



ANALYSE COMPAREE

**des schémas départementaux
d'organisation
sociale et médico sociale**

**Enfants et adultes handicapés
Région AUVERGNE
2008-2009**

Présentation du document d'agrégation

Le présent document s'inscrit dans une étude régionale commanditée par la DRASS Auvergne au CREAHI Auvergne en fin d'année 2007, en vue de l'actualisation du PRIAC 2008-2012 sur le volet personnes handicapées.

L'agrégation des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale pour enfants et adultes handicapés des 4 départements de la région Auvergne est apparue comme un préalable incontournable de cette étude régionale.

Cette agrégation se décompose en 4 parties :

Une première partie présente chaque schéma sous forme de fiches signalétiques autour des axes suivants :

- Titre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale
- Période de validité
- Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration des schémas
- Modes d'élaboration des orientations
- Modes d'élaboration des constats
- Modes de présentation des objectifs et des orientations des schémas
- Outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des schémas

→ Cette première partie a fait l'objet de rencontres entre le CREAHI et les services de Conseils Généraux qui ont validé et apporté des compléments aux fiches signalétiques du schéma de leur département respectif (au cours de l'année 2009)

Une seconde partie propose une analyse comparée des fiches signalétiques des 8 schémas, sous l'angle méthodologique.

Une troisième & quatrième parties proposent une lecture comparée des constats/états des lieux et des préconisations contenus dans les 8 schémas:

- Par domaines d'actions
- Par orientations organisationnelles

→ L'ensemble de cette agrégation a été validé en 2008 par un groupe de travail DRASS-DDASS avant de passer à la seconde étape de l'étude régionale.

Pour information

Pour la seconde partie de l'étude régionale, le CREAHI a extrait les éléments contenus dans cette agrégation en lien avec les 4 thématiques retenues par le PRIAC :

- Dépistage et prise en charge précoce
- Accompagnement en institution
- Accompagnement en milieu ordinaire
- Articulation avec le sanitaire

Certains éléments contenus dans les schémas départementaux ont ainsi été exploités dans un document régional de cadrage plus large proposant :

- des éléments de cadrage (état des lieux des besoins de la population auvergnate et de l'offre médico-sociale existante)
- les orientations des politiques publiques organisées autour des 4 axes retenus par le PRIAC 2008-2012 (de l'échelle nationale à l'échelle départementales voire infra-départementales)
- des éléments d'analyses à même d'alimenter la réflexion d'un groupe projet interne DRASS/DDASS afin de dégager les propositions d'orientations régionales.

Le résultat de ces travaux a été consigné dans un **document d'orientations stratégiques régionales et interdépartementales enfants-adultes handicap**. Ce dernier fait l'objet d'une publication indépendante.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| 1ERE PARTIE : FICHES SIGNALÉTIQUES DES 8 SCHEMAS DEPARTEMENTAUX | 4 |
| DEPARTEMENT DU PUY DE DOME (63) | 4 |
| DEPARTEMENT DE LA HAUTE LOIRE (43) | 6 |
| DEPARTEMENT DE LA HAUTE LOIRE (43) - ACTUALISATION | 10 |
| DEPARTEMENT DE L'ALLIER (03) | 11 |
| DEPARTEMENT DU CANTAL (15) | 15 |
| 2EME PARTIE : | |
| ANALYSE COMPAREE DES FICHES SIGNALÉTIQUES DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX | 18 |
| 2.1 TITRE DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE | 18 |
| 2.2 PERIODE DE VALIDITE | 19 |
| 2.3 ENJEUX/OBJECTIFS VISES LORS DE L'ELABORATION DES SCHEMAS | 19 |
| 2.4 MODES D'ELABORATION DES ORIENTATIONS | 21 |
| 2.5 MODES D'ELABORATION DES CONSTATS | 22 |
| 2.6 MODE DE PRESENTATION DES OBJECTIFS ET DES ORIENTATIONS DES SCHEMAS | 24 |
| 2.7 OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES SCHEMAS | 26 |
| 3EME PARTIE LECTURE COMPAREE PAR DOMAINES D'ACTION DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX | 27 |
| 3.1. ENFANCE - PETITE ENFANCE | 27 |
| 3.2. SCOLARITE | 28 |
| 3.3. FORMATION PROFESSIONNELLE/ INSERTION PROFESSIONNELLE | 29 |
| 3.4 LOGEMENT | 31 |
| 3.5 LA VIE A DOMICILE | 32 |
| 3.6 ACCESSIBILITE A LA CITE : | 34 |
| 3.6.1 ESPACES ET EQUIPEMENTS PUBLICS (VOIRIE, TRANSPORTS, BATIMENTS PUBLICS, PARCS ET JARDINS) | 34 |
| 3.6.2 SPORTS, LOISIRS, CULTURE, VACANCES, LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT | 36 |
| 3.6.3 ACTIVITE DE JOUR/ LIEU DE SOCIALISATION | 37 |
| 3.7 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES | 38 |
| 3.8 PREVENIR ET LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE | 39 |
| 3.9 AIDE AUX AIDANTS | 40 |
| 4EME PARTIE : LECTURE COMPAREE PAR ORIENTATIONS ORGANISATIONNELLES DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX | 42 |
| 4.1 DIVERSIFIER LES MODES D'ACCUEIL ET RENFORCER L'OFFRE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES | 42 |
| 4.2 LES SOINS | 47 |
| 4.3 LES RESEAUX/PARTENARIATS, L'ARTICULATION SANITAIRE/ MEDICO-SOCIAL, LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE | 48 |
| 4.4 L'INFORMATION, LA PARTICIPATION DES USAGERS ET DES FAMILLES, DEMARCHES ADMINISTRATIVES | 51 |
| 4.5 LA SENSIBILISATION / PROMOTION | 53 |
| 4.6 LA FORMATION / GESTION DU PERSONNEL | 54 |
| 4.9 HARMONISATION DES EQUIPEMENTS SUR LE TERRITOIRE | 56 |
| 4.10 AUTRES | 58 |

1ERE PARTIE : FICHES SIGNALETIQUES DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX

DEPARTEMENT DU PUY DE DOME (63)

Cette présentation a été complétée (**voir remarques en bleu**) et validée par les services du Conseil Général du Puy-de-Dôme à l'issue de la rencontre avec le CREAHI du **29 janvier 2009**, en présence de :

- Monsieur Philippe BERNAZ - Directeur Général de la Solidarité et de l'Action sociale -

| LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES 63 | |
|---|---|
| Titre et période de validité | Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés du département du Puy de Dôme (2006-2010) |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <ul style="list-style-type: none"> ▣ Répondre aux besoins des citoyens en situation de handicaps dans leur globalité à partir des champs de compétence respectifs des acteurs concernés ▣ Animer une politique dynamique et cohérente au service d'objectifs conjoints en faveur de personnes touchées par le handicap ▣ Placer les personnes handicapées au cœur du débat, rechercher leur autonomie, leur insertion et le plein exercice de leur citoyenneté ▣ Favoriser une démarche participative afin de construire une véritable culture partageable et la production d'une interconnaissance de proximité |
| Architecture du document | <ul style="list-style-type: none"> - Introduction - Objectifs/Contexte/démarche - Les orientations stratégiques en faveur des enfants et adolescents handicapés du PDD - Les orientations stratégiques en faveur des adultes handicapés du département du PDD <ul style="list-style-type: none"> * Bilan quantitatif et qualitatif * Synthèses des groupes de travail * Les orientations - Les orientations communes en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés du département du Puy de Dôme - Annexes : fiches actions secteur enfants et adolescents / secteur adultes / cartographie - Glossaire - Remerciements |
| Méthode d'élaboration - des constats - des orientations | <p>L'élaboration du schéma a été confiée à un prestataire (le CREAHI Auvergne) qui a conduit et coordonné les travaux sous l'autorité d'un Comité de Pilotage. Elle s'est faite de manière participative par la constitution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un <i>groupe d'expert</i> (pour le volet enfance) - et de <i>groupes de travail</i> animés par un référent. <p>La méthode d'élaboration du schéma enfants et adolescents : ⇒ « sur ce volet auquel le Service des Etablissements n'a pas participé, consulter la D.D.A.S.S »</p> <p>Les constats (et analyses) et les orientations du schéma ont été élaborées à l'aide des outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Le bilan de l'existant en matière d'accueil des enfants et adolescents handicapés effectué à partir de deux enquêtes : <ul style="list-style-type: none"> - Une enquête auprès des établissements et services du département - Une enquête auprès des établissements et services extérieurs au département ▣ Une enquête sur le niveau de satisfaction et les attentes des parents concernant les conditions d'accueil et de soins des établissements et services médico-sociaux. Le questionnaire comprenait 4 rubriques : l'accueil de l'enfant/les caractéristiques socio démographiques/ le degré de satisfaction concernant les conditions d'accueil et de soins/ les suggestions sur l'amélioration des conditions d'accueil ▣ L'organisation de 4 groupes de travail et d'un groupe expert: A partir des résultats des enquêtes, 4 groupes de travail ont été constitués pour travailler autour des thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - la prévention et la prise en charge précoce - la scolarisation et l'intégration professionnelle - l'adaptation et l'évolution des dispositifs - les SESSAD et la prise en charge de proximité Les groupes de travail ont produit des analyses et des propositions de fiches actions. ▣ Les fiches actions |

| | |
|--|---|
| <p>Méthode d'élaboration - des constats - des orientations (suite)</p> | <p>La méthode d'élaboration du schéma Adulte :</p> <p>Les constats (et analyses) et les orientations du schéma ont été élaborées à l'aide des outils suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Le bilan de l'existant en matière d'accueil et de prise en charge des adultes handicapés effectué à partir des orientations du précédent schéma et des réalisations intervenues sur la période 2000-2005. ❑ Deux enquêtes menées l'une auprès des ESAT et l'autre auprès des établissements d'hébergement et des services pour adultes handicapés. ❑ L'organisation de 3 groupes de travail : A partir des résultats des enquêtes, 3 groupes de travail ont été constitués pour travailler autour des thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - le vieillissement des personnes handicapées - le handicap par maladie mentale - les situations de handicaps spécifiques <p>Ces groupes de travail ont produit des analyses et des propositions de fiches actions</p> |
| <p>Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma</p> | <p>Le schéma comporte des orientations déclinées en préconisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ 5 orientations stratégiques pour les enfants et les adolescents <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accueil dans les structures spécialisées - Favoriser une prise en charge précoce adaptée des 0-6 ans - Renforcer la qualité de l'intégration scolaire et professionnelle en milieu ordinaire - Favoriser une prise en charge décloisonnée - Développer l'évaluation des besoins et assurer un pilotage territorial du schéma <p>→ 12 préconisations et 28 fiches actions</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ 4 orientations stratégiques pour les adultes <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le développement de l'aide à domicile pour les personnes handicapées - Adapter des réponses au vieillissement des personnes handicapées fatigables ou âgées. - Améliorer l'offre de soin - Renforcer l'offre quantitative en établissements <p>→ 12 préconisations Sur le volet Adultes, les fiches actions présentent un caractère d'illustrations.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ 4 orientations stratégiques communes aux enfants et adultes <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'information - Créer un outil de diagnostic - Utiliser la procédure d'appel à projet en liaison avec une approche territoriale et d'aménagement - Mettre en place un dispositif de pilotage du schéma. |
| <p>Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma</p> | <p>Une des orientations du schéma consiste à organiser le pilotage du schéma à l'aide du dispositif suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Constitution d'un comité de pilotage du schéma départemental décliné en fonction de chacune des autorités compétentes <p>→ « Un comité de pilotage du schéma départemental pour enfants, adolescents et adultes handicapés a été constitué conformément aux orientations du schéma. Sa composition a été définie en concertation avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.). Le CG a transmis l'annexe 1 : liste les membres de ce comité »</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ La mission de pilotage est de faire le point sur l'application, la mise en œuvre du schéma dans le champ de compétence de chaque autorité, de mesurer les écarts entre les objectifs et les réalisations effectives puis de procéder aux adaptations nécessaires au vu des difficultés rencontrées <p>→ « C'est effectivement la mission de ce comité. Il s'est réuni pour la première fois en février 2008. Annexe 2 : procès-verbal de la réunion »</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Chaque année, le Comité de pilotage doit examiner l'état d'avancement du schéma afin que le Comité départemental consultatif des personnes handicapées puisse être informé. <p>→ « Dans le 1er semestre 2009, se réunira pour la deuxième fois le comité de pilotage. S'agissant de l'information de l'état d'avancement du schéma auprès du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (C.D.C.P.H.), c'est la D.D.A.S.S. qui est compétente pour le réunir. A priori, le C.D.C.P.H. n'a pas été réuni en 2008 ».</p> <p>Les deux annexes transmises par le Conseil Général sont tenus à disposition au CREAHI.</p> |

DEPARTEMENT DE LA HAUTE LOIRE (43)

Cette présentation a été validée par les services du Conseil Général de la Haute Loire à l'issue de la rencontre avec le CREAHI du **25 mars 2009** en présence de :

- Madame Charlotte WAUQUIEZ - Directrice Générale de la Solidarité et de l'Action sociale
- Madame Marie-Annick DIRE - Directrice Adjointe de la Solidarité et de l'Action sociale

De plus, les services du Conseil Général de Haute-Loire ont renseigné et transmis la fiche signalétique du nouveau schéma départemental enfants-adultes handicapés 2009-2013 (voir p. 10)

| LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ENFANTS HANDICAPES 43 | |
|---|--|
| Titre et période de validité | <u>Schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants et adolescents handicapés du département de la Haute Loire (2003-2007)</u> |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <ul style="list-style-type: none"> ▣ <u>Produire un véritable socle de savoirs partagés sur lequel s'appuieront les échanges ultérieurs</u> ▣ <u>Produire une interconnaissance, d'un plus de proximité pour les acteurs qui cohabitent sur un territoire donné.</u> ▣ <u>Placement de l'usager au cœur de ce dispositif</u> ▣ <u>S'inscrire dans une dynamique partenariale, de réseau et de service de proximité</u> ▣ <u>Inscription dans un processus d'amélioration de l'efficacité du dispositif médico-social</u> ▣ <u>Mobiliser tous les acteurs autour des actions proposés et de suivre leur réalisation et leur évaluation</u> |
| Architecture du document | <ul style="list-style-type: none"> - L'objet du schéma d'organisation médico-sociale - La démarche adoptée <ul style="list-style-type: none"> - Les orientations stratégiques - Liste des membres des groupes de travail - Listes des fiches action - Annexes |
| Méthode d'élaboration : - des constats - des orientations | <p>L'élaboration du schéma a été confiée à deux prestataires (le CREAHI Auvergne et le Cabinet de RANCOURT) qui ont conduit et coordonné les travaux sous l'autorité d'un Comité de Pilotage. Elle s'est faite de manière participative par la constitution :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>d'un groupe d'expert</u> - <u>et de 3 groupes de travail animés par un référent.</u> <p>Un bilan de l'existant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ 4 enquêtes sur les enfants et adolescents handicapés présents dans les structures ou sur liste d'attente au 1^{er} octobre 2001 sous forme de questionnaire individuel ▣ 1 enquête sur le degré de satisfaction des parents sur les conditions d'accueil et de soins des établissements et services médico-sociaux ▣ 1 enquête sur l'intégration des personnes handicapées par les activités de loisirs ▣ Entretiens auprès du CMPP, du CAMSP et du CMP ▣ Une étude sur les taux d'équipement et la démographie du département ▣ Du rapport Handiscol' Haute Loire 2001 ▣ De la circulaire du 19 juin 2001 sur le Site pour la Vie Autonome <p>Organisation de groupes de travail A partir du bilan de l'existant, 3 groupes de travail et 1 groupe expert ont été constitués pour travailler sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prévention, le dépistage, la prise en charge précoce - La diversification, l'adaptation de la prise en charge aux besoins des enfants et adolescents handicapés - Le renforcement de la participation des parents dans la prise en charge en établissements et services - Une information accessible et coordonnée <p>Les membres des groupes de travail étaient chargés pour chacun des axes de faire un inventaire des besoins et de proposer des préconisations. Les membres de chaque groupe de travail ont réalisé des fiches projets décrivant les propositions d'organisation et d'action à partir des constats observés.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma</p> | <p><u>Le schéma comporte 7 orientations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -<u>Rééquilibrer les équipements sur le territoire</u> -<u>Diversifier les modes de prise en charge et améliorer la prise en charge de certains handicaps</u> -<u>Promouvoir la participation des parents</u> -<u>Construire une évaluation en continu</u> -<u>Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau</u> -<u>Développer l'information</u> -<u>Articuler étroitement schéma médico-social et plan handiscol</u> <p>Pour chaque orientation, il est indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des constats - des préconisations - des fiches actions <p>Ainsi, chaque orientation est déclinée en une ou plusieurs fiches actions On décompte un total de 27 fiches actions :</p> <p><u>Forme des fiches actions :</u></p> <p>Orientation N° et intitulé de la fiche action Ordre de priorité Publics visés Constats Objectifs Proposition d'action Moyens Référént de l'action Partenaires associés Implantation Etapas (éventuellement) Préconisation DDASS (opportunité / modalités de financement)</p> |
| <p>Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma</p> | <p>Une des fiches action (n° 17) du schéma consiste à organiser le pilotage du schéma à l'aide du dispositif suivant :</p> <p><u>Un comité technique de suivi du schéma est constitué dès sa signature et est chargé de la mise en place et de l'évaluation du schéma.</u></p> <p>Il est composé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - représentants des administrations - représentants des organismes financeurs - représentants d'associations - représentants des établissements et services médico-sociaux - personnes qualifiées <p>Il a une mission de veille, d'alerte et d'impulsion. Il est constitué à l'initiative de la DDASS de la Haute Loire. Une lettre de mission doit préciser les objectifs du Comité Technique de Suivi. Le Comité peut s'inscrire dans le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Le Comité doit faire une programmation de la mise en œuvre du schéma.</p> |

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ADULTES HANDICAPES 43

| | |
|--|---|
| Titre et période de validité | <p>Schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des adultes handicapés (Décembre 2002)</p> |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <ul style="list-style-type: none"> ▣ <u>Mettre en conformité avec la loi 2002-2 les établissements existants et assurer l'évaluation interne et externe des modes de prise en charge afin d'assurer la qualité des prises en charge.</u> ▣ <u>Pallier l'insuffisance des équipements recensés pour adapter et diversifier les prises en charge en établissement et à domicile</u> ▣ Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité ▣ Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins |
| Architecture du document | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Le bilan de l'existant</u> > L'offre d'accueil actuelle > Situation démographiques : comparaison départementale, régionale et nationale > L'offre d'équipement sanitaire psychiatrique pour adultes en Haute-Loire > Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH <ul style="list-style-type: none"> * les dépenses d'aide sociale en faveur des adultes handicapées > Les moyens alloués par l'Etat en 2001 > Les dépenses d'aide sociale départementale directe en faveur des personnes handicapées > Aide sociale en faveur des personnes handicapée en structures d'accueil > Aide sociale en faveur des personnes handicapée à domicile - <u>Synthèse</u> <ul style="list-style-type: none"> * Les points clés du dispositif en faveur des adultes handicapés <ul style="list-style-type: none"> > Les conclusions du bilan de l'existant > L'opinion des professionnels et des associations * Les axes prioritaires du schéma en faveur des adultes handicapés <ul style="list-style-type: none"> > rappel des constats et de leurs conséquences > les priorités du schéma en faveur des adultes handicapés - Les actions proposées - Annexes |
| Méthode d'élaboration : - des constats - des orientations | <p>L'élaboration du schéma a été placée sous l'autorité d'un Comité de Pilotage qui regroupe les représentants du Conseil Général et de la DDASS.</p> <p>L'élaboration du schéma a été basée sur les opérations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ Une analyse de documents dont le résultat figure dans le chapitre bilan de l'existant = enquêtes-études-rapports-indicateurs-statistiques-textes réglementaires-données budgétaires <u>Sources</u> : DRASS, DDASS, Conseil Général, Ministères, INSEE, COTOREP... ▣ Des entretiens avec des acteurs clés du dispositif dédié au handicap qui a permis de vérifier les données statistiques et de qualifier le système du point de vue des intervenants ▣ Des questionnaires en direction des établissements et services. Les questionnaires en direction des établissements hébergeant des personnes handicapées et des CAT ont fait l'objet d'une synthèse statistique joint en annexe ▣ La réunion de groupes de travail Deux groupes de travail ont été constitués dès le début du schéma. Ils ont élaboré des propositions d'actions pour les années à venir. Des comptes-rendus synthétiques de ces réunions sont joints en annexe. Certains thèmes ont été traités au sein des deux groupes. |
| Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma | <p>Le schéma s'appuie sur un rappel des constats pour formuler 4 grandes orientations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une réponse territoriale équilibrée - une réponse territoriale diversifiée et équilibrée répondant à la demande de l'utilisateur et permettant la mise en œuvre d'un projet de vie incluant l'accès au travail, aux loisirs et aux sports - une réponse coordonnée entre les différents acteurs reposant sur une bonne connaissance des besoins - une évaluation des actions dans le cadre des projets d'établissements et/ou du comité de suivi du schéma - une information partagée avec les établissements, les institutions, les familles. |

| | |
|--|---|
| | <p>Ces orientations sont ensuite déclinées en 4 priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en conformité les établissements existants avec la loi du 2 janvier 2002 et assurer l'évaluation interne et externe des modes de prises en charge pour assurer la qualité des prises en charge - Pallier à l'insuffisance des équipements recensés pour adapter et diversifier les prises en charge (en établissements et à domicile) - Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité. - Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins <p>Les 3 dernières priorités sont traduites en 4 propositions d'actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observer et recenser la population des personnes handicapées → 3 actions - Pallier à l'insuffisance des équipements recensés pour adapter et diversifier les prises en charge : diversifier les modes de prises en charge innovantes en établissements (notamment accueil temporaire et accueil de jour) → 1 action - Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité → 1 action. - Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins : la prise en charge à domicile en liaison avec les établissements dans le cadre d'une coordination → 1 action <p><u>Forme des « actions proposées » :</u></p> <p>Nom et n° de l'action</p> <p>Observation</p> <p>Publics visés</p> <p>Objectifs</p> <p>Etapas de réalisation</p> <p>Suivi de l'action</p> <p>Résultat de l'action</p> <p>Evaluation de l'action</p> <p>Pilote de l'action</p> |
| <p>Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma</p> | <p>Dans la rubrique « les constats et leurs conséquences », il est évoqué un Comité de suivi du schéma sans que le suivi du schéma fasse l'objet d'une action à part entière.</p> |

