



RHÔNE
LE DÉPARTEMENT

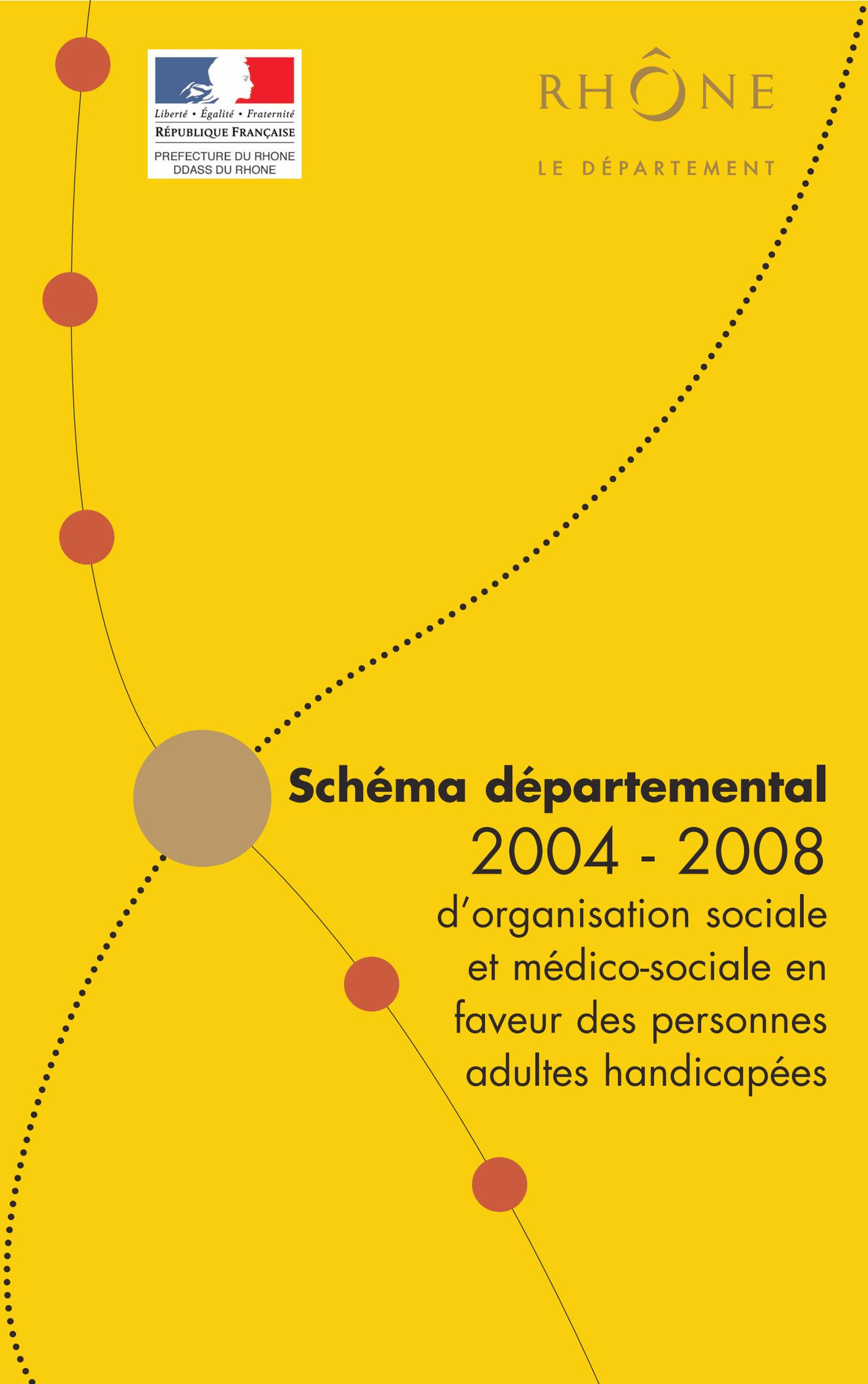


Schéma départemental 2004 - 2008 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITO	3
PRÉAMBULE	5
PARTIE 1 : LE DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL D'AIDE AUX PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES DANS LE DÉPARTEMENT DU RHONE	12
Le premier schéma en faveur des personnes handicapées dans le Rhône	13
Le partenariat développé par le département dans le cadre du transfert de compétences	14
Le deuxième schéma en faveur des personnes adultes handicapées 2004-2008	16
Les axes de développement prioritaires retenus par les deux collectivités pour ce nouveau schéma.	20
PARTIE 2 : PRINCIPES D' ACTIONS, AXES DE DÉVELOPPEMENT PRIORITAIRES ET PROGRAMMATION	23
SOUS PARTIE 1 : PRINCIPES D' ACTIONS RETENUS POUR CE SCHEMA	24
Cohérence territoriale	
Proximité	
Individualisation	
Fluidité des dispositifs	
Articulation entre le secteur sanitaire et médico-social	
Diversification de l'offre d'accueil	
Simplification administrative	
SOUS -PARTIE 2 : AXES DE DÉVELOPPEMENT PRIORITAIRES	26
CHAPITRE 1 : FAVORISER L'INSERTION SOCIALE ET L'INTÉGRATION DANS LA CITÉ DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES EN RENFORÇANT LE SOUTIEN À DOMICILE ET EN AMÉLIORANT L'INSERTION PROFESSIONNELLE.	26
I Aider à la vie autonome :	26
<u>Axe de développement n°1</u> : Contribuer à l'intégration sociale de la personne handicapée en favorisant l'accessibilité au logement, au transport et au cadre bâti	28
<u>Axe de développement n°2</u> : Créer un Dispositif pour la Vie Autonome	29
<u>Axe de développement n°3</u> : Mettre en place d'un Plan d'aide individualisé	30
<u>Axe de développement n°4</u> : Améliorer le dispositif des structures d'appui	32
<u>Axe de développement n°5</u> : l'accompagnement de la personne handicapée dans son choix de vivre à domicile,	33
II Favoriser l'insertion professionnelle	34
En milieu ordinaire	
En milieu protégé	
<u>Axe de développement n°6</u> : Poursuivre et généraliser les unités de préparation au travail en CAT destinées aux jeunes sortant d'IME ou d'IMPro	37
<u>Axe de développement n°7</u> : Réaffirmer la mission sociale du CAT dans une démarche de prise en charge globale de la personne handicapée	38
<u>Axe de développement n°8</u> : Inscrire plus largement l'accompagnement en milieu protégé dans un parcours social et professionnel individualisé	39
<u>Axe de développement n°9</u> : Offrir à ceux qui le peuvent et le souhaitent une possible évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire	40
<u>Axe de développement n°10</u> : Adapter l'offre à l'évolution des publics spécifiques : Handicap psychique, Handicap moteur, IMC et traumatisés crâniens	41
<u>Axe de développement n°11</u> : Restructurer l'offre sur le territoire	42

CHAPITRE 2 : FAIRE FACE AUX BESOINS D'ACCUEIL EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPÉS AU COURS DES 5 PROCHAINES ANNÉES.	43
I Optimiser l'existant par l'amélioration de la fluidité entre les structures du département du Rhône	43
II Les personnes handicapées psychiques : Organiser la prise en charge dans le département du Rhône	47
<u>Axe de développement n°12</u> : Créer des structures innovantes, variées et adaptées au handicap psychique	49
III Les personnes handicapées très dépendantes : Améliorer et diversifier l'offre	50
<u>Axe de développement n°13</u> : Favoriser la création de places de MAS et adapter l'offre existante	52
<u>Axe de développement n°14</u> : Renforcer l'équipement en Foyer d'accueil médicalisé	53
IV Les personnes handicapées vieillissantes : des réponses à adapter sous des formes diversifiées intégrant le dispositif existant	54
<u>Axe de développement n°15</u> : Impulser des réponses adaptées pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées	55
CHAPITRE 3 : MIEUX RÉPONDRE AU DROIT D'ACCES AU SOIN DES PERSONNES HANDICAPÉES.	56
<u>Axe de développement n°16</u> : Améliorer la prise en charge médicale des personnes handicapées	57
<u>Axe de développement n°17</u> : Améliorer l'offre de soin infirmier à domicile	58
<u>Axe de développement n°18</u> : Identifier des unités de soins de longue durée	59
CHAPITRE 4 : PROMOUVOIR UNE DEMARCHE QUALITÉ DANS LES PRESTATIONS OFFERTES AUX PERSONNES HANDICAPÉES.	60
<u>Axe de développement n°19</u> : La gestion des structures et l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge	62
<u>Axe de développement n°20</u> : Évaluer et suivre la mise en place du schéma	63
PARTIE 3 : PROGRAMMATION	64
GLOSSAIRE	70

Editorial

L'action en faveur des personnes adultes handicapées du département est une préoccupation fondamentale des institutions qui en ont la charge. A ce titre, le Département du Rhône et l'Etat se sont engagés dans l'élaboration d'un nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées pour faire suite au schéma adopté fin 1994.

La préparation et la production de ce nouveau document d'orientation a bénéficié de la participation de la plupart des organismes, des associations et des professionnels oeuvrant dans le champ du handicap. Elle a nécessité de nombreuses réunions de travail et de concertation qui ont permis d'établir un diagnostic partagé et de formuler des préconisations pour les cinq ans à venir.

Ce nouveau schéma dresse un état des lieux de la prise en charge des personnes handicapées dans le Rhône et présente les axes de développement prioritaires qui vont fixer les lignes de l'action départementale. Il atteste également de la recherche de cohérence et de complémentarité voulue entre le Département et l'Etat.

Nous sommes certains que le dynamisme engendré par ce travail en commun, permettra d'atteindre son objectif essentiel qui est de situer la personne au centre de la démarche en lui permettant de maîtriser son parcours de vie par une offre multiple d'actions évolutives et complémentaires.

Ainsi, les formes d'inégalités, que peuvent engendrer les fragilités individuelles, en seront-elles réduites et les Rhodaniens en situation de handicap pourront-ils accéder aux droits fondamentaux et en conséquence à une pleine citoyenneté.

Le Président du Conseil général du Rhône,

Le Préfet du Rhône

Michel MERCIER

Jean-Pierre LACROIX

PRÉAMBULE

La mise en place d'une politique en faveur des personnes adultes handicapées représente un enjeu de solidarité pour le Département et les services de l'Etat puisque dans le Rhône 16 000 personnes bénéficient de l'allocation adulte handicapé et que plus de 7 200 personnes sont accueillies en établissements ou services pour personnes handicapées adultes.

La reconnaissance du droit de la personne handicapée au plein exercice de sa citoyenneté, la prise en considération de ses choix de vie, la juste appréciation de ses besoins évolutifs de prise en charge, les efforts à réaliser en vue de sa participation effective à la vie politique, économique et sociale, sont autant de questions auxquelles la collectivité est particulièrement attentive.

Aujourd'hui le concept de handicap a évolué et le Département et l'Etat veulent répondre aux souhaits des personnes d'être plus autonomes et d'avoir un réel choix de vie.

Faisant écho à cette année européenne des personnes handicapées qui vient de s'achever, le respect de la citoyenneté des personnes en situation de handicap et la mise en place du droit à compensation du handicap sont au cœur des préoccupations politiques et sociales du Département et de l'Etat qui souhaitent apporter des réponses ambitieuses aux questions posées par la dépendance des personnes handicapées. Dans le même temps, la réflexion du Parlement en matière de décentralisation et de solidarité pour la dépendance préconise de manière forte pour le Département un rôle de pilote et de coordinateur de l'ensemble des actions engagées auprès des personnes handicapées.

L'Etat et le Département ont souhaité que ce nouveau schéma traduise leur volonté de s'engager durablement auprès des personnes handicapées et de leur famille.

La préparation du schéma départemental, outil de prospective et en ce sens instrument de politique sociale, a donc été le moment où ces problématiques ont été pensées, dans un cadre réglementaire global intégrant l'ensemble des politiques sectorielles conduites par l'Etat et le Conseil général dans le domaine du handicap. Cependant, ce cadre réglementaire global étant appelé à évoluer dans les deux prochaines années, il sera donc indispensable que nous adaptions les préconisations faites ainsi que la programmation aux modifications de ce champ de compétence et des nouveaux moyens qui alors se feront jour.

Ce fut également le temps où un effort important a été réalisé pour que soient réunis les intérêts et les aspirations de la personne en situation de handicap et ceux de l'ensemble des partenaires oeuvrant dans ce secteur. Concevoir la cité pour tous et l'adapter pour chacun doit aujourd'hui s'inscrire dans nos schémas de pensée.

INTRODUCTION

L'action en faveur des personnes adultes handicapées du département est une préoccupation fondamentale des institutions qui en ont la charge. A ce titre le Département et l'Etat se sont engagés, en partenariat avec les présidents d'associations et les différents professionnels travaillant dans les établissements et services, dans l'élaboration d'un nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées pour faire suite à celui qui avait été adopté par l'assemblée fin 1994.

Fruits de cette réflexion partenariale, ce nouveau document d'orientation dresse un état des lieux de la prise en charge des personnes handicapées dans le Rhône et présente les axes de développement prioritaires qui vont fixer les lignes de l'action départementale pour les cinq ans à venir.

Les personnes handicapées dans le Rhône en 2003

Estimer le nombre de personnes handicapées en France se heurte d'emblée à une forte difficulté, celle de la définition des notions de handicap et de personne handicapée. Les différentes statistiques disponibles et publiées sont nombreuses mais des lacunes subsistent pour que les politiques publiques puissent s'appuyer utilement sur des informations quantitatives.

Une enquête réalisée par l'INSEE en 1999 (HID)¹, sur la base des déclarations des personnes interrogées et non sur un avis médical a permis d'estimer au niveau national la population dépendante selon certains critères. Par extrapolation, on peut estimer dans le département du Rhône qui compte environ 1 578 000² habitants dont 880 000 personnes se trouvent dans la tranche d'âge des 20-59 ans que :

- ✓ 4,08% des personnes dont l'âge est compris entre 20 et 59 ans estiment être dépendantes pour effectuer au moins **une activité de la vie quotidienne** (tâches ménagères et gestion administrative, mobilités, déplacements) ce qui représenterait 36 000 personnes sur le Rhône ; (1 200 000 en France)
- ✓ 1,22% de cette même population a besoin d'être aidé pour effectuer au moins **un acte essentiel de la vie quotidienne** (faire sa toilette, se coucher ou s'asseoir, manger des aliments déjà préparés...) ce qui représenterait 11 000 personnes sur le Rhône ; (379 000 personnes en France)
- ✓ et d'ailleurs 4,22% des personnes interrogées déclarent bénéficier **d'une aide humaine** professionnelle ou non professionnelle à domicile ce qui représenterait 37 000 personnes sur le Rhône. (1 310 000 personnes en France).

Aujourd'hui le Rhône prend en charge :

- ✓ 16 000 personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) au 31 décembre 2002
- ✓ 7 200 places en établissements et services sur le département dont 2 900 en milieu protégé, 454 places en Centre de Rééducation Professionnelle, 200 en Maison d'accueil spécialisée, 357 en Foyer d'accueil médicalisé, 652 en service d'accompagnement à la vie sociale, 2000 en foyer d'hébergement et de vie, 700 en accueil de jour.

¹ Enquête INSEE- HID : Handicaps-incapacités-dépendances 1999

² Recensement de la population de 1999

- ✓ 3 450 bénéficiaires de l'allocation compensatrice tierce personne au 30 novembre 2003.
- ✓ **3 290 personnes sont prises en charge au titre de l'aide sociale départementale** (au 31.12.2003) dans les établissements et services et 652 personnes sont suivies par un service d'accompagnement à la vie sociale.

L'exercice des compétences dans le domaine des personnes handicapées.

L'organisation des interventions sociales en faveur des personnes handicapées relève de la loi du 30 juin 1975 relative à l'orientation en faveur des personnes handicapées. Elle a été complétée par différentes lois et notamment par celle de l'acte I de la décentralisation. Par ailleurs, les lois relatives à l'emploi (loi du 10 juillet 1987), à l'éducation (loi du 10 juillet 1989) et à l'accessibilité (loi du 13 juillet 1991) ont conforté le dispositif d'intégration des personnes handicapées dans la société. Plus récemment, il faut citer la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que celle du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui élargi les domaines dans lesquels doit s'exercer l'obligation nationale de solidarité et qui pose le principe d'un droit à compensation.

Enfin, les projets de lois relatifs à l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, la réforme de la solidarité pour les personnes dépendantes ainsi que le projet de loi portant réforme du financement de la sécurité sociale ont l'ambition de concrétiser l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées et de favoriser la solidarité envers les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le financement des droits nouveaux inscrits dans ces projets sera assuré en totalité par une partie des ressources mobilisées grâce à la suppression d'un jour férié. Ces moyens financiers supplémentaires seront affectés à la future Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), prenant en charge les financements d'une nouvelle branche de l'assurance sociale, qui en garantira l'utilisation exclusive au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées.

Une mission préparatoire à la mise en œuvre opérationnelle de ce dispositif est actuellement menée, en concertation, avec les élus départementaux, les organismes de protection sociale, les partenaires sociaux et les associations. Elle proposera notamment l'articulation des compétences entre l'Etat et les départements la mieux adaptée au regard des missions dévolues à la CNSA et du souci d'une gestion de proximité.

Aujourd'hui les acteurs institutionnels principaux que sont l'Etat et le Département se répartissent les compétences ainsi qu'il suit :

L'Etat est compétent pour autoriser et contrôler les établissements et services financés par l'assurance maladie (établissements médico-sociaux pour enfants handicapés- MAS-CRP-SSIAD). Il intervient également dans le domaine de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire ou milieu protégé et assure le financement de l'allocation adulte handicapé et de la garantie de ressources des travailleurs handicapés. Pour répondre à l'aspiration des personnes handicapées à l'autonomie en leur permettant un accès facilité aux solutions de compensation en matière d'aides techniques, l'Etat finance une généralisation de sites à la vie autonome tant au niveau de leur fonctionnement que de la mise à disposition d'un fonds de compensation extra-légale. La compétence est partagée pour les foyers d'accueil médicalisés puisque les soins sont financés par l'assurance maladie et les frais d'hébergement par le département.

Le Département prend en charge au titre de l'aide sociale les frais d'hébergement des personnes adultes handicapées ne pouvant vivre à domicile. Il s'agit d'une part, des personnes accueillies dans des structures médico-sociales et d'autre part, des personnes hébergées chez un accueillant familial. A ce titre le Conseil Général et plus particulièrement son Président, a des pouvoirs en matière de création, de contrôle financier et budgétaire des structures médico-sociales et d'agrément des accueillants familiaux.

Le Département détient des compétences dont l'objectif est de favoriser le maintien à domicile des personnes adultes handicapées. Il s'agit :

- ✓ du financement de l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP) et pour frais professionnels.
- ✓ de la prise en charge d'heures d'aides ménagères
- ✓ de la prise en charge conjointe avec l'Etat de la prestation d'auxiliaire de vie
- ✓ du financement de l'amélioration du logement et des aides techniques par le biais du fonds extra légal d'aides exceptionnelles. En outre, le Département apportera sa contribution par son fonds d'aides exceptionnelles au financement du dispositif pour la vie autonome

Enfin, la collectivité départementale finance en totalité le transport des élèves handicapés, entre le domicile et l'établissement scolaire ordinaire d'accueil, sous certaines conditions (taux de handicap supérieur ou égal à 50%, domiciliation des parents situé dans le département du Rhône, scolarisation de l'élève dans un établissement de premier ou second degré public ou privé sous contrat dépendant du ministère de l'Éducation Nationale).

Les principes fondamentaux qui sous-tendent la politique du handicap

Toute politique en direction des personnes handicapées est aujourd'hui dominée par la notion d'Égalité des chances. La classification internationale du handicap élaborée en 1980 sous la responsabilité de Philippe Wood a été rénovée en 2001. Cette classification internationale du fonctionnement (CIF) prend en compte l'ensemble des éléments qui contribuent au bien-être de tout individu. En parlant de personne « en situation de handicap », elle intègre les conséquences de l'environnement dans l'appréciation des capacités d'autonomie d'une personne.

Cette politique se traduit par la réaffirmation des principes fondamentaux suivants :

La dignité qui insiste sur le caractère unique et singulier de toute personne handicapée, sur son droit à l'information ainsi qu'à l'intimité et au respect de sa privée en même temps que sur le libre choix de son projet individuel de vie,

La participation qui a pour corollaire l'accessibilité aux lieux essentiels à la participation à la vie sociale ainsi que le respect de l'autonomie et de l'indépendance des personnes handicapées,

La non-discrimination c'est-à-dire l'élimination de tout traitement défavorable ou inégalitaire d'une personne en raison de son handicap qui conduit à inclure les notions d'aménagement ou d'adaptation raisonnable et d'ajustement compensatoire, dépendant à l'évidence de chaque cas particulier,

Le droit à compensation qui doit permettre de renforcer l'autonomie de la personne handicapée par toutes les mesures nécessaires de compensation fonctionnelle : aides humaines, animalières, techniques et d'adaptation à l'environnement.

La proximité tant géographique que temporelle permettant à la personne en situation de handicap de réaliser dans les meilleures conditions son projet personnel.

Le contexte de l'année 2003, année européenne du handicap

Le contexte de l'année 2003, année européenne des personnes handicapées, aura été l'occasion de promouvoir l'aspiration à un véritable droit à compensation du handicap qui devrait trouver sa concrétisation dans les orientations du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rénovant **la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées** n°75-534 du 30 juin 1975 qui sera examiné par le Parlement dans le premier semestre 2004.

Aujourd'hui, le concept de handicap a évolué et la société doit répondre aux souhaits des personnes qui est d'être plus autonomes et d'avoir un réel choix de vie. Il faut dès lors repérer dans la société les barrières qui sont des obstacles à la citoyenneté des personnes handicapées.

Les objectifs actuels sont de garantir aux personnes le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation de leur handicap notamment par des aides techniques et humaines ainsi que par une allocation d'existence. Pour cela, il est nécessaire d'assurer aux personnes un meilleur niveau de ressources et de rendre accessible la cité « à tout et à tous » afin de garantir en toute circonstance, une réelle égalité dans l'accès au soin, au logement, à l'école, à la formation, à l'emploi, et à la cité. Les démarches administratives devront être simplifiées et l'efficacité des politiques publiques devra être améliorée.

L'accès à la culture, au tourisme et au sport pour les personnes handicapées est un droit auquel nous sommes particulièrement attentifs. L'Etat s'engage aux côtés des Collectivités territoriales et des associations dans l'accompagnement des dispositifs à mettre en œuvre pour favoriser l'accès des personnes handicapées à toute forme de loisirs dans une plus grande mixité des personnes handicapées et valides. L'organisation et les programmes de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'enseignement et de formation professionnelle et dans les établissements spécialisés tiennent compte des spécificités liées aux différentes formes de handicap. Les éducateurs et les enseignants facilitent par une pédagogie adaptée, l'accès des jeunes handicapés à la pratique régulière d'activités physiques et sportives. Une formation spécifique aux différentes formes de handicap est donnée aux enseignants et aux éducateurs sportifs, pendant leurs formations initiale et continue.

De plus, dans le **cadre de l'acte II de la décentralisation**, le projet de loi relatif aux responsabilités locales en discussion au Parlement renforce le rôle du Département en matière d'action sociale et lui confie un rôle de coordination. Cette mission sera organisée au plus près du terrain afin de s'adapter au mieux aux situations locales.

Enfin, l'article 72 de la Constitution prévoit qu'à titre expérimental et pour un objet et une durée limitée les Collectivités peuvent déroger aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent leurs compétences. Une loi ouvrira la possibilité de délégation de compétences aux collectivités territoriales et ainsi de nouvelles missions pourraient être déléguées prochainement au Département dans le domaine de l'action sociale et notamment du handicap.

