoire et retarde le dépistage.

Les CAMSP et CMPP



Le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) assure un travail de dépistage et de prise en charge précoce (de 0 à 6 ans) à destination de la petite enfance.

Le Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) assure des consultations, diagnostics et soins ambulatoires pour des enfants et adolescents de 0 à 20 ans présentant notamment des troubles psychiques.

Le dispositif de dépistage du handicap est en grande partie assuré par les deux CAMSP du territoire (situés à Brioude, dans le Brivadois et à Espaly-St-Marcel, dans le Puy urbain). Le CAMSP de Brioude est appelé « REZOCAMSP » dans la mesure où celui-ci accueille des enfants de trois départements différents (le Cantal, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme).

Les CAMSP du territoire assurent un accueil en file active de l'ensemble des enfants qui leur sont orientés. Il n'existe ainsi aucune liste d'attente. L'ampleur de la demande implique néanmoins de dépasser les agréments des deux CAMSP. A titre d'exemple, le CAMSP de Brioude a reçu, en 2014, 90 enfants en bilan (dont 51 nouveaux). 60 enfants étaient pris en charge (dont 33 résidents de la Haute-Loire). Enfin, 32 enfants étaient suivis de manière ponctuelle. Or, l'agrément de ce CAMSP pour les prises en charge se limite à 40 places.

Le CAMSP du Puy en Velay a reçu en 2014, 46 enfants en premier bilan, 66 en prise en charge et 10 en suivi ponctuel. Ceci nécessite une articulation avec les professionnels libéraux du territoire, le CAMSP n'étant pas en mesure d'assurer une prise en charge complète pour toutes les demandes qui lui sont faites. Pour autant, le délai d'attente entre l'appel téléphonique de la famille et le premier entretien avec la directrice n'est que de un mois à un mois et demi.

Bien que le CAMSP de Firminy dans la Loire permette d'accueillir un certain nombre d'enfants du nord-est du département, il existe toujours une zone blanche autour d'Yssingaux. Le CMPP travaille

en partenariat avec le CAMSP de Firminy et celui du Puy pour régler certaines situations dès lors qu'il s'agit de troubles de l'ordre du psychoaffectif.

Les CAMSP ont par ailleurs signé une convention avec le centre hospitalier de Clermont-Ferrand pour le suivi des enfants nés prématurés.

A la fin de l'année 2007 (avant le précédent schéma), une antenne du CMPP a ouvert à Monistrol-sur-Loire. En 2014, 400 enfants et parents ont été accueillis sur cette antenne. Des financements complémentaires ont été alloués.

La couverture de l'est du département a ainsi nettement évolué. L'Ouest demeure en revanche relativement démunie. Certaines familles vont vers le Puy mais le manque de transports en commun limite cette possibilité pour les familles les plus en difficulté. Il n'y a par ailleurs **que** peu d'ouverture vers le Puy de Dôme.

En 2014, le dispositif de dépistage paraît perfectible puisque :

- Les CAMSP font face à une demande croissante à laquelle ils peinent à répondre en raison de moyens contraints.
- Le système de coordination entre les acteurs du dépistage demeure peu lisible pour les familles et contribue, dans certains cas, à retarder la définition d'une prise en charge adaptée.
- Les moyens de dépistage de l'autisme demeurent déficitaires.

A noter que le CMPP constate un rajeunissement de la population accompagnée pouvant témoigner d'un meilleur dépistage sur le département.

Le partage du diagnostic

L'objectif du renforcement de ces partenariats est d'éviter de n'avoir que des diagnostics partiels en assurant un diagnostic partagé, plus complet. C'est ainsi la prise en charge précoce et la qualité d'accompagnement des familles qui sont en jeu. La précocité du diagnostic partagé peut également renforcer la pertinence des orientations en limitant les prises en charge par défaut.

L'enjeu du diagnostic touche également les structures comme les Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) ou les Instituts Médico-Educatif (IME) qui accompagnent parfois des jeunes à partir de 6 ans pour lesquels aucun diagnostic précis n'a été établi.

Pour les SESSAD-ITEP (deux sur le département, l'un intervenant pour les 3-18 ans, l'autre intervenant pour les 4-20 ans), des conventions ont été signées mais ne sont pas toutes effectives. Les partenariats informels réguliers permettent néanmoins de pallier ces carences.

Les orientations du secteur enfant

Au sein de la M.D.P.H. il y a un pôle orientations enfants qui est en charge d'étudier les orientations et d'émettre des propositions qui seront proposées à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Afin d'assurer une étude globale des demandes, ce pôle anime une équipe pluridisciplinaire ainsi que mentionné dans la loi Handicap du 11 février 2005 et qui réunit des représentants de l'Education Nationale, des psychologues scolaires, des pédopsychiatres ainsi que le médecin de la M.D.P.H.

A l'issue de cette équipe des propositions sont faites sous la forme d'un Plan Personnalisé de Compensation (P.P.C.).

Le nombre de demandes concernant le secteur enfants (Orientations, Allocations, Prestations, Cartes) est en augmentation constante de 10 % sur les trois dernières années. Le délai moyen d'évaluation des demandes déposées se situe en deçà des quatre mois inscrits dans les textes.

Chaque année, les établissements et services médico-sociaux communiquent à la M.D.P.H. la liste des personnes accompagnées ainsi que celle des personnes en attente d'une place. Ceci permet de mesurer l'effectivité et la pertinence des orientations prononcées.

B. La prise en charge scolaire des enfants et adolescents handicapés

L'Education nationale et la M.D.P.H travaillent de concert sur les dispositifs permettant l'accompagnement des enfants et jeunes adultes handicapés en milieu scolaire. La recherche déterminée de l'inclusion peut être difficile pour l'enfant. Le caractère protecteur et sécurisant des institutions doit également être pris en compte dans la construction d'une prise en charge adaptée.

1) L'orientation en CLIS, en ULIS et en SEGPA

Les enfants et adolescents en situation de handicap peuvent être orientés en Classes d'Inclusion Scolaire (situées en école primaire) ou en Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (situées au sein des collèges et des lycées).



Les classes d'inclusion scolaire (CLIS) permettent l'accueil dans une école primaire ordinaire d'un petit groupe d'enfants (12 au maximum) présentant le même type de déficience. Quatre catégories de CLIS sont dénombrées, destinées à accueillir soit : des enfants présentant des troubles importants, des fonctions cognitives (CLIS 1), d'un handicap auditif (CLIS 2), d'un handicap visuel (CLIS 3) ou d'un handicap moteur (CLIS 4).

Il existait 18 CLIS en 2008, il en existe 20 en 2014. Parmi celles-ci, on compte aujourd'hui 84% de CLIS 1.

	Secteur du Puy	Secteur de Brioude	Secteur de l'Yssingelais
CLIS de niveau 1	6	4	6
CLIS de niveau 2	1	0	0
CLIS de niveau 3	1 située à Clermont-Ferrand et travaillant en lien avec l'antenne du CRDV au Puy.	0	0
CLIS de niveau 4	1	0	0

Source : site de l'Académie de Clermont Ferrand⁴

Le Puy urbain est le territoire de santé le mieux pourvu en CLIS comparé à l'Yssingelais et au Brivadois. Le Puy rural ne comprend aucune CLIS.



Les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) accueillent des élèves dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'un établissement scolaire du second degré, d'une scolarisation adaptée.

Il existait 9 UPI (Unités Pédagogiques d'Intégration) en 2008 dans le département (les UPI sont devenues les ULIS depuis le 1^{er} septembre 2010). Le nombre d'unités a augmenté de 67% pour atteindre le nombre de 15 en 2014. Le nombre d'orientations en ULIS a pourtant diminué de façon importante (-20%) entre 2010 et 2013⁵.

Outre l'orientation en CLIS ou en ULIS, les élèves atilgériens en situation de handicap peuvent être orientés vers des Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté (SEGPA).



Les Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté (SEGPA) accueillent des élèves présentant des difficultés d'apprentissage. Ils ne maîtrisent pas toutes les connaissances et compétences attendues à la fin de l'école primaire, en particulier au regard des éléments du socle commun. Les élèves suivent des enseignements adaptés qui leur permettent à la fois d'acquérir les connaissances et les compétences du socle commun, de construire progressivement leur projet de formation et de préparer l'accès à une formation diplômante.

On compte 6 SEGPA en Haute-Loire : une dans le Brivadois, deux dans le Puy urbain et trois dans l'Yssingelais. La MDPH a compté 48 orientations en SEGPA pour l'année 2013 (le nombre d'orientations en SEGPA n'ayant pas été chiffré avant 2013, la mesure de leur évolution n'est pas rendue possible).

Le tableau ci-dessous recense le nombre d'orientations et d'avis d'attribution accordés par la MPDH en 2013 et en 2014. L'on constate que l'ensemble des orientations et des avis d'attribution a augmenté d'une année sur l'autre.

⁴ Liste des établissements : <http://www.ac-clermont.fr/ia43/handicap/adresses/CLIS.htm> - Carte des établissements : http://www.ac-clermont.fr/ia43/handicap/adresses/carte_ash_haute_loire.pdf


⁵ Rapport d'activité de la MDPH 2013

Evolution du nombre d'orientations et d'avis d'attribution de la MDPH en 2013 et en 2014

	2013	→	2014
Nombre d'orientations en CLIS	98	↗28%	125
Nombre d'orientations en ULIS	81	↗26%	102
Nombre de SEGPA	49	↗14%	56
Auxiliaire de vie scolaire	545	↗12%	609
Avis de matériel pédagogique	124	↗19%	148
Avis de transport scolaire	165	↗22%	201

Source : rapport d'activité de la MDPH 2014

2) *Les Auxiliaires de vie scolaire (A.V.S) :*

 Un Auxiliaire de vie Scolaire (A.V.S) : une aide humaine est une personne s'occupant de l'accompagnement, de la socialisation, de la sécurité et de l'aide à la scolarisation d'enfants en situation de handicap ou présentant un trouble de santé invalidant. Un AVS peut intervenir soit individuellement auprès d'un élève : il s'agit dans ce cas d'un AVS individuel ou AVS-i soit de manière mutualisée (AVS-mut) en intervenant auprès de plusieurs élèves. Un AVS peut aussi accompagner plusieurs élèves scolarisés au sein de classes spécifiques – CLIS ou ULIS. Cet accompagnement étant réalisé de manière collective, il s'agit dans ce cas d'un AVS-co.

Le nombre de demandes d'attribution d'heures d'aide humaine est en constante augmentation en Haute-Loire depuis 2012. Si les effectifs apparaissent suffisants pour couvrir les besoins en 2014, il n'a pas encore été mené d'étude sur l'impact de leur accompagnement.

Evolution du nombre d'AVS entre 2012 et 2014

2012	2013	2014
454	542	609

Source : rapport d'activité de la MDPH 2014

Auxiliaires de vie scolaire en Haute-Loire pour l'année 2013-2014 dans les établissements publics et privés

Type de scolarisation	Accompagnants		Elèves bénéficiaires
	nombre	ETP	nombre
Scolarisation individuelle	180	102,85	679
Scolarisation collective ULIS et CLIS	33	15,5	339

Source : Education Nationale, 2014

3) La coordination du parcours scolaire de l'enfant

La scolarité des enfants et adolescents en situation de handicap est coordonnée et supervisée en Equipe de Suivi de Scolarité (ESS) par l'ensemble des acteurs intervenant auprès de l'enfant. L'enseignant référent est notamment en charge de la coordination du parcours de l'enfant.