DEPARTEMENT DE LA HAUTE LOIRE (43) - ACTUALISATION

Cette fiche a été établie par les Services du Conseil Général de Haute-Loire afin de rendre compte du schéma le plus récent (2009-2013) MAIS le contenu de ce dernier schéma n'a pas été pris en compte dans l'analyse comparée qui suit.

| SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES ENFANTS ET ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP 2009-2013 | |
|--|---|
| Titre et période de validité | <u>Schéma départemental en faveur des enfants et adultes en situation de handicap (2009-2013)</u> |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <ul style="list-style-type: none"> - établir un diagnostic sincère qui recense l'ensemble des besoins - assurer une concertation forte avec les partenaires du secteur - établir des orientations réalistes en adéquation avec les besoins recensés |
| Architecture du document | <ol style="list-style-type: none"> 1- Etat des lieux (analyse démographique - analyse des moyens) 2- Evaluation qualitative (dont bilans des précédents schémas) 3- Orientations du nouveau schéma 4- Projections démographiques en annexe |
| Méthode d'élaboration - des constats - des orientations | <p>Le CG43 s'est adjoint les services d'un cabinet conseil qui a procédé pour l'élaboration des schémas PA et PH à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la phase de diagnostic : une centaine d'entretiens avec les acteurs majeurs des 2 secteurs, l'exploitation de quelques milliers de questionnaires, l'animation de groupes de travail, de l'exploitation des données chiffrées disponibles - dans la phase d'élaboration : l'animation de 2 sessions de groupes de travail <p>Les phases de validation se sont déroulées au sein :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un groupe expert composé de quelques professionnels du secteur - d'un comité technique composé de professionnels du CG, de la DDASS, de l'IA, de la DDTEFP - d'un comité de pilotage composé d'élus et de professionnels du CG, du DDASS, de l'IA, du DDTEFP mais aussi d'un représentant du secteur du handicap et d'un représentant du secteur des personnes âgées |
| Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma | <p>5 Axes déclinés en 23 fiches-actions Chaque fiche-action fait apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> - son intitulé - son pilote - ses partenaires - son objectif - ses constats - son public - ses modalités de mise en œuvre - ses bénéficiaires attendus - ses indicateurs |
| Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma | <p>Le schéma ne détaille pas cette méthode mais dans sa présentation aux partenaires de mars 2009 il a été annoncé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la nomination d'un référent pour chaque fiche-action - la réunion au moins annuelle d'un comité de pilotage - la réunion à mi-schéma d'une nouvelle assemblée « plénière » des partenaires du schéma |

DEPARTEMENT DE L'ALLIER (03)

Cette présentation a été validée par les services du Conseil Général de l'Allier à l'issue de la rencontre avec le CREAHI du 14 mai 2009 en présence de :

- Monsieur GUERINEAU - Directeur de la Solidarité et de la Prévention
- Madame LABROUSSE - Responsable des établissements pour les personnes âgées et handicapées

Il faut noter que les services du Conseil Général de l'Allier :

- n'a pas validé la fiche relative au « Schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés de l'Allier (2006-2008) », document qui a été élaboré par la DDASS 03.

- a validé la seconde fiche relative au « Schéma départemental en faveur des personnes handicapées adultes du département de l'Allier (2007-2011) »

| LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ENFANTS, ADOLESCENTS ET ADULTES HANDICAPES 03 | |
|---|---|
| Titre et période de validité | <p><u>Schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés de l'Allier (2006-2008)</u></p> <p>Remarque importante : Ce schéma fait référence à un autre document intitulé « Accompagnement des personnes handicapées dans le département de l'Allier - Etat des lieux - Janvier 2006 » Cet état des lieux fait état de 2 bilans : un concernant les enfants et un concernant les adultes</p> |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <p><u>Le schéma départemental a été élaboré en tenant compte notamment :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des orientations préconisées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances : - Des thématiques prioritaires retenues dans le <u>nouvel outil de programmation financière pour les établissements et services relevant de la compétence de l'Etat. (PRIAC)</u> - La réponse individualisée qui est un principe fondamental de la loi 2005-102 dégageant les enjeux majeurs suivants : <ul style="list-style-type: none"> > L'accès et le maintien des personnes handicapées dans les dispositifs de Droit commun > La mise en place d'un projet individuel et contractualisé avec l'utilisateur et sa famille qui <p>=> Conséquences : prise en charges partielles, partagées et diversifiées dans le temps et dans l'espace</p> |
| Architecture du document | <p>Document 1 : Schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés de l'Allier (2006-2008)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthode de travail retenue - Données environnementales (état des lieux enfants -adultes) <ul style="list-style-type: none"> * Démographie * Taux d'équipement, état de l'offre établissements et services spécialisés, listes d'attente * Cretons - Les principes du Schéma - Objectifs départementaux dégagés de l'état des lieux - Les priorités départementales 2006-2008 - Les éléments déterminants de mise en œuvre des actions - Programmation financière dans le PRIAC 2006-2008 <hr/> <p>Document 2 : « Accompagnement des personnes handicapées dans le département de l'Allier - Etat des lieux - Janvier 2006 »</p> <p><u>Partie Enfants :</u> Le bilan a été réalisé suite aux conclusions de l'étude LERFAS réalisée en 2000 , enrichie par des données de l'Education Nationale et de la DDASS Il reprend les principales orientations définies par l'étude, établit un état des lieux de leur réalisation et les enjeux majeurs pour les années à venir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données démographiques - Etat de l'offre établissements spécialisés et services pour enfants handicapés - Etat d'avancement au regard des orientations de l'étude LERFAS 2000 - Les problématiques à prendre en compte <p><u>Partie adultes :</u> Le bilan a été réalisé au regard de la mise en œuvre du schéma départemental en faveur des personnes handicapées arrêtées conjointement par Mr le Préfet et Mr et le Président du Conseil Général le 2 janvier 2002, enrichies des données du Conseil Général et de la DDASS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données démographiques - Etat de l'offre établissements spécialisés et services - Etat d'avancement au regard du schéma départemental conjointement faveur des personnes handicapées (janvier 2002) - Les problématiques à prendre en compte |

| | |
|--|---|
| <p>Méthode d'élaboration :</p> <p>- des constats - des orientations</p> | <p>La méthode d'élaboration est décrite dans la première partie intitulée « Méthode de travail »</p> <p>■ Réalisation d'un bilan à partir : > des conclusions de l'étude LERFAS réalisée en 2000 > du schéma départemental en faveur des personnes handicapées arrêté conjointement par Mr le Préfet et Mr le Président du Conseil Général le 2 janvier 2002, pour la partie adulte (Cf Document 2 « <i>Accompagnement des personnes handicapées dans le département de l'Allier - Etat des lieux - Janvier 2006</i> »)</p> <p>■ La mise en place de 5 groupes de travail à partir des problématiques dégagées sur les thèmes suivants : Secteur enfants : - Groupe 1 : autisme, maladie psychique, personnes présentant des troubles du caractère et du comportement (offre, besoin, coopération avec les établissements de santé) - Groupe 2 : SESSAD (organisation territoriale par déficience ; établissements médico-sociaux et intégration scolaire) - Groupe 3 : Polyhandicapés : Coopération, complémentarité, territoire d'intervention et diversification des prises en charge Secteur adultes : - groupe 1 : ESAT : adéquation de l'offre aux besoins par territoire, travailleurs handicapés vieillissants, formation et insertion professionnelle - groupe 2 : Publics spécifiques : personnes handicapées vieillissantes, personnes lourdement handicapées et handicap psychique.</p> <p>Des objectifs départementaux ont été dégagés de l'état des lieux.</p> |
| <p>Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma</p> | <p><u>Des problématiques sont dégagées dans le document 2 : « <i>Accompagnement des personnes handicapées dans le département de l'Allier - Etat des lieux - Janvier 2006</i> »)</u></p> <p>Le schéma énonce des 3 thématiques prioritaires : Chaque thématique prioritaire donne lieu à un ou plusieurs objectifs départementaux (ou orientations)</p> <p>■ <u>Accès au dépistage, à l'évaluation et à l'accompagnement précoce</u> Enfants > CAMSP : Développement de l'intervention précoce à domicile et de l'intégration scolaire</p> <p>■ <u>Accompagnement en milieu ordinaire</u> Enfants > SESSAD : Organiser et mutualiser les plateaux techniques des SESSAD existants sur chacun des territoires de Vichy, moulins et Montluçon ; créer des places de SESSAD pour polyhandicapés Adultes > SAMSAH et SSIAD : Création de places Enfants > Accès à la formation et à l'insertion professionnelle : accompagnement vers l'emploi des jeunes sortants d'IME</p> <p>■ <u>Accueil et l'accompagnement en institution</u> Adultes > ESAT : Réserver des places en ESAT pour les évaluation et les temps partiels Adultes > ESAT : Création de places en réponse aux cretons Adultes > MAS et FAM : création de places (MAS, FAM et au sein d'EHPAD) Enfants et adultes Autisme et troubles associés : création de places (IME, FAM..)</p> <p>Le schéma formalise des éléments déterminants de mise en oeuvre des actions. Pour chaque élément déterminant, il est fait des propositions d'actions</p> <p>■ Formation et gestion des ressources humaines ■ Transport ■ Investissements et restructurations ■ Le PRIAC et ses articulations sanitaires et sociales</p> <p>Coopération avec : - les établissements de santé - les établissements et services relevant du Conseil général</p> <p>Le schéma contient une programmation financière des opérations dans le PRIAC 2006-2008</p> |
| <p>Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre du schéma</p> | <p>NEANT : aucun élément n'est indiqué sur le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre du schéma dans les documents à disposition.</p> |

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ADULTES HANDICAPES 03

| | |
|--|--|
| Titre et période de validité | Schéma départemental en faveur des personnes handicapées adultes du département de l'Allier (2007-2011) |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | Le schéma départemental a été élaboré dans le cadre des nouvelles exigences législatives et du principe d'opposabilité. |
| Architecture du document | <ul style="list-style-type: none"> - Introduction - Les travaux préparatoires au schéma (Cf ci-dessous) - La synthèse des groupes de travail - Diagnostic et scénarii - Les orientations du schéma - Les fiches actions - Une méthode de travail |
| <p style="text-align: center;">Méthode d'élaboration :</p> <p>- des constats - des orientations</p> | <p>Le Schéma ne contient pas de propos présentant la méthodologie d'élaboration.</p> <p>Le document s'appuie sur :</p> <p>Les travaux préparatoires suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ <u>Etude démographique de la population de l'Allier et projections démographiques selon le modèle OMPHALE</u> ▣ Etudes de l'offre des établissements et services spécialisés pour adultes handicapés ▣ Etat d'avancement au regard du schéma départemental précédent « d'un schéma à l'autre » ▣ Les moyens financiers <p><u>Les synthèses des groupes de travail :</u> 3 groupes de travail ont été constitués autour des thématiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les modes alternatifs de prise en charge - Les personnes handicapées à domicile et le droit à la compensation - Les personnes handicapées en établissement <p>Chaque groupe de travail a établi une synthèse comportant:</p> <ul style="list-style-type: none"> * un diagnostic (intitulé « des éléments de diagnostic » ou « les constats du groupe de travail ») * des propositions (intitulées « les leviers pour l'action et les initiatives » ou « les propositions pour l'action et les objectifs à intégrer ») <p><u>Un diagnostic et des scénarii :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic synthétise les travaux préparatoires - 3 scénarii sont proposés pour aborder les axes de développement possibles à partir de la construction d'indices (outil servant à alimenter le débat et éclairer la décision). <ul style="list-style-type: none"> > Scénario 1 : maintien des acquis (disposer en 2011 du même taux d'équipement qu'en 2005) > Scénario 2 : accès au niveau national (atteindre en 2011 un taux d'équipement équivalent à celui de la France en 2005 en renforçant l'offre de service dans les catégories où elle est faible) > Scénario 3 : la réponse départementale retenue : doter en 2011 le département d'un dispositif d'accueil et d'hébergement répondant aux demandes de la population handicapée <p>Ces 3 travaux ont abouti à la formalisation des orientations du schéma.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma</p> | <p>Le schéma comporte 13 orientations et 13 fiches actions.</p> <p>Les orientations sont présentées par ordre d'importance.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées - Garantir un projet individualisé - Offrir une réponse adaptée aux personnes handicapées psychiques - Répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes - Optimiser l'offre existante des établissements et services sociaux - Développer et organiser les formules d'accueil temporaire - Développer l'accompagnement à la vie sociale - Adapter l'offre de service aux situations de dépendance - développer la prévention - faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées - Faciliter l'accès à la cité des personnes handicapés - Poursuivre la mise en place de la MDPH - Poursuivre les actions contre la maltraitance <p>Chaque orientation contient un ou plusieurs objectif(s) stratégique(s), des objectifs opérationnels et des modalités de réalisation.</p> <p>Chaque orientation est traduite en fiche action.</p> <p>Forme des fiches actions :</p> <p>N° et intitulé de la fiche action</p> <p>Objectif (s) stratégique(s)</p> <p>Objectifs opérationnels et modalités de mise en œuvre</p> <p>Pilote</p> <p>Partenaires</p> <p>Evaluation</p> <p>Délai de réalisation</p> |
| <p>Méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma</p> | <p>Le schéma prévoit une dernière partie intitulée « méthode de travail » destinée à organiser la mise en œuvre du schéma selon une méthode « travailler ensemble : une règle de jeu pour une qualité de service »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ <u>L'instance</u> : le Comité de pilotage présidé par le Président du Conseil Général ou son représentant ▣ <u>Une instance permanente de la concertation</u>, lieu de débat et de participation des acteurs de terrain présidée par le Vice Président et associant les partenaires, les réflexions formalisées à partir de groupes de travail créés par cette instance sont transmises au Comité de pilotage pour suite à donner ▣ <u>Une méthode</u> : l'appel à projets, le cahier des charges, la mutualisation des fonctions et la cohérence territoriale ▣ <u>Une évaluation</u> à mi parcours et en fin de schéma ▣ <u>Une information</u> : « le journal du schéma » et le rapport annuel de l'avancement des travaux |

DEPARTEMENT DU CANTAL (15)

Cette présentation a été complétée (**remarques en bleu**) et validée par les services du Conseil Général du Cantal à l'issue de la rencontre avec le CREAHl du **24 Août 2009** en présence de :

- Monsieur DELACHAUX - Directeur de la Solidarité Départementale
- Madame ANDRIEUX - Responsable des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION MEDICO SOCIALE ENFANTS ET ADULTES HANDICAPES 15

| | |
|--|--|
| Titre et période de validité | <u>Schéma d'organisation de l'offre de services aux personnes handicapées du département du Cantal (2008 - 2012)</u> |
| Enjeux/objectifs visés lors de l'élaboration du schéma | <p>L'élaboration du schéma s'inscrit dans un nouveau contexte marqué au moins par trois nouveautés :</p> <ul style="list-style-type: none">- Evolution des conceptions portées par la Classification Internationale des Fonctionnements du handicap et de la santé, relayée par la loi 2005-102 au travers de la prestation de compensation (évaluation multidimensionnelle des situations, projet de vie, MDPH...)- Développer les logiques d'interventions en favorisant la convergence ou la mutualisation de certains dispositifs envisageables entre les deux populations Personnes Handicapées- Personnes Agées- La lutte contre la maltraitance comme priorité de l'ensemble des acteurs (administrations, établissements et services) <p>Dans ce contexte, le schéma doit également prendre en compte les spécificités populationnelles et géographiques du Cantal avec trois particularités :</p> <ul style="list-style-type: none">* une faible démographie* une dispersion des populations sur de vastes territoires* une difficulté à recruter et à fixer certaines catégories de professionnels |
| Architecture du document | <p><u>Introduction</u></p> <p>1 - Méthode :</p> <ul style="list-style-type: none">1.1- La mise en place des instances de suivi1.2- Les éléments techniques d'un diagnostic territorial1.3- La mise en place et suivi de groupes de travail1.4- La méthode d'élaboration des préconisations <p>2 - Le schéma en faveur des personnes handicapées :</p> <ul style="list-style-type: none">2.1- Diagnostic2.2- Groupes de travail sur cinq thèmes spécifiques et deux thèmes transversaux (personnes âgées et personnes2.3. Propositions schéma personnes handicapées |
| Méthode d'élaboration : - des constats - des orientations | <p><u>L'élaboration du schéma a été confiée à deux cabinets (GERONTO-CLEF et AIRE Conseil) sous la double responsabilité des services du Conseil Général et de l'Etat.</u></p> <p>Au préalable, deux instances ont été constituées pour suivre les travaux d'élaboration.</p> <p><u>* Un comité de pilotage, chargé du pilotage des deux schémas personnes âgées et personnes handicapées (enfants et adultes). Cette instance de validation des différentes étapes de la démarche était composée de :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- <u>8 Conseillers généraux, membres de la 3ième commission,</u>- la DSD du Conseil Général- la DDASS- l'Inspection Académique- la DDTEFP- la DDE- la DRASS <p>Un comité technique composé de :</p> <ul style="list-style-type: none">- la DSD du Conseil Général- la DDASS- l'Inspection Académique- la DDTEFP- la DDE- la DRASS <p>+ la CAF, MSA, CPAM, URCAM, 2 associations membres du CDCPH , 2 Directeurs d'établissements ou de services, 1 médecin intéressé par les problématiques du handicap</p> <p>La première partie du schéma présente la méthode utilisée de manière précise.</p> |

1ère étape : Eléments techniques d'un diagnostic territorial.
Ce diagnostic s'est fait à l'aide de:

- données quantitatives

▣ Rassemblement de données statistiques existantes obtenues auprès de l'INSEE (outil OMPHALE, projection démographique 2030)

▣ Exploitation de l'enquête ES de 2001 conduite par la DRASS et la DREES

▣ Enquête spécifique dans tous les établissements et services du Cantal (Il s'agit d'une enquête exhaustive qui portait sur un nombre initial de 51 structures pour l'année 2005.)

- données qualitatives

▣ Entretiens avec les acteurs du secteur handicap du Cantal sur la base d'une grille d'entretien passant en revue de multiples éléments : gestion des listes d'attente, besoin non couvert par le département, mise en place de la loi 2002-2 et de la loi 2005-102, recrutement des personnels, relations avec autorités de contrôle, avec le sanitaire et social....