C'est pourquoi, il s'avèrera nécessaire non seulement de procéder à une évaluation régulière de la mise en œuvre des préconisations figurant dans ce document d'orientation mais aussi de procéder

à des adaptations éventuelles de celles-ci en prenant la mesure des évolutions démographiques, législatives, économiques et sociales de notre société. Il conviendra notamment d'intégrer les mutations institutionnelles à venir au regard des réformes prochaines de la loi de décentralisation aussi bien que de la loi d'orientation de 1975 qui en redéfinissant et clarifiant les responsabilités de chaque collectivité leur confiera peut-être des responsabilités nouvelles dans une approche globale et renouvelée de la dépendance.

La mise en place de ces nouvelles missions et des procédures qui en découleront devrait logiquement se traduire par l'adoption d'un document d'orientation complémentaire modifiant ce schéma.

PARTIE 1 :

Le dispositif départemental
d'aide aux personnes
handicapées adultes dans le
département du Rhône :

État des lieux et perspectives

Le premier schéma en faveur des personnes handicapées du Rhône (1994 -2000) :

Dès l'adoption, en 1994, du premier schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes adultes handicapées, le Conseil général et la DDASS se sont attachés à faire évoluer l'offre en créant notamment des places nouvelles sur l'ensemble du département et en adaptant l'existant grâce à la mise en œuvre d'un programme de médicalisation pour la prise en charge des personnes lourdement handicapées.

Le premier schéma prévoyait pour le Département, une programmation d'enveloppes budgétaires sur cinq ans pour les créations de places de 12,96 Millions d'€ (soit environ 85 Millions de Francs). L'objectif était d'autoriser 762 245 € (5 MF) en 95, puis 3,05 Millions d'€ (20 MF) par an pendant 4 ans de 96 à 99 en nouveaux coûts de fonctionnement annuel. L'effort constaté sur les 5 premières années a été renouvelé de 2000 à 2003 par le biais des accords conventionnels conclus entre le Département et un certain nombre d'associations représentant plus de 70% des équipements du Département.

De 1994 à 2003, le nombre de places autorisées en établissements et services est passé de 2670 à 4 071 places, progressant de 52 %. En même temps, le nombre de places à installer est passé de 2 666 à 3 728 places, progressant de près de 39 % (1 062 places). Cet effort correspond à une moyenne de **plus de 4,03 M€ consacré chaque année à des créations** d'établissements et services.

Le département du Rhône a souhaité diversifier les modes de prise en charge en établissements et services selon le degré d'autonomie des personnes handicapées. Le phénomène de fatigabilité, de perte de performance avec l'âge, impose par ailleurs, une évolution et une adaptation rapides des structures d'accueil.

Ainsi :

- ✓ On peut constater l'augmentation conséquente des places **d'accueil de jour** (+ 283 places entre 1994 et la fin 2003, soit + de 63%). Les accueils de jour sont des ateliers occupationnels qui ont pour mission de mettre à disposition des personnes des activités de socialisation et de développement des capacités sur un horaire de journée compatible avec le maintien de la personne dans une vie à domicile. Les structures accueillent des externes et des travailleurs à temps partiel.
- ✓ Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de vie permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle n'était par le passé, et pour un grand nombre cette espérance de vie semble se rapprocher de celle de la population générale. Ainsi, dans le rapport de la Cour des Comptes de juin 2003, « La vie avec un handicap », il est mentionné que l'espérance de vie des personnes handicapées mentales a triplé en 50 ans ; et aujourd'hui, une personne trisomique sur deux atteint l'âge de 60 ans.

Le phénomène de vieillissement est pris en compte puisque **116 places sont proposées en 2003 aux personnes handicapées âgées ou vieillissantes**. Dès 1997, le Conseil général a constaté que 18% de la population des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des personnes handicapées prises en charge par le Département du Rhône avait plus de 50 ans. Ces besoins spécifiques se sont traduits par la création de foyers de vie

pour personnes handicapées vieillissantes (40 à 60 ans) et pour personnes handicapées âgées (au-dessus de 60 ans) dont les premières autorisations datent de 1998.

- ✓ Le 1er schéma constatait en 1994 que plus de 200 personnes entièrement prises en charge par le Département relevaient d'un financement par l'assurance maladie compte tenu des soins qui leur étaient nécessaires. **Entre 1997 et 2003**, la mise en œuvre des plans nationaux en faveur des adultes lourdement handicapés, des autistes et des traumatisés crâniens a permis d'engager une véritable collaboration entre les deux collectivités pour la création de **357 places de foyer d'accueil médicalisé**. Lorsque ces places ont été créées par transformation de foyers de vie (160 places), le Conseil général a redéployé les moyens au profit de structures nouvelles d'hébergement ou d'accueil de jour.

Concernant les maisons d'accueil spécialisées, même si l'évolution a été significative (118 places entre 1994 et 2003), l'équipement reste insuffisant au regard des besoins tout particulièrement pour les personnes polyhandicapées.

Dans le cadre des différents plans nationaux, le Rhône a bénéficié d'une enveloppe de financement de 9,3 M€ au titre de l'assurance maladie.

- ✓ Concernant **le travail en milieu protégé**, l'Etat a financé 385 places nouvelles de CAT qui ont permis notamment de diversifier l'offre au profit de populations justifiant une prise en charge spécifique (cérébrolésés, déficients auditifs, déficients intellectuels présentant des troubles du comportement, handicap psychique)

Le partenariat développé par le Département dans le cadre des compétences transférées :

Les accords conventionnels

Les accords conventionnels, qui sont des contrats d'objectifs et de moyens pluriannuels, ont mis en évidence l'intérêt pour les associations et le Département de disposer d'un plan d'ensemble pluriannuel prévoyant l'évolution des dépenses ainsi que les réponses à apporter aux besoins restant à satisfaire tout en cherchant à donner davantage d'autonomie aux associations gestionnaires.

Les accords conventionnels conclus en 1994 et pour 4 ans, entre le Département du Rhône et 11 associations, gestionnaires d'établissements et services d'accueil pour adultes handicapés sont basés sur :

- ✓ Une démarche volontariste des 2 parties,
- ✓ Une volonté de se soumettre à une évaluation des actions mises en œuvre et des résultats obtenus,
- ✓ Des rencontres régulières entre élus associatifs et départementaux pour débattre des difficultés rencontrées,
- ✓ Un apport par le département dans la limite de ses compétences légales, des moyens nécessaires à la conduite de cette mission.

L'objectif était de répondre aux attentes mutuelles par la création, à court et moyen terme d'établissements et de services, la négociation annuelle d'une enveloppe financière globale par association, et la fixation du cadre des relations techniques et financières entre les deux partenaires.

Par le développement de la concertation et de l'information, le Département et les partenaires poursuivent leur travail en commun sur les besoins, l'offre et les coûts relatifs aux établissements et services. Ces accords représentent 70% de la masse du budget de la tarification et ont permis d'optimiser le dispositif existant en permettant à coût constant la création de nouvelles places pour un coût équivalent.

En 1999 le bilan de ces premiers accords faisait apparaître :

- ✓ l'intérêt manifeste pour les associations et le Département d'avoir une vision d'ensemble pluriannuelle de l'évolution prévisionnelle des dépenses et des réponses apportées aux besoins exprimés ;
- ✓ la nécessité d'inscrire cet accord dans le cadre réglementaire de la tarification tout en recherchant les assouplissements utiles à la liberté de gestion reconnue aux associations
- ✓ la volonté des 2 partenaires de poursuivre leurs relations basées sur la confiance mutuelle

Sur la période **2000 – 2004** : une nouvelle génération de contrats a vu le jour pour 13 associations gestionnaires de 82 établissements et services. C'est dans cet esprit de confiance mutuelle que se sont conclus ces accords fixant des objectifs réalistes à moyen terme. En outre, la mise en place d'outils communs permet une évaluation des besoins de la personne lui garantissant une qualité de sa prise en charge.

Les outils d'évaluation

En décembre 1997, le Conseil général lançait une démarche visant à élaborer un **outil d'évaluation des tâches d'accompagnement des personnes** handicapées accueillies en établissements et services. Ce projet s'inscrit dans un objectif d'analyse, d'évaluation, d'objectivation et de mise en évidence des besoins des personnes handicapées et des réponses qui leur sont apportées. Ce partenariat s'est également traduit par une démarche de réflexion conduite pendant près de trois ans avec plusieurs dizaines de directeurs généraux, directeurs et professionnels d'établissements, centrée sur la qualité et l'évaluation. Ce projet se concrétisera par la réalisation d'un logiciel d'évaluation des tâches d'accompagnement des personnes handicapées, utilisable courant 2004.

Des études de population sont réalisées dans les établissements et services lors des créations, extensions d'établissements ou à l'occasion de demandes de moyens supplémentaires dans un objectif d'étude des besoins des personnes accueillies. Conçues à partir d'une grille d'évaluation élaborée par un groupe de travail régional composé de médecins du Conseil général, de la DDASS et de l'assurance maladie, elles permettent d'évaluer les compétences et les déficiences des personnes et au travers d'un diagnostic médical d'évaluer le besoin de prise en charge de ces personnes en matière de soins et d'accompagnement. Aujourd'hui, les établissements et services qui souhaitent améliorer la qualité de la prise en charge de leurs résidents, sollicitent le Département afin que soit réalisée une évaluation des besoins en accompagnement et en soin des personnes accueillies.

La concertation et les échanges développés avec les partenaires institutionnels et les personnes handicapées et leurs familles

Une journée d'échanges et d'études avec l'ensemble des partenaires de l'Etat et du Conseil général, organisée par le Département le 26 novembre 2001, a permis de poser les bases de réflexion du futur schéma départemental d'aide en faveur des personnes handicapées.

En outre, afin de permettre aux personnes handicapées et leur famille de s'exprimer sur leurs difficultés et leurs attentes et pour les prendre en compte dans les orientations du schéma, deux journées conçues comme des temps d'échange ont été initiées en juillet 2003.

Enfin, le 10 octobre 2003, une journée de réflexion à l'initiative du Département, en présence de Madame Marie-Thérèse BOISSEAU, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, avait pour thème « la politique décentralisée du handicap – état des lieux d'un partenariat actif et volontaire : associations et départements ». Cette journée avait pour objectif d'évoquer les expérimentations diverses mettant en évidence comment les départements ont su avec les partenaires associatifs anticiper sur les évolutions législatives.

Le deuxième schéma en faveur des personnes adultes handicapées (2004-2008)

1. La méthode de travail

Le code de l'action sociale et des familles prévoit dans son article L.312-4 qu'un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées, établi pour une période maximum de cinq ans, soit arrêté par le Président du Conseil général et le représentant de l'Etat. Ce schéma doit :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population
- Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services
- Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans les schémas

L'élaboration de ce schéma s'inscrit dans **une démarche participative** puisque ce schéma a été réalisé avec la contribution des services du Conseil général et de la DDASS ainsi que des différentes administrations de l'Etat, organismes du secteur sanitaire et social, des représentants des associations, des professionnels travaillant dans les établissements et services accompagnant les adultes handicapés.

Il s'agit d'un travail collectif se déroulant sur un an environ au cours desquels les membres de 8 groupes de travail (280 personnes) se sont réunis régulièrement et ont pu confronter et ajuster leurs points de vue tout en réfléchissant à la définition d'objectifs communs. Les partenaires se sont mobilisés pour rechercher des solutions nouvelles souples et adaptées aux besoins évolutifs des personnes handicapées.

Cette démarche a été intégrative puisqu'elle a pris en compte le maximum de données relatives au champ du handicap afin de parvenir à une vision globale et cohérente de la prise en charge et la vie d'une personne handicapée.

Les travaux des groupes, qui ont pris en compte les éléments actualisés de la situation en 2002, se sont donc axés sur les thématiques suivantes :

- ✓ Le travail des personnes handicapées
- ✓ La vie à domicile

- ✓ L'organisation de la prise en charge sur le territoire et la structuration des équipements
- ✓ La démarche qualité dans les établissements et services
- ✓ Les besoins de soins des personnes handicapées en établissement et à domicile
- ✓ L'avancée en âge des personnes handicapées
- ✓ L'évaluation des besoins et l'évaluation de la prise en charge
- ✓ Le handicap psychique

Dans le même temps une étude a été confiée au CREAI Rhône Alpes par l'Etat et le Département afin d'améliorer la connaissance d'une part des besoins de la population accueillie dans le département du Rhône dans les établissements et services pour personnes adultes handicapées, d'autre part de la capacité du dispositif existant à y répondre. De même, les services du Département ont effectué deux enquêtes auprès des personnes handicapées à domicile ou en établissement pour personnes âgées.

Cette démarche anticipée puisqu'elle s'est efforcée d'intégrer les évolutions démographiques, les évolutions sociales qui modifient la nature de la demande ainsi que les évolutions des modes de prises en charge.

Un comité technique a encadré les réflexions de ces groupes de travail pendant qu'un comité de pilotage animait au niveau politique cette démarche partenariale.

2. L'évaluation des besoins des personnes handicapées

L'étude du CREAI Rhône-Alpes :

Le 22 janvier 1964, un arrêté du Ministère de la Santé instituait, dans chaque région de France métropolitaine et dans les DOM-TOM, un Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI). La plupart des CREAI ne déclinent plus leur sigle d'origine, leur champ d'application s'étant depuis naturellement élargi aux besoins des populations adultes, puis vieillissantes.

Les CREAI ont pour mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs, ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services.

L'expertise technique du CREAI Rhône-Alpes a été sollicitée afin de réaliser d'une part, une étude des besoins par la conduite de différentes enquêtes, et d'autre part, de participer aux groupes de réflexion mis en place pour le schéma et à l'élaboration des travaux de synthèse.

Le champ de l'étude concerne les populations d'adultes reconnues handicapées par la COTOREP et pour lesquelles une intervention sociale ou médico-sociale est demandée. Ainsi, **4 841 personnes** ont été sollicitées dans les structures du Rhône.

L'âge moyen des personnes accueillies dans les établissements et services du Rhône en faveur des adultes handicapés est de **38 ans**. Il varie de 33 ans pour les adultes accueillis en foyer d'accueil médicalisé à 47 ans en moyenne pour les personnes accueillies en foyer de vie.

On mesure peu d'écart entre les hommes et les femmes à l'exception des adultes en foyer de vie où les femmes ont en moyenne 7 ans de plus que les hommes.

L'étude révèle **que 56% des adultes handicapés** pris en charge dans les structures du département du Rhône **sont des hommes**. On notera que cette prédominance masculine est

présente dans chaque catégorie de structure (de 54% à 69%) sauf dans les foyers de vie où cette proportion est inversée (55% de femmes).

On note **une proportion élevée de déficiences intellectuelles**. Il s'agit de déficiences profondes et sévères en MAS (70%) et en FAM (33%) ; de déficience moyenne en CAT (38%) et SAJ (36%), SAVS (15%) ; de déficience intellectuelle moindre en FV (53%), FAM (39%), et SAVS (25%). **Les déficiences du psychisme** sont particulièrement présentes en SAVS (43%) et en FAM (28%) ; la population d'adultes handicapés présentant **les déficiences motrices** est, quant à elle, présente en FAM (22%) et en SAJ (19%) ; la notion de polyhandicap renvoie à des profils de handicaps lourds (la déficience intellectuelle, la déficience motrice et les troubles du comportement). **Les déficiences sensorielles** représentent 6% des déficients visuels accueillis en CAT et en FAM et 9 % en FV ; 9% des déficients auditifs sont accueillis en FV.

Le CREAI formule huit préconisations issues de son étude de besoins. Il s'agit :

- ✓ D'étendre en nombre de places le dispositif tout en favorisant une plus **grande fluidité** interne ;
- ✓ D'orienter d'avantage l'équipement vers **l'appui à la vie à domicile** (SAVS, aide aux aidants, accueil temporaire...) ;
- ✓ D'installer des **cursus professionnels** pour les personnes handicapées ;
- ✓ De renforcer **l'accès aux soins** ;
- ✓ De développer un **réseau coordonné** entre établissements, services médico-sociaux et secteur sanitaire ;
- ✓ De mieux accompagner les **personnes vieillissantes** ;
- ✓ De développer **un réseau** favorisant l'échange **entre établissements** ;
- ✓ De mettre en place une **observation continue**.

Les enquêtes :

Afin de mieux répondre aux besoins de cette population et afin de disposer de données précises sur le territoire du département, le Conseil général a souhaité questionner directement les personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement pour personnes âgées et a élaboré pour ce faire deux questionnaires.

Un questionnaire a été envoyé à tous les bénéficiaires de l'A.C.T.P. à domicile, soit 2 341 personnes au 1.07.2002 avec un **taux de réponse de 56 %**.

Cette enquête montre que les demandes les plus importantes se situent au niveau des aides à domicile et en accompagnement à la vie sociale. En outre, les besoins liés aux transports et aux déplacements méritent une attention particulière car ils sont spontanément évoqués par les personnes interrogées :

Pour 79% des personnes interrogées, leur vie à domicile résulte d'un choix personnel même s'il apparaît que la situation ne répond pas totalement aux attentes pour 1/3 des personnes questionnées.

Les changements souhaités concernent surtout **les besoins en aides directes à la personne, aide à domicile** (36%), les besoins d'accompagnement (21%), et sur le **logement** qui devrait être plus adapté (15%) et accessible (14%). Les personnes rencontrent des **problèmes de transports et déplacements pour 31%** et souhaitent des améliorations en ce sens.

Les demandes d'accueil temporaire dans des structures d'hébergement spécialisé ou la fréquentation d'un accueil de jour sont assez présentes pour la **tranche d'âge des 20-39 ans**. En effet, 13% d'entre eux souhaitent un accueil temporaire et 10% un accueil de jour ce qui représenterait respectivement 87 et 63 personnes.

Le questionnaire a été envoyé à 603 maisons de retraite recevant ou ayant reçu une personne handicapée dont le domicile de secours se trouve dans le département du Rhône.

217 questionnaires ont été renvoyés.

Les personnes handicapées dont témoigne cette enquête ont des caractéristiques différentes des personnes âgées avec qui elles partagent les maisons de retraite. Elles en diffèrent par l'âge, le sexe, la santé mentale et la durée de séjour. Des activités sont plus fréquemment organisées dans les unités spécialisées que dans les accueils en maison de retraite ordinaire.

L'ensemble des demandes va dans le sens d'une meilleure prise en compte des spécificités des personnes handicapées. C'est pourquoi, le projet d'accueil pour les personnes accueillies dans ce type de structure doit faire l'objet d'une attention particulière.

Lorsque l'on compare la population des personnes handicapées et des personnes en maison de retraite, le constat suivant peut-être fait : **les hommes représentent 54% des personnes handicapées** en maison de retraite alors qu'ils ne représentent que 23% de l'ensemble des personnes en maison de retraite dans le département. En outre, **l'âge d'entrée en maison de retraite est de 55 ans** pour les personnes handicapées contre 77 ans pour l'ensemble des personnes. De même l'âge moyen des résidents est de 63 ans contre 83 ans pour l'ensemble des personnes en maison de retraite. Enfin, la **durée de séjour moyenne est de 8,1 ans pour les personnes handicapées** contre 4,3 ans pour l'ensemble des personnes.

Les constats tels qu'ils ressortent de l'enquête et les changements souhaités sont les suivants :

- ✓ Il existe un décalage très important entre les personnes handicapées et les personnes âgées accueillies dans l'établissement ;
- ✓ On note un manque d'activités adaptées à cette population ;
- ✓ Les aides humaines à la personne sont insuffisantes ;
- ✓ De même que le suivi psychologique est insuffisant ;
- ✓ La formation du personnel à cette prise en charge particulière est demandée de même que la création d'unités pour personnes handicapées âgées avec un projet d'accueil spécifique.

L'élaboration du schéma a été le moment privilégié pour repenser le dispositif de prise en charge des personnes adultes handicapées, apprécier l'adaptation des moyens existants aux besoins en matière d'établissements et de services, et enfin établir un état prospectif des attentes des personnes afin de déterminer des orientations quant à l'offre de services sur l'ensemble du territoire départemental.

3. Les principales observations et préconisations des groupes de travail

L'Etat des lieux (cf. annexes) fait ressortir un certain nombre de points auxquels les Collectivités doivent être attentives :

- ✓ L'information insuffisante et le manque de coordination ;
- ✓ Les difficultés d'insertion professionnelle des personnes handicapées ;
- ✓ Les besoins en aides humaines ;
- ✓ Les besoins d'aide en moyens matériels et logistiques ;
- ✓ La nécessité de développer des formules souples et innovantes ;
- ✓ Les difficultés liées au vieillissement des personnes handicapées la nécessité d'une observation ;
- ✓ L'observation continue des attentes et des besoins des personnes.

Les groupes de travail ont défini un certain nombre d'actions à mener pour répondre aux besoins des personnes handicapées :

- ✓ Les besoins des personnes handicapées : évaluation et prise en charge des besoins, suivi et orientation des personnes ;
- ✓ Le lieu de vie des personnes handicapées : le choix du lieu de vie, l'offre d'emploi adaptée, la mise en valeur du projet personnel ;
- ✓ L'amélioration de la qualité de l'offre : la formation du personnel renforcée, une augmentation et adaptation de l'offre, la mise en places d'outils ;
- ✓ Le dispositif de coordination départemental : la mise en place de réseaux, la création d'un observatoire et d'un lieu ressource.

Les axes de développement prioritaires retenus par les deux collectivités pour ce nouveau schéma.

1. Favoriser l'insertion sociale et l'intégration dans la cité des personnes adultes handicapées en renforçant le soutien à domicile et en améliorant l'insertion professionnelle.

La nécessité d'aider la personne handicapée à accéder à ses droits et à développer ses capacités d'autonomie s'impose comme une préoccupation majeure du Département et de l'Etat. Le soutien à domicile, élément déterminant du maintien à domicile, nécessite la mise en œuvre de moyens humains et matériels palliant le handicap et permettant à la personne handicapée de conserver ou de retrouver le maximum d'autonomie. Celle-ci passe aussi par une insertion professionnelle réussie. En effet, rendre l'emploi accessible à toute personne dans le milieu ordinaire comme dans le secteur protégé et lui garantir les conditions de son maintien dans l'emploi participe d'une reconnaissance de sa pleine citoyenneté.

2. Faire face aux besoins d'accueil en établissements et services des adultes handicapés au cours des 5 prochaines années.

2.1. Optimiser l'existant par l'amélioration de la fluidité entre les structures du département du Rhône.

Les établissements et services destinés à l'accueil des personnes handicapées doivent poursuivre une diversification de leur mode de prise en charge. Ainsi, des formules plus souples telles que l'accueil temporaire ou séquentiel doivent être développées afin de répondre aux attentes fortes des personnes et de leurs familles. L'évolution du règlement départemental d'aide sociale devrait permettre d'assouplir les procédures d'admission à l'aide sociale. De même, l'accueil de jour doit être renforcé car il permet comme l'accueil temporaire de soulager les familles mais permet aussi de préparer le retour à domicile après une hospitalisation par exemple ou pour préparer le passage du domicile à l'hébergement collectif.

Cette souplesse doit s'entendre au sens large pour permettre une complémentarité dans les offres d'accueil tout en favorisant par ailleurs une implantation raisonnée sur le territoire du département mais également au niveau interdépartemental avec un certain nombre de départements limitrophes.

2.2. Les personnes handicapées psychiques : Organiser la prise en charge dans le département du Rhône

Il est important d'envisager une réflexion générale concernant la prise en charge du handicap psychique qui appelle généralement autant un accompagnement que des mesures matérielles. Il est donc nécessaire d'y répondre par des actions de soins et d'aide adaptés aux besoins spécifiques des personnes mais aussi de concevoir un projet individuel cohérent.

2.3. Les personnes handicapées très dépendantes : améliorer et diversifier l'offre

L'évolution des besoins liés au vieillissement et à la perte d'autonomie des personnes ainsi que l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique implique une réflexion sur l'adaptation de la prise en charge proposée et sur l'aménagement des rythmes de vie. Pour les personnes présentant un handicap moteur ou/et neurologique lourd, même si le maintien ou le retour à domicile est souvent souhaité, on ne peut exclure cependant le besoin de places médicalisées lorsque du fait de l'évolution de la dépendance une prise en charge institutionnelle doit être envisagée. L'étude des besoins a montré que plus de la moitié des personnes en attente de places de MAS présentent un polyhandicap.