Un arrêté du 17 août 2006 a précisé le rôle des enseignants référents

« L'enseignant référent est, au sein de l'éducation nationale, l'acteur central des actions conduites en direction des élèves handicapés. Il est l'interlocuteur privilégié des parents ou des représentants légaux de chaque élève handicapé fréquentant dans son secteur d'intervention un établissement scolaire ou une unité d'enseignement définie par l'article D. 351-17 du code de l'éducation, ou suivant une scolarité à domicile dans le même secteur, ou suivant une scolarité en milieu hospitalier. Il assure auprès de ces familles une mission essentielle d'accueil et d'information. Il se fait connaître d'elles et s'assure qu'elles connaissent ses coordonnées postale et téléphonique. L'enseignant référent exerce principalement ses missions en application des décisions de la commission des droits et de l'autonomie et en vue de favoriser leur réalisation. Il veille à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et il est l'interlocuteur principal de toutes les parties prenantes de ce projet. Il assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, dont il est le correspondant privilégié. »

La Haute-Loire compte 5 enseignants référents pour l'enseignement public et 3 enseignants référents pour l'enseignement privé. Les nouveaux enseignants suivent une formation initiale grâce à laquelle ils prennent connaissance du processus d'accompagnement de jeunes lors de temps scolaires. L'Education Nationale et la MDPH organise par ailleurs des temps d'échanges à destination des enseignants référents.

Depuis septembre 2014, la scolarité des enfants et des adolescents en situation de handicap est reportée et suivie dans un document appelé « GEVA-Sco » (Guide d'évaluation multidimensionnel Scolaire).

Cet outil, élaboré conjointement par le Ministère de l'Education Nationale et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, permet la formulation du Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS) par la MDPH. Son objectif est de mettre en place des supports communs d'observation, d'évaluation et d'élaboration des réponses, qui puissent être utilisés par la MDPH, les services de l'éducation nationale et leurs partenaires dans le cadre d'un processus harmonisé, exploitable dans tout le territoire national. Cet outil de recueil de données permet de faire partager à tous les partenaires les éléments d'observation de l'élève en situation scolaire tant du point de vue de ses activités d'apprentissage que de sa mobilité, de sa sécurité, des actes essentiels de la vie quotidienne, ou encore de ses activités relationnelles et de sa vie sociale. L'utilisation de cet outil favorise l'implication de l'enseignant référent, qui devient la personne ressource du réseau d'intervenants. En effet, l'enseignant référent géographiquement compétent est chargé de revoir annuellement le Projet Personnalisé de Scolarisation, partie intégrante du Plan Personnalisé de Compensation afin de vérifier lors de la réunion de l'équipe de suivi de scolarisation que la prise en charge est toujours pertinente.

La MDPH et l'Éducation nationale informent chaque année lors de réunions de rentrées, les directeurs d'établissements de l'enseignement public et privé ainsi que les professionnels du secteur médico-social. Une circulaire co-construite est aussi publiée par le Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale (DASEN) lors de chaque rentrée. Cette dernière reprend les textes en vigueur, mentionne les acteurs et énonce le mode d'évaluation dans le département.

C. Les actions spécifiques

1) Les situations complexes

La commission Ariane

Le dispositif départemental de protection de l'enfance est dotée depuis plusieurs années d'une commission « cas complexes », instance partenariale d'appui destinée à une analyse de la situation d'un enfant ou adolescent en grandes difficultés et à une recherche de solution adaptée. Cette Commission appelée « Commission Ariane » fonctionne à l'échelle départementale et sera étendue à l'échelle régionale⁶.

2) La Maison des Ados

Un dispositif de repérage existe pour la population adolescente du département. En effet, les Maisons des Adolescents de l'Association Hospitalière Sainte-Marie ont en partie pour mission de « repérer les problématiques des jeunes et, en fonction de ces dernières, leur proposer une orientation adaptée ». Les jeunes peuvent y consulter une équipe pluridisciplinaire réunissant un éducateur spécialisé, un psychologue et un infirmier.

Trois antennes de ces « maisons » sont installées dans les villes de Brioude, du Puy-en-Velay et d'Yssingeaux. Une équipe de professionnels (réunissant un éducateur spécialisé, un psychologue et un infirmier) y assurent des permanences à destination des adolescents.

⁶ Schéma départemental de prévention et de protection pour l'enfant, l'adolescent et la famille, département de la Haute-Loire, 2013-2017.

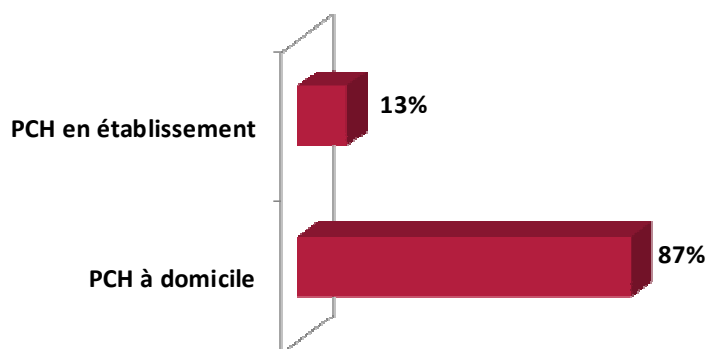
A retenir :

- Plusieurs réseaux ou instances de coordination fonctionnent de manière effective sur le département (instance de coordination périnatale, réseau autisme, etc.)
- La sensibilisation des professionnels de l'Education Nationale au repérage du handicap demeure décisive.
- En 2014, le dispositif de dépistage paraît perfectible à plusieurs égards :
 - les CAMSP font face à une demande croissante à laquelle ils peinent à répondre en raison de moyens contraints ;
 - le système de coordination entre les acteurs du dépistage demeure peu lisible pour les familles et contribue, dans certains cas, à retarder la définition d'une prise en charge adaptée ;
 - les moyens de dépistage de l'autisme demeurent déficitaires.
- L'ensemble des orientations (en CLIS, ULIS et SEGPA) et des avis d'attribution (AVS, matériel scolaire, transport scolaire) a augmenté entre 2013 et 2014.
- Le GEVA-Sco permet de renforcer la coordination entre les acteurs impliqués dans la scolarisation d'enfants et d'adolescents en situation de handicap.

IV. L'offre d'accompagnement à domicile : qualité de prise en charge et positionnement des services spécialisés

La PCH est une allocation visant prioritairement à favoriser le maintien de la personne en situation de handicap à son domicile. Sur 959 personnes bénéficiaires en Haute-Loire, 826 vivent à leur domicile. Les 133 personnes restantes vivent en établissement. La PCH peut également être allouée à un résident d'établissement dans le cadre de retours à domicile sur les week-ends et les vacances.

Répartition des bénéficiaires de la PCH en 2014



Source : données Département de la Haute-Loire, 2014

A. Les SESSAD



Un Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD) est un service médico-social dédié à la prise en charge des enfants et des jeunes handicapés âgés de 0 à 20 ans. Il dispense une prise en charge globale en matière de soins, de rééducation et d'enseignement, sur le lieu de vie ou l'établissement scolaire de l'enfant.

En 2008, la Haute-Loire était, après le Cantal, le département auvergnat le moins équipé en places de SESSAD : il existait alors 2,77 places pour mille enfants et jeunes adultes âgés de moins de 20 ans. En 2014, ce taux s'élève à 5 places pour mille. Si cette évolution se confirme également au niveau régional et national, le taux altiligérien leur est supérieur en 2014.

Taux d'équipement en SESSAD en Haute-Loire, en Auvergne et en France, en 2008 et en 2014

	2008	2014
Haute-Loire	2,77‰	5‰
Auvergne	3,02‰	4,1‰
France	1,62‰	2,9‰

Source : STATISS 2013, Département de la Haute-Loire 2014

Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile(SESSAD)	Nombre de places
SESSAD HAUT ALLIER ADPEP 43	18
SESSAD LE VELAY ASEA	25
SESSAD SERVICE 43 CROIX ROUGE	45
SESSAD SPMS ADAPEI	25
SESSAD LAFAYETTE ADPEP	30
SESSAD L'ESSOR	24
SSEFIIS TSL	30
SSESD	71
TOTAL	197

Source : Données départementales, 2014

Les SESSAD constituent l'un des principaux outils développés ces dernières années dans une logique de désinstitutionnalisation des prises en charge. Le taux d'équipement actuellement satisfaisant de la Haute-Loire lui permet de mieux satisfaire les besoins importants constatés à domicile pour les familles d'enfants en situation de handicap. L'enjeu est à la fois d'accompagner l'enfant et de le faire progresser au maximum de ses potentialités, mais également de coordonner son parcours et les intervenants extérieurs en vue d'éviter toute perte d'information et toute rupture de prise en charge.

Ainsi le taux d'équipement élevé en SESSAD est à la fois un atout pour l'accompagnement des jeunes en situation de handicap en milieu ordinaire mais aussi pour la coordination du parcours entre le secteur du handicap enfant et celui du handicap adulte lorsque nécessaire.

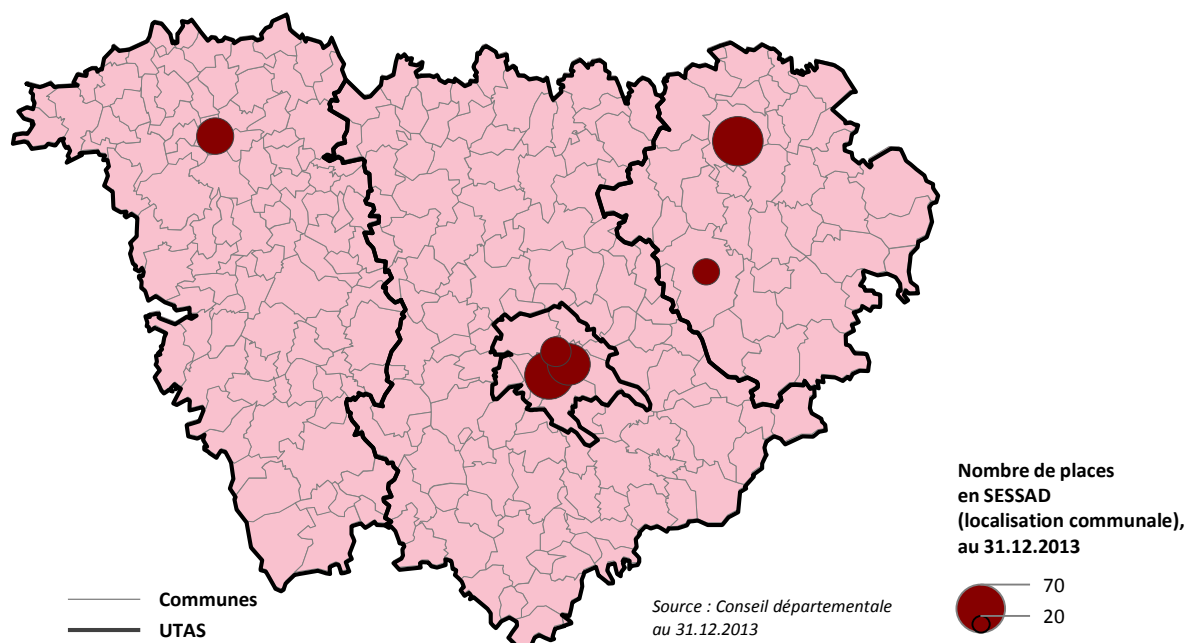
Les listes d'attente de l'ensemble des SESSAD sont cependant encore importantes (environ 30 enfants pour le SESSAD de la Croix Rouge par exemple). Les places ciblées « TED » demeurent plus accessibles. Les autres places le sont moins. Il peut y avoir jusqu'à un an et demi d'attente. De ce fait, certaines orientations ne pouvant être réalisées, un accompagnement par le secteur libéral est sollicité.