2^{ème} étape : Mise en place et suivi des groupes de travail

Sur la base des entretiens avec les acteurs, complétés par les données quantitatives, **7 thèmes de travail** ont été dégagés :

5 thèmes relatif aux personnes handicapées enfants et adultes

2 thèmes communs aux personnes handicapées et âgées

A partir de ces 7 thèmes, **7 groupes de travail** ont été constitués lors d'une réunion publique :

- inscription sur la base du volontariat selon les « profils » proposés
- choix de 15 participants maximum par groupe (opéré par le Conseil Général et la DDASS) avec possibilité aux personnes « non retenues » de fournir leurs contributions écrites
- un représentant du Conseil général et de la DDASS dans chaque groupe

PH1 : Approche territoriale et dynamique de réseau

PH2 : Se coordonner pour mieux répondre aux besoins des enfants

PH3 : Conforter l'intégration dans le monde du travail, améliorer l'insertion des personnes handicapées

PH4 : Les personnes handicapées psychiques, les relations avec la psychiatrie

PH5 : Insertion sociale et personnes handicapées

T1 (PA-PH) : Le vieillissement des personnes handicapées

T2 (PA-PH) : Le recrutement et la formation des personnels

Consignes de travail, animation et comptes-rendus par 2 consultants.

Chaque groupe a abouti à la validation de préconisations dont le récapitulatif est dans le document.

3^{ème} étape : Méthode d'élaboration des préconisations

Le choix des préconisations a fait l'objet d'un travail en plusieurs temps.

Le point de départ était la liste de toutes les préconisations élaborées par les groupes de travail.

Un premier travail fut de classer ces différentes préconisations selon un nombre limité d'axes appelés « orientations ».

Le second temps fut de sélectionner dans la liste exhaustive des recommandations émises par les participants aux groupes de travail les recommandations pouvant faire l'objet d'un développement opérationnel à l'échelon départemental. Les choix opérés ont fait l'objet de plusieurs séances de discussions informelles entre les responsables du Conseil Général et de la DDASS avant que ces propositions soient présentées au Comité **technique** et au Comité **de pilotage**.

Mode de présentation des objectifs et des orientations du schéma

Le schéma détermine des domaines d'intervention. Ces domaines sont traduits en « axes ».

Chaque axe est décliné en **plusieurs objectifs**.

Chaque objectif donne lieu à une ou plusieurs actions.

▣ **3 domaines d'interventions** selon les âges de la vie **des personnes handicapées**.

Axe 1 : Organiser le territoire pour améliorer la réponse de proximité → 5 objectifs → 6 actions

Axe 2 : Favoriser l'accessibilité des bâtiments, des services et des logements aux personnes handicapées → 3 objectifs → 7 actions

Axe 3 : Accompagner les personnes handicapées dans leur parcours de vie → 3 sous axes → 7 objectifs → 19 actions

▣ **Un domaine transversal aux schémas personnes handicapées et personnes âgées**

Axe 1 : Agir sur la formation initiale et continue des personnels → 1 objectif → 4 actions

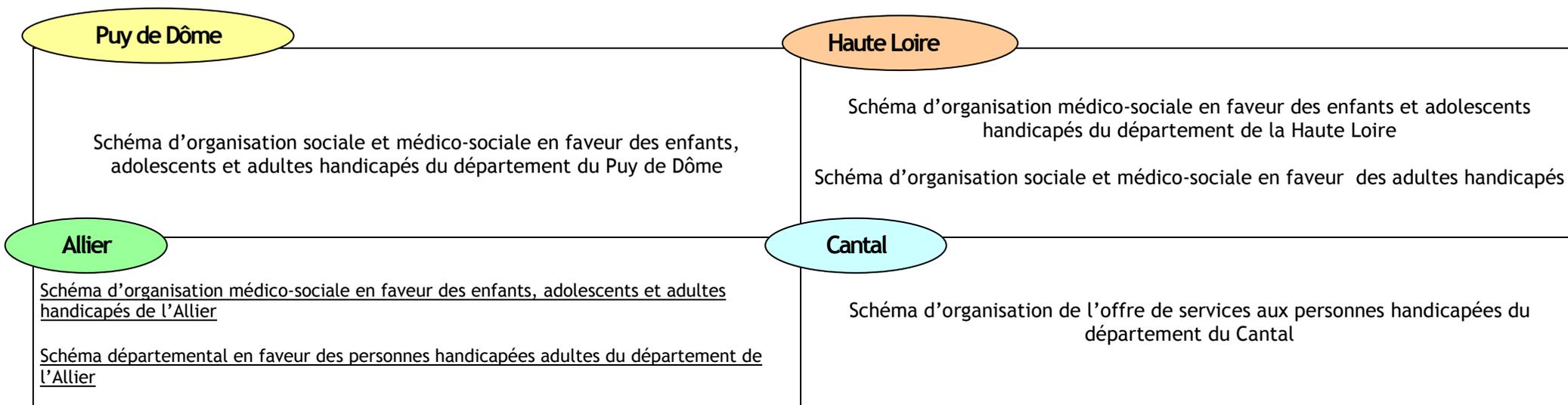
Axe 2 : Faciliter le recrutement et le maintien des personnels dans le Cantal → 1 objectif → 4 actions

Axe 3 : Rassembler les moyens et regrouper les efforts → 1 objectif → 4 actions

| | |
|---|---|
| | <p>Chaque action est présentée sous forme de tableau qui comporte les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> * modalités techniques * pilote * partenaires techniques * partenaires financiers pressentis * calendrier * évaluation |
| <p>Outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma</p> | <p>Le suivi du schéma fait l'objet d'une fiche action « mettre en place un comité de suivi du schéma ». Elle est insérée dans l'objectif « Organiser le suivi du schéma des personnes handicapées ».</p> <p>Cette fiche indique que les orientations du schéma seront suivies afin d'en mesurer les étapes successives de réalisation, d'apprécier les obstacles et les nécessités d'orientation nouvelles à proposer.</p> <p>Elle précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les modalités techniques : Mise en place d'un comité de suivi et organisation de réunions biennuelles selon calendrier - Pilote : Conseil général et DDASS - Partenaires techniques : Partenaires représentatifs des participants aux groupes de travail de préparation du schéma - Calendrier : Tout au long du schéma - Evaluation : Evaluation annuelle ; production de C/R écrit <p><u>Comité de suivi :</u></p> <p>« A ce jour, le Comité de suivi n'a pas été mis en place. La priorité pour le Conseil général a été la recherche de convergence des actions Personnes âgées-Personnes handicapées.</p> <p>La présence d'une personne ressource, détachée de la gestion quotidienne de l'action sociale, apparaît comme indispensable pour assurer le suivi des schémas dans les meilleures conditions.</p> <p>Ainsi, le Conseil Général a recruté en février 2009 un coordinateur départemental. Il a en charge d'amorcer le travail sur plusieurs sujets prioritaires dégagés dans les schémas (comme l'organisation et la mise en place de la Maison de l'Autonomie).</p> <p>Le Comité devrait se réunir d'ici la fin de l'année 2009. »</p> <p><u>Partenariats :</u></p> <p>« Toutefois, plusieurs instances partenariales ont été réunies depuis le lancement du schéma. Ces instances ont pu réunir des acteurs sur plusieurs problématiques (y compris relevant du schéma). Ces échanges pourront être capitalisés au sein du Comité de suivi.</p> <p>Le Conseil Général :</p> <ul style="list-style-type: none"> - met en évidence des difficultés d'avancer de manière conjointe avec la DDASS. - s'interroge sur la continuité de ce co-pilotage dans le cadre de la mise en œuvre des ARS. <p>En parallèle, le Conseil général travaille sur des thématiques du schéma avec la CNSA. »</p> <p><u>Evaluation du schéma :</u></p> <p>« L'évaluation est prise en compte action par action (suivi des fiches actions prévue dans le schéma).</p> <p>L'évaluation du schéma ne repose pas exclusivement sur le Comité de suivi. Elle peut également être faite également de manière externe (avec éventuellement un accompagnement d'un tiers) concernant le suivi et la mise en œuvre de certaines thématiques du schéma (ex : étude de faisabilité des maisons de l'autonomie.) »</p> <p><u>Éléments d'amélioration envisagés par le Conseil Général :</u></p> <p>« L'utilité des schémas est incontestable notamment du fait de son caractère opposable en interne (cadre de référence) et en externe.</p> <p>Néanmoins, le suivi du schéma est difficile à maintenir dans la durée des 5 années de validité car :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'environnement peut beaucoup évoluer (réformes législatives, changements d'interlocuteurs...). - les acteurs peuvent « s'épuiser » sur certaines actions <p>Il manque dans le schéma la prise en compte de l'échelle de temps et la reconnaissance réciproque avec la planification régionale (SROS, PRIAC). »</p> |

2EME PARTIE : ANALYSE COMPAREE DES FICHES SIGNALIQUES DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX

2.1 - TITRE DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE



→ Les départements du **Puy de Dôme** et du **Cantal** ont élaboré chacun un seul schéma pour l'ensemble des personnes handicapées, rassemblant ainsi les enfants, les adolescents et les adultes.

→ Le Département de l'**Allier** propose deux schémas :

- le schéma d'organisation médico-sociale en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés de l'Allier est un document qui a été élaboré par la DDASS. Le Conseil Général de l'Allier déclare ne pas avoir été partie prenante de l'élaboration de ce dernier.
- le schéma d'organisation médico-sociale pour les adultes handicapés

- Le département de la **Haute Loire** a produit **deux documents distincts** différenciant ainsi l'organisation développée pour les enfants et adolescents de celles des adultes. On notera que le dernier schéma de Haute-Loire (2009-2013) regroupe les enfants et les adultes handicapés.

2.2 - PERIODE DE VALIDITE

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------------------------|----------------------------|------|------|--|----------------------------|-------------------------------------|------|------|------|------|
| | | | | | Schéma de l'Allier Adultes | | | | | |
| | | | | Schéma de l'Allier Enfants | | | | | | |
| | | | | | | Schéma du Cantal Enfants et Adultes | | | | |
| Schéma de la Haute Loire Adultes | | | | | | | | | | |
| | Schéma Haute Loire Enfants | | | | | | | | | |
| | | | | Schéma du Puy de Dôme Enfants et Adultes | | | | | | |

→ Les périodes de validité des schémas diffèrent de plusieurs années d'un département à l'autre allant jusqu'à 6 ans d'écart entre le schéma du Cantal et celui de la Haute Loire. Ce décalage temporel nuit au caractère comparable des données.

On notera que, depuis la fin de cette étude, le département de la Haute-Loire a élaboré un nouveau schéma pour enfants et adultes handicapés dont la période de validité est 2009-2013. Compte-tenu des délais de réalisation de cette agrégation, ce schéma le plus récent n'a pas pu être exploité dans l'analyse comparée.

2.3 - ENJEUX/OBJECTIFS VISES LORS DE L'ELABORATION DES SCHEMAS

→ Des enjeux en lien avec la *loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Comme le montre le tableau ci-dessus, l'ensemble des schémas (sauf ceux de la Haute Loire) a été construit un ou deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Aussi, ils fixent comme enjeu prioritaire l'application des dispositifs de cette législation.

• **La référence à la loi est explicite pour les schémas de l'Allier et du Cantal :**

15 Enfants et adultes :

Evolution des conceptions portées par la Classification Internationale des Fonctionnements du handicap et de la santé, relayée par la loi 2005-102 au travers de la prestation de compensation (évaluation multidimensionnelle des situations, projet de vie, MDPH...)

03 Enfants :

La réponse individualisée qui est un principe fondamental de la loi 2005-102 dégageant les enjeux majeurs suivants :

- > L'accès et le maintien des personnes handicapées dans les dispositifs de Droit commun
- > La mise en place d'un projet individuel et contractualisé avec l'utilisateur et sa famille qui s'inscrit dans le projet d'établissement

03 Adultes :

Le schéma départemental a été élaboré dans le cadre des nouvelles exigences législatives et du principe d'opposabilité.

• **Le schéma du Puy de Dôme, quant à lui, reprend des termes clés de la loi 2005-102.**

63 Enfants et adultes :

Placer les personnes handicapées au cœur du débat, rechercher son autonomie, son insertion et le plein exercice de sa citoyenneté

• **Bien que les schémas de la Haute Loire aient été élaborés avant l'entrée en vigueur de la loi de 2005, il est notable que ces derniers mettent en exergue des enjeux qui correspondent à l'esprit de la loi.**

43 Enfants :

Produire une interconnaissance, d'un plus de proximité pour les acteurs qui cohabitent sur un territoire donné.

43 Adultes :

Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité
Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins

→ **Le schéma du Cantal présente la particularité de mettre en évidence un enjeu commun aux personnes handicapées et aux personnes âgées :**

15 Enfants et adultes :

Développer les logiques d'interventions en favorisant la convergence ou la mutualisation de certains dispositifs envisageables entre les deux populations « Personnes Handicapées- Personnes Agées ».

2.4 - MODES D'ELABORATION DES ORIENTATIONS

→ Selon les départements, les orientations des schémas ne sont pas élaborées selon la même méthode mais les trois éléments suivants sont présents dans l'ensemble des schémas:

- un état des lieux
- des orientations
- des fiches actions.

→ On notera un degré d'opérationnalité variable dans les orientations posées : certaines orientations sont des objectifs généraux (posés en terme de finalité) et d'autres ont un niveau très précis d'opérationnalité (en terme d'actions à conduire).

| Puy de Dôme | Haute Loire | Cantal | Allier |
|--|---|--|--|
| <p>Enfants : Les orientations ont été dégagées à partir des outils suivants : le bilan de l'existant, une enquête de satisfaction auprès des parents, ainsi que les travaux de 4 groupes de travail et d'un groupe d'expert. Les groupes de travail ont produit des analyses et des propositions de fiches actions.</p> <p>Adultes : Les orientations ont été dégagées à partir des outils suivants : le bilan de l'existant, deux enquêtes menées l'une auprès des ESAT et l'autre auprès des établissements d'hébergement et des services, ainsi que les travaux de 3 groupes de travail. Les groupes de travail ont produit des analyses et des propositions de fiches actions.</p> | <p>Enfants et adolescents : Les membres des groupes de travail ont été chargés pour chacun des axes de faire un inventaire des besoins et de proposer des préconisations. Les membres de chaque groupe ont réalisé des fiches projets décrivant les propositions d'organisation et d'action à partir des constats observés.</p> <p>Adultes : Les orientations ont été dégagées à partir d'un rappel des constats.</p> | <p>Enfants et adultes : Les groupes de travail établissent une liste de préconisations. Un premier travail fut de classer ces différentes préconisations selon un nombre limité d'axes appelés « orientations ». Le second temps fut de sélectionner dans la liste exhaustive des recommandations émises par les participants aux groupes de travail les recommandations pouvant faire l'objet d'un développement opérationnel à l'échelon départemental.</p> | <p>Enfants et adolescents : Les objectifs départementaux ont été dégagés à partir de l'état des lieux.</p> <p>Adultes : La formalisation des orientations du schéma s'appuie sur quatre sources d'information : les travaux préparatoires, les synthèses des groupes de travail, un diagnostic et 3 scénarii.</p> <p>→ Outre le bilan de l'existant et les groupes de travail, le département de l'Allier fonde l'élaboration de ses orientations sur deux autres sources : la construction d'un diagnostic et de trois scénarii qui aborde les axes de développement possibles à partir de la construction d'indices.</p> |

2.5 - MODES D'ELABORATION DES CONSTATS

→ Le recueil de données

Pour élaborer leurs constats, les départements ont à la fois :

- utilisé des données existantes (enquête ES, rapport Handicol...)
- et réalisé des études spécifiques (enquête du degré de satisfaction des familles, enquêtes auprès des ESAT et établissements d'hébergement...)

→ **Les méthodes utilisées pour l'élaboration de l'état des lieux diffèrent d'un département à l'autre.** En effet, les sources d'information sont différentes entre département quant à :

- leur nombre (Ex : La Haute Loire a utilisé 8 sources pour l'élaboration de son schéma enfants contre 4 pour le Puy de Dôme)
- leur degré de précision (Ex : Concernant son schéma enfant, la Haute Loire s'appuie sur une enquête relative à l'intégration des personnes handicapées par les activités de loisirs)

→ Pour certains départements, nous pouvons parfois noter un décalage temporel entre la date des études préalables et celle de l'élaboration des schémas (Ex : Le schéma du Cantal construit en 2008 se sert de l'enquête ES conduite en 2001)

→ L'étude de l'élaboration des constats permet de relever l'utilisation de certaines sources communes entre départements :

Les schémas Enfants et adolescents :

- Les schémas de la Haute Loire et du Puy de Dôme réalisent le bilan de l'existant en effectuant une *enquête auprès des familles sur le degré de satisfaction concernant les conditions d'accueil et de soins des établissements et services médico-sociaux.*
- L'ensemble des schémas s'appuie sur une *étude de l'offre de service.*
- L'Allier, la Haute Loire et le Cantal ont réalisé une *étude démographique.*

Les schémas Adultes :

- L'Allier, la Haute Loire et Le Cantal ont réalisé une *étude démographique.*
- Le Puy de Dôme et l'Allier ont réalisé une *étude de l'état d'avancement par rapport au schéma précédent.*
- Le Puy de Dôme et la Haute Loire ont effectué des *enquêtes auprès des ESAT et des établissements hébergeant des PH.*
- Le Cantal et la Haute Loire ont mené des *entretiens auprès des acteurs clés du dispositif dédié aux personnes handicapées.*
- Le Cantal et l'Allier ont réalisé une *étude de l'offre de service pour les personnes handicapées.*

→ En dépit de l'utilisation de sources d'informations diverses, il apparaît que **tous les départements élaborent leurs constats à partir de deux phases successives :**

- une 1^{ère} phase de bilan de l'existant (c'est à dire de collecte de données pour établir un état des lieux)
- une 2^{nde} phase de construction de groupes de travail par thématique.

Il est à noter qu'aucun des schémas ne précise comment les thématiques des groupes sont dégagées.

→ Les thématiques des groupes de travail sont majoritairement différentes d'un département à un autre. Pour autant, certaines se retrouvent :

Schémas Enfants et adolescents :

- La Haute Loire et le Puy de Dôme traitent de *la prévention et de la prise en charge précoce et de l'adaptation des dispositifs/prises en charge*.
- L'Allier et la Haute Loire traitent de *la diversification des prises en charge*

Schémas Adultes :

- Le Cantal et l'Allier traitent du *vieillessement des personnes handicapées*.

→ Le département du Cantal a créé, en amont de la démarche d'élaboration du schéma, un comité de pilotage commun pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Cette instance a pour mission de valider les différentes étapes de la démarche. Le schéma précise la composition de cette dernière.

→ Le département du Cantal présente la particularité d'avoir constitué des groupes de travail communs pour les enfants et les adultes contrairement au Puy de Dôme qui a créé des groupes distincts. En outre, deux des groupes de travail sont communs aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

→ Seul le Cantal précise comment les groupes de travail ont été constitués alors que les autres départements listent simplement en annexe leur composition.

→ Au sein du schéma de la Haute Loire Adultes, il apparaît que plusieurs thèmes ont été traités au sein des deux groupes de travail comme la gestion des situations d'urgence.

→ Outre la constitution des groupes de travail, les départements du Puy de Dôme et de la Haute Loire (pour son schéma enfants) ont créé un groupe d'expert. Les schémas ne contiennent pas d'élément sur le mode de détermination de leur composition.

2.6 - MODE DE PRESENTATION DES OBJECTIFS ET DES ORIENTATIONS DES SCHEMAS

→ La totalité des schémas ont dégagé des orientations ; toutefois, selon les départements, celles-ci ne sont pas déclinées de la même manière :

| Puy de Dôme | Haute Loire | Cantal | Allier |
|--|--|--|---|
| <p>Enfants et adolescents : 5 orientations → 12 préconisations → 28 fiches actions</p> <p>Adultes : 4 orientations → 12 préconisations → 35 fiches actions</p> <p>Communs enfants et adultes : 4 orientations</p> | <p>Enfants et adolescents : 7 orientations → une ou plusieurs fiches actions (27 au total)</p> <p>Adultes : 5 orientations → 4 priorités → Seules les 3 dernières priorités sont déclinées en 4 proposition d'actions → 6 actions au total</p> | <p>Enfants et adultes : 3 domaines d'action → 3 axes selon les âges de la vie des personnes handicapées → 15 objectifs</p> <p>Personnes handicapées et personnes âgées : 1 domaine transversal → 3 axes → 3 objectifs</p> <p>Chaque objectif est décliné en un ou plusieurs actions (44 au total).</p> | <p>Enfants : 3 thématiques prioritaires → un ou plusieurs objectifs départementaux</p> <p>Adultes : 13 orientations → 13 fiches actions</p> |

→ Les *schémas du Cantal, du Puy de Dôme, de la Haute Loire et de l'Allier Adultes* contiennent des « fiches actions ». Or, ces dernières n'ont pas la même forme et présentent un contenu propre.