2.4. Les personnes handicapées vieillissantes : des réponses à adapter sous des formes diversifiées intégrant le dispositif existant.

Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de la prise en charge, permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle ne l'était par le passé. Les restructurations des structures existantes ainsi que les projets de créations d'unités spécifiques avec un projet d'accueil adapté doivent être encouragés. En effet, les personnes handicapées vieillissantes et âgées nécessitent un accompagnement particulier avec un rythme de vie différent des personnes handicapées plus jeunes.

3. Mieux répondre au droit d'accès au soin des personnes handicapées.

La prise en charge des soins des personnes handicapées par sa complexité et son interaction avec les autres dimensions de l'accompagnement nécessite du temps, du personnel formé, et une coordination indispensable entre les différents intervenants. Ainsi, les personnes handicapées en établissement ou à domicile ont besoin d'un accompagnement avant, pendant et après le soin. De plus, une diversification des réponses aux besoins de soins est à impulser dans un partenariat formalisé entre les différents intervenants.

4. Promouvoir une démarche qualité dans les prestations offertes aux personnes handicapées.

Le souhait des usagers de bénéficier d'une offre de services répondant à leurs besoins nécessite de mettre en place des outils et des procédures pour garantir la qualité de la prise en charge et améliorer la connaissance et le contrôle des établissements. Elaborés en partenariat avec les associations et les établissements au cours des cinq dernières années, ces outils et procédures sont recensés et explicités au sein de deux fiches actions.

PARTIE 2 :

Principes d'actions et axes de développement prioritaires

SOUS –PARTIE 1 : PRINCIPES D’ACTIONS

Les principes d’actions du schéma correspondent aux perspectives d’évolution dans lesquels les acteurs du dispositif départemental en faveur des personnes handicapées doivent s’inscrire. L’objectif visé est d’impulser au sein du département les évolutions attendues en application en particulier de la loi du 2 janvier 2002. Ainsi, concrètement, les futurs projets de création ou d’extension d’établissements ou de services seront analysés au regard de ces principes en vue de permettre une mise en œuvre effective de ces perspectives.

Cohérence territoriale

La localisation géographique des équipements en faveur des adultes handicapés répond à des préoccupations qui ne permettent pas d’elles mêmes d’assurer une couverture équilibrée du département. Il convient de favoriser une implantation raisonnée au sein du département mais également au niveau interdépartemental.

Ainsi sur un territoire déficitaire, il sera attendu des promoteurs des propositions de réponse adaptées en terme de localisation et de proximité.

Proximité

Les services sociaux et médico-sociaux doivent pouvoir apporter une réponse au plus près du lieu de vie de la personne handicapée. Leur cadre de vie et leurs références seront de cette façon préservés.

La proximité vise également à pouvoir disposer de relais locaux tels que les maisons du département car par leur implantation ils connaissent le réseau des acteurs locaux pouvant servir d’appui à la mise en place de réponses appropriées.

Individualisation

La prise en charge de la personne handicapée doit être adaptée à la personne, c’est à dire à ses potentialités comme à ses déficiences mais également en fonction de ses souhaits, d’où les notions incontournables et essentielles que constituent le projet individuel au sein d’une institution ou le plan d’aide au domicile. Ils constituent la base à partir de laquelle l’offre de service doit s’organiser. Chaque personne doit ainsi être acteur de son choix de vie, ce qui signifie qu’elle, ou sa famille, soit associé à la prise en charge et donc à son projet individuel.

Fluidité des dispositifs

Insuffisamment développé à ce jour, le principe de fluidité permet de prendre en compte l’évolutivité de la personne handicapée en assurant sa réorientation et son transfert vers une structure plus adaptée. Ces mouvements ne peuvent être mis en œuvre sans un travail préalable et indispensable d’anticipation sur l’évolution du projet de vie de la personne handicapée de la part des institutions qui la suivent et ensuite d’un travail de passage de relais. La fluidité renvoie donc également à la complémentarité à développer entre établissements ou services mais également entre les associations.

Articulation entre le secteur sanitaire et médico-social

La prise en charge globale d’une personne ne peut être effective en l’absence de concertation et de coordination entre les différents intervenants. Seulement aujourd’hui, le cloisonnement entre le secteur sanitaire et médico-social demeure. La concertation constitue donc à ce titre un axe de progrès sur lequel l’ensemble des acteurs doivent s’attacher à progresser. La mise en place de réseaux coordonnés constitue une réponse appropriée.

Diversification de l'offre d'accueil

Les établissements et services destinés à l'accueil des personnes handicapées doivent poursuivre une diversification de leurs modes de prise en charge. Ainsi, des formules plus souples telles que l'accueil temporaire ou séquentiel visent à répondre aux attentes fortes des personnes et de leurs familles sur ces nouvelles modalités de prise de charge. Cette souplesse doit s'entendre au sens large du terme en permettant également par exemple des possibilités d'aller-retour entre le domicile et un établissement ou encore tout autre mode d'accueil innovant. Rentre aussi dans ce cadre le maillage des différents types d'offres en vue d'une complémentarité à formaliser au sein de réseaux soit à l'échelle du département soit à celui d'un territoire géographique de proximité

Simplification administrative

Au-delà des obligations légales et réglementaires, il est prévu de favoriser au maximum dans les relations entre les acteurs le principe de la simplification. Ce dernier devra également s'appliquer dans les relations avec la personne handicapée.

SOUS –PARTIE 2 : AXES DE DÉVELOPPEMENT PRIORITAIRES

Chapitre 1 : Favoriser l’insertion sociale et l’intégration dans la cité des personnes adultes handicapées en renforçant le soutien à domicile et en améliorant l’insertion professionnelle.

Favoriser l’insertion sociale et l’intégration dans la cité de la personne handicapée en renforçant le soutien à domicile et en améliorant l’insertion professionnelle s’inscrit aujourd’hui comme un des axes prioritaires retenus pour ce schéma.

Un grand nombre de personnes handicapées souhaitent pouvoir choisir librement leur mode de vie, à domicile ou en institution. Vivre à domicile pour une personne handicapée n’est pas simple, même en 2004. En effet, réaliser son projet suppose de connaître ses droits (moyens de compensation, aides financières existantes...). La nécessité d’aider la personne handicapée à accéder à ses droits et à développer ses capacités d’autonomie s’impose donc comme une préoccupation majeure de la Collectivité.

Le soutien à domicile, élément déterminant du maintien à domicile, a pour but la mise en œuvre de moyens humains et matériels palliant le handicap et permettant à la personne handicapée de conserver ou de retrouver le maximum d’autonomie. En effet, le domicile de la personne doit pouvoir rester ou devenir un espace de confort et lui garantir des conditions de sécurité optimales.

- ✓ L’accompagnement et les aides à la personne, ont pour finalité d’éviter à des adultes handicapés capables d’une certaine autonomie le placement dans des structures plus lourdes.
- ✓ Dans nombre de situations, seul le logement adapté permet à la personne handicapée de rester chez elle. Il est donc important de mobiliser un parc de logements adaptés, d’en faciliter l’accès aux personnes et de soutenir les projets d’adaptation des logements associant l’ensemble des partenaires.

Les difficultés d’accès aux équipements publics constituent en outre un frein à l’autonomie de la personne handicapée. C’est pourquoi, il convient de rendre effectif l’accès à la cité en organisant chaque fois que nécessaire l’adaptation des institutions.

L’autonomie de la personne passe aussi par une insertion professionnelle réussie. En effet, rendre l’emploi accessible à toute personne et lui garantir les conditions de son maintien dans l’emploi est une reconnaissance de la pleine citoyenneté de la personne. Le secteur de travail dit protégé devra offrir aux personnes handicapées toutes les chances de développer leurs aptitudes en favorisant la transition vers le milieu ordinaire lorsque cela est possible et l’offre d’un emploi protégé lorsque cela est nécessaire.

I. . AIDER A LA VIE AUTONOME

La loi d'orientation du 30 juin 1975 a affirmé le droit des personnes handicapées à accéder dans toute la mesure du possible, à l'autonomie la plus large dont elles sont capables et à vivre dans un milieu ordinaire.

Ces principes sont repris par la résolution du conseil de l'union européenne concernant l'égalité des chances et réaffirmés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'égalisation des chances implique de favoriser deux processus complémentaires: celui de l'accessibilité de la société par l'élimination des obstacles et celui de l'autonomie des personnes confrontées à ces situations de handicap en leur offrant la possibilité d'exprimer et de mettre en œuvre leurs capacités.

Ce processus d'autonomie est favorisé par un recours aux aides techniques et aux aménagements du cadre de vie.

Définition ISO :Le terme aide technique se définit comme tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap. Ce terme regroupe des réalités différentes selon l'environnement médical ou social et les intervenants des équipes interdisciplinaires.

De cette définition découle une nomenclature variée :

- ✓ aide pour le traitement et la formation (les équipements pour l'apprentissage du mouvement, de la force et de l'équilibre...)
- ✓ Aides pour la protection et l'hygiène,
- ✓ aides pour la mobilité personnelle (adaptations de véhicules ou fauteuils...)
- ✓ aides pour la communication l'information et la signalisation (matériel informatique ou les aides à dessiner ou écrire...)
- ✓ aménagements et adaptation des lieux de vie (meublier d'assise ou les dispositifs d'ouverture et fermeture des portes et fenêtres...)
- ✓ Les travaux d'aménagement des logements et des accès extérieurs.

Prenant acte des enseignements de l'expérience des quinze sites pilotes installés en 2000,l'Etat par la circulaire n 2001-275 du 19 juin 2001, a mis en place un plan triennal (2001-2003) dont l'objectif est la généralisation de l'instauration du dispositif pour la vie autonome dans tous les départements. Cette démarche est accompagnée, au plan des moyens financiers, par l'instauration de fonds de compensations départementaux.

Aider à la vie autonome

Contribuer à l'intégration sociale de la personne handicapée en favorisant l'accessibilité au logement, au transport et au cadre bâti

Constat :

L'accessibilité au logement adapté, aux transports publics et aux espaces publics constitue toujours une difficulté majeure au maintien à domicile des personnes handicapées. Il existe une demande des personnes handicapées pour accéder à un logement autonome. Pourtant, l'offre de logements adaptés est rare, mal identifiée tant dans le parc privé que dans le parc public.

Les travaux d'adaptation des logements bénéficient de financements nombreux et diversifiés mobilisables selon les ressources des personnes. Néanmoins, les professionnels de l'immobilier (bailleurs, régies, syndics, promoteurs, architectes...) semblent peu sensibilisés à cette problématique. De même, l'accès aux loisirs et aux vacances, qui constitue un droit fondamental pour toute personne, est conditionné, pour les personnes handicapées, par l'accessibilité aux sites et aux équipements touristiques et par une information fiable et développée.

Objectifs :

- veiller au respect effectif des textes de loi favorisant l'accessibilité aux personnes handicapées,
- créer une bourse au logement adapté aux personnes handicapées, en lien avec le dispositif pour la vie autonome,
- identifier les sites, lieux accessibles aux personnes handicapées lors de chaque édition de guides du Département du Rhône,
- promouvoir le label Tourisme Adapté par le biais de l'action du Schéma départemental de développement touristique du Rhône à inscrire pour 2003-2006,
- sensibiliser les acteurs du Tourisme à la thématique Tourisme Adapté,
- mettre en place le label Tourisme & Handicap,
- réfléchir à la mise en place de « Territoires Touristiques Adaptés » sur le département,
- faire réaliser une étude de besoins en matière de transport, des personnes handicapées sur le département.

Moyens :

1. Logement :

- développer et coordonner les actions favorisant l'accessibilité et l'adaptation des logements, par le biais du Dispositif pour la vie autonome en lien avec les organismes concernés. Il s'agira notamment :
 - de mener des actions de conseils et d'ingénierie technique,
 - d'accompagner les personnes handicapées pour la réalisation de leur projet. Ce dernier passe par une évaluation de leurs besoins, des préconisations techniques et un montage financier, le suivi et la réception des travaux,
- recenser les installations du Département qui sont accessibles aux personnes handicapées et, pour celles qui ne le sont pas, établir un programme d'action d'adaptation.

2. Tourisme adapté :

- identifier l'offre et la demande. Sensibiliser les élus,
- créer un binôme départemental pour les visites de labellisation,
- organiser une journée technique Comité Départemental du Tourisme à destination des professionnels du Tourisme,
- former et informer sur les implications liées à l'accueil de personnes handicapées.

Aider à la vie autonome

Créer un dispositif pour la vie autonome (DVA)

Constat :

L'Etat, par le biais d'un plan triennal, a souhaité généraliser l'expérience des 15 sites pilotes du Dispositif pour la vie autonome dans tous les Départements.

Le Département du Rhône, conscient des difficultés des personnes handicapées à tendre vers l'autonomie dans leur milieu de vie ordinaire, a instauré par une délibération du 19 juin 1999, dans le cadre des aides extra-légales, un fonds d'aides exceptionnelles.

Ce fonds apporte un soutien financier individuel dans le domaine des aides techniques, qui vise à contribuer au maintien ou à l'accroissement de l'autonomie de la personne handicapée. Cela se traduit par des demandes d'ordre matériel (acquisition de fauteuil roulant, adaptation de véhicules, aménagement de logements, petit appareillage médical, matériel informatique adapté), mais également par des demandes de participation aux séjours de vacances.

Toutefois, ce dispositif partiel révèle la nécessité d'instaurer un cadre global autour de l'accès aux moyens de compensation des incapacités, par la mise en place d'un guichet unique, lieu de réception et de traitement de toutes les demandes d'aides techniques des personnes handicapées et par l'élaboration d'un dossier unique auprès des financeurs potentiels, qui doit permettre la diminution des délais d'instruction.

Objectifs :

Le rôle du dispositif est de susciter une coordination départementale autour de la problématique de l'accès aux aides techniques et à l'aménagement des lieux de vie.

Le DVA a comme objectifs prioritaires de :

- développer l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle (matériel, aides-techniques, aménagement des lieux de vie) pour toutes les personnes en situation de handicap,
- organiser un dispositif d'information, de conseil et de préconisation des solutions dans un lieu identifié par la personne, le « guichet unique »,
- simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais,
- faciliter l'accès au financement des solutions préconisées,
- constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre de ce dispositif,
- appliquer une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités, en intégrant une dimension qualité dans le service rendu, par une labellisation des équipes techniques d'évaluation (ETEL).

Moyens :

- mettre en place un dossier unique qui permettra une coordination entre les différents financeurs et une réduction des délais,
- assurer le financement du Dispositif par une dotation annuelle de l'Etat destinée à financer les frais de fonctionnement d'une part, les aides techniques d'autre part.
- compléter le dispositif d'État par la mise à disposition par le Département de son fonds d'aide exceptionnelles,
- impulser la création d'un centre de prêt à destination des personnes handicapées avec possibilité d'achat.

Aider à la vie autonome

Mettre en place un plan d'aide individualisé

Constat :

Il existe un manque de coordination entre les différents intervenants au domicile et il n'y a pas d'évaluation des besoins d'aide.

Objectifs :

La prise en charge de la personne handicapée doit être adaptée à la personne, c'est-à-dire à ses potentialités comme à ces déficiences et ce, en fonction de ses souhaits. Chaque personne doit ainsi être acteur de son choix de vie, ce qui signifie qu'elle ou sa famille soit associée à la prise en charge et donc à son projet individuel.

- Soutenir par le biais d'un plan d'aide individualisé, les personnes qui souhaitent vivre à domicile dans des conditions de sécurité optimales leur garantissant ainsi une qualité de vie.
- Orienter et accompagner les personnes handicapées vers les structures, services et organismes compétents sans se substituer à elles, et analyser les besoins et les demandes.

Moyens :

- Élaborer un plan d'aide individualisé, prenant en compte des besoins d'aide de la personne dans le cadre de son domicile et permettant de ce fait une coordination de tous les intervenants.

- Organiser le circuit de la demande d'aide

- RÉCEPTION DE LA DEMANDE DE LA PERSONNE :

- enregistrement du dossier avec un numéro identifiant, par la Maison du Rhône ; à charge pour cette dernière de réceptionner et de réorienter la demande vers un autre centre ressource.
- élaboration d'un formulaire rempli par le référent personne handicapée (assistant social, CESF, infirmier, médecin) pour le demandeur. Ce document rend compte des éléments qui ont amené le bénéficiaire à faire cette demande de services pour une aide humaine, technique ou autre. Il décrit le contexte de la demande, le type d'aide qui est demandé, les autres démarches entreprises, le contexte de résidence, les données familiales.

- DÉCISION DE L'ÉVALUATEUR :

- demande non retenue et orientation vers un autre centre ressource (autres administrations...),
- demande retenue pour une évaluation de l'autonomie du bénéficiaire.

- ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE :

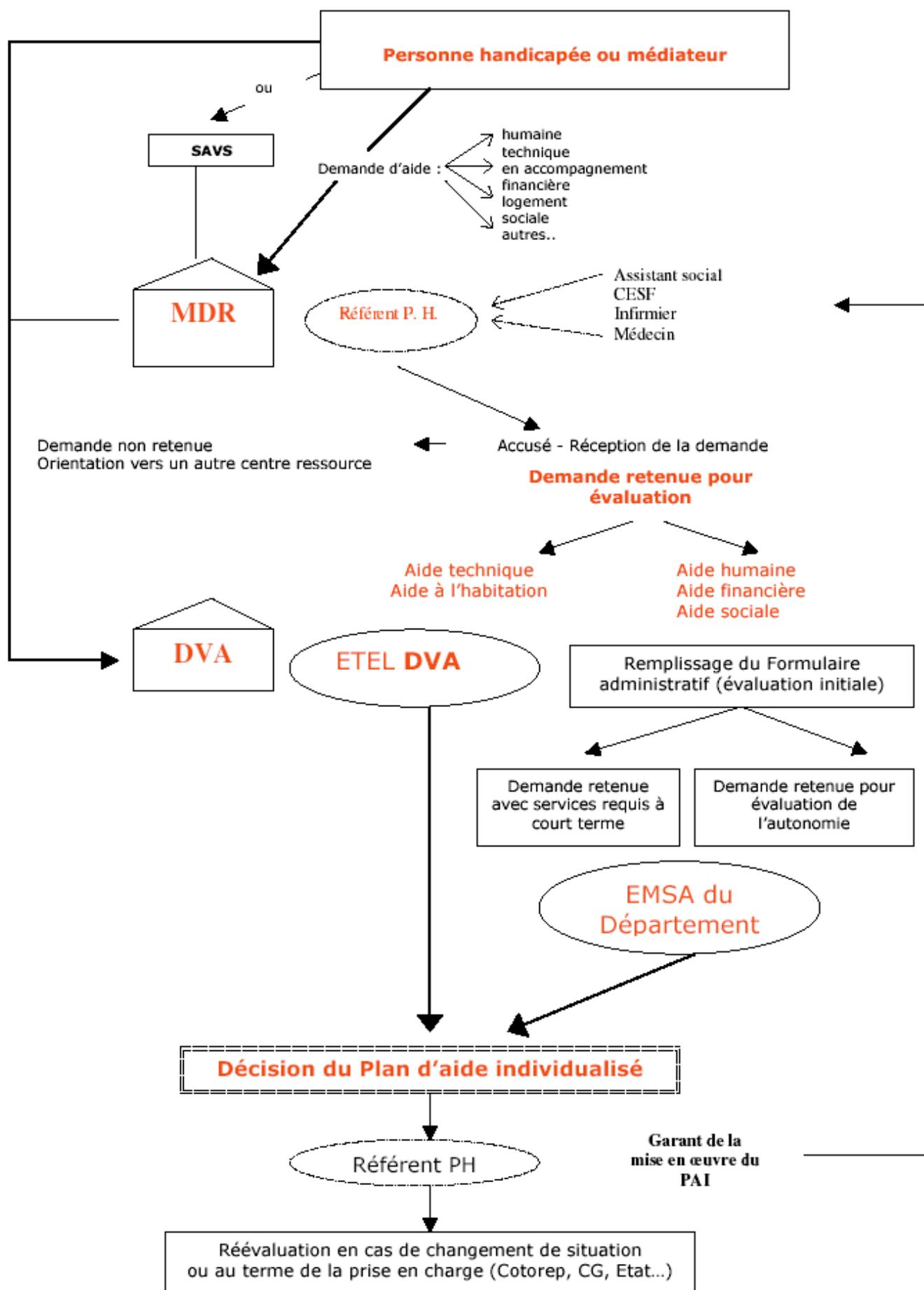
Cette évaluation se fera par une équipe technique pluridisciplinaire avec une personne référente par dossier. Cette phase est en partie médicale.

Les thèmes retenus pour évaluer l'autonomie de la personne sont l'autonomie fonctionnelle, la dynamique familiale et sociale, le support du réseau naturel, l'aptitude intellectuelle, le comportement et l'état affectif de la personne, l'opinion de l'intervenant du réseau sur la personne (réfèrent qui peut être entendu par la personne évaluateur).

L'évaluateur (rapporteur) fait une synthèse des problèmes et des recommandations. Une équipe pluridisciplinaire préconisera les solutions.

Pour les aides techniques, l'étude du plan d'aide et son financement seront coordonnés par le dispositif pour la vie autonome.

Circuit d'une demande de Plan d'aide individualisé



PAI : plan d'aide individualisé
 DVA : dispositif pour la vie autonome
 EMSA : équipe médico-sociale administrative
 ETEL : équipe technique d'évaluation labellisée

Aider à la vie autonome

Améliorer le dispositif des structures d'appui

Constat :

Une partie des personnes handicapées souhaitent obtenir des formules de logement adaptées à leur besoin leur permettant une vie autonome à domicile. En effet, ces personnes ne pouvant vivre seules dans un logement ordinaire sont donc contraintes à la vie en établissement ou en famille. Les logements regroupés et les foyers appartements figurent parmi les formules de logements souples et innovantes. L'accompagnement en parallèle par un SAVS est un élément indispensable favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées. Les enquêtes faites auprès des associations gestionnaires montrent qu'un besoin important est exprimé tant par les associations que par les personnes handicapées et leur famille.

Par ailleurs, un accueil en établissement doit être possible de manière temporaire ou en cas d'urgence pour faire face à des besoins de répit des aidants familiaux ou sur demande de la personne. De même, dans le cadre de formules d'accueil de jour, les personnes handicapées, peuvent donner un sens à leur vie par des liens sociaux, des activités, des loisirs et des vacances.

Objectifs :

- créer un panel de solutions adaptées et personnalisées, s'appuyant sur des procédures souples et simplifiées, et prenant en compte l'évolution des besoins et des souhaits individuels,
- favoriser l'émergence de projets de logements regroupés, résidences studios accompagnés par un SAVS et un réseau d'aides humaines,
- créer un réseau de places d'accueil temporaire et d'urgence au sein des établissements d'accueil permanent pour soutenir une vie au domicile personnel ou familial en permettant de répondre à des situations de crise ou d'attente dont le terme est fixé, ou pour permettre une mobilité entre institution en contribuant à des possibilités d'essai ou de réorientation de la personne handicapée dans le cadre d'une trajectoire de vie,
- prévoir des lieux d'accueil de jour diversifiés prenant en compte le degré d'autonomie de chacun dans la recherche de lien social et l'organisation d'activités occupationnelles à proximité du domicile. Leur fréquentation peut être régulière (temps plein, temps partiel, séquentiel) ou ponctuelle dans une phase découverte.