Certaines réponses très spécialisées ne couvrent pas l'ensemble du territoire :

- le SSEFIS intervient sur la zone très délimitée du Puy.
- le SESSAD Troubles Spécifiques du Langage (TSL) également.

A l'est du département, il est possible d'orienter les enfants vers des structures de la Loire. Dans le secteur de Brioude, il n'y a pas d'intervention de SSEFIIS ou SESSAD TSL.

Cartographie des SESSAD



B. Les SAMSAH et les SAVS



Le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) propose un accompagnement adapté dont l'objectif est le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels de la personne handicapée. Il a donc été créé pour favoriser un maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie.

Le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) propose, en plus des missions dévolues au SAVS, des soins, réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

1) L'évolution de l'offre

Le département est doté de 30 places autorisées en SAMSAH et de 217 places en SAVS (réparties respectivement dans un SAVS départemental et 4 SAVS annexés à des ESAT). Le taux d'équipement en SAVS-SAMSAH est de 2,27 pour mille personnes de 20 à 59 ans. Il est ainsi supérieur au taux national (situé à 1,32‰) ainsi qu'au taux régional (située à 1,36‰).

SAMSAH	Nombre de places
SAMSAH ALLEGRE	10
SAMSAH BRIVES APF	15
SAMSAH APRES LE PUY ASEA	5
TOTAL	30

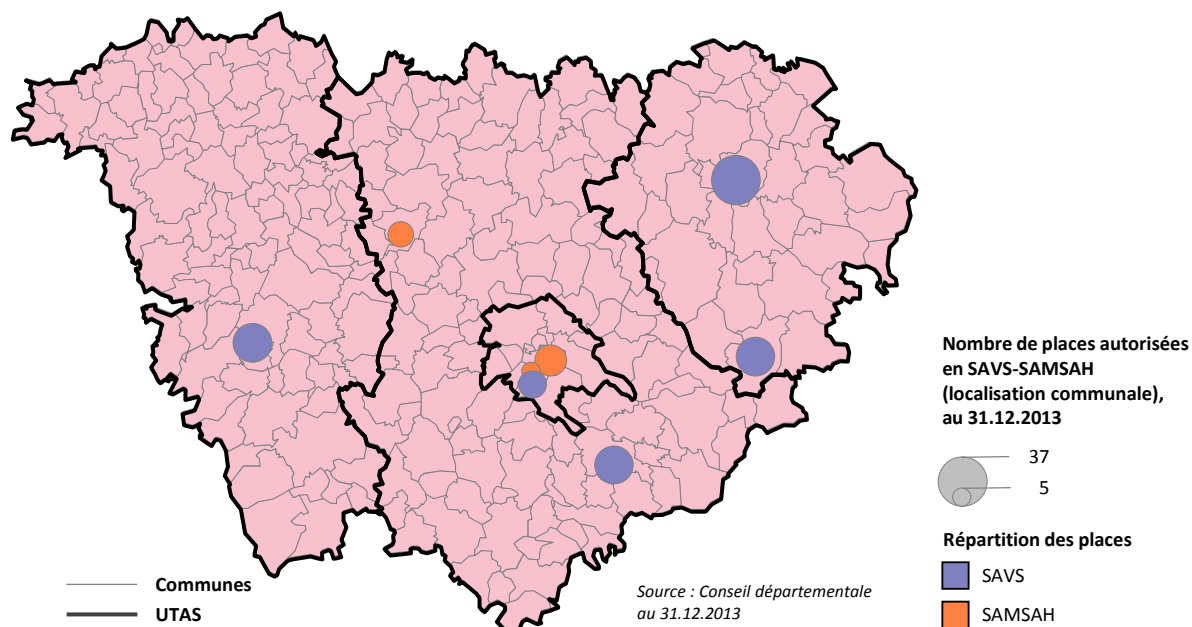
Source : Données départementales, 2014

SAVS	Nombre de places
SAVS Départemental ASEA CROIX ROUGE	100
SAV LA CHALEDE LANGEAC	23
SAVS LA CHAUMINE VALS	12
SAVS LES ROCHES STE SIGOLENE	37
SAVS LE MAZET STR VOY	23
SAVS MEYMAC LE MONASTIER	22
TOTAL	217

Source : Données départementales, 2014

Comme le montre la carte ci-dessous, les SAVS et SAMSAH sont répartis en majorité au centre et à l'est du territoire départemental.

Cartographie des SAVS et SAMSAH sur le territoire



Entre 2012 et 2013, le nombre de décisions d'orientations en SAVS et en SAMSAH a augmenté. L'augmentation des orientations vers un SAVS ont été particulièrement importante en 2013 car celles-ci ont été distinguées pour la première année des orientations en ESAT (jusqu'à présent l'orientation « ESAT » pouvait donner lieu à un suivi par le SAVS annexé à l'ESAT sans orientation ad hoc).

Evolution du nombre d'orientations en SAVS et en SAMSAH et du délai moyen de traitement

	2012	→	2013	→	2014
Orientations en SAVS	55	↗116%	119	↘23%	92
Orientations en SAMSAH	22	↗36%	30	↘47%	16

Source : Rapport d'activité de la MDPH 43, 2014

Le délai de traitement des demandes d'orientation en SAVS et en SAMSAH par la MDPH est de 3.9 mois en 2014.

Le taux d'équipement élevé en SAVS constitue un atout étant donné d'une part la volonté croissante des personnes de vivre en milieu ordinaire et d'autre part les évolutions législatives, de 2005

notamment, qui promeuvent l'inclusion des personnes en situation de handicap dans le milieu ordinaire.

La récente distinction des orientations SAVS et ESAT contribue par ailleurs à l'effort de séparation de ce qui relève de la vie sociale des personnes accompagnées de ce qui relève de leur vie professionnelle.

Au-delà de cette évolution quantitative de l'offre, des enjeux qualitatifs sont à prendre en compte, il s'agit de :

- répondre à l'augmentation des besoins en places de SAVS ;
- définir l'intervention des SAVS annexés aux ESAT.

A noter que le rôle des SAMSAH varie d'un public à l'autre.

- Le SAMSAH APF a ouvert en 2008. Il n'a pas accompagné de personnes en situation d'aller vers le monde du travail (handicap lourd). Un seul usager a pu être accompagné vers un centre de réadaptation professionnelle.
- Pour les personnes cérébro-lésées, l'articulation SAMSAH / Cap Emploi / UEROS est pertinente pour assurer le maintien dans l'emploi. 5 places sont disponibles en SAMSAH spécialisés dans l'accompagnement des cérébro-lésés dans le département.

2) La spécificité du handicap psychique

Plusieurs constats sont à établir au sujet de l'accompagnement à domicile des personnes handicapées psychiques.

- Les besoins d'accompagnement au domicile des personnes handicapées psychiques ne sont pas précisément connus.
- L'accompagnement familial des personnes handicapées psychiques est nécessaire pour éviter les ruptures de prise en charge et soulager les parents. Or en 2015, deux difficultés sont constatées :
 - les familles sont en difficulté pour comprendre le handicap psychique de leur enfant ainsi que les fonctions des différents acteurs.
 - les dispositifs d'accompagnement permettant d'assurer une veille quotidienne paraissent insuffisants pour les personnes handicapées psychiques dans le département (ces dispositifs pouvant également relever du Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées - PDALPD).

C. Les places spécialisées en SSIAD



Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), interviennent depuis 2004 auprès des personnes adultes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de certaines pathologies chroniques. Ils ont pour mission le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

En 2008, le département comptait 13 places de SSIAD réservées aux personnes en situation de handicap. En 2014, il en existe 29. Le nombre de ces places a ainsi augmenté de 123% en 5 ans. Ils prennent en charge tous types de déficiences.

Evolution du nombre de places de SSIAD pour personnes handicapées

2008	→	2014
13	↗123%	29

Source : schéma 2009-2013, données DT ARS 43, 2014

L'accroissement du taux d'équipement en SSIAD s'inscrit dans la politique d'amélioration des prises en charge à domicile en permettant l'accompagnement de personnes présentant un niveau d'autonomie relativement faible dans certains actes de la vie quotidienne (toilettes notamment, etc.). L'ARS mène aujourd'hui une étude sur le fonctionnement des SSIAD qui permettra d'affiner l'analyse des besoins en places.

La répartition des places spécifiques de SSIAD ne correspond pas toujours à la répartition du public sur le secteur desservi (le SSIAD de Craponne offre un nombre important de places dédiées aux personnes handicapées alors que le secteur comprend un nombre important de personnes âgées et peu de personnes handicapées). La couverture des besoins en places de SSIAD reste encore peu lisible : des zones en 2009 n'étaient pas couvertes en SSIAD. Un état des lieux pourrait être réalisé via une cartographie de la couverture territoriale existante et la compilation des différentes listes d'attente des SSIAD.

La principale problématique réside dans les défauts de coordination entre les SSIAD et les infirmiers libéraux, les auxiliaires de vie et les aides à domicile qui trouvent leur origine dans une définition et une répartition peu claire des missions (dont la mission de coordination).

D. Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)

Les SAAD sont régulièrement amenés à intervenir auprès de personnes en situation de handicap pour un accompagnement dans certaines tâches de la vie quotidienne.

La formation des intervenants demeure un objectif important pour l'ensemble des services d'accompagnement à domicile.

Plusieurs actions pourraient être envisagées :

- augmenter les formations continues (y compris auprès des professionnels qui ont eu une formation initiale au sujet du handicap) ;
- augmenter les formations au sujet des personnes handicapées psychiques
- renforcer la coordination entre les acteurs

E. L'ouverture vers le milieu ordinaire

1) Les transports adaptés

Le Transport à la Demande (TAD) a été créé suite à la loi 2005. Il est aujourd'hui utilisé par 180 à 200 personnes et effectue 100 trajets par mois. Il permet de valoriser l'autonomie des personnes handicapées mais pourrait être perfectible en termes de :

- **Fonctionnement** : il exige une organisation et une anticipation des trajets.
- **Couverture territoriale** : tout le département est couvert. L'agglomération du Puy est compétente sur son territoire. Les transports à l'intérieur de l'agglomération sont seulement accessibles pour les habitants de l'agglomération à mobilité réduite. Une harmonisation entre le TAD et les transports de l'agglomération est à envisager.
- **Capacité** : le dispositif est parfois saturé.
- **Critères d'éligibilité** : être bénéficiaire de la PCH, APA ou carte d'invalidité.
- **Visibilité** : il existe une communication au sujet de ce dispositif (le Département a retravaillé une plaquette d'information) mais elle reste à renforcer.

2) L'accès aux loisirs

Pour favoriser le bon accueil des enfants et adolescents en situation de handicap, des temps de formation peuvent être organisés auprès de structures d'accueil afin de favoriser la sensibilisation au handicap. Ainsi le réseau Autisme 43 est notamment intervenu auprès des directeurs de centre pour développer les connaissances et favoriser l'accompagnement des familles.