Toutefois, plusieurs items se retrouvent d'un schéma à l'autre :

- Les schémas du Puy de Dôme et de la Haute Loire Enfants rappellent *l'orientation*.
- Tous les schémas à l'exception du Cantal donnent un *numéro et un intitulé* à leurs fiches actions.
- Tous les schémas précisent le ou les *pilotes des actions*.
- Tous les schémas à l'exception de la Haute Loire Adultes présentent les *partenaires*.
- Tous les schémas à l'exception du Cantal précisent les *objectifs*.
- Les schémas du Puy de Dôme, du Cantal et de l'Allier indiquent le *décal de réalisation/ calendrier*.
- Les schémas de la Haute Loire et celui du Puy de Dôme précisent *le(s) public(s) visé(s)* et les *étapes de réalisation*.
- Les schémas de la Haute Loire Enfant et du Puy de Dôme indiquent *l'implantation* souhaitée.
- Les schémas du Cantal, de l'Allier et de la Haute Loire Adultes indiquent un item sur *l'évaluation de l'action*.
- Les schémas du Puy de Dôme et de la Haute Loire Adulte citent les *résultats attendus de l'action*.

Puy de Dôme

ENFANTS et ADULTES

Chaque action est présentée sous forme de fiches actions qui comportent les items suivants :

- Orientation
- Préconisation
- N° et intitulé de la fiche action
- Publics visés
- Objectifs de l'action
- Les étapes de réalisation
- Les résultats attendus
- Pilote de l'action
- Partenaires associés
- Implantation
- Délai de réalisation totale

Haute Loire

ENFANTS et ADOLESCENTS

Chaque action est présentée sous forme de fiches actions comportant les items suivants :

- Orientation
- N° et intitulé de la fiche action
- Ordre de priorité
- Publics visés
- Constats
- Objectifs
- Proposition d'action
- Moyens
- Référent de l'action
- Partenaires associés
- Implantation
- Etapes (éventuellement)
- Préconisation DDASS (opportunité / modalités de financement)

ADULTES

Chaque action est présentée sous forme d'« actions proposées » qui comportent les items suivants :

- Nom et n° de l'action
- Observation
- Publics visés
- Objectifs
- Etapes de réalisation
- Suivi de l'action
- Résultat de l'action
- Evaluation de l'action
- Pilote de l'action

Cantal

ENFANTS et ADULTES

Chaque action est présentée sous forme de tableaux qui comporte les items suivants :

- Modalités techniques
- Pilote
- Partenaire technique
- Partenaires financiers pressentis
- Calendrier
- Evaluation

Allier

ADULTES

Chaque action est présentée sous forme de fiches actions comportant les items suivants :

- N° et intitulé de la fiche action
- Objectif (s) stratégique(s)
- Objectifs opérationnels et modalités de mise en œuvre
- Pilote
- Partenaires
- Evaluation
- Délai de réalisation

2.7 - OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA

→ Le schéma de l'Allier Enfants ne contient pas d'élément de méthode et de suivi de la mise en réseau du schéma

→ Concernant le schéma de la Haute Loire Adultes, dans la rubrique « les constats et les conséquences », il est évoqué un comité de suivi du schéma sans que le suivi du schéma ne fasse l'objet d'une action à part entière.

→ Dans les autres schémas (Cantal, Puy de Dôme, Haute Loire Enfants et Allier Adultes), une méthode de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma est indiquée.

- Selon les départements, cette dernière occupe une place différente :

CANTAL : ELLE FAIT L'OBJET D'UNE FICHE ACTION « METTRE EN PLACE UN COMITE DE SUIVI DU SCHEMA ».

Puy de Dôme : Elle fait l'objet d'une orientation commune aux enfants et adultes. Le schéma ne présente aucun élément sur la composition du comité de pilotage.

Haute Loire (enfants) : elle est présentée sous la forme d'une fiche action.

Allier (adultes) : La dernière partie du schéma intitulée « méthode de travail » est destinée à organiser la mise en œuvre du schéma selon une méthode « travailler ensemble : une règle de jeu pour une qualité de service.

Les éléments de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des schémas présentent des degrés de précisions différentes, toutefois, 3 données se retrouvent dans plusieurs schémas : ◆ la constitution d'une instance de pilotage, ◆ la mission de cette dernière et ◆ l'étude de l'avancement du schéma :

63

- Constitution d'un **comité de pilotage** du schéma départemental décliné en fonction de chacune des autorités compétentes
- La **mission** de pilotage est de faire le point sur l'application, la mise en œuvre du schéma dans le champ de compétence de chaque autorité, de mesurer les écarts entre les objectifs et les réalisations effectives puis de procéder aux adaptations nécessaires au vu des difficultés rencontrées
- Chaque année, le Comité de pilotage doit examiner l'état d'**avancement** du schéma afin que le Comité départemental consultatif des personnes handicapées puisse être informé.

43

■ un **comité technique de suivi du schéma** est constitué dès sa signature et est chargé de la mise en place et de l'évaluation du schéma.

- Il est composé de représentants des administrations, représentants des organismes financeurs, représentants d'associations, représentants des établissements et services médico-sociaux, personnes qualifiées
- Il a une **mission** de veille, d'alerte et d'impulsion.
 - Il est constitué à l'initiative de la DDASS de la Haute Loire.
 - Une lettre de mission doit préciser les objectifs du Comité Technique de Suivi.
 - Le Comité peut s'inscrire dans le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées.
 - Le Comité doit faire une programmation de la mise en œuvre du

03

- L'instance : le **Comité de pilotage** présidé par le Président du Conseil Général ou son représentant
- Une instance permanente de la concertation, lieu de débat et de participation des acteurs de terrain présidée par le Vice Président et associant les partenaires, les réflexions formalisées à partir de groupes de travail créés par cette instance sont transmises au Comité de pilotage pour suite à donner.
- Une méthode : l'appel à projets, le cahier des charges, la mutualisation des fonctions et la cohérence territoriale
- Une **évaluation** à mi parcours et en fin de schéma
- Une information : « le journal du schéma » et le **rapport annuel de l'avancement** des travaux

15

- **Comité de suivi**
- Comité de suivi du schéma
- Production d'un Compte-rendu écrit
- **évaluation** annuelle (sans précision)
- Rapport d'activité
- Bilan annuel
- Nombre de consultations
- Evaluation interne
- Suivi de schéma etc.

Rappel : Les services de chaque Conseil général ont pu compléter les informations relatives au suivi et à l'évaluation à l'issue de leur entretien avec le CREAHI; ces compléments ont été portés en bleu dans les fiches signalétiques.

3EME PARTIE LECTURE COMPAREE PAR DOMAINES D'ACTION DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX

Légende : O = Objectif / A = Action

3.1. ENFANCE - PETITE ENFANCE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|---|
| 63 Enfants | <ul style="list-style-type: none"> - Compte tenu du nombre annuel de naissance, insuffisance du dispositif actuel en matière de prévention et de prise du handicap pour les 0-6 ans - Pas de prise en charge systématique malgré le repérage à la naissance. - Pas de direction obligatoire vers le CAMSP de tous les enfants à risque - Des enfants isolés qui ont une seule prise en charge sans réel accompagnement - Pas de repérage précis à l'échelon départemental des enfants susceptibles de présenter une déficience. - Des délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous au CAMSP (3 mois) ou au CMPP (5 mois) - Un manque important d'équipements et de professionnels subsiste à Ambert. Les familles sont contraintes de se déplacer à Clermont Ferrand. - Pas de pédiatre à Thiers, Ambert et Issoire et des manques importants sur l'axe St Eloy-Ardes-sur- Couze. - Pas de prise en charge de l'appareillage au regard de la surdité faute de praticiens en libéral. | <ul style="list-style-type: none"> O Renforcer le rôle de centre ressources fédérateur du CAMSP en coordonnant les diagnostics et les prises en charge précoces à partir de réseaux d'experts clairement identifi es par : A Le recrutement d'un médecin directeur à temps plein A Couverture complète du département A Renforcer l'articulation entre le CAMSP polyvalent et les centres ressources sp ecialis es. O Recentrer le CMPP sur la prise en charge d'enfants ne présentant pas de déficience intellectuelle O Améliorer les diagnostics et les prises en charge précoces en développant les réseaux et en renforçant la coordination : A Par le repérage des enfants en difficultés d'ordre psychosociales en organisant un réseau entre les institutions concernées et en mettant en place un coordonnateur de réseau (PMI) A Par l'accès aux soins des enfants en difficultés d'ordre psychosocial (travail conjoint CMPP/CAMSP/pédopsychiatrie pour organiser les réponses |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <ul style="list-style-type: none"> O Développement de l'intervention pr ecoc e à domicile et de l'intégration scolaire : A développer l'offre en CAMSP (augmentation capacité de Moulins, ouverture d'un nouveau CAMSP à Vichy, Consolider le CAMSP de Montluçon) O Accompagnement dans le milieu ordinaire : A créer un accueil de jour pour enfants polyhandicapés de 0 à 6 ans dans le secteur de Montluçon en liaison avec le CAMSP, les CMP et les SESSAD |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 Enfants | <p>Le Cantal, dans le domaine médico-social, dispose d'une offre de service pour les enfants qui quantitativement, le situe entre la moyenne régionale et la moyenne nationale, c'est-à-dire proposant une offre quantitativement en relation avec les effectifs de population, mais ces données chiffrées doivent être examinées du point de vue de la réponse qualitative aux besoins.</p> | <ul style="list-style-type: none"> O Assurer une réponse de proximité sur l'ensemble du territoire A Mettre en œuvre une territorialisation pour organiser au niveau de chaque arrondissement les consultations et les soins du CAMSP et du CMPP, en s'appuyant sur les Maisons de l'autonomie. A Organiser un travail commun entre services sur les territoires, pour l'appréciation des besoins des enfants, en s'appuyant sur les Maison de l'autonomie. Dans un territoire à faible densité de population, où il est difficile d'ouvrir des services permanents, il est souhaitable que les services se rapprochent des usagers pour faciliter les actions de prévention, de dépistage pr ecoc e, particulièrement pour les enfants. O Soutenir les aidants A Former les professionnels assurant l'accueil d'enfants dans des structures périscolaires : Centres de Loisirs Sans Hébergement et modes de gardes collectifs de la petite enfance. L'intégration des enfants présentant des handicaps passe par leur acceptation dans les différentes sphères sociales. Les professionnels avec qui ces enfants sont en contact facilitent cette intégration dans la mesure où ils sont sensibilis es à la problématique du handicap. |

3.2. SCOLARITE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|--|
| 63 Enfants | <p>La qualité de l'intégration scolaire sur le département nécessite de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la précocité de l'identification des handicaps pour agir en faveur d'une intégration sociale et scolaire précoce adaptée aux besoins et attentes des familles et enfants concernés. - Rendre réellement accessible le processus d'intégration scolaire par : <ul style="list-style-type: none"> *l'élaboration systématique d'un projet pédagogique spécifique au sein des établissements scolaires *la création renforcée d'unité d'intégration *l'adaptation des conditions d'accueil individuel - Rendre plus lisible le parcours de l'enfant handicapé dans le processus d'intégration scolaire et/ou d'orientation en milieu spécialisé et renforcer la mise en réseau des différents acteurs accompagnant ce processus - Les SESSAD n'ont pas de moyens suffisants pour répondre à l'ensemble des sollicitations. - Nécessité de réfléchir en termes de systèmes de financement adaptés aux évolutions en cours | <p>O Mettre en place un accompagnement à la vie sociale et professionnelle des lycéens et étudiants pour faciliter l'accès à l'enseignement supérieur dans une formation qui conduise à un emploi en milieu ordinaire au sein de l'agglomération clermontoise (Handi-sup)</p> <p>O Favoriser l'insertion scolaire en milieu ordinaire :</p> <p>A en renforçant la sensibilisation aux handicaps des Auxiliaires de vie scolaire</p> <p>A en développant les projets d'intégration individuels de l'enfant en renforçant la formation au sein du dispositif de droit commun ainsi que le partenariat autour de la convention d'intégration + en prévoyant des réunions de régulation + en associant les familles</p> |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>O Pour l'accompagnement dans le milieu ordinaire, organiser et mutualiser les plateaux techniques des SESSAD existants sur chacun des territoires de Vichy, Moulins et Montluçon notamment en :</p> <p>A créant des places de SESSAD pour polyhandicapés</p> <p>A mutualisant les moyens des SESSAD par territoire (locaux personnels spécialisés médicaux et para médicaux)</p> <p>A renforçant la mutualisation des moyens existants en accompagnement LSF et LPC les sections SESSAD pour déficients auditifs en cohérence avec la création d'une CLIS 2</p> |
| 43 Enfants | <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de renforcer la précocité de l'identification des handicaps pour agir en faveur d'une intégration sociale et scolaire précoce, adaptée aux besoins et attentes des familles et des enfants concernés. - Nécessité de rendre réellement accessible le processus d'intégration scolaire <ul style="list-style-type: none"> > l'élaboration systématique d'un projet pédagogique > la création renforcée d'unités d'intégration > l'adaptation des conditions d'accueil individuel - Nécessité de rendre lisible pour les parents le parcours de l'enfant handicapé dans le processus d'intégration scolaire et/ou orientation en milieu spécialisé, renforcer la mise en réseau des différents acteurs accompagnant ce processus Ces préoccupations convergent avec elle du groupe Handiscol, ce qui renforce la nécessité d'une étroite articulation avec ce dernier. Cette situation engage à mener une démarche transversale pour aborder certains aspects afin que la réalisation du schéma comme les orientations handiscol ne se heurtent pas à d'hypothétique transfert de charge. | <p>O Articuler étroitement schéma médico-social et plan handiscol</p> <p>Dans le cadre d'un dispositif de concertation et d'harmonisation, assurer l'articulation nécessaire entre mise en œuvre du SROMS et mise en œuvre des préconisations handiscol</p> <p>Ce dispositif aurait en particulier pour vocation à intervenir dans le cadre :</p> <p>A de l'articulation entre l'adaptation de l'équipement départemental et l'adaptation et la diversification de l'offre d'intégration scolaire (y compris d'apprentissage professionnel)</p> <p>A du développement de la transversalité de l'information, de la mise en réseau des professionnels, de la lisibilité par les familles des parcours de l'enfant, de leur implication dans les processus de mise en œuvre.</p> <p>Concrètement il s'agirait de renforcer l'intégration scolaire en milieu ordinaire par :</p> <p>A Un travail en partenariat entre l'école, la CDES, les équipes de SESSAD en milieu ouvert ou en classes intégrées</p> <p>A Les orientations de la CDES (sur critères de handicap ou de comportement) doivent se faire à partir des besoins de l'enfant et non des motifs économiques.</p> |
| 15 Enfants | <p>La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pose comme principe que tout enfant doit être inscrit dans l'école la plus proche de son domicile, la réponse médico-sociale intervenant alors sur un mode substitutif. Ce point représente un axe majeur de la politique du handicap, dans un contexte d'évolution des besoins et des attentes des familles.</p> | <p>O Assurer une réponse de proximité sur l'ensemble du territoire</p> <p>A Poursuivre l'ouverture des classes nécessaires pour la scolarisation des enfants</p> <p>Il est souhaitable, pour répondre aux exigences d'intégration que les enfants trouvent pour leur scolarisation les classes adaptées à leur situation de handicap</p> |

3.3. FORMATION PROFESSIONNELLE/ INSERTION PROFESSIONNELLE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|---|
| 63 Enfants | <ul style="list-style-type: none"> - Les IMPRO ne répondent pas tous aux besoins des jeunes. L'éventail de l'enseignement professionnel est insuffisamment élargi et ne propose que très peu de débouchés. - Les IMPRO sont vécus plutôt par leur mode de prise en charge qu'à travers un type de formation professionnelle. - Le choix des formations doit s'élargir. Cela implique de tisser des liens avec d'autres organismes et structures prenant en compte la proximité et la nature des formations. - Il faut mettre en œuvre des espaces de rencontre entre les acteurs. <p>Tout ceci montre aussi la nécessité d'un service d'accompagnement pendant la vie professionnelle.</p> | <ul style="list-style-type: none"> O Poursuite de la création de dispositifs d'UPI en lycée professionnel O Considérer la formation et l'insertion professionnelle pour la tranche d'âge 16-25 ans O Mettre en œuvre avec les différents partenaires une palette de formations professionnelles adaptées O Doter le département de services d'accompagnement à la vie professionnelle |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | <ul style="list-style-type: none"> O Développer les services d'accompagnement à la vie sociale : A Création d'un dispositif d'intégration et d'accompagnement à la vie professionnelle soit en milieu ordinaire soit en milieu protégée pour les PH mental ou psychique et retard mental associé dans l'agglomération clermontoise |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <ul style="list-style-type: none"> O Mettre en place un accompagnement vers l'emploi des sortants d'IME A Etudier la mise en place de modules de ré entraînement au travail en liaison avec le CRP, les IME pour les sortants et les ESAT A Projet d'accompagnement médico-social favorisant le maintien des acquis des sortants d'IME en attente d'une orientation en milieu ordinaire ou de travail protégé A Etudier les modalités de partenariat permettant aux jeunes de l'ITEP de bénéficier des équipements des ateliers IME-IMPRO et/ou des équipements des lycées d'enseignement professionnel |
| 03 Adultes | - Forte demande autour de l'emploi et du travail | <ul style="list-style-type: none"> O Faciliter l'accès à la cité des PH pour leur permettre d'accéder à tous les dispositifs de droit commun en lien avec la MDPH =Faciliter l'accès des PH à l'emploi en : A Ouvrant des postes réservés dans les services publics A Introduisant une clause de sauvegarde dans les marchés publics afin que les entreprises candidates soient en conformité avec la règlement sur le travail des PH A Incitant les entreprises candidates à embaucher des PH pendant le temps de la mission A Ouvrant certains marchés publics en direction des ESAT A Incitant les ESAT à se regrouper pour pouvoir répondre aux marchés publics O Offrir une réponse adaptée aux PH psychiques A Promouvoir les activités professionnelles adaptées en développant les modalités de travail adaptées en lien avec le référent insertion professionnelle de la MDPH |
| 43 Enfants | -Il n'existe pas de réseau formalisé pour développer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes handicapés du département quel que soit le handicap. | <ul style="list-style-type: none"> O Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau = Renforcer l'insertion professionnelle en milieu ordinaire par des mises en réseau : A Création d'une section d'IRPRO par l'IR Chavaniac-Lafayette A Redéploiement d'une section d'IMPRO du Casia A Formaliser, développer un réseau de formation et d'insertion préprofessionnelle et professionnelle pour déficients moteurs |

| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">15 (enfants et adultes)</p> | <p>Pour les adultes, l'intégration passe en particulier par l'activité de travail. On note que dans le Cantal, les personnes ayant une reconnaissance « travailleurs handicapés » représentent entre 7% et 10,4% des demandeurs d'emploi selon les catégories de l'ANPE.</p> <p>Pour améliorer l'emploi des PH il faut : Développer des approches individualisées. Convaincre des entreprises, d'embaucher des travailleurs handicapés.</p> <p>Le constat est fait d'un fort cloisonnement entre le médico-social et les entreprises.</p> <p>Il faut également considérer les situations de personnes dont la gravité du handicap ou ses particularités ne permettent pas d'exercer un travail à temps complet. Ces populations doivent trouver d'autres modalités d'intégration, et des réponses spécifiques à leurs besoins.</p> | <p>O Développer des réponses de qualité dans le milieu protégé et dans le domaine de l'insertion professionnelle</p> <p>A Mettre en place un référent par personne handicapée. La multiplication des intervenants présente un risque d'atomisation du suivi, la mise en place d'un référent unique assure une continuité et une cohérence. Ce référent est un professionnel désigné par une équipe ou un réseau, il est en contact avec l'utilisateur, joue un rôle d'intermédiaire et de coordination, et il est garant du projet. Ce professionnel référent est identifié de la personne handicapée et de sa famille qui le sollicitent en cas de besoin.</p> <p>A Développer un observatoire du travail des personnes handicapées adultes. Tableaux de bord de suivi des taux d'occupation des ESAT en relation avec le suivi statistique de la CDA. Outil de suivi des listes d'attente par catégorie d'orientation et d'établissement (amendement Creton) Rassembler l'information sur les dispositifs, les outils destinés à accompagner les personnes handicapées vers l'emploi. Rendre cette information disponible sur la borne de l'AGEFIPH.</p> <p>O Promouvoir l'intégration dans le domaine du travail</p> <p>A Favoriser les interactions entre milieu médico-social et les entreprises. Mettre en oeuvre des actions visant l'intégration des personnes handicapées dans l'emploi nécessite des échanges entre milieu protégé et monde des entreprises.</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir les critères d'employabilité partagés par les différents secteurs de l'emploi et du médico-social - favoriser la circulation des salariés entre monde protégé et entreprises sous la forme d'expérimentations - développer des emplois pour personnes handicapées dans des secteurs porteurs - ouvrir les dispositifs de l'insertion aux personnes handicapées <p>O Développer des réponses de qualité pour les personnes handicapées psychiques</p> <p>A Développer l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques Un accueil en ESAT spécialisé est déjà effectif dans le Cantal (création de place) il y a lieu de le développer. D'autres solutions en milieu ordinaire sont à promouvoir en parallèle.</p> |