Moyens :

- soutenir et encourager les projets de logements adaptés techniquement qui peuvent être partagés ou regroupés pour un petit nombre de personnes (3 à 5 max.) disposant des aides humaines nécessaires au projet de vie. Ce dispositif s'inscrit dans le réseau existant qui comprend les services d'auxiliaires de vie, les SSIAD, les infirmiers libéraux et les centres de soins, les SAVS et les services médico-sociaux,
- développer, en complémentarité des structures existantes et avec une cohérence territoriale, la création de places :
 - de SAVS avec des formules de logement innovantes et adaptées, la création de places d'accueil d'urgence, la création de places d'accueil de jour en foyer de vie,
 - d'accueil temporaire et d'urgence au sein d'établissements existants ou par la création de petites unités situées sur le département. En outre, les projets de créations déposés devront identifier spécifiquement les places destinées à ce type d'accueil. Favoriser les projets institutionnels prévoyant des accueils temporaires et simplifier les procédures administratives d'admission concernant ces accueils afin de garantir leur pérennité. Les modalités de gestion de ce dispositif seront définies conjointement avec les promoteurs.
 - d'accueil de jour à temps plein ou partiel en externat dans les foyers de vie à chaque fois que cela est possible pour une prise en charge graduée, et étendre le nombre de structures dédiées à l'accueil de jour.

Aider à la vie autonome

Accompagner la personne dans son choix de vivre à domicile

Constat :

L'accompagnement du maintien à domicile par les aides humaines fait appel à un grand nombre d'intervenants : aides à domicile, auxiliaires de vie, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), professionnels de santé.

Il faut dès lors instaurer une coordination entre ces différents professionnels. Le besoin d'aide professionnalisée ne cesse d'augmenter et les associations gestionnaires sont confrontées à une demande qu'elle ne peuvent satisfaire du fait des difficultés de recrutement. Les professions d'aide à domicile et d'auxiliaires de vie ont un besoin important de qualification et souffrent à la fois d'une image négative, d'une absence de reconnaissance, d'une rémunération insuffisante. Par conséquent les personnes handicapées rencontrent des difficultés pour bénéficier de prestations d'aides à domicile qualifiées.

Actuellement les différentes prestations (ACTP et MTP) ainsi que le dispositif d'auxiliaires de vie en place dans le Rhône ne permettent pas toujours de couvrir le besoin d'aide nécessaire au maintien à domicile notamment pour les personnes les plus lourdement handicapées. Ainsi les SSIAD sont en nombre limité et interviennent encore peu auprès des personnes handicapées.

La participation financière laissée à la charge de la personne handicapée et les difficultés rencontrées pour mobiliser les financements mais aussi organiser les prestations, constituent un frein au maintien à domicile.

Objectifs :

- promouvoir et accompagner les associations et leurs salariés dans leurs efforts de qualification des aides à domicile et auxiliaires de vie. Cela se traduira par une augmentation sensible du nombre de diplômés d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS),
- développer les différentes prestations à domicile : auxiliaires de vie, SSIAD et aides à domicile,
- mettre en place une véritable coordination des différents intervenants.

Moyens :

- encourager la formation d'aides soignantes, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de la vie sociale pour développer la mission « personnes handicapées » des SSIAD et des structures d'aide à domicile. Une attention particulière devra être apportée à la mise en place de la validation des acquis d'expérience et à l'organisation des passerelles entre les trois métiers,
- diversifier les modes d'accès à la qualification : formation initiale, formation continue en cours d'emploi, validation des acquis d'expérience, formation en alternance,
- répertorier les besoins d'aide de la personne en nombre d'heures grâce à la généralisation des plans d'aides individualisés (cf. Fiche Plan d'aide Individualisé),
- augmenter les moyens de financement des aides à domicile,
- développer les services d'auxiliaires de vie conventionnés en apportant une réponse adaptée sur l'ensemble du département,
- créer, en complémentarité, des places de SSIAD (Cf. Fiche 17 Améliorer l'offre de soins infirmiers à domicile).

II. FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Le dispositif mis en place pour assurer l'emploi des personnes handicapées s'inscrit dans une double approche visant d'une part, à apporter un appui pour la recherche de la plus large intégration (CAP Emploi, actions de formation, coordination de parcours d'insertion, actions de maintien dans l'emploi, développement de l'alternance, sensibilisation des entreprises...), d'autre part, à développer des structures médico-sociales (CAT, CRP ou UEROS).

Cette distinction ne recoupe pas les missions des structures puisque l'accès à un emploi en milieu protégé peut aussi bien être assuré par un CAT que par un AP.

1. L'insertion professionnelle en milieu ordinaire

En affirmant le principe du droit à l'emploi des personnes handicapées, la loi d'orientation du 30 juin 1975 précise que priorité est donnée à l'insertion en milieu ordinaire. Cette volonté d'intégration a été confortée par la loi de 1987 qui assigne aux entreprises une obligation d'emploi des personnes handicapées et qui crée un fonds destiné à accroître les moyens consacrés à l'insertion en milieu ordinaire dont la gestion est confiée à l'AGEFIPH.

Cofinancé par l'Etat et l'AGEFIPH, le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) associe, sous l'égide de la DDTEFP, l'ensemble des acteurs pouvant concourir au développement de l'emploi en élaborant un programme cohérent d'actions répondant aux besoins reconnus comme prioritaires dans le département.

Le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés est l'expression de la convergence entre la politique de l'Etat et l'action de l'AGEFIPH. L'objectif unique est de faciliter l'accès à l'entreprise des personnes handicapées aptes à l'emploi, en valorisant tout leur potentiel et tous leurs acquis. Il suppose des initiatives de nature et d'origine différentes, qui combinent actions de droit commun et mesures spécifiques. La contribution du PDITH doit être essentielle dans la cohérence, la lisibilité et, bien sûr, l'efficacité des efforts déployés au niveau départemental.

Les cinq chantiers prioritaires actuels du PDITH du Rhône:

- Le maintien dans l'emploi des salariés handicapés,
- L'insertion professionnelle de personnes handicapées par la maladie mentale,
- L'évaluation et l'aménagement de la boîte à outils d'appui à l'orientation des personnes handicapées,
- L'insertion professionnelle des jeunes handicapés,
- La sensibilisation et la professionnalisation des acteurs de l'insertion et de l'emploi.

En 2002, une concertation élargie à l'ensemble des acteurs mobilisés sur la question de l'insertion et de l'emploi des personnes handicapées impliquant des partenaires sociaux, des associations représentatives de personnes handicapées et des opérateurs a permis d'identifier des axes thématiques à travailler :

- l'intégration des travailleurs handicapés dans la fonction publique,
- l'accueil et l'accès à l'information des personnes handicapées,
- les axes de progrès envisagés pour la COTOREP, notamment dans le traitement des demandes d'orientation professionnelle,
- l'amélioration de la lisibilité des activités développées en matière de maintien dans l'emploi,
- le développement des échanges afin de mieux identifier les champs de compétences des acteurs.

Ces thèmes de réflexion approfondis, ont d'ores et déjà fait l'objet de nombreuses propositions concrètes, à mettre en œuvre dès l'année 2003.

2. Le travail en milieu protégé

Les travaux engagés dans le cadre de ce schéma n'ayant pas vocation à couvrir l'ensemble du champ de l'insertion professionnelle des personnes handicapées relevant du PDITH, la réflexion a été centrée principalement sur le travail protégé. Certaines observations ou préconisations qui visent à situer cette prise en charge comme un tremplin vers l'insertion en milieu ordinaire de travail pourront être utilement reprises au titre du PDITH.

Les axes prioritaires retenus font une large part aux préconisations du groupe de travail mis en place pour la préparation du schéma, aux enseignements apportés par l'étude confiée au CREAI

ainsi qu'aux bilans annuels d'activité de la Cotorep (notamment de l'équipe technique chargée d'étudier les demandes d'orientation en milieu protégé).

Au cours des échanges intervenus dans le cadre des travaux préparatoires du schéma, il a été rappelé combien l'insertion professionnelle constitue une réponse essentielle à l'insertion des personnes handicapées et combien le milieu protégé peut y contribuer par la richesse de l'offre et de l'accompagnement qu'il est en capacité de proposer.

2.1 Les différents publics accueillis (Etude CREAI)

La population des travailleurs est masculine à 62% en atelier protégé et à 55% en CAT.

Les déficiences

Les 2/3 des travailleurs de CAT présentent une déficience intellectuelle (retard profond et moyen 49%, retard mental léger 17%), 15% une déficience psychique, 6% une déficience motrice et 6% une déficience visuelle.

En AP, 61% des travailleurs vivent autonomes, 31% sont hébergés par leurs parents et 3% sont accueillis en foyer d'hébergement.

En CAT, 39% des travailleurs vivent en foyer d'hébergement, 35% sont hébergés chez leurs parents et 23% disposent d'un logement autonome.

Le vieillissement de la population

L'âge moyen en CAT est de 37 ans et les plus de 45 ans ont progressé de 17 à 25 % entre 1998 et 2002.

40% des personnes présentes actuellement ont une ancienneté de plus de 15 ans contre seulement 36% en 1998.

L'étude du CREAI montre que les signes de vieillissement apparaissent au-delà de 45 ans pour les 2/3 de la population de cette tranche d'âge.

Des difficultés comportementales sont souvent mentionnées.

Si elles concernent 45% de la population, leurs manifestations restent passagères. Seulement 1% des personnes présentent des difficultés de cet ordre de façon permanente.

Dans son bilan annuel la COTOREP observe également que la présence de troubles du comportement est souvent associée au handicap psychique (40% des demandes étudiées) ou à la déficience mentale (17% des demandes traitées).

Il est observé que 15% de la population accueillie en CAT justifierait d'un suivi psychiatrique non assuré actuellement.

Seulement 7% de la population accueillie en CAT et AP travaille à temps partiel (très faible évolution au cours des 5 dernières années).

La sortie vers le milieu ordinaire de travail

Si l'on exclut le CAT Messidor, la sortie vers le milieu ordinaire de travail n'atteint pas 1% de la population accueillie (13 personnes en 2001). De même, les prises en charge évolutives entre le CAT et le milieu ordinaire sont peu développées.

2.2 L'approche des besoins (enquête CREAI)

- En atelier protégé

L'étude de population montre que, pour le quart de la population accueillie, une sortie vers le milieu ordinaire de travail est souhaitée.

Concernant l'attente en AP, le faible taux de réponses apportées par les gestionnaires n'a pas permis au CREAI de traiter ce point de l'enquête.

L'objectif pour les cinq prochaines années pourrait consister à porter le niveau d'équipement du département à la moyenne régionale ce qui devrait conduire à créer au moins 160 places d'AP. Ces créations permettraient une évolution vers le milieu ordinaire sur la base d'un parcours professionnel individualisé notamment pour les travailleurs handicapés de CAT.

- En Centre d'aide par le travail

• Les mouvements attendus entre les différents types d'établissements et services

Les entrées ont été estimées à partir des listes d'attente, des réorientations souhaitées et des besoins issus du dispositif pour enfants handicapés. Les sorties attendues distinguent

principalement l'évolution vers le milieu ordinaire de travail et les réorientations vers des établissements d'hébergement ou d'accueil de jour.

En sortie

Pour près de 380 personnes, soit 15 % de la population accueillie en CAT, une modification de la situation est souhaitable à court terme (moins de 2 ans).

- 1/3 vers le milieu ordinaire de travail, l'AP ou une formation, il s'agit principalement de handicapés psychiques;
- 2/3 en réorientation vers des établissements d'hébergement (foyer de vie, maison de retraite..) ou accueil de jour pour des personnes présentant des symptômes de vieillissement. Ces réorientations concernent à 80% des déficients mentaux.

En entrée, sont concernés :

- Les réorientations vers le CAT pour des jeunes:
 - soit reconnus travailleurs handicapés en situation d'échec professionnel dans le milieu ordinaire de travail,
 - soit accueillis à titre transitoire en SAJ.

- Les jeunes issus du dispositif médico-social pour enfants:

Chaque année, en moyenne, 90 orientations sont faites en CAT avec une répartition par type de handicap qui est la suivante :

- déficience intellectuelle moyenne et sévère	61%
- déficience légère avec troubles associés	16%
- déficience motrice et IMC	11%
- troubles du caractère et du comportement (IR)	7%
- déficience sensorielle	4%

Soit au total, 163 personnes en entrée dont environ les 2/3 présentent une déficience mentale.

• Les personnes en attente d'une place en CAT au moment de l'enquête

- **L'étude du CREAI évalue entre 179 et 189 le nombre de personnes en attente d'une place en CAT soit environ 7% de la capacité installée.** La durée de cette attente varie entre 2 et 18 mois pour 83% des personnes concernées.

L'origine géographique de l'attente se situe prioritairement sur l'agglomération lyonnaise et le sud-est du département.

Le travail du CREAI montre que si la fluidité au sein des dispositifs d'accueil était rendue possible, les flux d'entrées et de sorties s'équilibreraient. L'augmentation régulière de la durée moyenne de prise en charge d'un travailleur en CAT conduit à considérer qu'un renforcement du dispositif reste néanmoins à prévoir sur les cinq prochaines années.

Une analyse plus approfondie des besoins par type de handicap et au regard de l'origine géographique de la population concernée (en établissement ou en attente) fait apparaître que certaines adaptations de l'offre sont également souhaitables.

Au-delà de cette approche, l'enjeu des cinq prochaines années réside surtout dans la capacité du milieu protégé à se positionner davantage sur le champ de l'évaluation, de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées et à s'adapter à l'évolution du public concerné.

Favoriser l'insertion professionnelle

Poursuivre et généraliser les unités de préparation au travail en CAT destinées aux jeunes sortant d'IME ou d'IMPro

Constat :

Les travaux confiés aux CAT sont de plus en plus techniques et les exigences qualitatives nécessitent un professionnalisme accru. La préparation à l'insertion professionnelle assurée par les établissements médico-sociaux pour enfants n'est pas toujours adaptée aux besoins des CAT et à l'évolution de l'emploi.

Un nombre croissant de jeunes déficients intellectuels sortent des IME ou des IMPro avec une immaturité et une instabilité importantes qui ne permettent pas une insertion directe en CAT : manque d'autonomie dans le travail, difficultés de concentration, niveau d'apprentissage insuffisant.

Objectifs :

- assouplir les conditions d'admission en CAT,
- proposer à ces jeunes, un temps de préparation et une prise en charge adaptée nécessaires pour intégrer dans de bonnes conditions les unités de travail du CAT.
- mieux préparer en amont dans les établissements d'enfants, l'orientation vers un travail en milieu protégé,
- s'interroger sur les métiers proposés et sur l'opportunité de prolonger certaines prises en charge jusqu'à 20 ans. La réflexion sera à mener dans le cadre de la préparation du schéma se rapportant à l'évolution du dispositif pour enfants.

Moyens :

- prévoir une période d'adaptation durant laquelle le temps de travail et la nature des tâches évoluent en fonction des capacités individuelles ; cette période vise à donner aux jeunes sortant d'IME et d'IMPro toutes les chances de réussir l'insertion en CAT,
- renforcer les liens entre CAT/AP et IMPro/IME nécessaires au travail de préparation à l'entrée en milieu protégé et à la continuité de la prise en charge. Les stages en CAT et AP proposés aux jeunes dans le cadre de leur scolarité sont notamment à systématiser.
- institutionnaliser au niveau départemental les échanges entre ces deux secteurs.

Favoriser l'insertion professionnelle

Réaffirmer la mission sociale du CAT dans une démarche de prise en charge globale de la personne handicapée

Constat :

Si le travail est le point d'appui central du CAT, sa mission sociale et éducative ne doit pas être sous-estimée. La réussite du projet professionnel en milieu protégé ou dans une dynamique d'insertion en milieu ordinaire de travail est souvent conditionnée par le bon équilibre et l'harmonie du projet de vie dans sa globalité.

Les difficultés comportementales mais aussi le vieillissement et la fatigabilité nécessitent un accompagnement adapté.

Pour les personnes présentant un handicap psychique ou une maladie évolutive, la fatigabilité est souvent liée à l'évolution de la maladie et à la place qui revient aux soins.

Objectifs :

Définir et faire évoluer le projet professionnel en prenant plus largement en compte :

- le handicap et le besoin de soin,
- le vieillissement et la fatigabilité du travailleur handicapé,
- le renforcement du soutien socio-éducatif à l'autonomie et à la socialisation de la personne handicapée.

Moyens :

● mettre en place le projet individualisé en collaboration avec les autres intervenants (famille, tuteur, services sociaux, référent du SAVS ou du foyer d'hébergement, soignants..).

CONCERNANT LE HANDICAP ET LE SOIN :

- prévoir une plus grande sensibilisation de l'encadrement éducatif et technique du CAT par des programmes de formation adaptés,
- prévoir pour la prise en charge notamment des personnes présentant des difficultés comportementales, la formation du personnel d'encadrement, la présence de professionnels qualifiés ou le recours à un accompagnement extra-professionnel,
- améliorer la coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales.
- renforcer notamment les partenariats avec le secteur psychiatrique, pour les personnes présentant des troubles psychiques.

CONCERNANT LE VIEILLISSEMENT :

- aménager le temps de travail à la fois sur les rythmes et sur la durée, pour l'adapter aux possibilités de chacun,
- développer plus largement le temps partiel en complémentarité avec les accueils de jour ou les SAVS,
- limiter les temps de transport,
- assurer une transition progressive vers l'arrêt d'activité par un accompagnement renforcé, en liaison avec la structure ou le service appelé à prendre le relais,
- réaffirmer la place du soutien socio-éducatif dans les projets d'établissement et la conforter en termes de moyens si cela apparaît nécessaire,
- améliorer la collaboration avec les structures d'hébergement, les SAVS ou les familles afin d'assurer dans de bonnes conditions le nécessaire accompagnement durant les temps de « non travail » (période de repos, absence, maladie ...).

Favoriser l'insertion professionnelle

Inscrire plus largement l'accompagnement en milieu protégé dans un parcours social et professionnel individualisé

Constat :

Régulièrement observée, l'absence de mobilité des travailleurs handicapés en milieu protégé est confirmée par l'étude de population réalisée par le CREAL.

Le CAT est trop utilisé comme lieu de production et pas suffisamment comme outil d'évaluation, de formation ou d'apprentissage.

Objectifs :

- contribuer à re-qualifier le milieu protégé comme lieu ressource dans une logique de projet et de parcours professionnel,
- enrichir les parcours en ouvrant plus largement le dispositif aux partenaires du monde du travail,
- re-dynamiser le potentiel professionnel présent (encadrement et travailleurs handicapés),
- développer une plus grande polyvalence face à une offre de plus en plus diversifiée de la part des donneurs d'ordre,
- assurer la continuité dans le suivi professionnel des personnes handicapées admises en milieu protégé.

Moyens :

- engager dès l'IME ou l'IMPro à partir d'une évaluation des capacités et des souhaits de la personne, une véritable réflexion sur un projet professionnel, qui constituera une aide à l'orientation pour la COTOREP et à l'insertion socio-professionnelle pour le CAT ou l'AP,
- proposer un accompagnement professionnel qui fasse une plus large place à l'évaluation des capacités et des besoins de formation,
- renforcer les compétences en offrant de réelles possibilités de mobilité sur des postes et des emplois,
- développer plus largement les actions de formation, soit en interne, soit en utilisant des prestations extérieures présentes sur ce secteur,
- construire le plus souvent possible des projets professionnels orientés vers des métiers.

Cette évolution implique des connaissances techniques plus diversifiées pour l'encadrement et un accompagnement plus complexe tant professionnel qu'éducatif, psychologique et social. Elle doit conduire à diversifier les métiers présents et améliorer la complémentarité des compétences.

Favoriser l'insertion professionnelle

Offrir à ceux qui le peuvent et le souhaitent, une possible évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire

Constat :

Si l'on exclut le CAT Messidor, il n'existe quasiment pas de sorties des CAT en direction du milieu ordinaire de travail.

Pour des jeunes moins déficients mais présentant une fragilité psychologique et comportementale, une prise en charge temporaire en milieu protégé apparaît souvent utile, soit dès la sortie de l'IMPro, soit après une expérience non concluante en milieu ordinaire. Pour ce public, l'orientation en CAT "classique" n'apporte pas toujours une réponse adaptée.

Objectifs :

Développer une plus grande fluidité entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail. A l'instar de l'action menée avec les personnes présentant un handicap psychique, les alternatives au milieu protégé "classique" peuvent et doivent s'étendre plus largement aux déficients intellectuels et aux handicapés moteurs.

Moyens :

- favoriser les passerelles vers le milieu ordinaire en développant le travail protégé en milieu ordinaire (TPMO). Une plus grande sensibilisation des employeurs mais aussi un appui technique à la définition des tâches pouvant légitimer la création d'un poste adapté sont à prévoir.
- renforcer le dispositif déjà en place (service d'insertion de l'ALGED) par la création de nouvelles équipes ou services chargés d'assurer un relais dans la démarche d'insertion vers le milieu ordinaire de travail. Cette action est à réaliser principalement par adaptation du dispositif existant.
- développer les CAT pour les jeunes qui se trouvent temporairement dans l'incapacité de tenir un emploi en milieu ordinaire, comme « tremplin » vers l'insertion en leur proposant un accompagnement transitoire en milieu protégé soit dès la sortie de l'IME ou de l'IMPro soit après un échec en milieu ordinaire de travail.

CET ACCOMPAGNEMENT INTÈGRERA DES ACTIONS FORTES :

- de formation à l'emploi en utilisant le plus souvent possible les solutions de droit commun,
- d'apprentissage de l'autonomie sociale et professionnelle,
- de préparation aux exigences d'adaptation, aux changements susceptibles d'intervenir dans le milieu professionnel,
- de soutien psychologique,
- d'appui dans la relation avec les employeurs et de suivi jusqu'à l'autonomie professionnelle.

Pour ces jeunes, l'objectif est de développer des parcours d'insertion en construisant des projets professionnels en rapport avec des métiers choisis et accessibles. Cette démarche doit s'appuyer sur un véritable travail en réseau avec les différents acteurs de l'insertion professionnelle que sont notamment la Cotorep, l'AGEFIPH, le PDITH, CAP-Emploi, les CRP, les conseillers à l'emploi spécialisé de l'ANPE...

Il est souligné combien la qualité de l'intégration sociale est nécessaire pour réussir durablement l'insertion professionnelle. Les expériences en cours qui reposent sur un agrément de type CAT hors murs (prestation en entreprise) mais aussi des formules innovantes comme celle proposée par l'EPMO restent à développer.

La création de deux à trois unités de type « CAT d'insertion » est à prévoir. La transformation de places de CAT « classique » devrait permettre de répondre en partie à ce besoin.

Pour les ateliers protégés, un soutien plus significatif devrait être apporté par l'Etat ou l'AGEFIPH afin qu'ils puissent bénéficier de la prestation bien identifiée d'un chargé d'insertion.

Favoriser l'insertion professionnelle

Adapter l'offre à l'évolution des publics spécifiques : handicap psychique, handicap moteur, IMC et traumatisés crâniens

Constat :

LE HANDICAP PSYCHIQUE :

Pour cette population qui a représenté 42% des demandes traitées en 2002 par la COTOREP, il s'agit majoritairement d'orientations en CAT ou AP faites en vue d'une insertion à terme vers le milieu ordinaire de travail.

La COTOREP observe cependant que le dispositif actuel, principalement axé vers la production et l'insertion rapide en entreprise, n'est pas toujours adapté aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Des besoins restent également à couvrir pour les publics justifiant d'une orientation durable en milieu protégé.

LE HANDICAP MOTEUR ET LES IMC :

La COTOREP souligne le nombre relativement important des demandes, comparé à la dimension de l'équipement réservé à cette population. L'attente est bien supérieure aux sorties envisagées à court terme sur les trois CAT qui totalisent 166 places.

Pour ces deux populations, le dispositif, tant au niveau des métiers que de la prise en charge proposée, n'est pas en complète adéquation avec l'évolution constatée des besoins.

Pour les personnes présentant un handicap psychique, la nature des métiers proposés conditionne souvent l'acceptation d'une orientation transitoire en milieu protégé.