En Haute-Loire a été créé le Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers (D.A.H.L.I.R.), dont la mission est de favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les centres de loisirs, remarque qu'il y a de plus en plus d'enfants accueillis. A titre indicatif :

- dans les structures de la petite enfance : sur 42 structures, 22 ont pu accueillir un enfant en situation de handicap.
- dans les Centres de loisirs : en 2006, environ 50 enfants en situation de handicap ont été accueillis. Le chiffre est de 400 en 2014.

Les enfants étant davantage présents pendant les grandes vacances, certains centres peuvent alors se trouver dépassés si beaucoup d'enfants en situation de handicap se trouvent dans un même groupe.

Les activités périscolaires présentent des difficultés à accueillir les jeunes en situation de handicap. De manière générale, y compris sur les centres de loisirs ou les structures d'accueil du jeune enfant, la difficulté porte principalement sur les troubles du comportement.

A noter que certains publics rencontrent des difficultés d'accompagnement en dehors de leurs prises en charge sanitaires ou médico-sociales :

- les enfants avec des troubles du comportement (en ITEP par exemple) le mercredi après-midi et durant les vacances scolaires (quand les parents travaillent). Les SESSAD ne pourraient pas, en raison de manque de personnels, combler ces périodes et les centres de loisirs ne constituent pas une solution satisfaisante.

A retenir :

- 87% des bénéficiaires de la PCH vivent à domicile.
- Le taux d'équipement en SESSAD a augmenté de plus de deux points entre 2008 et 2014.
- Un taux d'équipement en SAVS-SAMSAH de 2,27 pour mille personnes de 20 à 59 ans, supérieur au taux national (situé à 1,32‰) ainsi qu'au taux régional (située à 1,36‰).
- Un doublement de l'offre de SSIAD spécialisés, mais des défauts de coordination encore prégnants avec les infirmiers libéraux
- Des services à domicile parfois en manque de réponses face à certaines situations, malgré des efforts de professionnalisation

V. L'adaptation des établissements (adultes/enfants) à l'évolution des profils des publics

A. Les établissements pour enfants en situation de handicap

1) Les instituts médico-éducatifs (IME)



L'Institut Médico-Educatif est un établissement médico-éducatif qui accueille des enfants et adolescents. L'accueil se fait jusqu'à 20 ans (prolongement jusqu'à 25 ans parfois possible avec dérogation, l'amendement Creton). La dénomination IME recouvre une grande diversité de structures pouvant accompagner plusieurs types de déficiences (intellectuelles, motrices, sensoriel, TED, etc.).

En 2008, il existait 258 places d'IME (dont IMPro) en Haute-Loire. Le taux d'équipement était alors de 5,03 places pour mille. En 2014, on compte 244 places d'IME et le taux d'équipement s'élève aujourd'hui de 4,61‰. Le nombre de places en IME a donc diminué de 6% (en raison de restructurations en places de SESSAD). Le taux d'équipement en 2014 est inférieur au taux régional (4,77‰) mais supérieur au taux national (4,28‰).

Instituts Medico-Educatifs	Nombre de places
IME BERGOIDE ADAPEI	38
IME LES CEVENNES ASEA	69
IME M CHANTELAUZE ADPEP	53
IME SPMS ACCUEIL DE JOUR ADAPEI	22
SYNERGIE CROIX ROUGE	62
TOTAL	244

Source : Données départementales, 2014

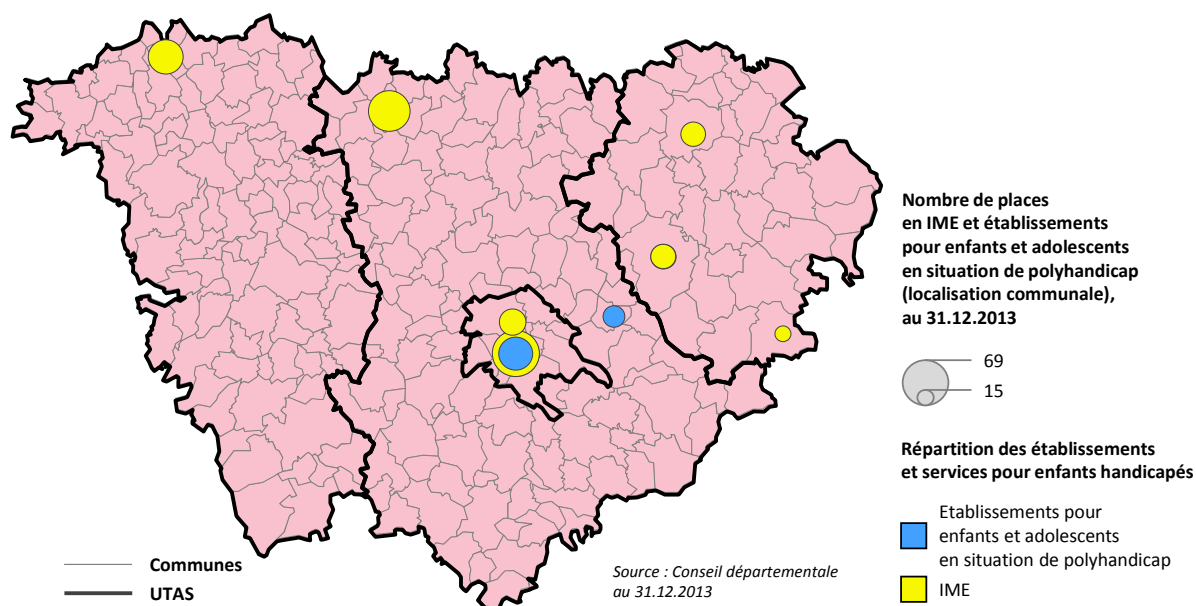
Le nombre de jeunes en amendements Cretons⁷ est limité sur le département (14 selon les données de la MDPH au moment de l'écriture du diagnostic).

La carte ci-dessous illustre une répartition relativement équitable des places d'IME entre les trois UTAS du territoire.

⁷

L'amendement Creton est un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes.

Cartographie des IME et des établissements pour enfants en situation de polyhandicap



2) Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)

L'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) est une structure médico-sociale qui a pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment les troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Le nombre de place en ITEP a diminué de 25% (en raison de la restructuration de places en SESSAD-ITEP). Il existait 94 places d'ITEP en 2008 ; il en existe 75 en 2014. L'Est du département est relativement dépourvu en I.T.E.P. Le taux d'équipement ailtiligérien (de 1,42‰) demeure toutefois supérieur au taux régional (1,41‰) et au taux national (0,96‰).

Nombre de places en établissement pour enfants et adolescents en 2008 et en 2014

	2008	→	2014
Nombre de places en IME	258	↘6%	244
Nombre de places en ITEP	94	↘25%	75

Source : STATISS 2013, données DT AR 43, 2014

1) Les structures pour enfants et adolescents polyhandicapés

L'accompagnement en structure pour les enfants et adolescents polyhandicapés est assuré en Haute-Loire par 2 établissements totalisant 49 places. Le taux d'équipement est demeuré stable entre 2008 et 2013 en passant de 0,57‰ à 0,55‰ : il est aujourd'hui supérieur au taux d'équipement national (0,35 ‰) mais inférieur au d'équipement régional (0,64‰).

Etablissements pour enfants et adolescents polyhandicapés	Nombre de places
INSTITUT MARIE RIVIER	35
EPEAP LE MEYGAL	14
TOTAL	49

Source : Données départementales, 2014

La cartographie des IME et des établissements pour enfants en situation de polyhandicap illustre une relative concentration de ces derniers établissements dans les UTAS du Puy urbain et du Puy rural.

B. Les établissements adultes

1) Les établissements non-médicalisés

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)



Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), permettent à une personne handicapée d'exercer une activité dans un milieu protégé si elle n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire.

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap est favorisée en Haute-Loire par la présence de 8 ESAT et 3 entreprises adaptées.

Les ESAT représentaient une capacité d'accueil équivalente à 438 places en 2008. Cette capacité a augmenté de 8% en 2014 et représente 471 places. Le taux d'équipement en places en ESAT est de 4,24‰, soit inférieur au taux auvergnat (situé à 4,40‰) mais supérieur au taux national (à 3,49‰). L'augmentation du nombre de places répond en partie à la hausse du nombre de demandeurs d'emploi en situation de handicap : en effet on compte 2832 demandeurs d'emploi en situation de handicap en mars 2014, soit 9,2% de plus qu'en mars 2013⁸.

⁸

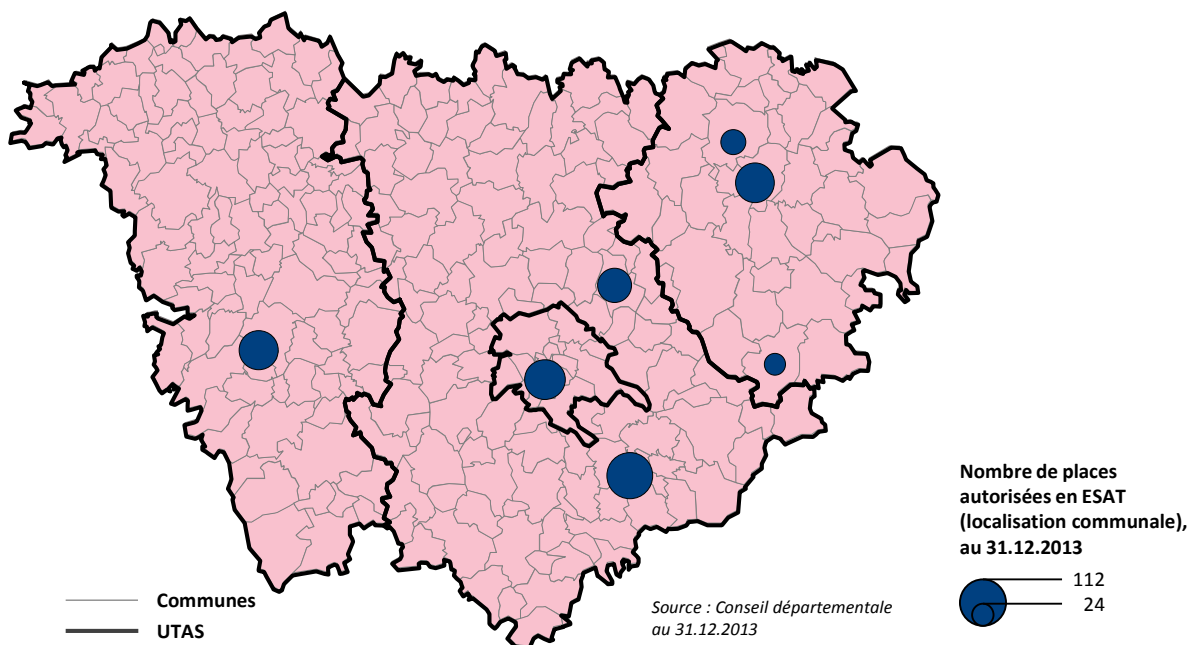
AGEFIPH Auvergne – Tableau de bord – bilan à fin juin 2014

Etablissements et services d'aide par le travail (471 places)	Nombre d'ETP
ESAT LES HORIZONS CUSSAC	85
ESAT MEYMAC LE MONASTIER	104
ESAT LES ROCHES	80
ESAT LA CHALEDE LANGEAC	78
ESAT OVIVE MONISTROL	32
ESAT LES AMIS DU PLATEAU LE MAZET ST VOY	24
ESAT ROSIERES	60
ESAT TRANSITIONNEL	8
TOTAL	471

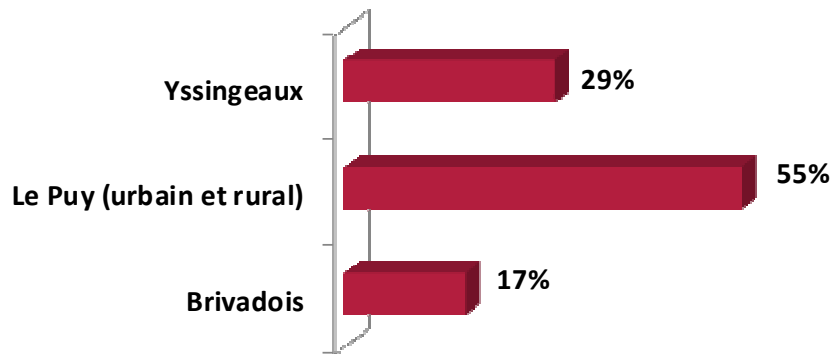
Source : Données départementales, 2014

Comme l'illustre la carte ci-dessous, les ESAT sont pour leur majorité situés dans le bassin du Puy (urbain et rural). L'Yssingelais, bassin de santé le plus jeune du département est le deuxième bassin à être le mieux équipé en ESAT. Le Brivadois est le bassin le moins doté en la matière. La répartition des places sur le territoire apparait équilibrée. L'implantation d'un seul établissement sur le Brivadois n'apparait pas en décalage avec la répartition de la population.