3.4 LOGEMENT

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------|--|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | Le département est intervenu en 2005 dans 13 cas pour l'adaptation d'aide au logement. | <p>O Faciliter l'accès à la cité des PH pour leur permettre d'accéder à tous les dispositifs de droit commun en lien avec la MDPH :</p> <p>A Favoriser l'accès aux logements de droit commun en développant des programmes d'action notamment en lien avec l'office d'HLM et le Conseil Général dans le logement social et dans le privé</p> <p>O Offrir une réponse adaptée aux PH psychiques :</p> <p>A Proposer des modalités de logement adaptées à la situation des PH psychiques</p> |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | NON RENSEIGNE | <p>O Favoriser l'accès au logement des personnes handicapées</p> <p>A Connaître les ressources en logements adaptés dans le parc public Cet accès au logement nécessite en amont une bonne connaissance du parc immobilier et des logements adaptables et/ou accessibles. Ceci suppose un partenariat avec les bailleurs.</p> |

3.5 LA VIE A DOMICILE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------|---|---|
| 63 Enfants | <p>Dans le cadre du maintien à domicile, l'accompagnement doit s'effectuer en termes d'intégration avec des relais en terme d'apprentissage à la maison avec des spécialistes. Réflexion mutualisation commune Autisme action - GEIST 21 et AFM.</p> <p>L'aide à domicile pour les PH est peu importante au regard du nombre de personnes bénéficiaires de l'AAH ou d'une pension d'invalidité.</p> <p>L'aide à domicile doit jouer un rôle complémentaire par rapport à l'offre d'hébergement. Elle doit assurer pleinement un soutien aux familles. Concernant les SAVS, les besoins repérés concernent essentiellement les jeunes adultes en provenance du dispositif médico-social enfants et la prestation de compensation du handicap devrait augmenter la demande d'aide à domicile.</p> | <p>O Poursuivre le développement de l'aide à domicile pour les PH notamment par les associations et les CCAS</p> <p>O Développer les services d'accompagnement à la vie sociale :</p> <p>A Pour les personnes handicapées psychiques à Clermont Ferrand et sa couronne (Association Espérance 63 - SAJAS et autres associations et SAVS existants)</p> <p>A Pour les adultes avec autisme ou troubles envahissants du développement avec accueil possible en journée sur l'agglomération clermontoise</p> <p>A Pour les adultes handicapés moteurs (APF)</p> |
| 63 Adultes | <p>- Prioriser le maintien à domicile en tenant compte de l'intégration de la vie scolaire</p> | <p>O Améliorer la prise en charge à domicile :</p> <p>A en développant les partenariats afin d'éviter les morcellements des prises en charge</p> <p>A en rendant possible la double notification (prise en charge simultanée et complémentaire)</p> <p>O Valider la coordination d'un ensemble d'actions par un SESSAD</p> <p>O Redéfinir la notion de secteur géographique d'intervention</p> <p>O Développer la polyvalence</p> |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | <p>Le nombre de bénéficiaires de l'AAH est en augmentation avec une majorité de femmes. En outre, parmi ces bénéficiaires, un nombre important ont une charge de famille.</p> <p>Les cantons les plus peuplés de bénéficiaires AAH MSA sont Chantelles, Montluçon et Yzeure.</p> | <p>O Favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées.</p> <p>= Développer la prise en charge assurée par les associations d'aide à domicile « têtes de réseau » selon 3 principes : la diversification ; l'évolution ; la complémentarité</p> <p>Les modalités de mise œuvre sont :</p> <p>A l'accompagnement à la réorganisation des services par la rédaction d'un appel à projet répondant à un cahier des charges prévoyant l'ensemble de ces évolutions.</p> <p>A déterminer avec les services à domicile les manques en personnel en nombre et en qualification par une étude exhaustive des besoins. Il s'agit de doter les têtes de réseaux d'une équipe de professionnels.</p> |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <p>43 Adultes</p> | <p>- L'importance du maintien à domicile est difficile à appréhender au niveau départemental même si la Haute Loire se situe dans la tranche haute en nombre de bénéficiaires de l'aide sociale en faveur des personnes handicapées à domicile.</p> <p>- Le département à population rurale et géographiquement isolé a eu tendance jusqu'à récemment de maintenir les adultes handicapés au sein des familles.</p> <p>- Un certain nombre de PH ont été « découvertes » lors de l'apparition de la dépendance chez leurs parents.</p> <p>- Pour la prise en charge à domicile, les moyens du département sont peu importants.</p> <p>- La gestion des situations d'urgence (situations de crise...) manque de rationalisation et d'efficacité, notamment concernant l'accompagnement des familles, la formation des professionnels de santé qui interviennent à domicile, et l'orientation dans un établissement adapté.</p> | <p>O Observer et recenser la population des personnes handicapées</p> <p>A Suivi des personnes reconnues handicapées vivant à domicile à partir de leur passage devant la COTOREP et des personnes handicapées « perdues de vue »</p> <p>A Elaboration du périmètre de l'étude et les moyens pour sa mise en œuvre</p> <p>A Mise en place d'un groupe de projet chargé de construire un support permettant de collecter l'information de façon uniforme sur l'ensemble du département, désigner la personne en charge de l'exploitation des données et décider la méthode utilisée pour faire connaître les attentes des PH</p> <p>A Identifier les personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents</p> <p>*réaliser une enquête afin d'identifier cette population et réaliser une représentation cartographique de la situation</p> <p>*identifier des solutions permettant la gestion des situations de crise pour ces personnes</p> <p>O Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration de la cité</p> <p>= Disposer d'un dispositif réactif permettant de renforcer l'accompagnement des personnes handicapées à domicile</p> <p>A Définir la notion d'urgence et élaborer des cas types de réponses à apporter</p> <p>A Identifier les différents besoins des personnes handicapées vieillissantes</p> <p>A Recenser l'ensemble des types d'accompagnement souhaitables à domicile et identifier les réponses possibles</p> <p>A Déterminer les caractéristiques opérationnelles pour l'accompagnement des familles dans la gestion de crise et lister les différentes réponses possibles en face des profils de besoins définis</p> <p>A Communiquer auprès des acteurs et des usagers sur le dispositif de ces modes de prise en charge</p> <p>A Encourager l'inscription des réponses au vieillissement dans l'actualisation des projets d'établissements</p> |
| <p>15 (enfants et adultes)</p> | <p>Dans l'esprit de la loi n°2005-102, les personnes handicapées doivent être accompagnées vers plus d'autonomie : le logement indépendant fait partie de cette démarche. Intégration dans le projet de vie de la personne.</p> | <p>O Favoriser l'accès au logement des personnes handicapées</p> <p>A Accompagner les personnes handicapées vivant en famille dans une recherche de logement autonome</p> |

3.6 ACCESSIBILITE A LA CITE :

3.6.1 ESPACES ET EQUIPEMENTS PUBLICS (VOIRIE, TRANSPORTS, BATIMENTS PUBLICS, PARCS ET JARDINS)

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|---|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>O Développement de la prise en charge à domicile :</p> <p>A Adapter les modes de transport (accessibilité aux handicapés)</p> <p>A Organiser la desserte des zones rurales et la prise en charge des coûts liés à la ruralité</p> <p>O Mettre en cohérence le projet architectural avec les projets d'établissement qui ont été revu au regard de la loi 2005-102 :</p> <p>A Reconstruction ou restructuration de plusieurs IME</p> |
| 03 Adultes | <p>- Réelle nécessité de rendre les établissements accueillant des PH accessibles.</p> <p>- Certaines rénovations attendent longtemps et les améliorations sont souvent aléatoires, limitées à quelques remises aux normes lors des restructurations.</p> | <p>O Rendre accessible les <u>locaux</u> pour les PH vieillissantes conformément à la nouvelle réglementation de la loi 2005-102</p> <p>O Optimiser l'offre existante des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes handicapées :</p> <p>= Moderniser le <u>bâti</u> :</p> <p>A Mettre aux normes de sécurité les établissements</p> <p>A Résorber les chambres à 2 ou 3 lits</p> <p>A Mettre les chambres aux normes de confort et d'accessibilité</p> <p>A Elaborer un cahier des charges départementales précisant les normes et orientations d'une architecture pertinente</p> <p>O Faciliter l'accès à la cité des PH pour leur permettre d'accéder à tous les dispositifs de droit commun en lien avec la MDPH :</p> <p>= Développer des <u>transports</u> adaptés en milieu urbain et rural avec le réseau de transport public dans le cadre du plan départemental en :</p> <p>A Intégrant les transports à la demande</p> <p>A Soutenant les initiatives prises dans ce domaine par des villes ou des communautés de communes</p> <p>A Ouvrant ces transports adaptés à tous les publics fragiles ou en difficulté d'autonomie</p> <p>= Aider les communes à développer des plans communaux d'accessibilité et orienter certaines subventions du Conseil général en direction des communes pour aménager les voiries, la signalétique, l'accès aux commerces, lieux publics et lieux de loisirs</p> |
| 43 Enfants | Ensemble de gaspillage de moyens matériels, en personnel et financiers concernant l'ensemble des déplacements des usagers | <p>O Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau</p> <p>= Rationaliser le transport spécialisé par une mutualisation inter associations des moyens matériels, humains et financiers :</p> <p>A Evaluer dans le secteur du Chambon les besoins communs aux 6 structures.</p> <p>A Mettre en place sur l'ensemble du département une action de transport coordonnant les compétences de l'Etat et du département en associant avec l'Assurance maladie et sur le bassin du Puy, la communauté d'agglomération afin de créer un service adapté et fonctionnel</p> |

| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">15 (enfants et adultes)</p> | <p>Le principe de l'intégration des personnes handicapées, réaffirmé avec force par la loi handicap, nécessite pour être mis en oeuvre des adaptations de l'environnement afin que les personnes en situation de handicap puissent circuler sans obstacle dans l'espace public. La mise en accessibilité des transports, des espaces publics et des bâtiments doit être réalisée en 2015.</p> <p>Mais la mise en accessibilité requiert au préalable un travail transversal sur le handicap avec les divers acteurs économiques et sociaux, associant des représentants de personnes handicapées, et visant leur information, leur sensibilisation pour développer leur compréhension des problématiques du handicap dans leur diversité.</p> <p>La mise en oeuvre de cette accessibilité se développe dans les bassins de vie, elle nécessite des concertations à l'échelle des territoires, et requiert une implication forte d'un acteur devenu essentiel pour les personnes handicapées, la MDPH.</p> | <p>O Développer l'accessibilité des établissements et services</p> <p>A Suivre la mise en oeuvre des obligations de la loi 2005. Produire périodiquement un rapport d'étape concernant l'état d'avancement de la mise en application de la loi dans le Cantal</p> <p>A Développer un accueil de qualité des personnes handicapées dans les organismes accueillant du public. Mise en place d'une Formation d'un salarié ou agent par service pour une sensibilisation à l'accueil des personnes handicapées</p> <p>A Poursuivre la mise en accessibilité des établissements scolaires. Faire un état des lieux de l'accessibilité des 23 collèges du département ; Définir une stratégie globale d'intervention ; Déterminer des priorités et une programmation des travaux de mise en accessibilité à réaliser.</p> <p>En ce qui concerne les écoles ou les groupes scolaires : Sensibiliser l'ensemble des acteurs et notamment les communes par une bonification de l'aide sectorielle dont les modalités seront définies en cohérence avec l'action.</p> <p>O Développer l'accès individuel aux transports</p> <p>A Lier le schéma des personnes handicapées au schéma des transports. La convergence des schémas permet une plus grande cohérence entre les actions. Les besoins en matière de transports des personnes handicapées seront pris en compte au sein du schéma des transports.</p> <p>A Solvabiliser les personnes handicapées ayant besoin de recourir à un système de transport individuel. Étudier différents dispositifs d'aide financière dans le cadre du plan de compensation pour faciliter le transport individuel depuis le domicile jusqu'au point d'arrivée des personnes («porte à porte»).</p> |

3.6.2 SPORTS, LOISIRS, CULTURE, VACANCES, LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------|---|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | La faible amplitude horaire des services de transport privés pour PH empêchent ces personnes d'avoir accès à la culture, au théâtre, au restaurant...autant de lieux de sociabilité et d'intégration dans la cité. | <p>O Favoriser le maintien à domicile des PH =Promouvoir une démarche d'aide à domicile inscrite dans un projet soutenant la présence de la PH dans la vie sociale locale</p> <p>O Faciliter l'accès à la cité des PH pour leur permettre d'accéder à tous les dispositifs de droit commun en lien avec la MDPH : =Favoriser l'accès aux loisirs, à la culture, aux sports et aux vacances en :</p> <p>A Mutualisant les initiatives et les expériences et les ouvrir à tous les types de handicap</p> <p>A Organisant ces accès dans une logique territoriale de proximité</p> <p>A Organisant avec les associations culturelles et de loisirs des manifestations locales et départementales autour de la PH</p> <p>O Offrir une réponse adaptée aux PH psychiques = Développer des lieux d'activités sociales et conviviales pour lutter contre l'isolement des PH psychiques</p> |
| 43 Enfants | Besoin de professionnels référents pouvant faire le lien entre le CLSH, la famille, les établissements et services médico-sociaux Manque d'animateurs formés aux spécificités du handicap | <p>O Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau Permettre l'accès aux loisirs et à la vie sociale par une formation adaptée à l'accueil des enfants handicapés en CLSH :</p> <p>A Création d'un poste de chargé de mission à l'intégration des personnes handicapées par la pratique des activités de loisirs</p> <p>A Création de postes de travailleurs sociaux et d'auxiliaires éducatifs de loisirs en CLSH</p> |
| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | Les besoins des personnes handicapées se manifestent dans les différents aspects de la vie. Pour y répondre, le Département favorise les actions qui prennent en compte ces besoins spécifiques et en diffuse l'information auprès des personnes handicapées. | <p>O conduire une politique d'intégration des personnes handicapées notamment dans le domaine des loisirs, de la culture, des sports.</p> <p>A Soutenir dans le cadre des projets de territoire les actions qui ont pour objectif l'intégration des personnes handicapées. le Conseil Général entend encourager les porteurs de projet qui en prenant en compte la diversité des handicaps mènent des actions intégrant les besoins des personnes handicapées en partenariat avec celles-ci et les organismes qui les représentent. Par délégation du Conseil Général, la Commission Permanente est chargée d'arrêter les modalités d'intervention des deux types d'aide suivants, qui pourront être combinés dans des conditions à définir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - une aide à la mise en oeuvre d'actions spécifiques visant à développer l'accès des personnes handicapées aux manifestations et aux pratiques culturelles, sportives et de loisirs ; à renforcer l'offre d'encadrement et d'accompagnement par des formations adaptées aux territoires et besoins ; à encourager le recours aux conseils de spécialistes lors de la conception de projets dans le but d'intégrer les besoins des personnes handicapées. - une aide à l'investissement permettant d'adapter les équipements à la prise en compte des besoins des personnes handicapées. <p>A Mieux identifier les équipements et les manifestations accessibles aux personnes handicapées : établir un guide départemental des équipements et activités de loisirs et à caractère sportif ou culturel, accessibles aux personnes handicapées.</p> |

3.6.3 ACTIVITE DE JOUR/ LIEU DE SOCIALISATION

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |

3.7 LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|--|
| 63 Adultes | <p>- Le vieillissement des personnes handicapées est un phénomène relativement récent. L'espérance de vie des personnes handicapées mentales a en effet triplé en 50 ans.</p> <p>- Un nombre élevé de personnes handicapées vieillissantes vit à domicile, souvent grâce aux soins de parents dont l'âge est lui-même de plus en plus élevé.</p> <p>Trois problèmes essentiels se posent pour les personnes en établissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des PH vieillissantes sont maintenues dans des lieux d'hébergement et de travail conçus pour des jeunes adultes - les structures de travail protégées doivent d'adapter pour fonctionner avec des travailleurs plus fatigables - le statut juridique de la PH vieillissante est ensuite affecté par les règles de l'assurance vieillesse en ce qui concerne tant le placement en établissement que le versement des prestations en espèces. | <p>O Adapter les réponses au vieillissement des personnes handicapées cf. 3.1 sur la diversité des modes d'accueil</p> |
| 03 Adultes | <p>-La population du département connaît un vieillissement marqué par la diminution de la population âgée de moins de 40 ans et une augmentation de la population plus âgée. L'arrondissement le plus âgé est celui de Vichy.</p> <p>-Le taux élevé d'incapacité est à mettre en relation avec le vieillissement de la population.</p> <p>-Suite à une demande de dérogation, des personnes handicapées vieillissantes sont accueillies dans des EHPAD.</p> | <p>O Avoir une meilleure connaissance des besoins des PH vieillissantes à partir de l'évaluation de la MDPH</p> <p>O Assurer une continuité de la prise en charge en développant une diversité de formules répondant au projet de vie de la PH et intégrant les soins nécessités par son état</p> <p>A Proposer de l'aide à domicile, des SAVS, des accueils de jour, des accueils temporaires, de l'accueil familial en mixant le cas échéant une ou plusieurs solutions :</p> <p>A Organiser l'orientation vers une autre structure mieux adaptée aux capacités de la personne</p> <p>A Permettre le maintien dans une même institution</p> <p>A Orientation en maison de retraite en veillant à l'accompagnement médico-social de la personne</p> <p>A Favoriser l'accueil familial en mobilisant des accueillants familiaux formés et spécialisés</p> <p>A Développer les formules innovantes pouvant accueillir simultanément les parents âgés et PH vieillissantes</p> <p>A Répondre aux besoins des PH vieillissantes par les FAM</p> <p>O Adapter et réviser les projets d'établissement pour intégrer la prise en charge des PH vieillissantes.</p> |
| 43 Adultes | <p>- Un nombre non négligeable de personnes handicapées qui habitent chez leurs parents très âgés ne sont pas connues ni des services sociaux ni de la COTOREP. Ce problème mériterait de pouvoir donner lieu à des investigations systématiques plus précises réalisées par les services sociaux et médico-sociaux de proximité.</p> <p>- Même lorsqu'elles sont connues des services, la situation de ces PH vivant à domicile reste précaire. Il n'existe aucune réflexion prospective de type individuel.</p> <p>Il serait souhaitable d'accompagner les familles en particulier lors des modifications de la situation des parents ou de la personne handicapée elle-même.</p> | <p>O Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité</p> <p>A Identifier les différents besoins des personnes handicapées vieillissantes selon leur profil à partir des études déjà réalisées</p> |
| 15 Adultes | <p>Le nombre des personnes handicapées qui franchissent l'âge de 60 ans est en augmentation : ceci résulte de l'augmentation générale de l'espérance de vie dont bénéficie l'ensemble de la population, et donc également les personnes handicapées. Les institutions qui prenaient en charge les personnes handicapées adultes se trouvent maintenant sollicitées pour accompagner ces personnes dans des âges plus avancés.</p> | <p>O Répondre aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées en tenant compte de leurs parcours individuels</p> <p>A Se doter d'outils pour améliorer la connaissance de la population handicapée âgée de plus de 50 ans en établissement et à domicile. Le regroupement des informations au sein de la Maison départementale des personnes handicapées permettra à cette instance de constituer une base de données indispensable pour planifier les réponses aux besoins des personnes handicapées.</p> <p>A Développer les activités sociales pour accompagner la fin d'activité professionnelle des travailleurs handicapés. Aménager la répartition temps de travail/activités sociales des personnes accueillies en ESAT. Concevoir des actions d'accompagnement des travailleurs handicapés en fin de carrière</p> |