Objectifs :

- pour le handicap psychique, poursuivre l'action engagée en direction des personnes les plus éloignées de l'emploi en leur proposant des conditions de travail adaptées et mieux intégrer la place qui revient au soin,
- pour le handicap moteur et les IMC, développer plus largement l'ouverture vers l'entreprise et favoriser l'insertion en milieu ordinaire.
- pour les deux populations, faire évoluer et diversifier les métiers proposés.

Moyens :

POUR LE HANDICAP PSYCHIQUE :

- adapter le dispositif actuel en augmentant le nombre de places de ré-entraînement progressif au travail afin de pouvoir moduler les rythmes et les temps de travail aux possibilités de chacun,
- inscrire durablement la personne fragilisée par la maladie dans une dynamique d'insertion en évitant les ruptures de parcours et en assurant un accompagnement conjugué avec le soin et l'ensemble des acteurs relevant du champ de la santé mentale.

POUR LE HANDICAP MOTEUR ET LES IMC :

- développer l'insertion en entreprise par création d'une vingtaine de places de type CAT hors murs.

POUR LES PERSONNES CÉRÉBROLÉES :

- compléter le dispositif en place pour les personnes les plus lourdement handicapées (type " la Sandale du Pèlerin "), et prévoir une réponse complémentaire de type transitionnel est à prévoir.

Pour ces populations, adapter l'offre à la demande, notamment en la diversifiant en direction des métiers du tertiaire.

Favoriser l'insertion professionnelle

Restructurer l'offre sur le territoire

Constat :

L'implantation des places rapportée à la répartition de la population sur le département montre que l'agglomération lyonnaise et la région Sud-Est du département du Rhône restent insuffisamment couvertes. L'étude des demandes en attente confirme ce déséquilibre.

Objectifs :

Restructurer l'existant afin d'améliorer la réponse de proximité qui favorise le maintien des liens familiaux et diminue les contraintes de transport,

POUR LES DÉFICIENTS INTELLECTUELS :

- proposer un maillage territorial plus satisfaisant en rééquilibrant l'offre au profit de l'agglomération lyonnaise.

POUR LES HANDICAPÉS PSYCHIQUES :

- mieux situer les places par rapport aux besoins et à l'offre de soin pour les personnes justifiant d'une prise en charge durable en CAT.

Moyens :

LES DÉFICIENTS INTELLECTUELS :

- resituer une centaine de places sur l'agglomération lyonnaise.

Cette réflexion doit être engagée prioritairement avec l'association gestionnaire des Ateliers Denis Cordonnier qui regroupe actuellement 330 places avec une seule implantation sur la commune de Dardilly.

La création d'un deuxième site plus proche de l'agglomération lyonnaise (Sud-Est du Grand Lyon) permettrait non seulement d'apporter une réponse de proximité sur une zone aujourd'hui déficitaire, mais aussi de diminuer la capacité installée sur Dardilly.

Si le gestionnaire le souhaite, cette opération pourrait se réaliser dans le cadre de partenariat inter-associations.

- reconsidérer certains agréments pour étendre le champ du recrutement.

L'offre doit s'adapter aux besoins d'une population présentant de plus en plus des handicaps associés. Ainsi, pour les déficients visuels, le dispositif sur-dimensionné s'est progressivement ouvert au handicap mental. Cette évolution engagée par le CAT Odette Witkowska devrait être étendue au CAT Gallieni bien situé sur l'agglomération lyonnaise.

LES HANDICAPÉS PSYCHIQUES :

- étudier avec l'association gestionnaire du CAT la Roche, les conditions d'une possible re-localisation sur l'agglomération lyonnaise d'une trentaine de places, compte tenu de son implantation excentrée qui ne permet pas un fonctionnement optimal du dispositif destiné à l'accueil de personnes réorientées de façon durable en milieu protégé.

- créer une vingtaine de places supplémentaires. Cette restructuration permettrait de maintenir les liens sociaux et faciliterait la coordination des différents acteurs qui interviennent au niveau de l'hébergement, du travail et du soin.

Chapitre 2 : Faire face aux besoins d'accueil en terme d'hébergement en établissements et services des adultes handicapés au cours des 5 prochaines années

I. Optimiser l'existant par l'amélioration de la fluidité entre les structures du département du Rhône

L'optimisation du dispositif existant sur le département du Rhône nécessite que soit assurée une meilleure fluidité de l'offre de prise en charge proposée aux personnes handicapées. Mais il faut également prendre en compte les résultats de l'enquête du CREAI sur les besoins des personnes adultes handicapées qui recense les catégories d'établissements ou de services pour lesquels les possibilités d'accueil du dispositif doivent être accrues.

1) L'amélioration de la fluidité du dispositif

La prise en charge des personnes handicapées est caractérisée par des parcours où sont mis en œuvre des dispositifs discontinus.

Les risques sont particulièrement importants au moment où :

- la personne quitte le dispositif enfant,
- le travailleur handicapé voit ses capacités professionnelles se restreindre,
- la personne handicapée nécessite une prise en charge adaptée à son avancée en âge.

Il convient donc d'être particulièrement attentif à la continuité de la prise en charge afin d'éviter à ces moments charnières des placements en inadéquation avec les capacités de la personne.

Outre la sortie d'un dispositif à l'autre, il convient d'assurer une fluidité de l'ensemble de l'offre proposée à la personne handicapée de telle sorte que soit prise en compte l'évolution de ses capacités réelles.

Une prise en charge adaptée des personnes handicapées suppose donc :

- de privilégier la mobilité institutionnelle :

Outre l'insuffisance de places dans certaines structures, le manque de mobilité des personnes handicapées (effet filière) est dû à plusieurs facteurs qui se conjuguent :

- l'organisation linéaire des institutions,
- la rigidité administrative,
- les difficultés pour les personnes handicapées et leur entourage à anticiper les changements,
- l'appréhension au changement.

Cette mobilité permettra des possibilités d'allers et retours afin de garantir autant que possible les risques liés à l'acquisition souvent trop fragile de l'autonomie.

Néanmoins, la réticence au changement fréquemment ressentie par les personnes handicapées nécessite que cette mobilité ne leur soit pas imposée pour des raisons institutionnelles ou administratives. Elle doit s'accorder au libre choix de vie de la personne et doit être préparée.

Cette mobilité suppose que puisse être dépassée la simple prise en charge au sein de la structure d'accueil de la personne pour définir un projet individuel qui ne se résume pas à un programme d'activités internes à l'établissement.

Plus généralement, la notion de projet individualisé doit dépasser la prise en charge dans tel ou tel établissement pour viser une stratégie d'action globale à moyen ou long terme qui associe l'ensemble des acteurs (la personne handicapée, sa famille, les professionnels qui l'entourent), et ce dans une logique de proximité

- de développer le travail en réseau pour favoriser le décroisement des institutions :

La notion d'accompagnement et de projet individualisé conduit à privilégier le travail en réseau c'est à dire des configurations de travail centrées non sur l'institution mais sur la personne. Pour être au cœur du dispositif, la personne doit pouvoir bénéficier de prises en charges diversifiées et ajustables.

Le Département a ainsi pu demander que ce travail en réseau soit formalisé par des conventions notamment entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social (conventions avec des établissements psychiatriques, avec des praticiens libéraux notamment pour les soins bucco-dentaires).

De plus, la création de réseaux inter-établissements entre associations gestionnaires différentes mais exerçant des missions proches devrait faciliter les échanges et la circulation entre établissements et services afin d'offrir des séjours de rupture, des accueils temporaires séquentiels. Ces réseaux pourrait s'ajouter utilement à la complémentarité entre les différents types de prises en charge que propose un établissement ou service.

- De proposer des formules souples d'accueil temporaire ou d'urgence

Des places d'accueil temporaire doivent être disponibles en permanence dans le Département pour faire face à des situations d'exception.

Or, celles qui existent actuellement dans les établissements ont trop souvent perdu leur caractère d'accueil temporaire. Il est indispensable, de plus, de connaître en permanence la disponibilité de ces places, ce qui suppose une définition claire de leurs statuts ainsi que la durée maximale des séjours.

Le nombre de places destiné à ce type d'accueil doit être renforcé pour soulager temporairement la famille ou l'institution, mais aussi pour permettre à la personne handicapée de mener à bien son projet de vie.

- de disposer d'une offre d'établissements et services suffisamment diversifiée

A ce jour, des personnes handicapées ne peuvent être accueillies, faute de places dans le département. Il faut donc qu'un nombre suffisant de places soit mises en service afin de rapprocher l'offre de la demande. (cf. programmation).

Le dispositif actuel permet difficilement de proposer une prise en charge adaptée aux populations handicapées particulières que sont :

- les personnes handicapées psychiques
- les personnes handicapées très dépendantes
- les personnes handicapées vieillissantes.

Le schéma portera une attention particulière aux besoins de ces personnes.

2) Définition des besoins par types de structure

Le CREAI, dans le cadre de l'étude que lui a été confiée le Conseil général du Rhône et la DDASS, présentent de manière synthétique les mouvements intra-dispositifs attendus dans les 4 prochaines années :

- ✓ Les flux entrants correspondent aux différents types de réorientations souhaitables indiqués par les établissements concernés selon le point de vue des responsables de ces structures et concernent :
 - les personnes en attente (non prises en charge dans un établissement pour adultes mais pouvant être prises en charge dans un établissement ou service pour enfants et bénéficiant de l'amendement Creton)
 - les sorties prévisibles des établissements pour enfants ou adolescents (hors amendement Creton).

Ils intègrent des accueils hors département pour lesquels un retour vers le département du Rhône est souhaité.

- ✓ Les flux sortants correspondent pour leur part aux réorientations souhaitables et/ou prévisibles indiquées par la catégorie des établissements répondants.

D'après cette enquête, les possibilités d'accueil du dispositif doivent être accrues pour certaines catégories d'établissements ou de services et dans une moindre mesure pour d'autres. Toutefois ces modalités de réorientation ont été formulées en l'état du dispositif en 2002.

Outre ces flux au sein du dispositif, cette estimation intègre aussi une fluidité souhaitée au sein même du dispositif afin de permettre à brève échéance ou dans les quatre années à venir une réorientation pour permettre une adaptation optimale à la situation des personnes ou à leur évolution prévisible en allégeant ou amplifiant les suppléances.

❖ **S'agissant des foyers d'hébergement,**

Dans l'étude, un net déséquilibre apparaît. Le rapport sorties/ entrées est de près de 1 pour 2. Pour satisfaire les demandes liées aux évolutions prévisibles et aux demandes non satisfaites exprimées par l'inscription sur des listes d'attente, 170 à 179 places supplémentaires seraient nécessaires.

Depuis l'étude du CREAI, le nombre de places offertes dans le département pour les foyers d'hébergement a légèrement diminué. En effet, certaines associations ont souhaité reconvertir certaines unités d'hébergement pour assurer une prise en charge plus adaptée aux résidents de l'établissement. Ainsi, des unités de foyers d'hébergement ont été transformés en unités de foyers de vie parfois destinées plus particulièrement aux personnes handicapées vieillissantes.

De même, sous l'impulsion des établissements, des Foyers résidence ou foyers appartement ont été créés à hauteur de 63 places. Elles répondent aux aspirations que certaines personnes handicapées manifestent à vivre dans des structures leur laissant la possibilité d'organiser leur vie de façon plus individualisée tout en disposant d'un étayage dont elles ont besoin. Ces établissements accueillent principalement des personnes handicapées travailleurs ou des personnes handicapées psychiques qui n'ont pas leur place en long séjour au sein d'établissement psychiatrique ou en foyer de vie traditionnel.

Le besoin en terme de places d'après le CREAI pour ce type de structures est de 170 places au 31 décembre 2003.

Le Conseil général a d'ores et déjà autorisé l'ouverture de 73 places supplémentaires, ce qui réduit le besoin de création de places.

On peut toutefois s'interroger sur les transformations récentes des foyers d'hébergement. En effet, elles semblent indiquer que les associations gestionnaires par ailleurs de CAT ne ressentent pas le besoin d'augmenter l'offre d'hébergement pour handicapés travailleurs contrairement à l'analyse du CREAI et aux demandes de la COTOREP.

En outre, du point de vue qualitatif, les foyers d'hébergement qui offrent une prise en charge collective répondent-ils aujourd'hui aux aspirations d'une individualisation de la prise en charge ?

De même, quelle solution proposer au travailleur handicapé qui bénéficie d'un arrêt maladie et qui ne peut pas par conséquent se rendre sur son lieu de travail (AP ou CAT) ni être pris en charge au foyer d'hébergement ?

❖ **S'agissant des foyers de vie,**

Pour le CREAI le déséquilibre est encore plus manifeste. Le rapport sorties/ entrées est de 1 pour 4. Le déficit ainsi estimé serait de 262 à 331 places.

Depuis cette étude, 90 nouvelles places ont été installées par le Département notamment pour prendre en compte le vieillissement de la population handicapée du Département.

En effet, pour les personnes handicapées vieillissantes, plusieurs possibilités ont été évoquées par le Conseil Général du Rhône pour définir les structures d'hébergement les mieux adaptées entre la création d'établissements spécialisés ou l'implantation d'unités spécifiques dans les établissements existants.

Depuis 1998, le Département pour obtenir les capacités nécessaires à cette nouvelle prise en charge a redéployé une partie de son offre d'hébergement et a facilité la construction de structures nouvelles.

Ces opérations consacrent le souci du Département d'adapter les structures d'hébergement (FH et FV) et de mettre sur pied des solutions personnalisées, qui limitent les ruptures dans la vie des personnes handicapées et maintiennent les intéressés le plus longtemps possible dans la structure où ils ont passé une grande part de leur vie, tant que le niveau de leur handicap le permet.

C'est ainsi que le Département a créé, à côté de nouvelles structures, progressivement de petites unités spécialisées, de 10 à 15 places, annexées à des foyers de vie ou à des maisons de retraite.

Au 31 décembre 2003, le besoin en places pour ces structures s'élève à 172 places. Toutefois, conscient des besoins le Département a autorisé l'ouverture de 196 places qui vont s'échelonner de 2004 à 2006.

❖ **S'agissant des foyers d'accueil médicalisé,**

(cf. Chapitre 2, III Les personnes handicapées très dépendantes : Améliorer et diversifier l'offre)
La pression auprès de ces établissements est très forte au moment de l'enquête . En effet, ce sont 157 à 255 places qui seraient nécessaires pour permettre des réorientations mais surtout pour permettre l'accueil de personnes inscrites au moment de l'enquête sur des listes d'attente.

❖ **S'agissant des MAS,**

(cf. Chapitre 2, III Les personnes handicapées très dépendantes : Améliorer et diversifier l'offre)
La pression auprès des MAS est moindre qu'auprès des FAM, mais est cependant loin d'être négligeable. Là aussi le nombre de sorties est très faible. Pour satisfaire les entrées attendues, 91 à 118 places seraient nécessaires.

❖ **S'agissant des services d'accueil de jour,**

Ils constituent la seule catégorie d'établissement pour laquelle le solde migratoire impulsé par ces mouvements serait négatif : plus de sorties s'opéreraient que d'entrées avec une libération de 73 places.

Le développement de l'accueil de jour, notamment à proximité de foyer d'hébergement, constitue cependant pour les travailleurs handicapés en CAT ou en atelier protégé le corollaire indispensable à l'assouplissement des horaires ou au travail à mi-temps, que rend nécessaire leur plus grande fatigabilité, qui se fait souvent sentir dès 45 ans.

Il représente aussi pour les non travailleurs une étape décisive dans la socialisation de la personne handicapée et une transition progressive vers une autonomie plus marquée qui s'inscrit dans une perspective de préparation à l'entrée dans une structure d'hébergement permanent à plus ou moins long terme.

Le report se faisant essentiellement vers les foyers de vie, le CREAI en déduit que c'est une conséquence de la précarité actuelle ou à venir de certaines situations de vie à domicile des personnes accueillies à la journée en service d'accueil de jour.

❖ **S'agissant des services d'accompagnement,**

les besoins d'accompagnement par les S.A.V.S. ne faisant pas l'objet de listes d'attente, l'enquête du CREAI n'a pas permis de connaître les réorientations vers ce type de structure.

Le Département a répondu favorablement à la demande de création de tels services par les associations qui faisaient état de besoins importants dans ce domaine. La nécessité d'offrir cet étayage est reconnue afin d'assurer un meilleur confort social et psychologique à la personne handicapée et une participation sociale plus développée.

Le Conseil général a installé 41 places supplémentaires depuis l'étude du CREAI et autorisé une nouvelle structure de 74 places qui devrait ouvrir début 2004.

La création de services d'accompagnement à la vie sociale et les autres préconisations du schéma en faveur du renforcement du soutien à la vie autonome des personnes handicapées devrait en partie alléger la pression exercée sur les structures d'hébergement.

Les SAVS qui étaient destinés à l'origine à l'accompagnement des personnes handicapées travaillant en milieu protégé, s'étend vers un public non travailleur qui a aussi un réel besoin d'accompagnement.

II. Les personnes handicapées psychiques : organiser la prise en charge sur le territoire.

Il est important d'envisager une réflexion générale concernant la prise en charge du handicap psychique qui appelle généralement autant un accompagnement que des mesures matérielles. Il est donc nécessaire d'y répondre par des actions de soins et d'aide adaptés aux besoins spécifiques des personnes mais aussi de concevoir un projet individuel cohérent.

Les difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques pour bénéficier d'une prise en charge dans le secteur social et médico-social ont été évoquées à maintes reprises dans l'état des lieux présenté par les différents groupes de travail, de même que dans le cadre des enquêtes réalisées auprès des établissements et des services et notamment dans l'étude réalisée par le CREAI.

Plus globalement au niveau national, différents rapports publiés ces dernières années (rapport Michel CHARZAT, Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale, De la Psychiatrie vers la Santé Mentale...) mettent l'accent sur le grave déficit des réponses apportées aux besoins de ces personnes tant dans le domaine du soin que dans ceux de l'hébergement et du besoin d'accompagnement à domicile notamment.

Le groupe de travail constitué des membres du comité départemental de santé mentale a centré sa réflexion sur la prise en charge des malades au long cours accueillis ou suivis dans les hôpitaux psychiatriques.

Pour ce faire, le groupe de travail s'est attaché plus particulièrement à définir ce que pourraient-être les priorités pour les personnes handicapées psychiques dont le handicap a pour origine une maladie mentale apparue après l'enfance devenue chronique et invalidante.

Le profond bouleversement intervenu depuis trente ans dans le domaine de la santé mentale découle d'une évolution dans la manière de concevoir la place des personnes malades mentales dans la société, la notion de handicap psychique étant d'ailleurs relativement récente. Les modifications dans les organisations qui découlent logiquement de cette nouvelle manière de concevoir une réponse aux besoins des personnes restent encore à imaginer.

Bien qu'il existe une très grande variété et une grande variabilité de la gravité des troubles et de leur évolution dans le temps, il importe d'envisager une réflexion générale concernant la prise en charge du handicap psychique, car la nature des difficultés rencontrées par les personnes et leur famille présente des caractères communs, souffre de la même méconnaissance, et appelle généralement autant un accompagnement que des mesures matérielles.

Il est donc nécessaire d'aborder chaque problème et y répondre par des actions de soins et d'aide adaptées aux besoins spécifiques des personnes mais aussi de concevoir un projet individuel cohérent. En outre, les familles, qui sont souvent les premiers aidants, doivent être soutenues dans leur rôle d'accompagnant notamment en mettant en place des lieux d'échanges et de paroles.

L'évaluation des besoins de la personne doit être mixte, abordant à la fois le besoin de la personne et ses besoins d'accompagnement à partir de ses habiletés sociales et intégrant les outils des différents professionnels. Des expérimentations devront être encouragées.

Le développement concerté des différents équipements sociaux et médico-sociaux avec le dispositif de soin suppose que la structure médico-sociale prenne en compte que la personne handicapée psychique a besoin d'un soin qui dure, de même que le sanitaire a besoin du médico-social pour que la personne handicapée ait une vie sociale. Ainsi ramené au niveau du projet individuel cette manière de concevoir l'articulation du sanitaire et du social suppose l'élaboration d'un projet commun entre le secteur psychiatrique et le médico-social.

Les besoins des personnes handicapées psychiques peuvent se définir comme suit :

- besoin de soins de proximité ;
- un hébergement diversifié et adaptable : individuel, collectif, accueil familial thérapeutique, familles gouvernantes accueil familial social, structures médico-sociales diverses en capacités et en moyens d'accompagnement ;
- souvent une aide à la vie quotidienne : toilette, habillement, courses, cuisine, gestion du budget... ;
- une formation permettant un travail adapté avec un accompagnement, ou en milieu ordinaire chaque fois que cela est possible ;
- des moyens de participation à la vie sociale en luttant contre l'isolement : lieux d'accueil, d'écoute, de parole (pour les familles également), clubs...

Un certain nombre d'expériences intéressantes réalisées dans le secteur médico-social doivent être développées en même temps que des modalités d'accompagnement et d'hébergement nouvelles doivent être réalisées permettant de disposer d'une gamme complète de solutions complémentaires prenant en compte la diversité des besoins et le souhait des personnes de vivre de la manière la plus indépendante possible.

Cet effort de développement dans le secteur social et médico-social ne pourra atteindre son objectif d'intégration sociale que si les besoins de soin des personnes sont satisfaits au plus près dans le temps et dans l'espace.

Il est donc indispensable qu'au delà de la nécessaire articulation du sanitaire et du médico-social un effort soit fait tant au niveau de l'évaluation des besoins individuels que d'une politique de développement concertée.

Afin de lutter contre la solitude, l'isolement, l'angoisse et l'inactivité qui sont des facteurs de rechutes, il convient de proposer aux personnes handicapées psychiques un lieu de relations conviviales, de soutien et de stimulation, leur permettant d'accéder progressivement à une vie sociale.

Les personnes souhaitant participer à ces accueils peuvent le faire de façon informelle (sans contrat) ou formelle par le biais d'une adhésion. Dans ce cas, les adhérents s'engagent à prendre contact régulièrement avec le club et en l'absence de nouvelles, l'équipe prend les dispositions pour renouer le contact avec lui. Cette possibilité permet de développer le sentiment d'appartenance au groupe. Ces lieux peuvent aussi être des lieux d'échanges pour les familles ;

Le maintien de la vie relationnelle des personnes se fait par une aide à la gestion de la vie quotidienne qui leur permet de pratiquer des activités diverses :

- Participation à des activités utiles à la collectivité (associatives, artistiques...) ;
- Accès à la culture, au sport, aux loisirs ;
- Participation à des activités d'intérêt général pouvant servir tant la personne handicapée que la collectivité ;

On notera que l'activité d'accompagnement peut être accomplie par une personne ayant souffert des mêmes troubles leur permettant ainsi de retrouver une activité professionnelle.

Les structures existantes, de type « club », doivent bénéficier d'un statut et un financement stable.

Exemple : Association ASSAGA et son Café animation La Canille
 Association FIRMAMENT Club planète

Les personnes handicapées psychiques

Créer des structures innovantes, variées et adaptées au handicap psychique

Constat :

Le handicap psychique se caractérise par les difficultés que rencontrent les personnes qui n'ont pas ou plus les capacités ou les possibilités de participer aux échanges liés à la vie sociale. Cela se traduit le plus souvent par une non-adéquation du rapport à l'environnement. Ce qui est spécifique à ce handicap, c'est la nécessité de pouvoir articuler la persistance des soins et la dimension de l'accompagnement.

Le département manque de structures susceptibles d'héberger des personnes qui ont souffert de maladie mentale sortant de l'hôpital psychiatrique, n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais qui ne sont pas assez autonomes pour assumer seules la gestion de leur vie quotidienne en appartement.

De même, les besoins des personnes sont très variés de l'une à l'autre, ou pour une même personne tout au long de son histoire.

C'est pourquoi, une palette de solutions de logements doit être proposée à chaque personne suite à une évaluation de ses besoins d'aide à la vie quotidienne (cf. Fiche 3 : Plan d'aide individualisé).