Cartographie des ESAT dans le département



Répartition des places d'ESAT par bassin de santé



Source : DT ARS 93, 2014

La liste d'attente est répartie entre la liste d'attente active d'une part (personnes qui entreraient à l'ESAT immédiatement si une place était libre) et d'autre part une seconde liste comprenant :

- les personnes qui ont déjà fait des essais non concluants
- les personnes sorties provisoirement de la liste d'attente (de leur propre souhait).

250 orientations sont aujourd'hui valides et en attente d'une place en ESAT avec 50 à 60 personnes activement en recherche.

C'est également la charnière avec le secteur de l'enfance qui est à travailler. La passerelle entre l'IME et l'ESAT nécessiterait des possibilités intermédiaires, en préparation ou en attente d'une place en ESAT. L'enjeu est d'assurer l'apprentissage de nouveaux codes sociaux en vue d'une insertion de qualité.

Le profil de la population accueillie en ESAT est de plus en plus hétérogène et se caractérise par une forte progression des troubles psychiques. Seul l'ESAT de Rosières de l'Association Hospitalière Sainte-Marie est spécifiquement orienté vers l'accueil de travailleurs souffrant de pathologies psychiatriques.

Les caractéristiques de la population accueillie impactent le dispositif d'insertion : de plus en plus de travailleurs présentent un trouble psychique. Ces personnes semblent moins s'inscrire dans la continuité de l'établissement

Néanmoins, dans ce contexte, les mises à disposition collectives se sont développées dans les différents établissements du département, de même que les mises à disposition individuelles. Le lien entre les ESAT et les entreprises du territoire est jugée tout à fait satisfaisant en ce sens qu'il permet une continuité des activités économiques des établissements.

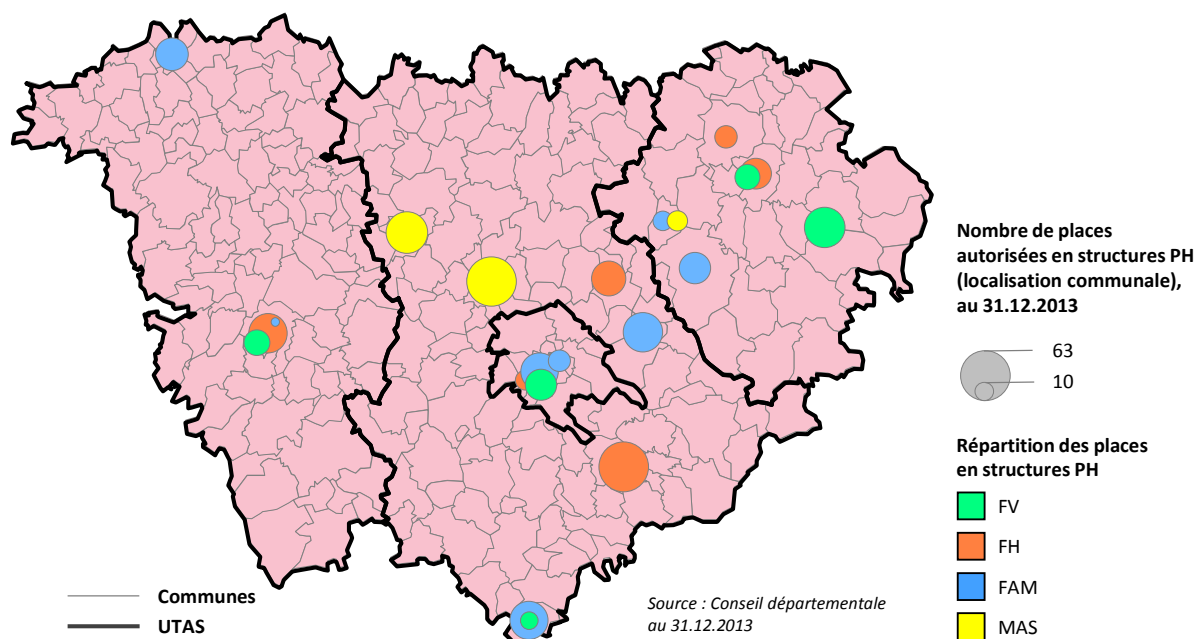
Dans le cadre du dispositif « différents mais compétents », des actions ont été menées au sein de tous les ESAT de la Haute-Loire afin de reconnaître les acquis professionnels.

Néanmoins, l'intégration de l'ESAT par des personnes venant du milieu ordinaire est plus régulière que l'inclusion en milieu ordinaire des personnes venant d'ESAT.

Les établissements d'hébergement pour personnes handicapées

La carte ci-dessous illustre la répartition des établissements médicalisés et non médicalisés accueillant des personnes en situation de handicap. Ceux-ci sont répartis en majorité dans le centre et à l'est du territoire départemental.

Cartographie des établissements d'hébergement pour personnes en situation de handicap



Les foyers d'hébergement

Il existe 188 places en Foyer d'hébergement, dont 2 places d'accueil temporaires et 8 places en foyer non rattaché à un ESAT.

Nombre de FH et de places en FH dans le département

Foyers d'Hébergement	Nombre de places
FH LA CHALEDE LANGEAC ADAPEI	38
FH LA CHAUMINE VALS ADAPEI	10
LES APPARTS ESPALY ASEA	8
FH LES CHOMELIX ROSIERES CHSTE MARIE	30
FH LES ROCHES STE SIGOLENE ADAPEI	26
FH OVIVE MONISTROL	13
FH MEYMAC LE MONASTIER	63
TOTAL	188

Source : Données départementales, 2014

Nombre d'orientations en FV, FAM, MAS et FH en 2012, 2013 et 2014

	2012	2013	2014
Orientations en Foyer de vie	83	90	62
Orientation en FAM	92	75	82
Orientation en MAS	54	63	56
Orientation en Foyer d'hébergement	15	10	21

Source : STATISS 2013, données DT AR 43, 2014

Certains foyers d'hébergement commencent à connaître des difficultés de taux d'occupation (à l'exemple du foyer des Rosières). Il semble qu'il y ait un mouvement global vers le milieu ordinaire. L'accompagnement sur le logement est un facteur déterminant pour permettre l'accès et le maintien dans l'activité professionnelle, notamment des personnes en situation de handicap psychique. Ainsi, le passage du foyer au logement accompagné puis au logement autonome apparaît pertinent pour amener vers l'autonomie :

- Des modalités d'hébergement intermédiaires sous forme d'appartements sont mises en place par certains foyers ou dans le cadre de suivi SAVS.

Les foyers de vie

Il existe 108 places autorisées d'internat en foyer de Vie. Outre ces 108 places, 14 places d'accueil de jour et 9 places d'accueil temporaire existent sur le territoire. Le taux d'équipement de places en foyer de vie (incluant les foyers occupationnels) est de 0,9‰ en 2013, soit très inférieur aux taux d'équipements régional (2,1‰) et au taux national (1,5‰). Notons qu'en 2013, la Haute-Loire est le département auvergnat le moins bien doté en foyer de vie. Leur insuffisance sur le territoire avait déjà été remarquée en 2008.

Nombre de FV et de places en FV dans le département

Foyers de Vie	Nombre de places
FV LA CHALEDE LANGEAC ADAPEI	26
FV LA CHAUMINE VALS ADAPEI	25
FV LES ROCHES STE SIGOLENE ADAPEI	21
FV ST NICOLAS MONTFAUCON	50
FV ST NICOLAS PRADELLES	9
TOTAL	131

Source : Données départementales, 2014

L'enjeu autour de l'équipement en foyer de vie est de taille, ce type de structure étant une charnière entre les foyers d'hébergement et les foyers médicalisés. Le manque de foyer de vie laisse présager des difficultés de réponse aux besoins des personnes en incapacité de travailler en milieu ordinaire ou en ESAT mais ne nécessitant pas de prise en charge médicalisée en continu. Aussi, deux éventualités sont à envisager : soit le public concerné par l'accueil en foyer de vie reste au domicile, soit il est orienté vers une prise en charge moins adaptée. Dans les deux cas, l'adaptation de la réponse aux besoins n'est pas assurée.

2) Les établissements médicalisés

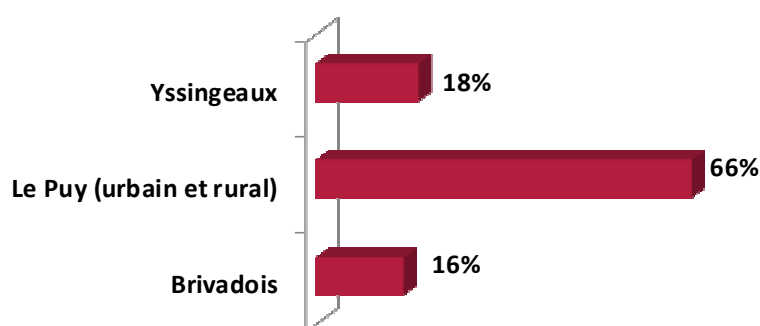
Les foyers d'accueil médicalisé (FAM)



Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillent des adultes lourdement handicapés inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels ou d'un soutien et suivi médical régulier.

Le nombre de places en FAM a augmenté de 23% entre 2008 et 2014. En 2008, on comptait 154 places de FAM, il en existe 189 places aujourd'hui (dont 165 en internat, 23 en accueil de jour, 1 en accueil temporaire). Le taux d'équipement en places FAM était de 1,60‰ en 2008, il est passé en 2014 à 1,71‰.

Répartition des places de FAM par bassin de santé



Source : données Département de la Haute-Loire, 2014

L'accroissement de l'offre en places de FAM répond au besoin croissant de médicalisation des prises en charge, notamment en raison de l'avancée en âge de personnes jusque-là accueillies en foyer de vie. En effet, les effets de l'âge peuvent apparaître relativement tôt chez les personnes en situation de handicap et induire de nouveaux besoins auxquels les foyers de vie peuvent ne pas être en mesure de répondre. L'augmentation des places en FAM limite par ailleurs l'effet de glissement souvent observé de la population relevant du FAM vers les places de foyer de vie, faute de solution plus adaptée.