3.8 PREVENIR ET LUTTER CONTRE LA MALTRAITANCE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|----------------------------|--|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Poursuivre les actions contre la matraiance :</p> <p>A S'assurer de la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002</p> <p>A Mise en place d'un comité départemental de prévention</p> <p>A Poursuivre la réflexion pour mettre en place des indicateurs et réaliser une évaluation</p> <p>A Création d'une antenne d'accueil et d'écoute type ALMA</p> <p>A Eviter l'épuisement des aidants et mettre en œuvre une politique à destination des aidants qui sont extrêmement sollicités et sont confrontés à des situations et des tâches auxquelles ils ne sont ni préparés ni formés</p> <p>A Mettre en place dans les établissements et dans les services à domicile accueillant des personnes handicapées ainsi qu'auprès des accueillants familiaux au titre de la prévention une série de mesures visant à sensibiliser à la « bientraitance » :</p> <p>* Une commission de lutte contre la matraiance et le développement de la bientraitance</p> <p>* Formations adaptées en lien avec les soins et prendre les soins</p> <p>* Echanges de bonnes pratiques, les savoirs faire et sur les évolutions des prises en charge.</p> |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | La lutte contre toutes les formes de maltraitance est une priorité nationale. Elle représente nécessairement la préoccupation première de l'ensemble des acteurs concernés par la mise en oeuvre des orientations du schéma : administrations, établissements et services. Les institutions départementales souhaitent qu'elle prenne toute sa place et, à cet effet, elles créent un Comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance. | NON RENSEIGNE |

3.9 AIDE AUX AIDANTS

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------|--|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>O Développer l'accueil de jour et l'hébergement temporaire à des publics spécifiques</p> <p>A identifier sur chaque zone les équipements de proximité susceptibles d'offrir un accueil de jour ou d'hébergement temporaire</p> <p>A définir et modéliser les procédures de prise en charge</p> <p>A évaluer quantitativement et qualitativement après une année les effets de cette action</p> |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Favoriser les formules permettant l'aide aux aidants</p> |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>A Créer un site d'hébergement temporaire pour les vacances et l'aide aux aidants pour répondre aux besoins du département</p> |
| 03 Adultes | Nécessité de permettre aux aidants familiaux de prendre des temps de répit (intégré dans le droit à compensation) | <p>O Développer l'aide aux aidants concernant les PH psychiques notamment avec :</p> <p>A la formation,</p> <p>A des groupes de parole</p> <p>A la rédaction d'un guide d'aide aux aidants</p> <p>O Offrir une réponse adaptée aux PH psychiques</p> <p>=Favoriser une aide aux aidants en incitant au développement de services adaptés aux problématiques des personnes (Groupe d'entraide mutuel, familles gouvernantes)</p> |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>O Promouvoir la participation des parents</p> <p>A Développer le soutien parental en offrant des modes d'écoute ponctuels pour les familles et des modalités d'accueil partiel ou temporaire aux enfants et adolescents concernés</p> <p>A Mettre en place une guidance parentale pour parents ayant de jeunes enfants sous la forme d'un groupe de parole animé par un cadre infirmier</p> |
| 43 Adultes | Une prise en charge de jour qui semble peu développée contrairement au reste de la France dans le cadre notamment de l'aide aux aidants. | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | NON RENSEIGNE | <p>O Soutenir les aidants</p> <p>A Aidants naturels : développer le répit des aidants à domicile (remplacement des parents)</p> <p>Dans le cadre du soutien à la parentalité et de l'aide aux aidants, des parents sont demandeurs de soutien à domicile. Solvabilisation majorée dans le cadre du plan de compensation pour l'intervention de professionnels spécialisés (formés au remplacement) au domicile de l'enfant.</p> <p>A Aidants professionnels : soutenir les assistantes maternelles accueillant des enfants handicapés.</p> <p>Le Cantal ne dispose pas de modes d'accueil collectif dans tous ses territoires ; ce sont des assistantes maternelles qui assurent ce service. Dans ce cadre, un soutien à ces professionnelles permet d'assurer une garde de qualité. Définir un protocole d'accompagnement incluant l'intervention d'équipes spécialisées</p> <p>A Actions d'aide aux aidants</p> <p>L'Union Départementale des Associations Familiales du Cantal fédère un projet pour la mise en place d'une action départementale d'accompagnement et de formation pour les aidants des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées. En complément des orientations fixées dans les schémas départementaux</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>Recrutement d'un chargé de mission Développer trois dimensions d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none">- la sensibilisation de l'aidant aux formes de prise en charge,- l'information collective thématique,- des actions de formation et d'écoute |
|--|--|--|

4EME PARTIE : LECTURE COMPAREE PAR ORIENTATIONS ORGANISATIONNELLES DES SCHEMAS DEPARTEMENTAUX :

4.1 DIVERSIFIER LES MODES D'ACCUEIL ET RENFORCER L'OFFRE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES EN FAVEUR D'UNE PLUS GRANDE SOUPLESSE DES PARCOURS DE VIE (EVALUATION, PRISE EN CHARGE PLUS ADAPTEE AUX BESOINS ET ATTENTES, ETC.)

Légende : O = Objectif / A = Action

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------|---|---|
| 63 Enfants | <p>Près d'un jeune handicapé sur 10 est âgé de 20 ou plus. D'ici à 2007 près d'un jeune sur 5 devrait rejoindre une structure médico-sociale pour adultes. Deux enfants handicapés sur cinq ne bénéficient pas d'une prise en charge totalement adaptée à sa situation (réorientation, prise en charge complémentaire, renforcement prise en charge...)</p> <p>Des prises en charge en passerelle seraient nécessaires avec les services de protection de l'enfance des établissements médico-sociaux et la pédopsychiatrie. Une prise en charge importante faite par les SESSAD mais insuffisante. Il n'existe pas de SESSAD prenant en charge les enfants polyhandicapés et la prise en charge des jeunes déficients moteurs ou déficient intellectuels demeure insuffisante.</p> <p>De plus en plus d'enfants présentant des troubles psychiques ou psychologiques sont pris en charge dans les établissements médico-sociaux du département. L'accueil de ces jeunes dans le dispositif s'accompagne de certaines difficultés dans la prise en charge. Ainsi, pour 46% des jeunes présentant ces troubles la prise en charge actuelle s'avère non adaptée (absence de certaines prestations ou nécessité de changer d'établissement).</p> <p>Les parents expriment beaucoup d'attente par rapport au développement des formules souples d'accueil temporaire en période de vacances ou de situations d'urgence.</p> | <p>O Favoriser l'adaptation aux handicaps spécifiques :</p> <p>A Conforter la prise en charge des <i>enfants autistes</i> en établissements en identifiant les besoins de places en internat et externat et de service ambulatoire, les équipements, les professionnels afin de créer une section spécialisée dotée de moyens spécifiques et articulée avec le pôle ressource autisme</p> <p>A Offrir des places adaptées pour les <i>enfants polyhandicapés</i> en établissements</p> <p>>En renforçant les moyens en personnel de soins et leur formation continue</p> <p>>Améliorer l'accueil des jeunes présentant un <i>handicap psychique</i></p> <p>>Etablir des liens de coopération entre les établissements psychiatriques et les établissements médico-sociaux pour l'accueil et le suivi des jeunes</p> <p>>Accentuer le travail en commun avec l'ASE</p> <p>>Création d'un centre de ressources et d'accueil permettant l'information et le soutien de professionnels de tous secteurs de l'enfance ainsi qu'un accueil pour séjour de rupture pour les adolescents</p> <p>A Mettre en place un dispositif de prise en charge pour <i>enfants souffrant de troubles sévères du langage</i></p> <p>>Réfléchir à un dispositif d'accueil collectif ainsi qu'à une prise en charge de proximité</p> <p>>Mettre en place un plateau technique ressource qui travaillerait en collaboration avec les SESSAD en place</p> <p>A Créer un service de placement familial spécialisé</p> <p>>La famille d'accueil serait rattachée à un établissement centre de ressources.</p> |
| 63 Adultes | <p>Concernant les établissements relevant de la compétence du conseil général, le nombre de places autorisées est équivalent aux besoins recensés.</p> <p>Concernant les établissements relevant de la compétence Etat, le nombre de places manquantes reste conséquent.</p> <p>La situation des personnes polyhandicapées demeure préoccupante sur le département en l'absence de création de places de MAS alors que le taux d'équipement est inférieur à la moyenne nationale et régionale.</p> <p>Le taux d'équipement en ESAT est supérieur à la moyenne nationale et sensiblement égale à la moyenne régionale.</p> <p>Le taux d'équipement départemental en FAH et FAP est supérieur à la moyenne nationale mais inférieur à la moyenne régionale.</p> <p>Le taux d'équipement départemental en FO est supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale.</p> <p>Le taux d'équipement en FAM est supérieur à la moyenne nationale mais inférieure à la moyenne régionale.</p> <p>Le taux d'équipement départemental en MAS est inférieur à la moyenne régionale.</p> | <p>O Promouvoir et développer comme mode de prise en charge l'accueil familial pour tous types de handicaps ne relevant pas d'un établissement de soins</p> <p>O Améliorer la qualité des projets de vie :</p> <p>A Pour les PH par maladie mentale ne relevant pas d'un établissement de soins avec une évaluation de la personne sur les plans de la vie sociale, professionnelle, de l'autonomie dans la gestion du logement et de l'aide à l'observance du traitement médical</p> <p>A Création d'appartements de coordination thérapeutique pour les adultes handicapés psychiques à Clermont (Association Espoir Auvergne)</p> <p>O Développer des réponses aux besoins ponctuels :</p> <p>A Promouvoir un dispositif d'accueil temporaire en week-end ou de courte durée à Rochefort-Sancy pour les PH vieillissantes vivant au domicile d'un parent ou en famille d'accueil + les PH en institution n'ayant plus de famille (ASPH Rochefort)</p> <p>A Création de structure d'hébergement temporaire pour les PH psychiques (Association Espoir Auvergne) à Clermont</p> <p>A Un dispositif d'accueil temporaire : externat et internat pour les adultes avec autisme ou troubles envahissants du comportement (Autisme action) dans l'agglomération Clermontoise</p> <p>A Création d'un lieu d'accueil d'urgence pour les adultes autistes ou handicapés moteurs (PF AFM)</p> |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | <p>Il faut tenir en outre compte de l'augmentation des sorties du milieu psychiatriques vers le dispositif médico-social 2006-2010 qui accroît les demandes d'orientation sur ces structures.</p> <p>Concernant l'accueil familial, bien que ces chiffres soient dans le Puy de Dôme importants, les familles sont vieillissantes ; les agréments nominatifs laissent supposer des disparitions prochaines de familles et les demandes nouvelles d'agrément restent très limitées.</p> | <p>A Structure d'accueil temporaire pour les PH atteintes de myopathies à Clermont et sa région + Saint Pourçain (Association Maladies rares)</p> <p>O Développer des structures innovantes :</p> <p>A Proposer des créations de structures souples et complémentaires aux ESAT pour les personnes handicapées par maladie mentale</p> <p>A Création de structure permettant une prise en charge médicalisée pour PH motrices très dépendantes et atteintes de maladies évolutives (APF) au sein du Puy de Dôme</p> <p>A Création d'hébergement durable pour PH psychiques à Clermont puis dans les autres villes du département (Association Espoir Auvergne)</p> <p>A Création de lieux de vie pour adultes avec autisme ou troubles envahissant du développement (Autisme action ou autre) au sein de l'agglomération clermontoise</p> <p>A Création de foyer occupationnel à caractère familial pour les PH moyens présentant une mobilité suffisante pour évoluer à l'extérieur au sein du Grand Clermont (Association AFAHM)</p> <p>O Créations ou extensions d'établissements :</p> <p>A Création de foyer appartement pour les PH travaillant en ESAT à Ambert (ADAPEI 63 section Ambert)</p> <p>A Extension d'un foyer occupationnel pour PH mentaux ou par maladie mentale à Scourdois - Saint Gervazy (Nid d'auvergne) et pour les PH prises en charge en famille d'accueil dans le Nord de Combrailles, zone Saint Eloy Les Mines (AEIAH de la Combraille)</p> <p>O Développer des services d'accueil de jour pour non travailleurs pour adultes handicapés travaillant en ESAT accueillis en foyer d'hébergement</p> <p>O Adapter les réponses au vieillissement des personnes handicapées :</p> <p>A Prise en charge en structure type EHPAD pour des PH motrices qui ne veulent plus rester à leur domicile ou dans les structures de type Foyer de vie.</p> <p>A Création de structure d'accueil à la Bourboule avec accueil temporaire</p> <p>A Accueil des handicapés mentaux en maison de retraite conventionnelle</p> <p>A Création d'une maison de retraite spécialisée à Saint-Sandoux</p> <p>A Création sur le bassin de Saint Eloy les Mines un foyer d'hébergement pour personnes handicapées vieillissantes</p> <p>A Diversification des hébergements institutionnels pour les travailleurs des ESAT vieillissants et futurs retraités</p> <p>A Développer des services d'accueil de jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Création pour les personnes handicapées psychiques âgées (Association Espoir 63 ou Croix Marine) > Création pour les adultes handicapés mentaux (Association L'Espoir) > Création pour les travailleurs des ESAT vieillissants et des résidents des foyers > Extension pour les adultes handicapés travaillant en ESAT accueillis en foyer d'hébergement (CAPPA) <p>A Création section foyer d'accueil médicalisé pour les adultes handicapés mentaux ou par maladie mentale vieillissants du Foyer occupationnel de Scourdois (Association Le Nid d'Auvergne)</p> |
| <p>03 Enfants</p> | <p>NON RENSEIGNE</p> | <p>Pour les enfants polyhandicapés avec syndromes autistiques :</p> <p>A Extension de la section autiste de l'IME de Lavault Sainte Anne</p> <p>A Création d'une unité à l'IME de Montord</p> |
| <p>03 Adultes</p> | <p>-La population de l'Allier est en phase de diminution avec une forte proportion de personnes âgées (supérieure à la moyenne nationale) et une augmentation du poids de la population handicapée dans la population active.</p> <p>- Il est difficile d'appréhender précisément quantitativement et qualitativement les situations de handicap.</p> <p>-En dehors de la situation dans les foyers d'hébergement, le taux d'équipement</p> | <p>O Offrir une réponse adaptée aux personnes handicapées psychiques :</p> <p>A Avoir une meilleure connaissance des besoins et des demandes des PH psychiques</p> <p>A Offrir une variété de services avec des projets de service et des équipes de professionnels formés à l'accueil des PH psychiques.</p> <p>O Optimiser l'offre existante des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur</p> |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | <p>du département en termes de places d'hébergement (MAS, FAM, Foyer occupationnels) est au dessus de la moyenne nationale.</p> <ul style="list-style-type: none"> -La capacité d'accueil des SAVS a augmenté entre 2001 et 2006. -Dans le même temps, les accueils de jour se sont développés soit en tant qu'entité autonome soit rattachés à un foyer. -Le département dénombre 47,8 places disponibles pour 10000 habitants âgés de 20 à 59 ans. ainsi, globalement et au regard des indications nationales, l'offre d'établissements et de services (en dehors des FH) semblent satisfaisante. -Cependant, si l'offre de service disponible répond à la demande concernant la déficience intellectuelle, elle n'intervient pas auprès du handicap psychique. Les formules de travail disponibles sont inadaptées à l'intégration des maladies psychiques dans des circuits traditionnels et incompatible avec le fonctionnement des ESAT dans lesquels prédomine la logique économique. -Un grand vide dans l'accompagnement des PH vieillissantes travaillant à temps partiel en ESAT -En outre, l'offre de service n'est pas ouverte sur l'aide à domicile et peu sensible à la logique territoriale. - Concernant l'accueil familial, le nombre de personnes agréées est inférieur au nombre de PH accueillies. La tendance est à la diminution. - Malgré une importante intervention d'organisation et de formation du personnel financée par l'Etat et le Conseil Général, le département ne dispose pas d'un dispositif d'aide à domicile performant orienté vers les PH. - un fonctionnement institutionnel sur le mode de la spécialisation qui privilégie les personnes déjà insérées dans un réseau associatif (logique de filière). -Manque de solutions alternatives pour les PH en cas de défaillance des aidants (volonté d'éviter l'hospitalisation) | <p>des personnes handicapées</p> <p>A Adapter l'offre d'hébergement existante en la diversifiant (accueil temporaire, accueil de jour et initier de nouveaux projets type SAMSAH) et en privilégiant des solutions de proximité</p> <p>O Développer et organiser les formules d'accueil temporaire</p> <p>A Rendre accessible à toutes des familles de handicap et sur chaque territoire des formules diversifiées d'accueil temporaire (création d'unités spécifiques, de places en établissements ou en famille d'accueil, expérimentation au domicile des PH, accueil sur les temps de week-end ou aux périodes de vacances)</p> <p>A Mettre toutes les formules d'accueil en synergie par la création d'une unité ressources qui serait chargée du développement et pilotage des solutions d'accueil temporaire</p> <p>O Développer et organiser les formules d'accueil familial</p> <p>A Structurer l'accueil familial sur le département en créant un ou des services médico-sociaux d'accueil familial qui promouvraient l'activité d'accueillant familial et la diversification des formules d'accueil (temps partiel, urgence, temporaire)</p> <p>A Développer le nombre d'accueillants familiaux</p> <p>A Diversifier les formules d'accueil (temps partiel, urgence, temporaire...)</p> <p>O Développer l'accompagnement à la vie sociale :</p> <p>A Mettre en conformité les SAVS existants avec le décret du 11 mars 2005</p> <p>A Renforcer les missions des SAVS (développement de l'autonomie, soutien à l'intégration sociale, coordination avec les autres actions à domicile)</p> <p>O Adapter l'offre de service aux situations de dépendance, développer la prévention :</p> <p>= répondre aux situations particulières des personnes lourdement handicapées relevant d'une grande dépendance ou d'un handicap lié à des troubles invalidants de santé par :</p> <p>A une adaptation des réponses médicalisées locales de type FAM, MAS et SSIAD</p> <p>A une offre de réponses adaptées et évolutives grâce à la prestation de compensation après l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH</p> <p>A la prévision de conventions avec des établissements et services à vocation nationale ou régionale pour réserver des places</p> <p>A l'adaptation de la prise en charge sur le plan de l'offre et sur le plan administratif</p> |
| <p>43 Enfants</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Le département de la Haute Loire offre un accueil majoritairement en internat (82,5%). L'enquête parents montre une demande de semi-internat sur le département. - Un tiers des enfants handicapés de la Haute Loire ne bénéficient pas d'une prise en charge totalement adaptée à leur situation. - Les études préalables mettent en évidence la nécessité de renforcer des prestations existantes et de mettre en place de nouvelles prestations. En outre, certains enfants n'ont pas de prise en charge adaptée et devraient changer d'établissement. - Les enfants polyhandicapés sont 65% à ne pas bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur situation. De même, les enfants souffrants de troubles psychiques sont 55% à ne pas bénéficier de prise en charge adaptée à leur situation. - Plus d'un enfant autistique sur deux a une prise en charge non adaptée à sa situation. Pour ces enfants, il est mentionné le manque d'encadrement éducatif et la nécessité de prise en charge passerelle. - Les déficients auditifs sont 30% à ne pas bénéficier d'une prise en charge totalement adaptée à leur situation. - Le département ne compte aucun équipement pour les déficients visuels. - Les principales prestations à renforcer sont l'accompagnement social et familial, les prestations de psychothérapeutes, d'orthophonistes, de psychologues et l'encadrement éducatif. - En ce qui concerne les nouvelles prestations à mettre en place, la prise en charge en passerelle avec d'autres structures a largement été plébiscitée. | <p>O Adapter prioritairement par redéploiement l'équipement départemental aux besoins et aux handicaps des enfants</p> <p>A Créer des structures pour déficients visuels et déficients auditifs pour les 0-20 ans</p> <p>A Transformer et adapter les agréments existants pour répondre aux handicaps repéré</p> <p>A Développer significativement l'offre de prise en charge des services ambulatoires (CAMSP, CMPP, SESSAD) sur les zones non couvertes en articulation étroite avec le développement d'une offre d'intégration scolaire (CLIS, UPI) afin d'assurer une adéquation des prises en charge par rapport aux handicaps constatés</p> <p>A Mettre en œuvre l'extension et la modification d'agrément du CMPP du Puy en Velay</p> <p>A Diversifier les modes de prises en charge pour offrir un nombre de places significatif en externat ou semi internat dans les établissements par une réduction des prises en charge en internat conformément aux attentes des familles pour se rapprocher de la moyenne nationale soit 50% de places en externat ou semi internat pour l'ensemble des places en établissements médico-sociaux du département</p> <p>A Adapter l'offre de prise en charge en développant le semi-internat pour les 6-16 ans</p> <p>A Créer des sections pour enfants autistes dans les établissements accueillant ce type de handicap avec un encadrement renforcé</p> <p>A Mettre en place un groupe de travail sur les prises en charge des enfants autistes</p> <p>O Envisager la création de structures (établissements ou services) :</p> <p>A un IME pour déficients intellectuels moyens et profonds avec section pour autistes sur la zone du</p> |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| | | <p>Puy (ADAPEI)</p> <p>A de SESSAD pour déficients intellectuels et/ou présentant des troubles du comportement sur les trois zones</p> <p>A Annexes de SESSAD pour déficients moteurs à Monistrol sur Loire et Brioude</p> <p>A Développer l'accès aux soins ambulatoires sur des zones géographiques non couvertes (Yssingeaux/ Le Chambon et Brioude) sous forme d'antennes du CMPP du Puy en Velay</p> <p>A Développer une structure de soins pluridisciplinaire pour enfants atteints d'un trouble spécifique du langage (dans les environs du Puy en Velay)</p> |
| <p>43 Adultes</p> | <ul style="list-style-type: none"> - La population de la Haute Loire est plus âgée que les autres départements français mais en augmentation. Les plus de 60 ans représentent ¼ de la population. - L'augmentation du nombre de bénéficiaires de l'AAH est très supérieure à celui de la région. - La capacité totale et moyenne de prise en charge est proportionnelle à la population et supérieure à celle des autres départements auvergnats. - Concernant les CAT et les ateliers protégés, le taux d'équipement est un des plus importants de la région et dépasse le taux national. Cependant, le nombre de places est insuffisant par rapport aux besoins. - Concernant les foyers d'hébergement, la Haute Loire dispose d'un équipement qui semble suffisant si on le compare au niveau national. - Le département présente la particularité d'avoir 7 foyers à double tarification et un seul foyer occupationnel. En outre la quasi-totalité des FDT se situent dans la moitié est du département. Le nombre de places en foyer occupationnel est insuffisant. - Le taux d'équipement en MAS est faible par rapport à celui de la région et du pays. - Le nombre de places en services de soins de suite et de réadaptation apparaît satisfaisant en Haute Loire. L'offre psychiatrique adulte provient exclusivement du secteur privé participant au secteur public hospitalier. - La prise en charge des célebro-lésés qui représentent une file active de 73 personnes par an constitue un problème particulier. Il serait nécessaire de créer un établissement pour accueillir ce type de public. - Une prise en charge de jour qui semble peu développée contrairement au reste de la France. - Un manque de solution alternative entre l'accueil strictement familial et l'hébergement en établissement. - Il serait souhaitable d'adapter l'offre de places à la demande en respectant les besoins spécifiques de chaque personne handicapée. | <p>O Pallier l'insuffisance des équipements recensés pour adapter et diversifier les prises en charge en diversifiant les modes de prises en charge innovante en établissement, notamment l'accueil temporaire et l'accueil de jour (publics visés : les personnes handicapées à domicile et leurs familles)</p> <p>A identifier les différents types de prise en charge à favoriser en listant avantages et inconvénients de chaque proposition</p> <p>A Rapprocher les travaux de ce groupe aux besoins identifiés lors des différentes enquêtes prévues dans les fiches actions précédentes</p> <p>A Elaborer un mode de tarification propre à chaque formule</p> <p>A Communiquer auprès des acteurs et des usagers du dispositif des modes de prise en charge</p> |
| <p>15 (enfants et adultes)</p> | <p>C'est la connaissance de l'évolution de la population handicapée qui permettra, au cours de la mise en œuvre du schéma de fixer des objectifs de création de places. Une attention particulière est dès à présent portée aux personnes handicapées motrices dont la prise en charge est moins développée sur le département.</p> | <p>O Favoriser l'ajustement de l'offre aux besoins</p> <p>A Programmer des créations de places en établissements et en services à domicile Non compris les projets de restructuration ou de transformation, il s'agit de 135 places supplémentaires réparties comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 places de SESSAD - 54 places d'accueil médicalisé - 35 places d'hébergement - 31 places d'ESAT. <p>O Répondre aux besoins liés au vieillissement des personnes handicapées en tenant compte de leurs parcours individuels</p> <p>A Diversifier l'offre d'hébergement pérenne. Étudier les diverses formes de réalisations possibles en fonction de la démographie : appartements éclatés, maison de retraite, spécialisée ou ordinaire, accueil familial, FAM. Adaptation des établissements existants</p> <p>A Développer l'accueil temporaire. Accueil temporaire adossé à des établissements et au sein de familles d'accueil, Accueil temporaire en relation avec l'accès à un logement autonome pour les adultes handicapés vivant avec leurs parents.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>O Développer des réponses de qualité pour les personnes handicapées psychiques</p> <p>A Développer des programmes expérimentaux « famille gouvernante ». L'insertion sociale d'une personne traitée pour une maladie d'origine psychique représente un enjeu majeur, pour prévenir le risque d'une rupture avec les réseaux de soutien, pouvant aller jusqu'à l'abandon du traitement. L'expérience des familles gouvernantes est une voie pour prévenir ces risques. Rassembler des expériences et étudier leur transfert dans le Cantal. Fédérer un projet autour de partenaires pour créer un dispositif de « famille gouvernante »</p> <p>A Ouvrir des appartements thérapeutiques. Les appartements thérapeutiques représentent un outil indispensable dans le secteur sanitaire pour la prise en charge des personnes handicapées psychiques. Ces appartements n'existent pas dans le Cantal. Cette proposition n'est pas exclusive du développement d'autres réponses plus institutionnelles en cours de réflexion, telles que celles portées par le foyer d'Espinassol ou, sous une autre forme, le recours à l'accueil familial thérapeutique. Appel à promoteur pour création d'un appartement thérapeutique. Agréer des familles pour l'accueil familial thérapeutique en lien avec les services de soins psychiatriques</p> |
|--|--|---|