Objectifs :

- promouvoir des lieux de vie et services destinés à des personnes ayant des difficultés psychiques en vue de restaurer leur autonomie et de créer les conditions optimales pour une réinsertion sociale,
- pour les personnes justifiant d'une prise en charge durable en FAM, voir partie sur les personnes handicapées plus dépendantes (cf. chapitre 2 § III).

Moyens :

● FAVORISER LES PROJETS DE FOYERS-APPARTEMENTS (STUDIOS), NON MÉDICALISÉS MAIS AVEC UN ENCADREMENT SPÉCIFIQUE PRÉVOYANT :

- un soutien éducatif à la vie quotidienne (de type gouvernante),
- l'accompagnement des résidents dans une démarche d'insertion avec néanmoins, un accompagnement sanitaire adapté qui prévoit des consultations avec des soignants extérieurs,
- la réacquisition d'une autonomie.

● FAVORISER LES PROJETS DE LOGEMENTS INDIVIDUELS AVEC ACCOMPAGNEMENT PAR UN SERVICE :

- impulser un partenariat entre les organismes logeurs et le secteur médico-social permettant aux personnes de louer des appartements,
- assurer le soutien des personnes dans leur projet de prise en charge du soin, d'intégration sociale et le service d'accompagnement à la vie sociale.

● FAVORISER DIFFÉRENTS LIEUX D'ACCUEILS DE TYPE « CLUB » :

Ces lieux chaleureux et conviviaux peuvent proposer des repas et des animations à la fois aux habitants « ordinaires » du quartier et à des personnes reconnues handicapées psychiques.

Les activités consistent d'une part en des animations en journée ou soirée qui sont ouvertes à toute personne, d'autre part, en des activités précises plus spécifiquement réservées aux adultes handicapés : théâtre, atelier jardin, sorties pédestres, billard, peinture, rédaction d'un journal, jeux de société, etc.

II. Les personnes handicapées très dépendantes : Améliorer et diversifier l'offre

2.1. La population accueillie en FAM et en MAS (étude du CREAI)

En complément des données présentées dans l'état des lieux, il est intéressant de comparer les caractéristiques de la population présente dans ces deux types de structures sur le plan de l'autonomie et du vieillissement.

✓ **Autonomie**

Concernant la motricité et la mobilité, les adultes en MAS sont plus dépendants que ceux accueillis en FAM.

Les compétences sociales (communication verbale ou non verbale, orientation temporelle et spatiale) requièrent des aides humaines constantes pour 62% des personnes en MAS et 38% des personnes en FAM.

Les difficultés comportementales sont plus fréquentes chez les adultes accueillis en FAM.

✓ **Vieillesse**

Les personnes de 45 ans et plus représentent 12% de l'effectif en FAM et 27% en MAS.

En FAM, les symptômes liés au vieillissement sont présents pour 80% de la population de 45 ans et plus et pour 35% des moins de 45 ans. En MAS, sont concernés 87% des 45 ans et plus et 62% des moins de 45 ans.

2.2. L'approche des besoins

L'effort conjoint du Département et de l'Etat a permis une évolution significative des places de FAM au cours des cinq dernières années.

➤ **Estimation du taux d'équipement du Rhône après intégration des projets en cours et comparaison à la situation moyenne régionale:**

FAM + MAS	Région Rhône Alpes	0,83
Département du Rhône		0,70

L'approche comparative par type de structure situe le département du Rhône très en dessous de la moyenne régionale pour l'équipement en MAS alors que celui-ci se place dans la fourchette haute pour les FAM.

Amener l'équipement du Rhône pour personnes lourdement handicapées au niveau moyen régional conduit à créer une centaine de places.

• **Les flux entre départements**

Si globalement les mouvements s'équilibrent pour la population accueillie en FAM, la situation apparaît nettement déséquilibrée en MAS avec 92 personnes originaires du Rhône accueillies hors du département pour seulement 20 personnes extérieures au Rhône présentes dans l'une des quatre MAS de notre département.

- **Les besoins estimés à partir des listes d'attente, des réorientations souhaitables et des sorties des établissements d'enfants (étude CREAI)**

	Attente Hypothèse « haute » (1)	Attente Hypothèse « basse » (1)	Réorientations Entrées - sorties	Sortie du dispositif enfants (moyenne annuelle)	Places en cours de création (2)
FAM	228	130	16	11	197
MAS	103	76	5	10	22

(1) L'hypothèse haute / hypothèse basse

l'écart est constitué, d'une part, par les orientations multiples sur des catégories d'établissements distinctes (MAS et FAM) et d'autre part, par des situations concernant des personnes bénéficiant d'une solution institutionnelle mais ne figurant pas sur la liste des présents dans les établissements enquêtés (personnes accueillies dans un établissement hors du département du Rhône ou en hôpital psychiatrique).

(2) places autorisées qui n'étaient pas installées au moment de l'enquête du CREAI.

- **Caractéristiques principales de la population en attente**

Concernant les FAM, la liste d'attente prend en compte au moins partiellement les besoins exprimés par le groupe de travail sur le handicap psychique initié par le CDSM. En effet, environ 44% des personnes en attente d'une place en FAM sont en centre hospitalier psychiatrique.

Quantitativement, si l'on tient compte du nombre important de places de FAM en cours d'installation au moment de l'enquête, les besoins recensés par le CREAI sont sensiblement couverts.

Pour les MAS, le volume de l'attente représente pratiquement 40% de l'équipement ce qui explique la durée d'attente relativement longue pour ce type de structure (de 6 mois à 4,5 ans). 59% de la population en attente présente un polyhandicap.

L'approche du besoin doit également prendre en considération les orientations nombreuses « par défaut » en établissement médicalisé pour personnes âgées.

Les données du CREAI situent les besoins à un moment donné et sont à compléter des effets liés aux perspectives démographiques prévues à moyen et long termes. L'allongement de la durée de vie se traduit par une augmentation régulière et durable du temps de prise en charge institutionnelle mais aussi par l'aggravation des pathologies conduisant à des réorientations plus nombreuses vers des établissements médicalisés. Si le soutien apporté au maintien à domicile notamment au niveau des soins peut permettre de nuancer dans un premier temps ces observations, il convient de souligner parallèlement la nécessité de disposer d'une offre de places pour un accueil temporaire ou séquentiel dans ce type d'établissement.

Les projets proposés devront intégrer une diversification des modes d'accueil: accueil de jour, accueil temporaire et éventuellement accueil à temps partiel (séquentiel). La conception architecturale permettra d'introduire de la flexibilité avec de possibles développements modulables en capacité. Il conviendra de veiller à la qualité des projets proposés et de favoriser ceux présentant un caractère innovant.

Les préoccupations émergentes concernent prioritairement **les polyhandicapés et les malades mentaux stabilisés** relevant d'une prise en charge médico-sociale lourde. Le dispositif reste également à conforter pour les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une pathologie psychiatrique.

Les conditions d'une bonne collaboration avec le secteur sanitaire devront être étudiées dès l'élaboration des projets. Des conventions seront signées pour faciliter l'accès des personnes handicapées à l'hôpital mais aussi favoriser la prise en compte des ressources et des contraintes de chacun des deux secteurs.

Les personnes handicapées très dépendantes

Favoriser la création de places de MAS et adapter l'offre existante

Constat :

LES BESOINS

Le taux d'équipement du département du Rhône reste l'un des plus faibles de la région Rhône-Alpes et l'écart à la moyenne régionale est important.

Les personnes originaires du Rhône et admises dans une MAS hors département sont bien plus nombreuses que celles en provenance d'un autre département et accueillies dans l'une des quatre MAS du Rhône (différentiel estimé à environ 70 personnes).

Si, du fait de la création récente des FAM dans le département, certaines orientations prononcées par défaut en MAS ont conduit vraisemblablement à une sur-estimation de l'attente recensée, le besoin demeure néanmoins très important rapporté à la dimension de l'équipement en place.

Plus de la moitié de cette attente concerne des polyhandicapés soit maintenus en IME dans le cadre de l'amendement Creton ou hospitalisés en psychiatrie, soit à domicile. Pour certaines pathologies neurologiques et maladies évolutives, le niveau des soins nécessite un besoin de médicalisation relevant dans certains cas d'une prise en charge en MAS mais aussi d'une collaboration indispensable avec le secteur sanitaire.

Au regard de l'origine géographique de la population en attente, l'implantation des places nouvelles sur le Nord Ouest de l'agglomération lyonnaise est à privilégier.

L'OFFRE EXISTANTE :

Concernant le dispositif en place, l'évolution des besoins liés au vieillissement des personnes et à l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique implique une réflexion sur l'adaptation de la prise en charge proposée et sur l'aménagement des rythmes de vie.

Objectifs :

- pour les prochaines années, améliorer l'offre notamment en direction des personnes polyhandicapées,
- faire évoluer les projets institutionnels, s'agissant de l'offre existante pour proposer des prises en charge différenciées prenant en compte les besoins liés au vieillissement des personnes et à l'aggravation de leur état de santé somatique et/ou psychique,
- organiser un accompagnement adapté pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares, avec l'appui d'un centre ressources ou la mise en place de partenariats et le renforcement des compétences disponibles en interne,
- diversifier l'offre à partir des MAS pour favoriser le maintien à domicile.

Moyens :

LA CRÉATION DE PLACES :

- porter le niveau d'équipement du Rhône destiné aux personnes lourdement handicapées à la moyenne régionale en priorisant la création de places de MAS.

A cet effet, la demande de création de 80 places de MAS sera présentée dans le cadre de la programmation régionale des équipements médico-sociaux relevant de la compétence de l'Etat.

L'ADAPTATION DE L'OFFRE :

- afin de répondre aux besoins liés au vieillissement et à l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique des populations accueillies en MAS, une adaptation des moyens notamment en personnel soignant et un renforcement du suivi médical sont à prévoir,
- la participation des MAS au fonctionnement des dispositifs coordonnés de maintien à domicile bénéficiera des financements prévus à cet effet par les deux collectivités.

Les personnes handicapées très dépendantes

Renforcer l'équipement en Foyer d'accueil médicalisé

Constat :

Le nombre important de places de FAM en cours d'installation à la date de l'enquête du CREAL doit conduire à une amélioration sensible de l'offre sur les premières années de mise en œuvre du présent schéma notamment en direction du handicap mental, des autistes ou psychotiques déficitaires et des IMC.

HANDICAP PSYCHIQUE :

Il constitue la priorité et concerne les malades mentaux stabilisés ne justifiant plus de soins aigus et pour lesquels une prise en charge médico-sociale lourde reste néanmoins nécessaire de façon durable. Faute de places adaptées dans le Rhône, cette population est aujourd'hui soit maintenue en service hospitalier, soit orientée à l'extérieur du département (50% de la population du FAM de Premeyzel dans l'Ain), soit placée par dérogation d'âge, dans un établissement pour personnes âgées.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ASSOCIÉE À UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE :

Une part importante des demandes non satisfaites concerne des personnes qui présentent une déficience intellectuelle associée à une déficience du psychisme (65%). Pour cette population, il convient de conforter l'effort réalisé au cours des cinq dernières années.

MALADIES NEUROMUSCULAIRES, INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE OU HANDICAP MOTEUR ENTRAÎNANT UNE GRANDE DÉPENDANCE :

Pour les personnes présentant un handicap moteur ou/et neurologique important, le maintien ou le retour à domicile est souvent souhaité. Il n'exclut pas cependant un besoin de places médicalisées lorsque du fait du vieillissement, de l'évolution de la dépendance ou de l'aggravation de l'état de santé, une prise en charge institutionnelle doit être envisagée.

Pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares, la prise en charge proposée n'est pas toujours adaptée.

Objectifs :

- répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques stabilisées justifiant une prise en charge médico-sociale lourde et durable (référence aux propositions du groupe de travail initié par le CDSM),
- conforter le dispositif pour personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une déficience du psychisme,
- poursuivre, soit par création soit par médicalisation de places de foyers de vie existantes, l'adaptation de l'offre pour des personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire, d'une infirmité motrice cérébrale ou d'un handicap moteur important,
- prévoir également une réponse adaptée pour les personnes cérébrolésées les plus lourdement handicapées,
- envisager l'appui d'un centre ressources ou la mise en place de partenariats et renforcer les compétences disponibles en interne pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares,
- diversifier l'offre à partir des FAM pour favoriser le maintien à domicile.

Moyens :

- concernant les prestations à la charge par l'assurance maladie, l'évolution des moyens alloués dans le cadre de la dotation départementale de financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sera demandée afin de répondre aux objectifs arrêtés tels qu'ils figurent dans la programmation détaillée (chapitre 3),
- un partenariat étroit avec les hôpitaux psychiatriques sera à formaliser pour accompagner les porteurs de projets dans toute la phase de réflexion et de mise en fonctionnement des établissements. Il en est de même pour le soutien à apporter aux professionnels et le possible relais lorsqu'une ré-hospitalisation devient nécessaire,
- la participation des FAM au fonctionnement des dispositifs coordonnés de maintien à domicile bénéficiera des financements prévus à cet effet par les deux collectivités.

IV. Les personnes handicapées vieillissantes : des réponses à apporter sous des formes diversifiées intégrant le dispositif existant.

Le vieillissement de la personne handicapée est une préoccupation relativement récente.

Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de la prise en charge, permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle ne l'était par le passé. Pour un grand nombre cette espérance de vie semble se rapprocher de celle de la population générale.

La population des personnes handicapées vieillissantes et âgées est mal connue car mal repérée.

- ✓ La population des personnes handicapées à domicile en fait partie. Pourtant ces personnes qui ont toujours été prises en charge par la famille, elle-même âgée, demanderont un établissement dans l'avenir.
- ✓ Les données du CREAÏ et de la Fondation de France, extrapolées au département du Rhône sont les suivantes :

Il y aurait 450 personnes reconnues handicapées en maison de retraite dans le Rhône aujourd'hui, (il y a environ 3% de personnes qui sont reconnues handicapées en maison de retraite)

Et surtout il y aura 125 personnes handicapées par an, et cela pour les dix années à venir, qui seront à prendre en charge en terme d'accueil spécifique, du fait de l'avancée en âge.

Enfin, la COTOREP notifie en moyenne et par un environ 100 dérogations d'âge en maison de retraite pour des personnes handicapées de moins de 60 ans.

Administrativement, réglementairement, et culturellement, il existe deux secteurs distincts qui concernent cette population : celui des personnes handicapées, celui des personnes âgées.

Au-delà de l'âge, les modes de tarification devront intégrer les besoins réels des résidents qui pourront être plus marqués en terme d'accompagnement et animation chez les plus jeunes, et plus marqués en terme de dépendance physique et soins gériatriques chez les plus âgés.

Les besoins de la personne handicapée vieillissante seront identifiés selon les domaines

- de l'hôtellerie (aménagement, accessibilité...),
- de l'accompagnement éducatif (pour faire face à une déficience intellectuelle, psychique, physique ou sensorielle),
- de la dépendance (selon la grille AGGIR),
- des besoins en soins (notamment spécifiques, somatiques ou psychiatriques).

Des formules innovantes de type "prix de journée" comme pour des foyers de vie ou une tarification tripartite classique avec un forfait "animation" incluant une aide éducative et psychologique, seraient à étudier selon les établissements.

Dans le Rhône, il y a des établissements repérés qui accueillent des personnes handicapées vieillissantes ou âgées.

Nous distinguerons :

- ✓ Les structures médico-sociales médicalisées, financées totalement par l'assurance maladie (les Maisons d'Accueil Spécialisées) ou celles qui ont un co-financement assurance maladie et Département (les Foyers d'Accueil Médicalisés). Elles ont en charge les personnes les plus lourdement handicapées. La loi du 02 janvier 2002 permet à ces établissements de continuer leur prise en charge au-delà de 60 ans.
- ✓ Les structures médico-sociales moins médicalisées provenant du monde associatif chargé des personnes handicapées, de type foyers de vie qui accueillent avec un projet spécifique des personnes handicapées vieillissantes : 98 personnes sont concernées.
- ✓ Les structures rattachées à des maisons de retraite qui accueillent des personnes handicapées vieillissantes ou âgées avec un projet spécifique : 36 personnes sont concernées.

Toutefois la grande majorité des personnes handicapées vieillissantes est prise en charge dans des maisons de retraite sans projet d'accueil formalisé, ni reconnaissance administrative.

Les personnes handicapées vieillissantes

Impulser des réponses adaptées pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées

Constat :

L'accroissement de l'espérance de vie des personnes handicapées a conduit le Département, lors du précédent schéma, à innover dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées. En effet, pour éviter les placements d'urgence ou par défaut qui mettent en difficulté l'établissement accueillant, ou pire, qui place la personne handicapée elle-même en situation de maltraitance ou de "non bientraitance", le Département a reconnu la spécificité de ce secteur.

Objectifs :

Pour reconnaître ce caractère spécifique, il est nécessaire de :

● RÉPERTORIER ET IDENTIFIER LES STRUCTURES EXISTANTES :

Il faut aider les structures existantes qui accueillent déjà des personnes handicapées vieillissantes à se faire connaître. Une formalisation du projet d'accueil notamment dans l'accueil conjoint en maison de retraite sera nécessaire.

● SOUTENIR UNE DÉMARCHE QUALITÉ :

Celle-ci insistera sur la formation des intervenants. Un réseau pérenne qui réunit les secteurs personnes handicapées, personnes âgées ou de gérontologie, et secteur sanitaire notamment psychiatrique est essentiel. L'objectif est de mettre en commun des savoir-faire en matière d'accompagnement, de dépendance et de soins, qui seront essentiels à la qualité de la prise en charge. Cette démarche nécessite donc une véritable mise en commun des deux cultures issues des associations qui gèrent la prise en charge des personnes handicapées et la gériatrie.

● AIDER ET PRIORISER LA CRÉATION DE STRUCTURES INNOVANTES :

Autant de handicap, autant de prise en charge.

Il faut encourager les projets, qu'ils soient issus du secteur de la gérontologie, du secteur associatif des personnes handicapées ou du secteur sanitaire psychiatrique.

Le projet d'établissement ou de service prendra en compte la part de l'accompagnement nécessaire, ainsi que les besoins en soins et dépendance.

Il devra intégrer une certaine souplesse de fonctionnement, en prévoyant des places temporaires, séquentielles, partielles, de dépannage, des centres d'activités de jour, par exemple. Mais aussi des prises en charge ayant un accompagnement adapté au besoin réel de la personne.

Moyens :

● ADAPTER LES STRUCTURES ACTUELLES À LEUR POPULATION VIEILLISSANTE OU ÂGÉE :

Un nouveau projet d'établissement ou de service prendra en compte la part nouvelle de l'accompagnement nécessaire, ainsi que les besoins en soins et dépendance. Ainsi les restructurations des équipements existants (établissement pour personnes handicapées ou maisons de retraite) ainsi que les projets de créations d'unités spécifiques avec un projet d'accueil adapté doivent être encouragés.

Chapitre 3 : Mieux répondre au droit d'accès au soin pour les personnes handicapées

Toute personne doit avoir accès au soin pour garder ou tendre vers un bien être physique et psychique

Un accompagnement partiel ou substitutif des personnes souffrant de déficience mentale, physique, psychique ou sensorielle est souvent nécessaire pour identifier leurs besoins en soin, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

Ainsi, Les personnes handicapées en établissement ou à domicile ont besoin d'un accompagnement avant, pendant et après le soin. Une coordination entre les divers intervenants et un suivi chronologique sont à formaliser.

Les soins peuvent être décomposés en

➤ **soins courants.**

Ces soins, qu'ils soient pratiqués en externe ou interne à l'établissement ou service, doivent être coordonnés et relayés dans celui-ci.

➤ **soins spécifiques en rapport à une pathologie ou un handicap.**

Les professionnels du sanitaire constatent une évolution de plus en plus pointue des connaissances sur des handicaps de mieux en mieux identifiés et donc suivis. Les bilans de plus en plus spécifiques, selon la pathologie, nécessitent une équipe pluridisciplinaire et un environnement préparé.

➤ **soins d'urgences et hospitaliers.**

Les soins hospitaliers pour la population des personnes handicapées sont compliqués par des problématiques surajoutées. Il s'agit notamment de problèmes de comportement qu'il faut gérer avec les autres malades, et/ou de troubles de communication avec la personne handicapée qui allongent tous les entretiens. De plus, très souvent, il y a présence concomitante de pluri-pathologies. Enfin des problèmes d'accessibilité peuvent se surajouter. L'accueil aux urgences n'est généralement pas non plus adapté.

Les soins hospitaliers qu'ils soient d'urgence, de médecine ou de chirurgie, nécessitent une connaissance particulière des praticiens, mais aussi un accompagnement, et un relais avec la prise en charge d'origine. Très peu de gestionnaires d'établissements sont sensibilisés à la prise en charge des personnes handicapées. Se pose également, le problème de l'accompagnement de la personne handicapée déficiente vers l'hôpital et pendant la période d'hospitalisation.

Cette prise en charge nécessite donc du temps et du personnel formé pour assurer des prestations de qualité en direction de cette population.

Dans les centres hospitaliers, des centres de bilans pluridisciplinaires ont vu le jour et ont montré leur pertinence.

Ils permettent de prendre en charge dans un lieu unique et avec une coordination des praticiens, des personnes atteintes d'une pathologie déterminée évolutive ou non.

Trois services ont été repérés pour leurs spécificités (annexe 5) :

- le centre pluridisciplinaire de bilans rééducatifs de l'Escale permettant un bilan pour les personnes atteintes d'un handicap neuro-moteur et notamment les IMC.
- centre pluridisciplinaires de bilans et de soins odontologiques du Dr BORY permettant un bilan dentaire pour les personnes déficientes psychiques et/ou mentales.
- Le service pluridisciplinaire de bilans et de soins de médecine interne du Dr JENOUDET assure les bilans, et les soins des personnes atteintes d'un handicap mental et psychique.

On notera du côté des établissements médico-sociaux, qu'il est de plus en plus difficile de trouver des médecins référents psychiatres (psychiatres institutionnels ou consultations extérieures). Ce phénomène s'explique par la diminution du nombre de médecins formés à cette spécialité, la demande accrue du public, et la relative carence de psychiatres orientés vers la population psychiatrique déficitaire.

Le soin des personnes handicapées

Améliorer la prise en charge médicale des personnes handicapées

Constat :

La prise en charge médicale des personnes handicapées est complexe, pluridisciplinaire ; elle est compliquée par des problématiques surajoutées et nécessite du temps, du personnel formé et une coordination entre les différents intervenants.

Objectifs :

- créer des réseaux de santé constitués à partir d'un centre ressources départemental. Ce centre ressources qui serait garant de la qualité des prestations, assurerait les formations et informations aux praticiens libéraux ou professionnels repérés sur le terrain. Il serait le lieu des soins ou bilans spécifiques nécessitant une équipe spécialisée et un plateau technique lourd. Pourraient s'y adjoindre, selon les besoins, des centres de santé locaux qui assureraient des bilans ou soins par des praticiens de ville formés et secondés par des soignants ou éducateurs.
- diversifier les modes d'accès au plateau technique par la création d'équipes mobiles ayant pour objectif d'intervenir au sein des établissements et services médico-sociaux.
- prioriser les réseaux dans les domaines d'interventions identifiés : santé bucco-dentaire, bilans et soins des personnes handicapées mentales et psychiques, bilans pluridisciplinaires et soins des personnes lourdement handicapées par atteinte neuro-motrice.
- élaborer dans chaque établissement médico-social, qu'il soit médicalisé ou non, un projet de santé qui sera une garantie institutionnelle de l'accompagnement de toute personne handicapée pour maintenir, ou tendre vers un état de "bonne santé". Ce projet concerne le suivi de la personne, mais aussi les liens avec les intervenants externes.
- trouver un lien pérenne entre le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur médico-social qui permette d'offrir aux personnes handicapées psychiques dites « stabilisées » un suivi régulier et un lieu de rupture ou de prise en charge en cas de crise.