A noter, la spécialisation du FAM Après au Puy-en-Velay qui accueille des usagers présentant des « déficiences graves du psychisme consécutive à une lésion cérébrale ». Sa capacité totale est de 20 places dont 12 en accueil de jour.

Nombre de FAM et de places en FAM dans le département

Foyers d'Accueil Médicalisés	Nombre de places
FAM BERGOIDE ADAPEI	27
FAM BRIVES ABBE DE L'EPEE	12
FAM ROCHE ARNAUD ABBE DE L'EPEE	15
FAM LA CHALEDE LANGEAC ADAPEI	2
FAM LES CEDRES BEAUX MAHVU	10
FAM LE VOLCAN YSSINGEAUX	25
FAM SAINT HOSTIEN	40
FAM ST NICOLAS PRADELLES	37
FAM APRES Le Puy	21
TOTAL	189

Source : Données départementales, 2014

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS)



Les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés nécessitant des soins médicaux importants et un accompagnement pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne.

En 2008, on comptait 107 places de MAS au total, soit 0,96 place pour mille adultes âgés de 20 à 59 ans. En 2014, il existe 117 places de MAS dans le département : le taux d'équipement est passé de 0,96‰ à 1,07‰. Néanmoins, il semble que le nombre de places en MAS demeure insuffisant au regard de la demande. Cette carence en MAS est d'ailleurs à l'origine d'orientations « à défaut » ne permettant pas un accompagnement satisfaisant des personnes en situation de handicap.

Face à l'enjeu croissant de la prise en charge des troubles psychiques, le département dispose d'atouts à l'exemple de la MAS Vellavi de l'Association Hospitalière Sainte-Marie, spécialisée dans l'accompagnement des troubles psychiques. L'établissement accueille ainsi spécifiquement des personnes souffrant de troubles psychiatriques de moins de 60 ans qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

	2008	→	2014
Nombre de places en FAM	154	↗23%	189
Nombre de places en MAS	107	↗9%	117

Source : données DT ARS 43, 2014

Nombre de MAS et de places en MAS dans le département

Maisons d'Accueil Spécialisées (117 places)	Nombre de places
MAS LA MERISAIE ALLEGRE	44
MAS LES CEDRES BEAUX MAHVU	11
MAS VELLAVIE ST PAULIEN CH STE MARIE	62
TOTAL	117

Source : Données départementales, 2014

C. Le handicap psychique

Le réseau départemental sur le handicap psychique

Le réseau prévu par le précédent schéma a été mis en place. Bien qu'il ait été mis en sommeil après une dynamique très importante durant deux ans, il aura permis la mise en réseaux de la majorité des associations du département.

L'un des enjeux projeté par le réseau était la formation des professionnels des ESMS au handicap psychique et à sa prise en charge du fait que l'accompagnement éducatif ne répond pas forcément aux mêmes logiques. Des formations ont ainsi été mises en place. Le secteur adulte a ainsi largement bénéficié de formation. Un travail de même type resterait à réaliser sur le secteur enfance.

Il est également du rôle des psychiatres en interne aux établissements de former les équipes. La pénurie de psychiatres touche cependant l'ensemble du département. L'enjeu est de coordonner les ESMS avec le droit commun de la psychiatrie (VAD, CATTP, hôpital de jour, etc.) La différence culturelle entre le sanitaire et le médico-social représente un frein pour le rapprochement des ESMS et de l'hôpital. Des expériences sont mises en place en ce sens mais les retours sur expérience sont insuffisamment mobilisés.

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) est un espace non médicalisé ouvert par l'UNAFAM en mars 2007 au Puy-en-Velay pour accueillir des adultes rencontrant un problème de santé psychique. Il est animé par 2 animateurs à mi-temps, est financé par l'Etat à hauteur de 75 000 € par an complété par une subvention de démarrage de 11 500 € du Département.

Pour l'accompagnement en milieu ordinaire, les GEM sont des outils intéressants. Il serait pertinent d'amener le nombre de GEM à trois sur le département. Le GEM du Puy compte environ 40 adhérents, des personnes considérées comme visiteuses peuvent venir en plus. Le GEM est aujourd'hui arrivé à une certaine maturité. Une association d'adhérents a notamment été créée et gère plusieurs activités, à l'exemple d'une chorale, d'un groupe de marcheurs, etc. Les adhérents gèrent depuis l'année 2014 l'ensemble des questions financières autour de leurs activités.

Pour les personnes cérébrolésées, le GEM régional est situé à Clermont. Les personnes cérébrolésées sur le Puy en Velay peuvent se rendre au GEM géré par l'UNAFAM, ciblé pour les personnes en situation de handicap psychique.

Pour pallier l'absence de GEM, une association loi 1901 a été créée pour favoriser l'accès aux loisirs des personnes cérébrolésées.

Résidence d'accueil

Par ailleurs, une résidence d'accueil dédiée aux personnes en situation de handicap psychique stabilisées a été créée à Yssingaux. Le temps d'accompagnement dans le secteur du handicap

psychique est plus long que la moyenne, la sortie est cependant difficile et doit s'inscrire dans une évaluation longue.

A retenir :

- Une adaptation des dispositifs d'accompagnement à l'augmentation des troubles psychiques encore insuffisante.
- La prise en charge des troubles psychiques sur le territoire demeure centralisée à l'Association Hospitalière Sainte-Marie au Puy-en-Velay (MAS, EHPAD, ESAT, FH)
- Le développement global de l'offre en établissement pour adulte.
- Des enjeux de coordination des parcours, notamment entre le secteur enfance et le secteur adulte.
- Des articulations avec la psychiatrie à renforcer.

VI. L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en établissement

A. L'identification des besoins

Si l'adaptation des établissements au vieillissement des usagers est inévitable, l'identification des besoins reste à préciser mais elle devrait se fonder préalablement sur une définition de ce que recouvre la notion de « Personne handicapées vieillissante ». L'identification et le recueil des besoins pourraient avoir pour objectifs :

- de faire évoluer les critères d'orientation (le critère de l'âge par exemple paraît restrictif);
- d'orienter de manière plus pertinente les personnes handicapées dans les structures (« personnes handicapées » et « personnes âgées »);
- de faire évoluer l'offre et en particulier :
 - o des unités pour personnes handicapées vieillissantes
 - o de l'hébergement temporaire
- de discerner (en fonction des moyens) s'il est plus judicieux d'encourager la création de structures polyvalentes ou spécialisées pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes.

L'identification des besoins d'orientation peut être envisagée via plusieurs solutions :

- étendre le principe des listes d'attente départementales (actuellement appliquées aux foyers de Vie et aux ESAT) à d'autres types d'établissement ;
- envisager à longs termes la création d'un outil comme « Via Trajectoire » pour les personnes handicapées.

B. Les réponses apportées

1) Dans les établissements adultes (hors EHPAD)

Les établissements pour adultes handicapés sont contraints de faire évoluer leur structure et leur fonctionnement pour les adapter au vieillissement de leurs résidents. Cette évolution s'avère inéluctable depuis qu'une enquête, diffusée en 2013 aux FAM, FV, FH, SAMSAH et SAVS a démontré l'importante proportion des usagers de plus de 50 ans accompagnés par ces ESSMS.

Dans le cadre du vieillissement de la population accueillie, la médicalisation des établissements pour personnes handicapées pourrait être renforcée ainsi que la coopération dans les zones rurales entre les établissements PA et les établissements PH.

Si l'accompagnement au vieillissement des personnes en situation de handicap psychiques / psychiatriques en établissement demeure inadapté, il existe toutefois des dispositifs d'accompagnement à domicile :

- Un dispositif permet d'apporter spécialement un soutien aux personnes handicapées psychiques vieillissantes à domicile : l'équipe Mobile Psychiatrique du sujet âgé qui intervient dans l'ensemble du département.
- L'accueil Familial, qui bénéficie en majorité à des personnes handicapées psychiques stabilisées représente une alternative à l'institutionnalisation.

1. Dans les EHPAD

En 2014, des unités spécialisées sont créées en EHPAD pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes, comme c'est le cas à l'EHPAD Les Cèdres à Beaux-Malataverne (dans l'Yssingelais) par exemple. La création de nouvelles unités spécialisées apparaît comme une solution intéressante afin de répondre aux besoins d'un nombre important d'adultes handicapés vivant à leur domicile et dont l'accroissement de la dépendance avec l'âge risque de rendre inévitable l'orientation vers une institution adaptée. Un appel à projet a d'ores et déjà eu lieu pour créer deux unités de 8 places pour personnes handicapées vieillissantes, adossées à un EHPAD ou à un établissement pour personnes handicapées existant.

2. L'enjeu du décloisonnement

Dans la mesure où les moyens sont contraints, une solution à envisager pourrait être le renforcement de la coordination entre les champs « personnes âgées » et « personnes handicapées ». Cette coordination devrait permettre de respecter une logique de parcours (sans nécessairement se limiter aux frontières départementales), primordiale pour réussir les entrées et l'accompagnement et préparer les sorties des usagers.

Nombre d'ouverture de droits au titre de la PCH à domicile pour les personnes de plus de 50 ans par bassin de santé en juin 2014⁹

	Le Brivadois	Le Puy (urbain et rural)	L'Yssingelais
Nombre d'attribution en cours de validité	121	230	128
Proportion par bassin	25%	48%	27%

Source : rapport d'activité de la MDPH 2013

A noter : la démarche de révision des agréments des établissements pour personnes handicapées enfants et jeunes déjà conduite par l'ARS en lien avec la MDPH en 2013, sera également appliquée pour les établissements pour adultes handicapés afin de vérifier la cohérence entre les agréments et les besoins.

A retenir :

- Un appel à projet pour créer deux unités de 8 places pour personnes handicapées vieillissantes, adossées à un EHPAD ou à un établissement pour personnes handicapées existant.
- Des besoins à mieux identifier
- Décloisonner les champs « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

⁹

Source MDPH – Cahier des charges pour la création de deux unités innovantes d'accompagnement pour personnes handicapées vieillissantes en Haute-Loire.

VII. Administration digitale / numérique des politiques en faveur des personnes en situation de handicap

Depuis 2009 la M.D.P.H. a changé de logiciel métier. Après un temps de nécessaire appropriation, cet outil permet désormais à la M.D.P.H. d'apprécier la cohérence entre les orientations des usagers handicapés et leur orientation réelle et d'évaluer les délais d'attente.

En 2014, une première étude a été lancée en collaboration étroite avec les établissements et services. Cette démarche sera à poursuivre en 2015.

L'administration digitale des politiques du handicap apparaît néanmoins perfectible à plusieurs égards. En effet, la M.D.P.H. ne dispose pas de site internet et le répertoire des ressources associatives, prévu par le schéma 2009-2013 n'a pas été constitué.

Par ailleurs des expérimentations restent à mener pour faciliter les démarches administratives des personnes handicapées dans la mesure où l'expérience des Points Visio-Publics, système de liaison par webcam interposé n'a pas fonctionné.

A retenir :

- La M.D.P.H. dispose d'une liste d'attente unique départementale pour les Foyers de Vie et les E.S.A.T. et prévoit de l'étendre aux S.E.S.A.D.-I.T.E.P.
- Plusieurs pistes d'améliorations sont envisageables pour renforcer le caractère digital de l'administration (création d'un site internet, constitution d'un répertoire des ressources associatives).