4.2 LES SOINS

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------|--|---|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>A Création section foyer d'accueil médicalisé pour les adultes handicapés mentaux ou par maladie mentale vieillissants du Foyer occupationnel de Scourdois (Association Le Nid d'Auvergne)</p> <p>A Développer dans l'agglomération clermontoise les SAMSAH afin de favoriser le maintien à domicile pour des PH motrices qui ont besoin d'une prise en charge médicale (APF)</p> |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Faciliter l'accès aux soins des PH :</p> <p>=Permettre un meilleur accès aux soins des PH par :</p> <p>A Le développement du nombre de places de SSIAD réservées aux PH</p> <p>A Une organisation coordonnée par les établissements sanitaires des sorties d'hôpital qui permet d'assurer une complémentarité des prises en charge notamment en :</p> <p>*en organisant des partenariats avec la psychiatrie pour proposer des consultations et soutenir les personnes dans leur vie quotidienne</p> <p>*en développant des démarches collectives d'éducation à la santé à l'attention des PH et leur famille</p> |
| 43 Enfants | De nombreux enfants en difficultés d'ordre psycho sociales graves n'ont pas d'accès simple à des soins adaptés. Le CAMSP a surtout une orientation vers les pathologies organiques. | <p>O Permettre un accès à des soins adaptés à cette population fragile</p> <p>O Favoriser les interventions précoces articulées</p> |
| 43 Adultes | L'inadaptation de la réglementation des foyers à double tarification dans lesquels une partie des frais de prise en charge ne sont pas compris dans le forfait concernant les soins: ainsi les personnes prises en charge dans des établissements à tarification simple peuvent avoir accès aux soins au travers de l'assurance maladie et dans de meilleures conditions que pour les personnes prises en charge en foyer à double tarification. | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |

4.3 LES RESEAUX/PARTENARIATS, L'ARTICULATION SANITAIRE/ MEDICO-SOCIAL, LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|---|
| 63 Enfants | <p>-Tous les partenaires reconnaissent l'absence de mises en réseau formalisé même si des synergies et des collaborations existent déjà entre certains partenaires.</p> <p>-Nécessité de développer les réseaux interinstitutionnels et associatifs</p> <p>-L'objectif réaffirmé de développer les prises en charge de proximité, l'intégration scolaire et l'accès aux loisirs de proximité nécessite de s'inscrire plus nettement dans une démarche territoriale de coopération.</p> <p>-A 10-13 ans, des orientations vers le médico-social avec des pathologies installées restent souvent sans réponse ou avec des orientations par défaut.</p> | <p>O Concernant la scolarité, renforcer la concertation entre les différents partenaires par :</p> <p>A la visite des établissements médico-sociaux et des écoles par les acteurs de terrain</p> <p>A l'information et la formation sur les possibilités de chaque secteur en début d'année scolaire</p> <p>A l'institution de rencontres par bassin pour organiser le tissu local (type handiscol local)</p> <p>O Articuler les réflexions sur les modalités de prises en charge des jeunes adultes handicapés</p> <p>A Créer des groupes de travail mixte Etat CG pour la création d'établissement ou d'unités spécifiques de type FO, FAM ou MAS</p> <p>O Favoriser le décloisonnement des territoires par la mise en pace de réseaux inter institutionnels</p> <p>A Gérer par pôle géographique, mutualiser les outils et les moyens sur un territoire en identifiant les ressources de chaque territoire, équipements et services, compétences et les besoins non couverts</p> <p>A Identifier et développer les ressources en identifiant les centres de ressources existants + en organisant leur mise en réseau départementale et en facilitant leur accessibilité locale + en évitant les doublons en s'appuyant sur l'existant tout en développant des réponses de proximité</p> <p>O Favoriser la transversalité de l'information en développant le travail en réseau des professionnels</p> <p>= Favoriser les échanges sur les pratiques professionnelles en :</p> <p>A mettant en place des groupes de travail chargés d'organiser des séminaires, des temps de rencontre entre les équipes</p> <p>A élaborant des conventions de coopération</p> |
| 63 Adultes | <p>20% des personnes handicapées par maladie mentale en structure d'hébergement ont une prise en charge inadéquate.</p> <p>28% de la population des ESAT présentent une maladie mentale.</p> <p>Au sein du sanitaire, il est noté une diminution de la durée de séjour mais en même temps un accroissement des demandes. Ce manque de prise en charge se répercute sur le médico-social.</p> <p>Cette pression sur le médico-social est repérée par tous les établissements.</p> <p>Le médico-social vit une instabilité et une carence d'équipements et de techniciens. On a besoin de structures intermédiaires souples ; on raisonne trop en structure fixes et figées.</p> <p>Il faut rechercher une cohérence qui éviterait un morcellement des prises en charge.</p> <p>Un conventionnement devient un impératif entre Conseil général, hôpital et établissement.</p> <p>Connaissance très insuffisante de la personne et de son dossier avant l'admission en ESAT</p> | <p>O Mieux articuler soins/prise en charge médico-sociale en prenant en compte la maladie mentale dans les établissements dans le nord du département (AEIAH et autres).</p> <p>L'objectif est d'offrir une réponse équivalente en terme de soin et de prise en compte des personnes de façon uniforme sur le département sans pénaliser les usagers ou les établissements sous prétexte de leur position géographique.</p> <p>O Améliorer l'accueil dans les structures spécialisées</p> <p>= Articuler les schémas et programmes et rechercher une meilleure cohérence de l'action publique au niveau départemental et régional</p> <p>A Etablir de la transversalité</p> <p>A Construire des coopérations</p> <p>A Participer au développement de l'observation sanitaire et sociale départementale et régionale</p> |

| | | |
|------------|--|--|
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>A Evaluer les besoins de prise en charge des enfants présentant des troubles envahissants du développement et les modes de réponses adaptés en partenariat avec les services pédopsychiatrie et les structures médico- sociales de chacun des territoires du département.</p> <p>O Coopération avec les établissements de santé concernant les soins psychiatriques et l'accompagnement social et médico-social des enfants et adolescents en :</p> <p>A renforçant les équipes des secteurs de spychiatrie</p> <p>A renforçant les alternatives à l'hospitalisation</p> <p>A organisant un mode de prise en charge concerté entre les secteurs médico-sociaux et sanitaire pour traiter des situations de crise</p> <p>O Coopération avec les établissements de santé concernant les soins de liaison et l'accompagnement médico-social des personnes présentant un handicap psychique en :</p> <p>A créant un équipe mobile de secteur pour les établissements sociaux et médico-sociaux lors du traitement des inadéquations en psychiatrie et du basculement du secteur sanitaire sur le secteur médico-social</p> <p>A organisant des prises en charge concertées entre les structures médico-sociales et le secteur de pédopsychiatrie de Montluçon</p> <p>O Coopération avec les établissements de santé concernant les liaisons soin de ville-hôpital-secteur médico-social en formalisant un réseau adolescents</p> |
| 03 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Offrir une réponse adaptée aux PH psychiques</p> <p>= Renforcer la coopération avec le secteur psychiatrique avec :</p> <p>A l'élaboration d'une convention,</p> <p>A la mise en place d'un groupe de travail</p> <p>A le développement de l'aide aux aidants (par la formation/des groupes de parole et la rédaction d'un guide d'aide aux aidants)</p> |
| 43 Enfants | <p>- Les prises en charge en établissement médico-sociaux concernent en majorité des enfants présentant des troubles psychiques ou psychologiques ou souffrent d'une déficience intellectuelle légère (67% contre 44% au niveau national)</p> <p>- De nombreux troubles de la santé globale des enfants ne sont pas ressentis ni traités par les professionnels comme des indicateurs d'alerte</p> <p>- Manque de lisibilité ou de cohérence des actions engagées</p> <p>Plus de ¾ de ces enfants vivent dans un milieu familial très perturbé avec de multiples problèmes</p> <p>- Peu de travail en réseau réellement formalisé :</p> <p>>Tous les partenaires reconnaissent l'absence d'une mise en réseau formalisé même si des synergies et des collaborations existent déjà entre certains partenaires.</p> | <p>O Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau</p> <p>A Mettre en place en place une concertation entre secteur sanitaire, secteur social, secteur médico-social et famille permettant ainsi de passer d'une logique de filière à une logique de réseau</p> <p>A Prévenir les troubles du comportement par une mise en réseau des professionnels afin d'affiner le diagnostic et de favoriser l'accès aux soins</p> <p>A Favoriser la transversalité de l'information en développant le travail en réseau des professionnels</p> <p>> Repérage d'enfants en difficultés d'ordre psychosociales en organisant un réseau entre les institutions concernés et en mettant en place un coordonnateur de réseau</p> <p>- Développer une culture de réseau</p> |
| 43 Adultes | <p>- La coordination insuffisante entre les établissements pour enfants et ceux pour adultes qui ne permet pas d'organiser l'articulation entre le système dédié aux enfants et celui à destination des adultes handicapés.</p> <p>Le milieu du handicap est assez cloisonné, peu de relations entre les différents types de prise en charge.</p> <p>- L'accompagnement social de la PH n'est pas systématisé. Il n'existe pas de procédure de suivi ou d'interrogation des PH au cours des années qui suivent leur passage devant la COTOREP. cette situation entraîne une perte d'information et ne permet pas aux différents intervenants de pouvoir proposer des réponses aux besoins des PH.</p> <p>- Le travail en réseau est peu développé entre les structures médico-sociales existantes y compris pour les établissements proches géographiquement.</p> <p>- Les ratios qui président au jugement des opportunités pour l'ouverture d'établissements ne sont pas toujours conformes à la réalité départementale, du fait en particulier de l'existence de 2 établissements recevant un public non originaire de la Haute Loire à vocation nationale.</p> | <p>O Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins au niveau local avec les CLIC et au niveau départemental en liaison avec le dispositif pour la vie autonome (public visé les professionnels intervenant à domicile et en établissement)</p> <p>A Identifier les points forts de connexion entre les interventions à domicile et les prises en charge en établissement + étudier la déclinaison des projets individuels en un plan d'actions associant les intervenants à domicile et en établissement</p> <p>A Etablir une charte de coordination entre les professionnels décrivant les liens à développer entre le domicile et les établissements</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>15 (enfants et adultes)</p> | <p>De l'avis des acteurs des deux secteurs sanitaire et médico-social, le cloisonnement est préjudiciable à l'accompagnement des personnes vers une insertion. Il apparaît que les professionnels n'ont pas encore développé de collaborations de travail systématiques : ils développent des échanges informels qu'il est indispensable de structurer.</p> | <p>O Développer des réponses de qualité pour les personnes handicapées psychiques</p> <p>A Créer une instance départementale pour favoriser le rapprochement du secteur médico-social et de la psychiatrie. Regrouper les acteurs du sanitaire et du médico-social pour : Rassembler et partager des informations. Organiser des réponses territorialisées et coordonnées</p> <p>A Développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) C'est avec la même volonté de voir les usagers faire valoir leur point de vue que le schéma départemental propose d'aider à la mise en place des GEM tels qu'ils sont prévus par la loi.</p> <p>O Répondre aux besoins de formation des différents territoires</p> <p>A Planifier les besoins de formation initiale et continue. Participer aux travaux préparatoires à l'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales. Planifier les besoins de formations qualifiantes, à l'échelle des arrondissements. Analyser les besoins en formation continue, à l'échelle des territoires, en relation avec les évolutions législatives et réglementaires, avec les projets d'établissements et l'évolution des publics.</p> <p>O Favoriser le travail en réseau</p> <p>A Développer au sein de chaque Maison de l'autonomie un réseau de professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. L'un des rôles des Maisons de l'autonomie est de susciter et d'organiser la rencontre entre les professionnels d'un même territoire, afin que des analyses et des pratiques partagées puissent se développer. Rapprochement entre services sur la base du territoire : recherche de réponses adaptées aux besoins locaux. Organisation d'évaluations multidimensionnelles sous la responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH</p> |
|---|---|--|