Moyens :

- favoriser le financement des réseaux de santé dans le cadre de la circulaire du 19 décembre 2002 qui explicite les critères de financement, d'opportunité, de qualité, et d'organisation du réseau de santé. La décision de financer ces projets sur la dotation régionale de développement des réseaux (créé au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par l'ARH et l'URCAM.
- formaliser par écrit un projet de santé au sein de son projet d'établissement pour chaque structure médico-sociale.
- nommer un référent santé dans chaque établissement médico-social. Il sera responsable du projet santé inséré dans le projet d'établissement et le garant de la prévention et des soins curatifs des résidents dont il a la charge. Le référent santé assurera également la coordination vis-à-vis des intervenants extérieurs et la liaison avec les familles, enfin il sera la personne ressource pour l'ensemble du personnel d'encadrement de l'établissement.
- continuer les travaux du groupe de travail mis en place par le Conseil Départemental de Santé Mentale. La réflexion initiée par le CDSM sur le thème de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social doit être pérennisée. Le groupe de travail peut être une source de proposition de « bonnes pratiques » Il peut initier la création de réseaux de soins entre le sanitaire et le médico-social pour cette population.
- formaliser des conventions entre les établissements médico-sociaux et les lieux de soins psychiatriques. Une collaboration respectueuse entre la psychiatrie et l'établissement doit être formalisée, sous forme de convention, notamment avant le passage en CROSS dans le cadre d'un projet.

Le soin des personnes handicapées

Améliorer l'offre de soin infirmier à domicile

Constat :

Le souhait des personnes lourdement handicapées de rester à domicile doit pouvoir se réaliser dans de bonnes conditions.

Les besoins sanitaires sont souvent lourds et techniques.

L'équipe pluridisciplinaire sous la coordination d'une infirmière permet d'éviter la multiplication des intervenants, d'assurer une prise en charge globale individualisée tout en garantissant une meilleure continuité des soins.

Objectifs :

- organiser la coordination des divers intervenants au travers du plan d'aide,
- favoriser des services de type SSIAD lorsque des soins techniques de longue durée sont nécessaires,
- promouvoir un véritable service ambulatoire infirmier de proximité,
- prévoir des formules relais d'accueils temporaires ou de séjours de rupture en cas de difficulté de l'environnement familial.

Moyens :

- la création de 80 places de SSIAD pour personnes handicapées est à prévoir sur 5 ans en utilisant le plus souvent possible l'organisation déjà en place pour les personnes âgées,
- pour le maintien à domicile des personnes ayant besoin d'actes techniques, l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire est garante de la qualité et de la continuité de la prise en charge,
- développer également une externalisation des établissements (MAS ou FAM) au domicile des personnes lourdement handicapées pour permettre le maintien d'une vie autonome (cf. Fiches 13 et 14),
- favoriser l'utilisation du plan de soins infirmiers.

Le soin des personnes handicapées

Identifier des unités de soins de longue durée

Constat :

DES BESOINS SONT SURTOUT REPÉRÉS POUR :

- des malades en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel,
- la prévalence des états végétatifs est d'environ deux états végétatifs pour 100 000 habitants, la survie moyenne étant de 28 mois,
- des malades en fin de vie de maladies évolutives ayant besoin de soins vitaux constants (chorée de Huntington, sclérose en plaque,...).

La COTOREP oriente chaque année 10 à 15 personnes vers des unités de soins de longue durée ; il n'existe pas actuellement de structures adaptées pour assurer la prise en charge de ces personnes orientées par « défaut » vers des établissements pour personnes âgées.

Objectifs :

- identifier une trentaine de places réparties en petites unités de soins de longue durée rattachées à des services de soins de suite et de réadaptation pour des personnes relevant de soins prolongés,
- favoriser la proximité pour permettre aux familles de conserver un lien affectif essentiel.

Moyens :

- la circulaire du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel donne le cahier des charges de création de ces structures.

Elle prévoit la création d'unités de 6 à 8 lits, (environ une unité pour un bassin de population de 300 000 habitants), associées à un service de soins de suite et de réadaptation.

Ces unités seraient réservées à des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes avec risque de défaillance des fonctions vitales, nécessitant une surveillance médicale constante et des soins continus à caractère technique.

La réflexion est à mener avec l'ARH dans la mesure où la réponse à privilégier relève du secteur sanitaire ou tout au moins est à envisager avec son concours par la mise à disposition de son plateau technique.

Chapitre 4 : Promouvoir la démarche qualité

Dans la continuité du développement de la qualité dans le domaine médical, notamment à la suite des ordonnances de 1996, le secteur médico-social voit depuis quelques années émerger les démarches qualité, dont la loi du 2 janvier 2002 est venue réaffirmer la nécessité.

Ainsi, cette loi, intégrée dans le code de l'action sociale et des familles (C.A.S.F.) pose d'emblée la référence aux libertés fondamentales et fait de la personne handicapée un usager unique d'une offre de service dont il attend lisibilité et résultats.

Or, en raison de la complexité de la réglementation et de la multiplicité des intervenants cette lisibilité doit être améliorée. Il n'est pas toujours facile, en effet, pour les personnes handicapées et leur famille de trouver les informations les mieux adaptées à leur situation. L'accès à l'information reste complexe, souvent incomplète et parcellaire, ce qui compromet parfois l'ouverture de droits.

Le Département et l'Etat renseignent toute personne handicapée ou sa famille qui souhaite avoir une information ou les orientent vers les professionnels ou les services les mieux adaptés pour répondre à leurs besoins.

Malgré tout, il n'existe pas de lieu unique et identifié où soient rassemblées toutes les informations concernant les aides et services dont peuvent bénéficier les personnes handicapées tant pour leur insertion sociale et professionnelle, leur maintien à domicile que pour leur accueil dans des établissements spécialisés. Il convient donc d'engager une réflexion permettant une optimisation de la circulation et de la diffusion de l'information.

S'agissant de l'attente des usagers de bénéficier d'une offre de services répondant à leurs besoins, la loi du 2 janvier établit la nécessité de mettre en place des outils et des procédures pour garantir la qualité de la prise en charge et améliorer la connaissance et le contrôle des établissements.

Ainsi, l'article L. 312-8 du C.A.S.F. prévoit le principe de l'évaluation régulière par les établissements et services de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; cette même loi affirme par ailleurs la nécessité de faire procéder à une évaluation des activités par un organisme extérieur tous les 7 ans.

D'ores et déjà, le Département du Rhône et l'Etat se sont engagés dans la démarche qualité par la mise en place de procédures d'évaluation :

- Ils ont élaboré en partenariat avec les associations un outil d'évaluation des tâches d'accompagnement des personnes handicapées vivant en établissement, qui pourra être utilisé en 2004. Cet outil constituera un moyen d'analyse pour le Département et l'Etat de l'adéquation dans chaque établissement des besoins des usagers avec les réponses apportées par les différents professionnels dans la prise en charge des personnes. Il s'agit également d'un outil de pilotage aux mains des directeurs d'établissements qui leur permettra de connaître plus finement le contenu des tâches quotidiennes des professionnels et leur réelle dimension mais aussi de redéfinir les missions de chacun si cela s'avérait nécessaire.
- Des études de population, réalisées lors des créations ou extensions d'établissements, et conçues à partir d'une grille d'évaluation élaborée par un groupe de travail régional composé de médecins du Conseil général, de l'Etat et de l'assurance maladie, permettent d'évaluer les compétences et les déficiences des personnes et au travers d'un diagnostic médical d'évaluer le besoin de prise en charge de ces personnes en matière de soins.

De même, le Département et l'Etat dans le cadre de la lutte contre les violences et maltraitements dont sont victimes les personnes vulnérables, rappellent aux associations l'obligation de vigilance et d'efficacité renforcées dans le traitement des violences en institutions.

Les organismes de contrôle procèdent systématiquement, lorsqu'ils sont informés de situations laissant envisager une quelconque maltraitance à l'encontre d'une personne handicapée accueillie en établissement ou service, à une évaluation de la situation de la personne et de sa prise en charge. Une enquête peut être réalisée si besoin, de même qu'un rapport formulant des recommandations ou préconisant des évolutions, incitant l'association à renouveler ses pratiques voire à repenser son projet d'établissement. Dans ce cas, une appréciation est ultérieurement faite de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes et de l'atteinte des objectifs fixés en commun en même temps que l'analyse des causes des écarts éventuellement constatés entre la prise en charge projetée et la prise en charge réalisée.

Des procédures de médiation externe sont également engagées par le Département et/ou l'Etat en cas de conflit entre d'une part une personne handicapée ou son représentant d'autre part l'établissement ou l'association.

Par ailleurs, les partenaires associatifs et institutionnels, lors de l'élaboration de ce schéma, ont souhaité mettre en place un suivi de l'exécution du schéma et un dispositif d'évaluation prenant en compte les évolutions tant législatives et réglementaires, que des besoins des personnes en situation de handicap.

Les perspectives et objectifs de développement des équipements et services, prévus par ce schéma, doivent être adaptés aux besoins et supposent donc une bonne connaissance des personnes handicapées prises en charge et une appréhension plus fine du phénomène des listes d'attente.

Il convient donc de se donner des instruments de connaissance de la population handicapée vivant dans le Département du Rhône notamment par la mise en place d'outils communs fiables et permanents d'évaluation des besoins.

Le rôle clé de la COTOREP dans l'accueil et l'orientation des personnes handicapées n'est pas assurée aujourd'hui de façon optimale en partie pour des raisons de moyens (moyens humains mais aussi informatiques).

Une priorité doit être donnée au développement de la fonction d'évaluation de la COTOREP en prévoyant des relais avec des structures spécialisées et en développant une véritable collaboration avec d'autres instances compétentes, notamment avec les dispositifs d'évaluation existants (DVA –Equipes labellisées).

Un suivi des orientations Cotorep est à mettre en place progressivement par catégorie d'établissement.

La mission d'appui des Cotorep placée auprès du ministère de l'emploi et de la solidarité a pour objectif d'améliorer les systèmes d'information des Cotorep en proposant notamment un recensement de données élargi à la connaissance épidémiologique et sociale des personnes handicapées, à la quantification et la caractérisation de leurs besoins afin de disposer d'informations plus complètes pour aider à la planification.

Un renforcement des moyens actuels de fonctionnement a été demandé par la mission d'appui pour accompagner cette évolution.

Dans l'attente de la nouvelle application informatique des Cotorep, la pérennisation de l'enquête lancée par le CREA dans le cadre du présent schéma permettrait de mettre à jour l'information recueillie sur la population en établissement et la situation de l'attente.

Dans une démarche prospective, le système d'observation devra :

- être complété par les données de la CDES,
- permettre de mieux appréhender la population peu ou pas connue des services spécialisés : notamment s'étendre aux personnes handicapées adultes vivant à domicile vraisemblablement demandeuses de services (évolution des besoins de cette population due par exemple au phénomène de vieillissement des aidants)
- et observer les pratiques innovantes pour les répertorier et en tirer des enseignements.

La centralisation de ces informations, la mise à jour systématique des données collectées et leur valorisation permettront de mesurer l'adéquation des réponses proposées par le schéma aux besoins préalablement recensés.

Promouvoir la démarche qualité

La gestion des structures et
l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge

Constat :

L'Etat et le Département sont particulièrement attentifs à ce que les personnes handicapées prises en charge sur le département bénéficient de prestations de qualité. Ils sont conscients que si la qualité de la prise en charge des personnes requiert pertinence, cohérence et cohésion, la démarche qualité quant à elle, doit interroger la structure organisationnelle, la dynamique de communication et les modes de gestion des ressources humaines qui sont le cadre d'expression des compétences des professionnels. Elle doit permettre à l'établissement ou au service de se doter d'une part d'outils favorisant l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge, d'autre part de procédures garantissant protection et soutien à ces personnes.

Objectifs :

- EN MATIÈRE DE GESTION DES STRUCTURES : doter l'établissement de procédures définies, de documents institutionnels et d'indicateurs de qualité définissant les bonnes pratiques professionnelles ; améliorer la connaissance et le contrôle des établissements afin de rationaliser et objectiver les moyens alloués.
- EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES BESOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS : poursuivre la procédure d'évaluation des besoins des usagers mise en place par les médecins du Département lors des études de population préalables à l'extension d'établissements ou au changement de statut ; mettre en place des procédures d'auto-évaluation ou d'évaluation externe de l'adéquation du service offert aux besoins des usagers.
- EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE : améliorer les procédures existantes mises en place par le Département et/ou l'Etat en matière d'évaluation de la maltraitance ou de médiation (possibilité d'intervention d'un organisme extérieur) lors des conflits opposant usagers et professionnels.

Moyens :

EN MATIÈRE DE GESTION DES STRUCTURES :

- mise en place partenariale Département/Etat/établissements du livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, projet d'établissement, rapport d'activité,
- définition et mise en place d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant, dans un objectif de convergence tarifaire, des comparaisons pertinentes inter établissements, des coûts moyens supportés par les structures.

EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES BESOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS :

- poursuivre l'utilisation de l'outil d'évaluation des besoins des usagers élaboré par le groupe de travail régional Etat/assurance maladie/Département,
- encourager les établissements et services à utiliser le MAP ou tout autre outil d'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes,
- mettre en place sous forme de progiciel et généraliser l'outil d'évaluation des tâches d'accompagnement des personnes handicapées,
- faire utiliser cet outil par l'ensemble des associations.

EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE :

- formalisation administrative d'une procédure conjointe Etat/Département, d'instruction des plaintes,
- mise en place d'une cellule départementale Etat/Département, de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Promouvoir la démarche qualité

Évaluer et suivre la mise en place du schéma

Constat :

La mise en œuvre d'un suivi de l'exécution du schéma et d'un dispositif d'évaluation suppose la mise en place d'un outil d'observation et d'évaluation et l'association des représentants des personnes handicapées et des institutions aux réflexions et aux décisions.

Objectifs :

Il est indispensable de poursuivre le travail de réflexion engagé lors de l'élaboration de ce schéma, de mesurer l'état d'avancement de celui-ci et éventuellement d'inciter des évolutions par rapport aux orientations initiales si le besoin était repéré, mais aussi au regard des modifications législatives et réglementaires qui peuvent intervenir dans les années qui viennent.

Moyens :

Utiliser le Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées comme le lieu de concertation et de suivi des actions préconisées dans le schéma par les différents partenaires, en lieu et place d'un comité départemental d'évaluation et de suivi du schéma départemental.

PARTIE 3 :

Programmation

Après avoir procédé à l'analyse des besoins des différents publics et déterminé les perspectives et les objectifs du développement de l'offre sur le département, cette dernière partie propose une programmation sur 5 ans des structures qu'il serait souhaitable de créer ou de transformer pour répondre aux besoins.

Cependant, le cadre législatif et réglementaire étant appelé à évoluer dans les deux prochaines années, il sera donc nécessaire que cette programmation intègre les modifications des champs de compétence et les nouveaux moyens alloués. Dès lors, les propositions de créations formulées à minima dans cette programmation seront ajustées après stabilisation du corpus réglementaire en fonction de ces évolutions et des nouveaux besoins des personnes handicapées.

Le tableau ci-après présente l'évaluation réalisée à partir du besoin en places défini par le CREAI dans son étude et les groupes de travail.

C'est ainsi que sont présentés de manière synthétique les mouvements intra-dispositif attendus dans les quatre prochaines années. Les différentes réorientations souhaitables indiquées par les établissements sont prises en compte (en entrée ou en sortie prévisible) ainsi que les personnes inscrites sur liste d'attente.

Le CREAI a retenu deux hypothèses, l'une haute et l'autre basse :

L'hypothèse haute prend en compte les inscriptions multiples d'une même personne sur les listes d'attente d'établissements de catégories distinctes (ex : une même personne à la fois inscrite en FAM, MAS, et en FV)

L'hypothèse basse prend en compte pour une personne une seule inscription sur liste d'attente d'un établissement (soit en FAM, en MAS, ou en FV) et n'intègre pas les personnes bénéficiant d'une solution institutionnelle (les personnes accueillies dans un établissement hors du département du Rhône ou en hôpital psychiatrique ne sont pas comptabilisées comme en attente).

Le nombre de places à créer selon les besoins définis par le CREAI et les places qui ont fait l'objet d'une installation effective depuis cette étude sont les suivants :

- ✓ Foyers d'hébergement : entre 224 et 233 places à créer.
- ✓ Accueil de jour : selon l'étude, il ne manquerait pas de places.
- ✓ Foyer de vie : les besoins seraient compris entre 211 et 280 places.
- ✓ Foyer d'accueil médicalisé : les besoins seraient compris entre 12 et 110 places.
- ✓ Maisons d'accueil spécialisées : entre 69 et 96 places.
- ✓ Centres d'aide par le travail : entre 105 et 115 places.
- ✓ Service d'accompagnement à la vie sociale : il manquerait encore 128 places si l'on se réfère aux préconisations des groupes de travail.
- ✓ Etablissement pour personnes vieillissantes ou âgées : le besoin de place serait ici encore important puisqu'il s'élèverait à 113 places.

Il est à noter que pour les ateliers protégés et les services d'accompagnement à la vie sociale, l'enquête du CREAI n'a pu faire une analyse des flux en raison du faible taux de réponse de ces structures. Les différents groupes de travail ont pour leur part fait un recensement des besoins en places de SAVS. Ainsi, 200 places supplémentaires sur 5 ans sont attendues pour compléter les 652 places existantes.

Cette analyse doit être complétée par d'autres études :

- ✓ Les enquêtes menées par les services du Conseil général auprès des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement pour personnes âgées.

C'est ainsi que les demandes **d'accueil temporaire** dans des structures d'hébergement spécialisé ou la fréquentation **d'un accueil de jour** sont assez présentes pour la tranche d'âge des 20-39 ans. En effet, 13% de cette population souhaitent un accueil temporaire et 10% un accueil de jour ce qui représenterait respectivement 87 et 63 personnes.

- ✓ L'enquête du Syndicat inter-hospitalier (S.I.H) auprès des personnes handicapées psychiques suivies par les établissements hospitaliers du département en décembre 2003.

Les hôpitaux psychiatriques dénombrent parmi les personnes qu'ils suivent **188 personnes** relevant d'une structure médico-sociale médicalisée (FAM). Ces personnes, stabilisées ne relèvent plus de soins psychiatriques hospitaliers. Or, il n'existe pas sur le département de foyer d'accueil médicalisé pour psychose adulte. Les personnes concernées sont donc soit mal orientées, soit placées dans des structures éloignées dans d'autres départements, ou doivent être hospitalisées régulièrement faute d'un accompagnement adapté, ce qui crée des situations de rupture difficiles et complique beaucoup la prise en charge.

A la lecture de ces études, **l'Etat et le Département prévoient l'installation de 793 places sur la période 2004-2008** qui s'inscrivent dans les quatre axes de développement. Ces objectifs permettront de poursuivre la diversification des modes de prise en charge en cohérence avec le premier schéma et de proposer des formules souples et innovantes répondant aux nouveaux besoins. L'Etat et le Département, nonobstant les incertitudes, maintiennent leur effort et leur rythme de création de places en établissements et services en continuité du précédent schéma.

	Dont Places autorisées entre 31.12.1994 et 31.12.2003	Besoin de places défini par le CREAI et pour les SAVS par les gpes de Travail		Places installées entre étude CREAI (2002) et le 31/12/2003	Places installées au 31.12.2003	Places restant à créer		Programmation schéma 2004-2008
		hypothèse haute	hypothèse basse			hypothèse haute	hypothèse basse	
Foyer d'hébergement	169	179	170	-54	1318	233	224	18
Accueil de jour	283	-73	-79	41	691	-114	-120	31
foyer de vie	121	331	262	51	594	280	211	171
Foyer d'accueil médicalisé	355	255	157	145	357	110	12	120
service d'accompagnement à la vie sociale	372	200		72	652	128		76
Etablissements pour personnes vieillissantes ou âgées	229	152		39	116	113		12
Aide aux aidants								35
Maisons d'accueil spécialisées	106	118	91	22	200	96	69	80
Centre d'aide par le travail	335	189	179	74	2614	115	105	90 à 120
SSIAD								80 à 100
unités soin longue durée								30

Ces 793 places nouvelles se distribuent ainsi par type de structure

Remarque : Les coûts moyens qui sont une moyenne annuelle à la place sont donnés à titre indicatif et peuvent être différents selon le handicap et le mode d'accompagnement.

✓ **76 places de SAVS**

Afin de permettre aux personnes handicapées de bénéficier d'une vie autonome, la création de places de SAVS permettra de libérer des places en foyer d'hébergement, voire en foyer de vie. Certaines places en foyer sont aujourd'hui occupées par des personnes qui pourraient relever d'une prise en charge plus légère avec un suivi éducatif.

En outre, la création de places de SAVS pourrait permettre également d'éviter certains placements en foyer et prendre en compte le vieillissement des parents.

Coût moyen à la place : environ 5 500 €

✓ **31 places d'accueil de jour.**

L'accueil de jour doit être renforcé car il permet comme l'accueil temporaire de soulager les familles, de même qu'il peut permettre de préparer le retour à domicile après une hospitalisation par exemple ou enfin constituer une étape permettant la transition entre le domicile et l'hébergement collectif. En outre, il est indispensable car il permet de soutenir les aidants et les personnes qui sont en attente d'une admission dans un établissement d'hébergement permanent et permet de compléter la prise en charge des travailleurs handicapés lorsqu'ils viennent à travailler à temps partiel. Bien que l'étude du CREAI ne pointe pas de besoins particuliers, l'étude réalisée par les services du Département recense 63 personnes se trouvant à domicile demandeuses de places en accueil de jour.

Ces accueils de jours qui apportent un soutien à l'environnement familial doivent donc être implantés au plus près des familles ; un effort doit être réalisé sur l'agglomération lyonnaise.

Coût moyen à la place : environ 16 000 €

✓ **18 places en foyer d'hébergement**

Coût moyen à la place : de 20 000 à 30 000 € selon le handicap

✓ **Favoriser la création de Clubs et divers lieux d'accueil** qui ont comme objectif d'offrir un accueil ouvert et chaleureux et de proposer des activités aux personnes handicapées psychiques qui le souhaitent, en vue de rompre leur isolement et de favoriser les liens sociaux.

Les activités consistent en animations et en ateliers proposant des activités diverses de création, de production ou d'expression.

✓ **171 places de Foyers de vie et 35 places « d'aide aux aidants »**

L'étude du CREAI fait apparaître pour les foyers de vie une forte demande sur le territoire. Le CREAI et le Département émettent l'hypothèse qu'un renforcement de l'aide au domicile des personnes pourrait en partie alléger la pression exercée sur les foyers de vie. Il est ainsi proposé de créer 171 places et de développer l'accueil temporaire en foyer de vie afin de répondre aux attentes fortes des personnes et de leurs familles.

Ainsi, la mise en place de petites unités réparties sur l'ensemble du territoire devrait permettre de faire face à des situations d'urgences et de soulager les proches.

Coût moyen à la place : environ 41 000 €

✓ **12 places en établissement pour personnes handicapées vieillissantes ou âgées**

L'effort déjà engagé par la Collectivité doit être poursuivi afin d'aider les établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées à prendre en compte les spécificités des personnes handicapées âgées. Les restructurations des établissements existants visant à la création d'unités spécifiques pour personnes handicapées âgées avec un projet d'accueil adapté seront encouragées.

Coût moyen à la place : entre 28 000 et 38 000 €

✓ **120 places de foyer d'accueil médicalisé**

Une enveloppe financière provenant du programme pluriannuel 2003-2007 permettra à la DDASS du Rhône de répondre aux besoins de créations de places de FAM évaluées à 120. Le Département a d'ores et déjà programmé l'installation prochaine de 35 places et devrait participer aux côtés de l'Etat à la création de places de FAM, notamment par la poursuite de la médicalisation de places de foyer de vie ou par la création d'unités d'accueil spécifique.

Cette orientation de l'Etat et du Département se fonde d'une part sur les besoins définis par le CREAMI mais aussi sur des études plus récentes et les informations transmises par les associations.