VIII. L'accueil familial



L'Accueil Familial Social est un dispositif alternatif entre le tout domicile et le tout établissement. Il s'adresse aussi bien aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées. Il offre un accompagnement individualisé aux personnes en manque d'autonomie et son objectif, au niveau national, s'inscrit dans la proximité.

L'un des objectifs premiers de l'élaboration de réponses intermédiaires entre le domicile et l'accueil en établissement est la promotion de l'autonomie en milieu ordinaire des usagers en situation de handicap. L'accueil familial est une réponse adaptée. Il convient néanmoins de sécuriser juridiquement l'accueil familial, notamment en accompagnant de façon rapprochée les accueillants (écoute, reconnaissance de leur statut, participation à des réflexions pluridisciplinaires...).

En octobre 2007, on comptait 47 personnes en situation de handicap accueillies en familles d'accueil, contre 37 personnes en 2014.

Malgré la diminution du nombre de familles d'accueil, cette offre d'accueil alternative a fait l'objet d'efforts de la part du Département. En effet, dès 2010, l'offre de formation initiale ayant été inexistante depuis 2004 et le nombre d'accueillants familiaux ayant diminué, le Département a sollicité l'IREIS (Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale) pour organiser cinq journées de formation initiale (qui a réuni 14 accueillants familiaux) et 3 journées de formation continue (qui a réuni 12 accueillants familiaux) au sujet de thématiques juridiques, médicales, etc. Si cette action a répondu à de réelles attentes, les conclusions des participants (recueillies via un questionnaire diffusé à l'issue des formations) se sont avérées mitigées. La principale nuance concerne l'âge avancé de la plupart des accueillants, qui ne sont dès lors plus dans une logique de formation (dynamique d'arrêt proche de leur activité).

A retenir :

- Le nombre de personnes handicapées accueillies en famille d'accueil a diminué.
- Le dispositif d'accueil familial suit un objectif de sécurisation depuis 2012.

PARTIE 2 : Plan d'actions 2015-2020

I. Orientation 1 : Favoriser la fluidité des parcours par une meilleure anticipation et une meilleure connaissance des besoins

A. Renforcer la précocité du dépistage et la coordination du parcours

Constats

- ✓ *Un déficit de prise en charge de type CAMSP est constaté dans l'Yssingelais.*
- ✓ *La PMI a une capacité de dépistage très précoce des situations à risque, notamment à travers les bilans de santé.*
- ✓ *Le retard dans l'établissement du diagnostic peut entraîner la dégradation de situations.*

Objectif

- ✓ *Permettre l'anticipation et l'individualisation des prises en charge en favorisant les dépistages précoces et en accompagnant les familles vers les dispositifs*
- ✓ *Assurer une couverture complète du département en prise en charge de type CAMSP*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS
- ✓ MDPH
- ✓ Membres de la Commission Ariane

Partenaires participants à l'action

ESMS, CHS Sainte-Marie et CH Emile Roux

Modalités de mise en œuvre

1. Etudier ou rechercher des solutions de type CAMSP (diagnostic et prise en charge) dans l'Est du département pour les enfants jusqu'à 6 ans (et porter cette réflexion dans une perspective régionale) → 2018
2. Concernant les enfants âgés de plus de 6 ans : lancer une évaluation par la MDPH des besoins à couvrir en termes de dépistage et de diagnostic (nombre d'enfants concernés) → 2017
3. Sensibiliser les professionnels de la PMI sur le repérage des troubles et Développer les conventions de partenariats PMI/CAMSP/CMPP/CMP pour les diagnostics → 2017
4. Conforter la commission Ariane et réfléchir aux modalités d'amélioration de son fonctionnement → 2015-2016
 - Faciliter l'accès des professionnels à la commission (communiquer sur le référentiel d'éligibilité des situations)
 - Assurer le suivi des décisions de la commission

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Temps de travail nécessaire pour la mise en place des différentes actions

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Installation d'une solution de type CAMSP
- ✓ Elaboration de l'évaluation des besoins des plus de 6 ans
- ✓ Conventions de partenariats signées PMI/CAMPS/CMPP/CMP

B. Apporter un soutien à la parentalité

Constats

- ✓ *La coordination entre les acteurs demeure peu lisible pour les familles et contribue parfois à retarder la définition d'une prise en charge adaptée, voire à laisser aux parents la responsabilité d'assurer eux-mêmes la coordination du parcours de leur enfant.*
- ✓ *La CAF a piloté le comité départemental du soutien à la parentalité et a organisé une journée durant la période du schéma (2011) dans le but d'informer les parents sur les différentes étapes du développement de l'enfant et de répondre à leurs questionnements*

Objectif

- ✓ *Fournir aux parents d'enfants présentant un handicap des informations claires et cohérentes leur permettant de choisir un type d'accompagnement pertinent.*

Pilotes de l'action

- ✓ Département (PMI)

Partenaires participants à l'action

CAF 43, associations, services de médiation familiale, CDAJE, MDPH, ESMS

Modalités de mise en œuvre

1. Structurer l'information à destination des parents

- En s'appuyant sur les travaux du groupe de travail de la CDAJE -> 2017
- Via des dispositifs d'e-administration (projet du Département) -> 2018

2. Intégrer la question du handicap dans le schéma accueil du jeune enfant et soutien à la Parentalité de la CAF 43 / Département / MSA 43 → 2016

- Adapter les actions prévues aux questions du handicap
- Mettre en place des actions propres aux parents d'enfant en situation de handicap

3. Réfléchir au rôle des ESMS dans le cadre de la parentalité → 2018

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Disponibilité et régularité dans la mise à jour des informations
- ✓ Coordination des actions du schéma de soutien à la parentalité et du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Diffusion des informations via des dispositifs d'e-administration.
- ✓ Intégration de la question du handicap dans les actions du schéma accueil jeune enfant et le soutien à la Parentalité de la CAF 43

C. Favoriser l'inclusion dans les activités de la vie ordinaire

Constats

- ✓ *Les structures proposant une offre d'activités périscolaire ont parfois des difficultés à accueillir des jeunes en situation de handicap (en particulier de handicap comportemental).*
- ✓ *Des coordinations à pérenniser et à renforcer entre acteurs locaux mais également des décloisonnements à opérer entre le secteur médico-social, le secteur scolaire et le secteur sanitaire (principalement psychiatrique)*
- ✓ *Des acteurs locaux de droit commun en besoin de formation sur le handicap*

Objectif

- ✓ *Améliorer la coordination entre les services spécialisés et l'offre de droit commun pour permettre une plus grande fluidité de l'accompagnement*

Pilote de l'action

- ✓ Communes, EPCI, DDCS-PP, Education nationale

Partenaires participants à l'action

Associations, ESMS, Département, CAF

Modalités de mise en œuvre

1. Travailler l'accueil de l'enfant handicapé dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires → 2016
 - Proposer un volet handicap dans les Projets Educatifs de Territoire (PEDT) des communes / EPCI
 - Mettre en place des activités adaptées (TAP – Temps d'Activités Périscolaires) aux enfants porteurs de handicap

2. Soutenir l'implication des structures culturelles et sportives dans l'accueil et la pratique des personnes en situation de handicap → 2016/2020
 - Maintenir les efforts engagés en termes de communication sur les réseaux sport / handicap et culture / handicap existants
 - Développer la formation des acteurs associatifs à l'accueil et à l'accompagnement de personnes handicapées :
 - Soutenir des formations spécifiques au handicap
 - Envisager la création d'un réseau départemental de personnes formées mobilisables par plusieurs associations
 - Sensibiliser les acteurs locaux à l'accessibilité géographique et en termes de transport des différentes activités de loisirs

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Cloisonnement des acteurs de droit commun et des acteurs spécialisés dans le secteur du handicap

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de PEDT ayant intégré la question du handicap
- ✓ Développement d'une offre d'activités adaptées aux jeunes porteurs de handicap

D. Améliorer la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap, évaluer les actions engagées et identifier des réponses pertinentes

Constats

- ✓ Une connaissance à améliorer concernant les listes d'attente des ESMS
- ✓ Une évolution des besoins des personnes accompagnées à mieux anticiper

Objectif

- ✓ Anticiper l'évolution des besoins des personnes et améliorer l'efficacité des réponses proposées

Pilotes de l'action

- ✓ MDPH
- ✓ ARS
- ✓ Education nationale
- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

ESMS

Modalités de mise en œuvre

1. Mettre en place une gestion concertée des listes d'attente pour identifier les priorités → 2016
2. Mettre en place et diffuser le répertoire des ESMS → 2016
 - Diffusion de la fiche de renseignement MDPH (pour améliorer la connaissance de l'offre)
3. Harmoniser dans les rapports d'activité annuelle des établissements et services médico-sociaux du secteur du Handicap des indicateurs d'évolution des besoins des personnes accompagnées (pour les rapports 2015 livrés en 2016) → 2015
 - Cibler une catégorie d'ESMS chaque année
 - Exemple d'indicateurs :
 - Tableau des effectifs par groupe d'âges et par déficience principale
 - Nombre de personnes accompagnées (au 31 janvier, au 30 juin, au 30 novembre, et en moyenne sur chacun des semestres)
 - Tableau de la liste d'attente par groupe d'âges et par déficience principale pour chacun des semestres
 - Type d'orientations à prévoir dans les 2 / 3 / 5 prochaines années
 - ...
 - Assurer le traitement de ces données par le Département et l'ARS

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Homogénéité des données transmises dans les rapports d'activité
- ✓ Temps de traitement des données collectées

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Mise en place d'une gestion concertée des listes d'attente
- ✓ Intégration d'indicateurs d'évolution des besoins dans les rapports d'activité

II. Orientation 2 : Réorganiser l'offre de services et d'hébergement pour répondre à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap

A. Définir une nouvelle approche territoriale de l'offre de services aux personnes en situation de handicap

Constats

- ✓ *Des ressources humaines et financières en diminution, et nécessitant de nouvelles approches territoriales.*
- ✓ *La nécessité de renforcer l'animation de territoire : inter-connaissance des acteurs du secteur du handicap d'une part, et entre le secteur du handicap et les autres secteurs d'autre part (aide sociale à l'enfance, secteur de l'insertion, secteur personnes âgées, secteur de droit commun).*

Objectif

- ✓ *Passer d'une logique de structures médico-sociales à une logique de solidarité territoriale pour répondre aux problématiques posées par la pénurie de ressources*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

ESMS des secteurs du handicap, de l'aide sociale à l'enfance, de l'insertion, de la dépendance, collectivités locales, organismes / associations intervenant dans le droit commun, MDPH

Modalité de mise en œuvre

1. Définir les périmètres des territoires sur lesquels s'appuie le pilotage départemental de l'offre de services en faveur des personnes en situation de handicap → 2016
 - Réunir un groupe de travail Département / ARS
 - Identifier les problématiques propres à chaque territoire sur l'offre de services
 - Identifier des territoires d'interventions pertinents

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Disponibilité des données nécessaire à la construction de la nouvelle cartographie des territoires

Indicateur d'évaluation ou de suivi

- ✓ Mise en place d'une nouvelle cartographie territoriale

B. Revaloriser les interventions des établissements et services du secteur de l'enfance sur chacun des territoires

Constats

- ✓ 150 enfants sont inscrits en liste d'attente des SESSAD (âge moyen : 10 ans) pour 268 places de SESSAD ouvertes
- ✓ L'âge moyen des bénéficiaires d'un SESSAD est aujourd'hui de 12 ans
- ✓ Un déficit d'accompagnement des SESSAD est constaté dans le département entre l'adolescence et l'âge adulte
- ✓ Des interventions de SESSAD à domicile qui pourraient être plus importantes