4.4 L'INFORMATION, LA PARTICIPATION DES USAGERS ET DES FAMILLES, DEMARCHES ADMINISTRATIVES

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|----------------------|---|---|
| 63 Enfants | Les parents expriment des attentes concernant : - une participation plus grande dans le projet individuel en les impliquant davantage et en leur fournissant plus d'informations - une prise en compte de leur choix et de celui de l'enfant lors des propositions d'orientations - un renforcement des contacts avec les établissements et plus d'informations notamment sur le comportement de leur enfant et sur les projets de l'établissement | O Mettre en place un dispositif d'observation partagée |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 63 Enfants + Adultes | NON RENSEIGNE | O Améliorer l'information par le biais de la mise en place de la MDPH O Organiser une gestion centralisée des listes d'attente |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | -Concernant le projet de vie, il existe une très grande disparité de traitement des personnes handicapées dans le département. Il importe d'offrir de réels choix aux personnes handicapées. La loi pousse à la territorialisation mais la notion de choix entre en contradiction avec la loi. | O Garantir un projet individualisé : A Chaque professionnel doit concourir à aider la PH à formuler son projet de vie et à le mettre en œuvre en : >favorisant l'expression des besoins des PH >les prenant en compte en les concrétisant dans la rédaction d'un projet de vie A Proposer un plan personnalisé de compensation A Doter chaque établissement et service d'une démarche méthodologique de projet individualisé de prise en charge O Mettre toutes les formules d'accueil temporaire en synergie en créant une unité ressources chargée de la coordination du dispositif d'accueil temporaire départemental : A La mise en place et gestion d'un système d'information sur la localisation et la disponibilité des places d'accueil temporaire et l'organisation de campagnes de sensibilisation et d'information A La permanence d'une écoute téléphonique à destination des PH, aidants familiaux et professionnels A Le développement des outils de suivi de l'accueil temporaire dans le département A La compilation et le traitement des évaluations des services rendus sur les places d'accueil temporaire du département et la production d'un rapport annuel |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <p>43 Enfants</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Les parents souhaitent s'exprimer et ont beaucoup d'attentes. - L'enquête met en évidence le fait que les parents attendent davantage des prestations offertes par les établissements et services notamment concernant les conditions d'accueil et de soins. - Quant aux attentes de la place des parents dans le projet individuel de l'enfant ou dans la vie de l'établissement ou du service, ils revendiquent : <ul style="list-style-type: none"> - une réaffirmation de la place des parents (ne plus être mis à l'écart) - des réunions individuelles, de l'information, une implication plus forte dans la vie de l'établissement - Les orientations et les modalités du travail que doivent développer avec les familles les établissements sont trop souvent insuffisamment explicitées et clarifiées dans le cadre des projets d'établissements et ne sont pas toujours traduites selon des procédures repérables. - Les familles peinent à comprendre les spécificités des partenaires du secteur de l'enfance handicapée sur le fond comme sur la forme (sigles). - La promotion d'un dispositif passe par des relais d'information (Pôle par zone). - Il est noté un manque de réseaux de communication et d'information entre institutions et familles - Le manque de places ou de réponses adaptées pour certaines catégories de handicaps conduit trop souvent à une position d'abandon de certaines situations par le tissu social et médico-social. - Actuellement, beaucoup de parents sont désorientés par le comportement anormal de leur enfant et viennent consulter un psychiatre. | <p>O Améliorer la participation des parents ou des représentants dans la prise en charge des enfants handicapés en établissements et en services</p> <p>A Amélioration du fonctionnement de la CDES concernant les relations avec les usagers en favorisant l'écoute des familles et les associant davantage à la décision d'orientation => Mise en place d'un comité restreint de la CDES qui se réunira une heure avant la séance plénière pour accueillir les familles qui le souhaitent</p> <p>O Développer l'information en direction des parents notamment :</p> <p>A en organisant des journées à thèmes avec l'intervention de personnes qualifiées</p> <p>O Développer le soutien parental et aide ciblée pour l'enfant</p> <p>A Soutien parental en offrant des modes d'écoute ponctuels pour les familles et des modalités d'accueil partiel ou temporaire aux enfants et adolescents concernés</p> <p>A Guidance parental pour parents ayant de jeunes enfants par la constitution d'un groupe de parents animé par un cadre infirmier dans une fonction exclusive d'animation et non de soins (Monistrol-sur- Loire et autres secteurs du département)</p> <p>O Clarifier les modalités de travail avec les familles au sein des établissements et des services en formalisant le niveau de participation de celle-ci dans l'élaboration du projet individuel</p> <p>O Développer l'information en direction des familles:</p> <p>A Créer un dispositif d'information sur le département (Centre Ressource départemental et des relais d'information)</p> <p>A Dispenser une information relative sur le dispositif d'accueil et de prise en charge des enfants handicapés. le dispositif serait constitué d'un centre à vocation départementale au Puy et de relais locaux sur Brioude et Monistrol.</p> <p>A Réaliser un support d'information (guide pratique) traitant des différentes étapes que les parents peuvent être amenés à rencontrer</p> <p>A Mettre en place un partage d'information entre les diverses administrations et les collectivités locales en organisant des rencontres annuelles de tous les services concernés par l'enfance inadaptée >le but est de mettre à plat des dysfonctionnements et d'objectifs à atteindre</p> |
| <p>43 Adultes</p> | <p>L'accès à l'information constitue un problème important pour les PH. Il existe un manque de suivi des personnes reconnues handicapées et de gestion des listes d'attente.</p> | <p>O Observer et recenser la population des personnes handicapées</p> <p>A La gestion des listes d'attente pour la prise en charge en établissements ou par des services de proximité : apprécier précisément la nature quantitative et qualitative de la demande des prises en charge. Il s'agit notamment de préciser les besoins pour chaque type de structure.</p> <p>A Mise en place d'un groupe de projet composé de professionnels afin de déterminer le périmètre d'établissements et de services concernés et le support d'information le plus adapté (établissement d'un cahier des charges)</p> <p>A Construire un support permettant de collecter l'information de manière uniforme sur l'ensemble du département et désigner la personne en charge de l'exploitation de ces données</p> |
| <p>15 (enfants et adultes)</p> | | |

4.5 LA SENSIBILISATION / PROMOTION

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|-------------------------|---|--|
| 63 Enfants | Le dispositif SESSAD/IME/IR est inconnu par l'enseignant, il a besoin d'étoffer ses connaissances tant à l'échelon individuel que collectif | <p>O Favoriser l'accès aux loisirs :</p> <p>A Sensibiliser les associations sportives et socio culturelles à l'accueil de publics spécifiques lors d'une journée de regroupement ou à travers des journées départementales</p> <p>A Sensibiliser aux actions possibles en terme d'intégration sociale</p> <p>A Modifier les représentations du handicap</p> <p>A Prendre en compte les jeunes H dans les dispositifs tels que les projets éducatifs locaux</p> <p>O Favoriser l'insertion scolaire :</p> <p>A Sensibiliser les enseignants au handicap et à l'inadaptation notamment par l'organisation de colloques et conférences sur le thème de l'intégration scolaire</p> |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Développer et organiser les formules d'accueil familial</p> <p>A Développer le nombre d'accueillants familiaux en communiquant sur l'activité (plaquettes, articles...)</p> |
| 43 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 15 (enfants et adultes) | Le secteur médico-social souffre de son image, avec pour conséquence que des jeunes se détournent des filières professionnelles de ce secteur. On relève parallèlement que des jeunes professionnels recrutés dans le Cantal n'y restent pas durablement. | <p>O Suivre l'évolution des besoins en personnel des établissements et services médico-sociaux</p> <p>A Améliorer l'image des métiers du secteur social et médico-social. Développer des actions de communication en lien avec les centres de formation. Faire participer les centres de formation aux forums locaux, départementaux et régionaux d'orientation des lycéens et étudiants. Dans le cadre des formations en alternance, accroître les stages dans le Cantal. Créer des bourses de stage</p> <p>A Attirer des jeunes professionnels. Étudier l'intérêt pour des étudiants de formations rémunérées visant les métiers du secteur sanitaire, social et médico-social (bourses d'études dans les filières présentant des difficultés de recrutement). Articuler cette action avec les orientations du Schéma régional de formation</p> |

4.6 LA FORMATION / GESTION DU PERSONNEL

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|--|
| 63 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>A Evaluer les besoins en formation des professionnels</p> <p>A Renforcer la formation continue des professionnels prenant en charge des enfants autistes</p> |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | <p>O Professionnaliser les accueillants familiaux</p> <p>A par la mise en place de formations continues</p> <p>A par la mise en place une stratégie de communication pour faire connaître le métier d'accueillant familial</p> |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | <p>O Réviser et adapter les organigrammes des établissements médico-sociaux aux nouveaux besoins dont l'autisme et les troubles envahissants du développement notamment par :</p> <p>A La mise en place de supervision des équipes par un psychologue</p> <p>A Le renforcement des équipes en terme éducatif et intervenants spécialisés</p> <p>A Développer la formation des personnels (approche relationnelle et prise en charge des publics en situation de crise) et la mutualisation des formations entre établissements médico-sociaux et/ou avec les établissements de santé</p> |
| 03 Adultes | <p>En matière d'aide à domicile, les interventions de l'Etat et du Conseil Général de 2006 n'ont pas prévues de former les personnels aux problématiques du handicap et à la loi du 11 février 2005.</p> <p>Le développement de l'aide à domicile nécessite également de nouvelles formations à des soins spécifiques.</p> | <p>O Afin de favoriser le maintien à domicile des PH :</p> <p>A former le personnel dans les dispositions de la loi 2005-102 et organiser le travail en conséquence</p> <p>A doter les équipes intervenant auprès de PH d'un encadrement professionnel, d'une coordination de travail, d'une analyse de la pratique</p> <p>A professionnaliser l'aide à domicile afin qu'elle soit en capacité d'intervenir auprès de tous les types de handicap</p> <p>O Garantir un projet individualisé :</p> <p>A Former les professionnels à la mise en œuvre des projets individualisés</p> <p>O Répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes</p> <p>A Former le personnel sur la prise en charge adaptée des PH vieillissantes</p> <p>O Développer l'information</p> <p>A Création d'une unité ressources relatif à la coordination du dispositif d'accueil temporaire départemental qui serait chargée de la formation et du suivi des familles d'accueil temporaire ainsi que de la formation des aidants professionnels et établissements et services sur la question de l'accueil temporaire</p> <p>O Développer et organiser les formules d'accueil familial en :</p> <p>A Formant ces derniers dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue</p> <p>A Proposant des modes de remplacement</p> |
| 43 Enfants | | <p>O Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau</p> <p>A Permettre l'accès aux loisirs et à la vie sociale par une formation adaptée à l'accueil des enfants handicapés en CLSH</p> |

| 43 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">15 (enfants et adultes)</p> | <p>Les besoins de formation se présentent différemment selon les territoires du Cantal. Ce département dispose de peu d'organismes de formation or, envoyer des salariés en formation à Clermont-Ferrand entraîne des surcoûts, et suppose une capacité de mobilité des salariés.</p> <p>Par ailleurs, dans l'offre actuelle, on relève que certains dispositifs sont peu mobilisés, et on constate que le cloisonnement des institutions et des secteurs génère le cloisonnement des offres de formation.</p> <p>On constate dans le Cantal l'existence de relations informelles ente les professionnels, les responsables de structures, mais peu de partenariat formalisé. La faible densité de population a pour corollaire un certain niveau d'équipement et une répartition géographique qui pose divers problèmes. Une solution réside en partie par des rapprochements entre les structures, des regroupements, des mutualisations de moyens et de réponses.</p> | <p>O Suivre l'évolution des besoins en personnel des établissements et services médico-sociaux</p> <p>A Se doter d'outils d'observation. Accompagner les structures qui s'engagent dans la Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.</p> <p>A Développer une action territorialisée de formation en direction d'une branche Professionnelle. Choisir un territoire et une branche professionnelle. S'inscrire dans le dispositif EDEC (engagement de développement des compétences)</p> <p>O Répondre aux besoins de formation des différents territoires</p> <p>A Recenser les mesures et dispositifs pouvant soutenir le développement de la formation à l'échelle du département .Se rapprocher des organismes compétents, réunir des Informations réaliser une action de sensibilisation auprès des employeurs (journée d'information)</p> <p>A Optimiser l'utilisation des dispositifs de formation existants. Développer l'apprentissage pour les métiers du champ social et médico-social. Utiliser le dispositif VAE pour des personnes en emploi non qualifiées (domaine des services à la personne ; DE AMP)</p> <p>A Concevoir et organiser des actions de formation continue. Thèmes et publics de formation : Familles d'accueil pour personnes handicapées, personnel des UVAF, assistantes maternelles ou aides à domicile auprès d'enfants handicapés, prévention de la maltraitance concevoir un calendrier des actions. Décloisonner et déconcentrer des formations sur des territoires en fonction de leurs besoins. Organiser un pool de remplacement des professionnels en formation</p> <p>O Promouvoir des solutions transversales aux problèmes de formation et d'emploi du secteur médico-social</p> <p>A Favoriser le regroupement de directeurs du secteur médico-social</p> <p>A Soutenir un projet innovant de rapprochement entre employeurs pour le recrutement de personnel qualifié. Créer un ou plusieurs groupements ou des système(s) de coopération entre employeurs des secteurs de l'enfance et des adultes handicapés et des personnes âgées. Assurer la promotion de ce dispositif auprès des centres de formation</p> <p>A Élaborer des actions de formation mutualisées en mixant les personnels des établissements et services. Faire se rencontrer les organismes collecteurs des fonds formation et les opérateurs de formation</p> <p>A Développer la mise à disposition de compétences par la mutualisation de services. S'inspirer du modèle AVIHE</p> |

4.9 HARMONISATION DES EQUIPEMENTS SUR LE TERRITOIRE

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|------------|--|--|
| 63 Enfants | <p>Un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale mais inégalement réparti sur le département.</p> <p>Les taux d'équipement les plus élevés se situent sur Clermont Ferrand et Riom. Sur Ambert, Thiers et Issoire, les taux d'équipement sont très inférieurs à la moyenne du département.</p> | <p>O Adapter les projets d'établissements et les agréments</p> <p>A Evaluer sur chaque territoire les écarts entre les besoins et les réponses apportées en terme d'équipement</p> <p>A Revoir les agréments des établissements dont la population accueillie ne correspond pas à l'agrément suite à l'étude préalable au schéma</p> <p>O Harmoniser les équipements sur les territoires en favorisant des réponses de proximité et viser une couverture de tous les handicaps :</p> <p>A Développer et mettre en œuvre la polyvalence des SESSAD autour de tous les handicaps en milieu rural</p> <p>A Maintenir les SESSAD spécialisés dans les zones urbaines à forte densité de population</p> <p>A Développer la prise en charge des enfants lourdement handicapés par les SESSAD particulièrement sur la moitié nord du département et sur le Val d'Allier</p> <p>A Renforcer le dispositif de prise en charge des enfants présentant des troubles du caractère et du comportement</p> <p>A Développer la prise en charge d'enfants et adolescents déficients moteurs en SESSAD</p> <p>Création de places SESSAD pour adolescents et jeunes adultes handicapés moteurs dont la zone d'intervention s'étendra à l'ensemble du département</p> <p>A Développer les prises en charge du CMPP notamment en créant des antennes sur les zones non couvertes en recherchant les partenariats possibles</p> |
| 63 Adultes | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Enfants | NON RENSEIGNE | NON RENSEIGNE |
| 03 Adultes | <p>L'offre de service est peu sensible à la logique territoriale.</p> <p>Il est constaté un manque de places et une impossibilité de répondre à toutes les demandes notamment celles des personnes qui souhaitent quitter une zone rurale pour la ville.</p> | <p>O Développer et organiser les formules d'accueil familial :</p> <p>A Rendre accessible à toute personne handicapée et sur tout le territoire départemental des formules diversifiées d'accueil familial</p> |
| 43 Enfants | <p>-Une population des moins de 20 ans en diminution depuis 10 ans. Près d'un quart des enfants originaires de la Haute Loire sont placés hors département mais près de 30% des places offertes en Haute Loire sont occupées par un jeune originaire d'un autre département.</p> <p>-Un taux d'équipement globalement supérieur à la moyenne nationale mais très inégalement réparti sur le département.</p> <p>-La zone Yssingelais (3) est très sous équipée.</p> <p>-L'équipement en IME est concentré dans la zone Langeadois-Brivadois (1). La zone Velay, bassin du Puy (2) n'est pas couverte par ce type de structure.</p> <p>-Les IMPRO sont implantés dans toutes les zones.</p> <p>-Les places en instituts de rééducation sont majoritairement implantées dans la zone 1. Il n'existe pas d'équipement de ce type dans la zone 3.</p> <p>-Il n'existe aucune place pour polyhandicapés dans les zones 1 et 3. Il n'existe pas d'équipement pour les déficients visuels et pas d'établissement pour les déficients moteurs.</p> | <p>O Rééquilibrer les équipements sur le territoire</p> <p>A Evaluer le positionnement des départements limitrophes en matière de prise en charge des enfants originaires de la Haute Loire</p> <p>A Veiller à un maillage harmonieux du département en matière de taux d'équipement et de prestations offertes. Promouvoir des équipements sur Monistrol-sur-Loire</p> <p>A Développer une offre de service de proximité (CAMSP, CMPP, SESSAD) par la création d'antennes notamment sur Brioude et Monistrol-sur-Loire et viser une couverture de tous les handicaps</p> <p>A Assurer l'articulation entre les dispositifs enfants et adultes handicapés, pour garantir l'adéquation aux besoins, dans le cadre d'un dispositif de veille et d'information</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>-Seule la zone 2 est couverte par un SESSAD et un CAMSP. -Absence de structure en externat sur le Bassin du puy en Velay pour handicap mental.</p> <p>-Pas de structure éducative spécialisée pour autistes dans le département. - le CMPP reçoit des demandes de familles éloignées du Puy en Velay pour lesquelles la mise en place d'un soin s'avère difficile du fait du temps nécessaire aux déplacements voire impossible lorsque les parents travaillent.</p> | |
| <p>43 Adultes</p> | <p>Concernant les CAT et atelier protégé, la répartition géographique des structures est inégale sur le territoire du département. La majorité est située dans la moitié Est du département avec un pôle principal autour du puy en Velay et un pôle secondaire autour de Sainte Sigolène.</p> | <p>NON RENSEIGNE</p> |
| <p>15 (enfants et adultes)</p> | <p>ORGANISER LE TERRITOIRE POUR AMÉLIORER LA RÉPONSE DE PROXIMITÉ. Les réponses adaptées au domaine des handicaps doivent nécessairement s'envisager dans un cadre multidimensionnel et multiprofessionnel, favorisant des articulations entre les secteurs (médical, social, architecture, travail, transport, éducation) et nécessitent la collaboration de plusieurs institutions. Le schéma général de ces réponses est celui du travail en réseau. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Cantal est créée ; elle doit maintenant structurer la coordination pour répondre aux problématiques des personnes handicapées. Lors des entretiens préliminaires, un souhait s'est exprimé pour qu'on élabore une approche territorialisée de l'analyse des besoins d'une part, et des réponses fournies d'autre part.</p> | <p>O Développer une politique de territoire A Ouvrir des « Maisons de l'autonomie », relais de la MDPH, au niveau de chaque arrondissement, mutualisées avec les coordinations gérontologiques. Le déploiement de « lieux ressources », à un niveau infra départemental était un des principaux objectifs affichés par la MDPH dès sa création. Ceci sera rendu possible par l'ouverture sur les arrondissements de Mauriac et de Saint Flour des Maisons de l'autonomie Recruter d'un coordonnateur départemental ; cadre A Coût global annuel estimé à 47 400 € Recrutement de professionnels pour intervenir sur les territoires de Mauriac et St Flour ; cat C pour les postes administratifs, cat B pour les postes de coordonnateurs locaux. Coût global annuel estimé à 38 000 € par poste pour les catégories B Coût global annuel estimé à 25 800 € par poste pour les catégories C. Rédaction d'un cahier des charges pour chaque Maison de l'autonomie</p> <p>O Organiser le suivi du schéma des personnes handicapées A Mettre en place un comité de suivi du schéma. Mettre en place un comité de suivi Organiser des réunions bi-annuelles selon calendrier</p> <p>O Favoriser le travail en réseau A Réaliser des convergences entre professionnels et organismes du secteur du handicap. La MDPH s'appuie sur les maisons de l'autonomie pour organiser le partenariat entre organismes du secteur du handicap, associations de solidarité et SAVS (signalement des personnes isolées et mise en place d'actions collectives). Recenser les moyens des établissements pouvant être mis en commun dans les territoires de proximité (véhicules, salles...)</p> <p>O Favoriser l'ajustement de l'offre aux besoins A Mettre en place un système statistique de suivi des personnes handicapées orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées Tableau de bord des orientations prononcées par la CDA. Suivi des listes d'attente des établissements et des services. Actualisation de l'enquête adressée aux établissements en 2006</p> |

4.10 AUTRES

| | Etat des lieux/Besoins/Constats | Préconisations principales |
|----------------------------|--|---|
| 63 (enfants et adultes) | Amélioration de l'information par la MDPH En raison de la faiblesse des données disponibles, créer un outil de diagnostic en mettant en place un dispositif d'observation partagée et en organisant une gestion centralisée des listes d'attente Pour mieux répondre aux besoins, utiliser la procédure d'appel à projets en liaison avec une approche territoriale et d'aménagement | <u>Orientations enfants et adolescents :</u> O Développer une logique d'appel à projets A affiner la connaissance des besoins des PH en s'appuyant sur la MDPH (Conseil général) |
| 03 (enfants et adultes) | | <u>Orientations Adultes :</u> O Poursuivre la mise en place de la MDPH : =Affirmer le rôle de guichet unique et lieu ressource de la MDPH, A renforcer les missions d'accueil/d'information A l'aide à la formulation du projet de la personne handicapée A d'évaluation et d'expertise des besoins de la personne handicapée A de proposition d'un plan personnalisé de compensation et de sa mise en œuvre A d'observation et d'analyse des besoins des personnes handicapées <u>Orientations enfants et adolescents :</u> O Coopération avec les établissements et services relevant du Conseil Général |
| 43 (enfants et adultes) | <u>Enfants et adolescents :</u> L'appréhension de la demande est calée sur l'offre et ce de façon différente entre types d'établissements et entre types de services, sans que la répartition entre les capacités des différents décideurs ne soit clairement connue. | <u>Orientations enfants et adolescents :</u> O Construire une évaluation en continue A Construire un dispositif d'observation partagée permettant : > de mieux observer l'adéquation entre les besoins de l'offre de prise en charge en vue de planifier les évolutions nécessaires. > de mieux cerner les orientations CDES A Rechercher une adéquation optimum de l'offre et de la demande par une meilleure lecture des besoins A Généraliser la démarche qualité des prestations par l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 A Elaborer un dossier individuel type pour les enfants et adolescents handicapés accueillis dans le dispositif médico-social du département de la Haute Loire. A Promouvoir l'évaluation interne et externe de la qualité au sein des établissements et services médico-sociaux A Mise en œuvre et évaluation du schéma d'organisation médico-sociale : par la constitution d'un comité technique de suivi du schéma qui aura une mission de veille, d'alerte et d'impulsion. |