Objectifs

- ✓ Améliorer la prise en charge avant l'âge de 10-12 ans et Renforcer les accompagnements des grands adolescents par les SESSAD vers l'âge adulte

Pilotes de l'action

- ✓ ARS
- ✓ Education nationale

Partenaires participants à l'action

MDPH, SESSAD, CHS Sainte-Marie (équipe mobile), ESMS

Modalités de mise en œuvre

1. Redéfinir les missions des SESSAD à partir d'une approche territorialisée → 2016
 - Recenser les missions actuellement réalisées / non réalisées par les SESSAD sur les territoires définies en 2.1
 - Au besoin, revoir le cahier des charges de chaque SESSAD à partir des priorités territoriales / départementales définies
 - Réfléchir à la mise en place d'une gestion de l'activité en file active
2. Ouvrir l'intervention d'une équipe mobile psychiatrique aux SESSAD → 2017
3. Analyser les parcours après 2 ans des enfants ayant bénéficié d'orientations de la MDPH en SESSAD et en ITEP → 2017
 - Définir une grille d'analyse du parcours de manière partagée

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Nouvelles modalités de dialogue de gestion / conduite du changement
- ✓ Impacts à prévoir sur les organisations internes de chaque service
- ✓ Disponibilité des ressources sanitaires

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Evolution annuelle du nombre d'enfants âgés de moins de 10 ans et de plus de 16 ans accompagnés par un SESSAD
- ✓ Effectivité de l'intervention d'une équipe mobile psychiatrique

C. Revoir le positionnement et les missions des SAVS annexés aux ESAT et des SAMSAH départementaux sur chacun des territoires pour améliorer les réponses aux besoins

Constats

- ✓ *Au 31/12/2014, 13 personnes étaient en attente d'une place de SAMSAH et 51 d'une place en SAVS départemental (hors SAVS annexé à un ESAT)*
- ✓ *Dans certains territoires, le constat est fait du refus de réaliser des toilettes par certains professionnels infirmiers libéraux*
- ✓ *Dans certains territoires, les SAAD et les aidants familiaux assurent certaines missions du SSIAD faute de places suffisantes*

Objectifs

- ✓ *Adapter l'offre de services spécialisés à domicile à l'évolution des besoins des adultes en situation de handicap*
- ✓ *Construire des réponses particulières au niveau de chaque territoire à partir d'une articulation entre les services*
- ✓ *Prioriser les interventions des SAMSAH sur les situations les plus lourdes*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAAD

Modalités de mise en œuvre

1. Développer une approche territoriale pour le pilotage de l'offre à domicile pour les adultes en situation de handicap → 2016
 - Définir l'articulation entre les SAVS / SAMSAH / SSIAD / SAAD dans chaque territoire
2. Interroger la mission générale des 3 SAMSAH départementaux et l'articulation avec la prise en charge d'aval à partir d'une approche territorialisée → 2016
 - Repartir de l'état des lieux réalisé en 2013
 - Au besoin, recenser les missions actuellement réalisées / non réalisées sur les territoires définis
 - Le cas échéant, revoir le cahier des charges à partir des priorités territoriales / départementales définies
 - Réfléchir à la mise en place d'une gestion de l'activité en file active
3. Redéfinir les missions des SAVS annexés aux ESAT à partir d'une approche territorialisée → 2017
 - Recenser les missions actuellement réalisées / non réalisées par les SAVS annexés aux ESAT sur les territoires définis
 - Au besoin, revoir le cahier des charges de chaque SAVS annexé aux ESAT à partir des priorités territoriales / départementales définies
 - Réfléchir à la mise en place d'une gestion de l'activité en file active

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Définition de territoires communs entre tous ces services
- ✓ Nouvelles modalités de dialogue de gestion / conduite du changement
- ✓ Impacts à prévoir sur les organisations internes de chaque service

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de territoires identifiés
- ✓ Nombre de cahiers des charges ayant fait l'objet d'une évolution / modification
- ✓ Evolution annuelle du nombre de personnes accompagnées

D. Renforcer l'accès et le maintien dans un logement autonome

Constats

- ✓ Une évolution des souhaits des adultes en situation de handicap pour vivre dans un logement autonome
- ✓ Des besoins identifiés par la psychiatrie en matière d'appartements thérapeutiques et familles d'accueil thérapeutique
- ✓ Les sorties d'établissement non préparées peuvent entraîner des ruptures de parcours et des retours en établissement.
- ✓ En 2014, parmi les bénéficiaires de la PCH, 87% vivent à domicile et 13% vivent en établissement

Objectifs

- ✓ Permettre aux adultes de bénéficier d'un logement autonome
- ✓ Répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ MDPH
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

Services de l'Etat, ESMS, Bailleurs du parc social et du parc privé, associations, CHS Sainte-Marie

Modalités de mise en œuvre

1. Renforcer la précocité du travail éducatif concernant l'apprentissage et l'accès à l'autonomie pour prévenir les ruptures de parcours → 2017
 - Identifier, dans le cadre du projet de vie de la personne, les acteurs et professionnels à mobiliser / Veiller à ce que cette mission soit inscrite dans les projets personnalisés
 - Favoriser la création ou l'identification de lieux de rencontres et de socialisation sur les zones rurales ou petits pôles urbains
2. Envisager la création d'appartements thérapeutiques et de familles d'accueil thérapeutique → 2018
3. Développer le réseau des pensions de familles et des résidences d'accueil, conformément au PDALPD → 2018
4. Soutenir la création d'un second groupe d'entraide mutuelle (GEM) dans un objectif de lutte contre l'isolement social des personnes en situation de handicap psychique → 2015/2020

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ Dynamique des acteurs pour proposer des projets de logements

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Mise en place d'appartements thérapeutiques
- ✓ Création du GEM

E. Répondre aux besoins spécifiques de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap

Constats

- ✓ *L'avancée en âge des travailleurs d'ESAT nécessite une adaptation de leur temps de travail et la mise en place d'accompagnements complémentaires*
- ✓ *Un investissement et un rôle central des familles dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes à domicile qui soulèvent la problématique du vieillissement des aidants*
- ✓ *Les EHPAD comprennent une proportion de personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles les besoins de prise en charge sont particulièrement importants.*

Objectifs

- ✓ *Adapter l'offre de services à l'avancée en âge des personnes en situation de handicap*
- ✓ *Structurer et développer l'offre de soutien et de répit des aidants familiaux de personnes handicapées vieillissantes afin d'éviter les situations d'épuisement*
- ✓ *Apporter des réponses au projet social en complément d'un temps de travail partiel :*

Pilotes de l'action

- ✓ Département
- ✓ ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESMS, associations

Modalités de mise en œuvre

1. Examiner sur chacun des sites d'ESAT les besoins en matière d'accompagnement du temps partiel et après cessation d'activité → 2016
2. Développer les solutions d'hébergement → 2017
 - Positionner l'EHPAD comme l'un des lieux d'accueil possible des personnes handicapées avançant en âge dans la limite des ressources disponibles :
 - Définir en amont et avec les structures les personnes en situation de handicap pouvant intégrer un EHPAD.
 - Réfléchir à positionner un EHPAD référent sur chaque territoire disposant d'un projet d'établissement adapté et une réponse en termes d'offre de soins adéquate.
3. Prioriser l'aide aux aidants de personnes handicapées vieillissantes → 2016
 - Améliorer et structurer l'information et l'orientation des familles au niveau des territoires
 - Adapter, décloisonner et étendre le dispositif d'aide aux aidants adapté aux personnes âgées
 - Revoir le rôle de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour dans les structures
 - Expérimenter et/ou développer des solutions d'aide et de répit

Frein ou contrainte à prendre en compte

- ✓ *Connaissance précise des besoins des personnes en situation de handicap avançant en âge*

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Existence d'une offre d'activités à destination des travailleurs d'ESAT à temps partiel
- ✓ Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans accompagnées par un SAVS
- ✓ Identification d'un EHPAD référent par territoire

F. Assurer un pilotage efficient du schéma

Constats

- ✓ *L'action du précédent schéma portant sur ce point n'a pas été totalement réalisée.*
- ✓ *La dynamique engagée dans le cadre de l'élaboration du présent schéma nécessite d'être pérennisée*

Objectif

- ✓ *Assurer la mise en œuvre des actions prévues dans le schéma et amender le contenu du schéma le cas échéant*

Pilote de l'action

- ✓ Département

Partenaires participants à l'action

ESMS, ARS, Education nationale, Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), MDPH

Modalités de mise en œuvre

1. Assurer le suivi de chaque fiche-action → 2015/2020

- Pour chaque fiche action, désigner une personne pilote et, où cela s'avère nécessaire, constituer des « groupes projet » en charge de la réflexion, de la mise en œuvre ou de la consolidation des travaux
 - Identifier et inviter les acteurs pertinents au regard de la thématique
 - Définir une feuille de route, des objectifs, des engagements et un calendrier au groupe
 - Prévoir des temps d'échanges et de présentation des travaux de groupe aux autres groupes, aux référents des travaux du schéma

2. Piloter le suivi des réalisations du schéma → 2016/2020

- Elaborer et renseigner régulièrement un outil synthétique de suivi du schéma
- Composer un comité de suivi à partir des pilotes d'action désignés dans le schéma
- Etablir les modalités de réunion du comité de suivi (fréquence, ordre du jour)
- Déterminer les modalités de production des bilans de réalisation des actions (formes, régularité)

3. Rendre compte au Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) de l'avancée du schéma → 2016

4. Prévoir un point d'étape à mi-chemin avec les acteurs du département → 2018

Freins ou contraintes à prendre en compte

- ✓ Contraintes logistiques pour l'organisation et le suivi des groupes projets

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

- ✓ Nombre de comités de suivi du schéma
- ✓ Rédaction de bilans de réalisation

GLOSSAIRE

A

AAH : Allocation adulte handicapé

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées

ARS : Agence régionale de santé

C

CAF : Caisse d'allocations familiales

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

CH : Centre hospitalier

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CLIS : classes d'inclusion scolaire

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

D

DASEN : Directeur Académique des Services de l'Éducation Nationale

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DDT : Direction départementale des territoires

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

E

EATU : Etablissement d'Accueil Temporaire d'Urgence

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : établissement public de coopération intercommunale

ETP : Equivalent temps-plein

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

ESMS : Etablissement social ou médico-social

ESS : Equipe de Suivi de Scolarité

ESSMS : Etablissement et service sociaux ou médico-sociaux

F

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FH : Foyer d'hébergement

FIPHFP : Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GEVA-Sco : Guide d'évaluation multidimensionnel Scolaire

H

HAD : Hospitalisation à domicile

I

IME : Institut médico-éducatif

IMPRO : Institut médico-professionnel

IREIS : Institut Régional et Européen des métiers de l'Intervention Sociale

L

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

M

MAS : Maison d'accueil spécialisé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

P

PCH : Prestation de compensation du handicap

PDALPD : Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

PEDT : Projets Educatifs de Territoire

PMI : Protection Maternelle Infantile

PPS : Plan Personnalisé de Scolarisation

PRS : Programme régional de santé

R

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

S

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEGPA : Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté

SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

T

TAD : Transport à la Demande

TAP : Temps d'Activités Périscolaires

U

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UTAS : Unités Territoriales d'Action Sociales