Parmi les préconisations du CREAMI l'optimisation du dispositif existant ne peut être assurée que si le dispositif dans son ensemble fonctionne avec une plus grande fluidité de l'offre de prise en charge proposée aux personnes handicapées. La création d'unité de foyer médicalisé au sein des foyers de vie devrait faciliter cette évolution

Coût moyen à la place : environ 45 000 € pour le Département

Coût moyen à la place : environ 21 000 € pour l'Etat

✓ **Participer conjointement avec l'État au financement de 40 000 heures supplémentaires d'auxiliaires de vie pour les personnes à domicile**

✓ **Maisons d'accueil spécialisées**

Les besoins identifiés tant au niveau des jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON, que des listes d'attente analysées par le CREAMI montrent une insuffisance de places pour les personnes les plus lourdement handicapées. La prise en compte de certaines pathologies, neurologiques et maladie évolutives nécessitent également un ajustement du niveau de médicalisation de soins. Pour répondre à ces problématiques, il convient de porter le niveau d'équipement du Rhône à la moyenne régionale, ce qui correspond à la création de **80 places de MAS**.

Coût moyen à la place : environ 61 000 €

✓ **120 places en CAT**

Un nombre croissant de jeunes qui sortent des IME ou des IMPRO ne peuvent pas intégrer directement un CAT car ils ne sont pas assez autonomes dans le travail, ils rencontrent des difficultés de concentration et/ou ont un niveau d'apprentissage insuffisant. Il est nécessaire de proposer à ces jeunes un temps de préparation et une prise en charge adaptée afin qu'ils puissent intégrer dans les meilleures conditions les unités de travail du CAT. C'est pourquoi, il faut poursuivre et généraliser les **unités de préparation au travail en CAT par la création de 30 nouvelles unités**.

Pour certains jeunes, l'orientation en CAT « classique » n'est pas toujours la meilleure solution, et les passerelles vers le milieu ordinaire ne sont pas très développées. L'objectif est donc d'offrir à ceux qui le souhaitent ou le peuvent, une évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire. **La création de deux à trois unités (soit 40 places) de type « CAT d'insertion »** devrait permettre de répondre à ces besoins.

Le dispositif de prise en charge proposée en CAT pour les personnes handicapées psychiques, les moteurs et les IMC n'est pas toujours en complète adéquation avec l'évolution des besoins. Il convient d'adapter l'offre de CAT à l'évolution de ces publics spécifique en créant **50 places**.

Coût moyen à la place : environ 10700 €

✓ **Les SSIAD**

Le soutien à la vie autonome dans de bonnes conditions ne peut se concevoir sans une réponse pluridisciplinaire aux besoins des personnes handicapées intégrant les soins. L'objectif visé est la création de **80 places de SSIAD** dans une dynamique de complémentarité avec les services accompagnant les personnes âgées.

Coût moyen à la place : environ 10 000 €

✓ **Les unités de soin de longue durée**

La nécessité de soins adaptés dans des unités spécifiques comme le souci d'une proximité plus grande avec leurs familles justifient l'inscription dans le schéma de **30 places d'unités de soin de longue durée** pour répondre aux besoins, notamment des malades en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel.

Pour le Département, les extensions et les restructurations des structures existantes seront privilégiées dans cette programmation afin d'adapter les établissements aux nouveaux besoins permettant une fluidité du dispositif. Il est important de noter que les créations de places seront planifiées en fonction des besoins et sur le mode d'appels à projets.

L'impact financier tel qu'il résulterait de cette programmation a été calculé en référence aux coûts moyens des différents types de structures.

Afin de prolonger l'effort de la Collectivité qui a permis de créer entre 1994 et 2003, 1 062 places, ce développement de 343 places correspondra à une dépense supplémentaire située dans une fourchette pouvant aller de 8,5 à 11 M€ pour l'aide sociale départementale sachant qu'en 2004, la dépense consacrée aux établissements et services devrait être de 99,5 M€.

Pour l'État, la même méthode de calcul a été adoptée aboutissant à une enveloppe globale supplémentaire d'environ 9,7 M€ (8,4 M de crédits Assurance maladie / 1,3 M de crédits d'Etat). Cet effort financier marque ainsi la volonté de l'Etat d'assurer une continuité de sa politique en faveur des personnes handicapées après la création entre 1998 et 2003 de 534 places en établissements dans le Rhône, d'autant plus que relevant de l'un des quatre chantiers présidentiels, un programme pluriannuel de créations de places vient d'être annoncé avec le projet de loi réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées.

Cette programmation devra prendre en compte les évolutions prévisibles dans le domaine du droit, les aléas inhérents à la réalisation de certains projets d'équipements lourds, ainsi que les propositions de réajustement provenant du Comité départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH). Il sera donc utile que ce schéma fasse l'objet d'une actualisation d'ici 2006, tant de ses objectifs que de ses moyens.

GLOSSAIRE

AAH	: allocation adulte handicapé
ACFP	: allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	: allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne
AGEFIPH	: association nationale de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AGGIR	: autonomie gérontologie groupe iso ressource
ANPE	: agence nationale pour l'emploi
AP	: atelier protégé
ARH	: agence régionale d'hospitalisation
CASF	: code de l'action sociale et des familles
CAT	: centre d'aide par le travail
CDES	: commission départementale d'éducation spéciale
CDSM	: conseil départemental de santé mentale
CHS	: centre hospitalier sanitaire
CIF	: classification internationale du fonctionnement et des incapacités
CIH	: classification internationale du handicap
CIM	: classification internationale des maladies
CNASEA	: Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
COTOREP	: commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRP	: centre de rééducation professionnelle
CTNERHI	: comité technique national d'étude et de recherche sur le handicap
DDASS	: direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGEFP	: direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DRASS	: direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DTEFP	: direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DVA	: dispositif pour la vie autonome
EHPAD	: établissement hospitalier pour les personnes âgées dépendantes
ETP	: équivalent temps plein
FAM	: foyer d'accueil médicalisé
FDT	: foyer à double tarification
FH	: foyer d'hébergement
FINESS	: fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FV	: foyer de vie
IMC	: infirme moteur cérébral
IME	: institut médico-éducatif
IMPRO	: institut médico-professionnel
INED	: institut national d'études démographiques
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
LADAPT	: la Ligue pour l'adaptation des diminués physiques au travail
LISA	: liste d'attente
MAS	: maison d'accueil spécialisée
OMS	: organisation mondiale de la santé
ONDAM	: Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PAI	: plan d'aide individualisé
PDITH	: programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés
SAJ	: service d'accueil de jour
SAVS	: service d'accompagnement à la vie sociale
SSIAD	: service de soins infirmiers à domicile
URCAM	: union régionale des caisses d'assurance maladie



Hôtel du Département
29-31, cours de la Liberté
69483 LYON Cedex 03
Tél : 04 72 61 77 77

Pôle Personnes Âgées - Personnes Handicapées
Service Personnes Handicapées
15, rue de Sévigné
69003 LYON
Tél : 04 72 61 43 63

Les documents du schéma sont disponibles sur le site www.rhone.fr

Les axes de développement prioritaires du nouveau schéma départemental

1. Favoriser l'insertion sociale et l'intégration dans la cité des personnes adultes handicapées en renforçant le soutien à domicile et en améliorant l'insertion professionnelle.

1.1. AIDER À LA VIE AUTONOME

Aider la personne handicapée à accéder à ses droits et à développer ses capacités d'autonomie s'impose donc comme une préoccupation majeure des institutions. Chaque personne doit pouvoir choisir librement son lieu de vie qui doit être un espace de confort lui garantissant des conditions de sécurité optimales. Les difficultés d'accès aux équipements publics constituent un frein à l'autonomie de la personne handicapée. C'est pourquoi, les actions favorisant l'accessibilité et l'adaptation des logements et des équipements publics seront développées.

- **Fiche 1 :** Favoriser l'accessibilité au logement, au transport et au cadre bâti
- **Fiche 2 :** Mettre en place le dispositif pour la vie autonome
- **Fiche 3 :** Mettre en place un plan d'aide individualisé
- **Fiche 4 :** Améliorer le dispositif des structures d'appui
- **Fiche 5 :** Accompagner la personne dans son choix de vivre à domicile

1.2. FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE

L'autonomie de la personne passe aussi par une insertion professionnelle réussie. En effet, rendre l'emploi accessible à toute personne et lui garantir les conditions de son maintien dans l'emploi est une reconnaissance de la pleine citoyenneté de la personne. Le secteur du travail dit protégé devra offrir aux personnes handicapées toutes les chances de développer leurs aptitudes en favorisant la transition vers le milieu ordinaire lorsque cela est possible et l'offre d'un emploi protégé lorsque cela est nécessaire.

- **Fiche 6 :** Poursuivre et généraliser les unités de préparation au travail en CAT
- **Fiche 7 :** Réaffirmer la mission sociale du CAT
- **Fiche 8 :** Inscrire plus largement l'accompagnement en milieu protégé dans un parcours social et professionnel individualisé
- **Fiche 9 :** Offrir une possible évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire
- **Fiche 10 :** Adapter l'offre à l'évolution des publics spécifiques
- **Fiche 11 :** Restructurer l'offre sur le territoire

2. Faire face aux besoins d'accueil en établissements et services des adultes handicapés au cours des 5 prochaines années.

2.1. OPTIMISER L'EXISTANT PAR L'AMÉLIORATION DE LA FLUIDITÉ ENTRE LES STRUCTURES DU DÉPARTEMENT DU RHÔNE.

Les établissements et services destinés à l'accueil des personnes handicapées doivent poursuivre une diversification de leur mode de prise en charge.

Ainsi, des formules plus souples telles que l'accueil temporaire ou séquentiel doivent être développées afin de répondre aux attentes fortes des personnes et de leur famille. Cette souplesse doit s'entendre au sens large pour permettre une complémentarité dans les offres d'accueil tout en favorisant par ailleurs une implantation raisonnée sur le territoire du département mais également au niveau inter-départemental avec un certain nombre de départements limitrophes.

Notes

2.2. CRÉER DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET D'ACCOMPAGNEMENT INNOVANTES, VARIÉES ET ADAPTÉES AU HANDICAP PSYCHIQUE.

Il est important d'envisager une réflexion générale concernant la prise en charge du handicap psychique qui appelle généralement autant un accompagnement que des mesures matérielles. Il est donc nécessaire d'aborder chaque problème et d'y répondre par des actions de soins et d'aide adaptés aux besoins spécifiques des personnes, mais aussi de concevoir un projet individuel cohérent.

- **Fiche 12 :** Créer des structures d'hébergement et d'accompagnement innovantes, variées et adaptées au handicap psychique

2.3. AMÉLIORER ET DIVERSIFIER L'OFFRE D'ACCUEIL POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES TRÈS DÉPENDANTES.

Ceci passe par la création de places de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et par le renforcement de l'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) par adaptation ou transformation des établissements si nécessaire. Concernant le dispositif en place, l'évolution des besoins liés au vieillissement des personnes et à l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique, implique une réflexion sur l'adaptation de la prise en charge proposée et sur l'aménagement des rythmes de vie. Pour les personnes présentant un handicap moteur et/ou neurologique lourd, même si le maintien ou le retour à domicile est souvent souhaité, on ne peut exclure cependant le besoin de places médicalisées lorsque, du fait de l'évolution de la dépendance, une prise en charge institutionnelle doit être envisagée.

- **Fiche 13 :** Renforcer l'équipement en FAM
- **Fiche 14 :** Favoriser la création de places de MAS et adapter l'offre existante

2.4. ADAPTER LE DISPOSITIF EXISTANT, SOUS DES FORMES DIVERSIFIÉES, POUR RÉPONDRE AU VIEILLISSEMENT DE CETTE POPULATION.

Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de la prise en charge, permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle ne l'était par le passé. Cela a conduit le Département à innover dans l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes et à reconnaître la spécificité du secteur. L'objectif est de soutenir les projets de création de structures innovantes mais aussi d'adapter les structures actuelles à cette prise en charge spécifique et d'encourager une démarche qualité. Des synergies sont par ailleurs à développer avec le secteur gériatrique.

- **Fiche 15 :** Impulser des réponses adaptées pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées

3. Mieux répondre au droit d'accès au soin des personnes handicapées.

La prise en charge médicale des personnes handicapées est complexe et pluridisciplinaire. Elle est compliquée par des problématiques surajoutées qui nécessitent du temps, du personnel formé, et une coordination entre les différents intervenants. Ainsi, les personnes handicapées en établissement ou à domicile ont besoin d'un accompagnement avant, pendant et après le soin. Une coordination entre les divers intervenants et un suivi chronologique sont à formaliser.

- **Fiche 16 :** Améliorer la prise en charge médicale de la personne handicapée
- **Fiche 17 :** Améliorer l'offre de soins infirmiers à domicile
- **Fiche 18 :** Identifier des unités de soins de longue durée

4. Promouvoir une démarche qualité dans les prestations offertes aux personnes handicapées.

Les usagers sont en attente d'une offre de services répondant à leurs besoins, d'où la nécessité de mettre en place des outils et des procédures pour garantir la qualité de la prise en charge et améliorer la connaissance et le contrôle des établissements. En outre, le travail de réflexion engagé lors de ce schéma doit se prolonger afin d'en mesurer l'état d'avancement et d'inciter des évolutions en fonction de nouveaux besoins repérés.

- **Fiche 19 :** La gestion des structures et l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge
- **Fiche 20 :** L'évaluation et le suivi du schéma

Les principes d'actions au coeur des axes de développement

Les principes d'actions du schéma correspondent aux perspectives d'évolution dans lesquels les acteurs du dispositif départemental en faveur des personnes handicapées doivent s'inscrire.

Cohérence territoriale : il convient de favoriser une implantation raisonnée au sein du département mais également au niveau inter-départemental.

Proximité : une réponse au plus près du lieu de vie de la personne handicapée doit être apportée aussi bien par les établissements et services que par le réseau des acteurs locaux, partie prenante des différents dispositifs.

Individualisation : chaque personne doit être acteur de son choix de vie, ce qui signifie qu'elle ou sa famille, soit associée à la prise en charge et donc à son projet individuel en fonction de ses souhaits. L'offre de service doit s'organiser pour répondre à ses besoins.

Fluidité des dispositifs : le principe de fluidité permet de prendre en compte l'évolutivité de la personne handicapée en assurant sa réorientation et son transfert vers une structure plus adaptée. La fluidité renvoie donc également à la complémentarité à développer, entre établissements ou services mais également entre les associations.

Articulation entre le secteur sanitaire et médico-social : la prise en charge globale d'une personne ne peut être effective en l'absence de concertation et de coordination entre les différents intervenants. La concertation constitue donc à ce titre un axe de progrès sur lequel l'ensemble des acteurs doit s'attacher à progresser. La mise en place de réseaux coordonnés constitue une réponse appropriée.

Diversification de l'offre d'accueil : les établissements et services destinés à l'accueil des personnes handicapées doivent poursuivre une diversification de leurs modes de prise en charge.

Simplification administrative : elle est attendue dans les relations entre les acteurs mais surtout en direction de la personne handicapée.

Etat des lieux

L'état des lieux établi à partir des études lancées fait ressortir un certain nombre de points :

- la difficulté pour les personnes handicapées et leur famille de trouver en un lieu unique et identifié, les informations concernant les aides et les services dont elles peuvent bénéficier ;
- la nécessité de favoriser leur vie à domicile et leur insertion professionnelle.
- le soutien et l'amélioration des dispositifs existants pour la prise en charge, en établissement, des personnes handicapées psychiques, des personnes très dépendantes et des personnes handicapées vieillissantes et âgées.
- la nécessité de répondre aux besoins des personnes handicapées en favorisant l'accès au diagnostic, au soin et au suivi de l'état de santé de la personne, ce qui suppose de mettre en place des outils pertinents d'observation et d'évaluation.

Chiffres clés

Dès l'adoption, en 1994, du premier schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées, le Département et la DDASS se sont attachés à faire évoluer l'offre en créant notamment des places nouvelles sur l'ensemble du département et en adaptant l'existant grâce à la mise en œuvre d'un programme de médicalisation pour la prise en charge des personnes lourdement handicapées.

Depuis cette date, un effort important a été accompli par :

● Le Département du Rhône

En neuf ans, les dépenses annuelles consacrées à l'hébergement et à l'accompagnement ont progressé de 39 Millions d'euros, soit une augmentation de +68%. De même, de 1994 à 2003, le nombre de places autorisées en établissements et services a progressé de 2 670 à 4 071 places, soit une augmentation d'un peu plus de 52%.

● L'Etat :

Entre 1994 et 2003, 451 places en maison d'accueil spécialisée et en foyer d'accueil médicalisé ont été installées et 385 places en centre d'aide par le travail.

En 2004, les caractéristiques du Rhône en matière de handicap sont les suivantes :

- 16 000 personnes bénéficient de l'allocation adulte handicapé
- 3 450 personnes bénéficient de l'allocation compensatrice tierce personne
- 3 290 personnes sont prises en charge au titre de l'aide sociale départementale dans les établissements et services
- 657 personnes sont suivies par un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Par ailleurs le Rhône dispose de 7 200 places en établissements et services dont :

- 2 900 places en milieu protégé
- 2 000 en foyer d'hébergement et de vie
- 454 en Centre de Rééducation Professionnelle
- 200 en Maison d'Accueil Spécialisée
- 350 en Foyer d'Accueil Médicalisé
- 700 en Accueil de Jour
- 650 en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Les cinq objectifs d'un schéma

L'organisation des interventions sociales en faveur des personnes handicapées relève à la fois des compétences de l'Etat et du Département.

Le code de l'action sociale et des familles prévoit dans son article L.312-4 qu'un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées, établi pour une période maximum de cinq ans, soit arrêté par le Président du Conseil général et le représentant de l'Etat.

Ce schéma doit :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans les schémas.

Huit thématiques essentielles abordées dans ce schéma

L'élaboration de ce schéma s'inscrit dans une démarche participative puisque ce schéma a été réalisé avec la contribution des services du Département du Rhône et de la DDASS ainsi que des différentes administrations de l'Etat, organismes du secteur sanitaire et social, des représentants des associations, des professionnels travaillant dans les établissements et services accompagnant les adultes handicapés.

Il s'agit d'un travail collectif se déroulant sur un an environ au cours duquel les membres de 8 groupes de travail (280 personnes) se sont réunis régulièrement et ont pu confronter et ajuster leurs points de vue tout en réfléchissant à la définition d'objectifs communs. Les partenaires se sont mobilisés pour rechercher des solutions nouvelles souples et adaptées aux besoins évolutifs des personnes handicapées.

Les travaux des groupes, qui ont pris en compte le maximum de données relatives au champ du handicap se sont donc axés sur les thématiques suivantes :

- le travail des personnes handicapées,
- la vie à domicile,
- l'organisation de la prise en charge sur le territoire et la structuration des équipements,
- la démarche qualité dans les établissements et services,
- les besoins de soins des personnes handicapées en établissement et à domicile,
- l'avancée en âge des personnes handicapées,
- l'évaluation des besoins et l'évaluation de la prise en charge,
- le handicap psychique.

Dans le même temps, une étude a été confiée au CREAL Rhône Alpes par l'Etat et le Département afin d'améliorer la connaissance d'une part, des besoins de la population accueillie dans le département du Rhône dans les établissements et services pour personnes adultes handicapées, d'autre part, de la capacité du dispositif existant à y répondre. De même, les services du Département ont effectué deux enquêtes auprès des personnes handicapées à domicile ou en établissement pour personnes âgées.

Cette démarche anticipe puisqu'elle s'est efforcée d'intégrer tant les évolutions démographiques et sociales qui modifient la nature de la demande, que les évolutions des modes de prises en charge. Un comité technique a encadré les réflexions de ces groupes de travail pendant qu'un comité de pilotage animait au niveau politique cette démarche partenariale.

Les documents du schéma sont disponibles sur le site : www.rhone.fr

Aider à la vie autonome

Contribuer à l'intégration sociale de la personne handicapée en favorisant l'accessibilité au logement, au transport et au cadre bâti

Constat :

L'accessibilité au logement adapté, aux transports publics et aux espaces publics constitue toujours une difficulté majeure au maintien à domicile des personnes handicapées.

Il existe une demande des personnes handicapées pour accéder à un logement autonome. Pourtant, l'offre de logements adaptés est rare, mal identifiée tant dans le parc privé que dans le parc public.

Les travaux d'adaptation des logements bénéficient de financements nombreux et diversifiés mobilisables selon les ressources des personnes. Néanmoins, les professionnels de l'immobilier (bailleurs, régies, syndics, promoteurs, architectes...) semblent peu sensibilisés à cette problématique. De même, l'accès aux loisirs et aux vacances, qui constitue un droit fondamental pour toute personne, est conditionné, pour les personnes handicapées, par l'accessibilité aux sites et aux équipements touristiques et par une information fiable et développée.

Objectifs :

- veiller au respect effectif des textes de loi favorisant l'accessibilité aux personnes handicapées,
- créer une bourse au logement adapté aux personnes handicapées, en lien avec le dispositif pour la vie autonome,
- identifier les sites, lieux accessibles aux personnes handicapées lors de chaque édition de guides du Département du Rhône,
- promouvoir le label Tourisme Adapté par le biais de l'action du Schéma départemental de développement touristique du Rhône à inscrire pour 2003-2006,
- sensibiliser les acteurs du Tourisme à la thématique Tourisme Adapté,
- mettre en place le label Tourisme & Handicap,
- réfléchir à la mise en place de « Territoires Touristiques Adaptés » sur le département,
- faire réaliser une étude de besoins en matière de transport, des personnes handicapées sur le département.

Moyens :

1. Logement :

- développer et coordonner les actions favorisant l'accessibilité et l'adaptation des logements, par le biais du Dispositif pour la vie autonome en lien avec les organismes concernés.

Il s'agira notamment :

- de mener des actions de conseils et d'ingénierie technique,
- d'accompagner les personnes handicapées pour la réalisation de leur projet. Ce dernier passe par une évaluation de leurs besoins, des préconisations techniques et un montage financier, le suivi et la réception des travaux,
- recenser les installations du Département qui sont accessibles aux personnes handicapées et, pour celles qui ne le sont pas, établir un programme d'action d'adaptation.

2. Tourisme adapté :

- identifier l'offre et la demande. Sensibiliser les élus,
- créer un binôme départemental pour les visites de labellisation,
- organiser une journée technique Comité Départemental du Tourisme à destination des professionnels du Tourisme,
- former et informer sur les implications liées à l'accueil de personnes handicapées.

Aider à la vie autonome

Créer un dispositif pour la vie autonome (DVA)

Constat :

L'Etat, par le biais d'un plan triennal, a souhaité généraliser l'expérience des 15 sites pilotes du Dispositif pour la vie autonome dans tous les Départements.

Le Département du Rhône, conscient des difficultés des personnes handicapées à tendre vers l'autonomie dans leur milieu de vie ordinaire, a instauré par une délibération du 19 juin 1999, dans le cadre des aides extra-légales, un fonds d'aides exceptionnelles.

Ce fonds apporte un soutien financier individuel dans le domaine des aides techniques, qui vise à contribuer au maintien ou à l'accroissement de l'autonomie de la personne handicapée. Cela se traduit par des demandes d'ordre matériel (acquisition de fauteuil roulant, adaptation de véhicules, aménagement de logements, petit appareillage médical, matériel informatique adapté), mais également par des demandes de participation aux séjours de vacances.

Toutefois, ce dispositif partiel révèle la nécessité d'instaurer un cadre global autour de l'accès aux moyens de compensation des incapacités, par la mise en place d'un guichet unique, lieu de réception et de traitement de toutes les demandes d'aides techniques des personnes handicapées et par l'élaboration d'un dossier unique auprès des financeurs potentiels, qui doit permettre la diminution des délais d'instruction.

Objectifs :

Le rôle du dispositif est de susciter une coordination départementale autour de la problématique de l'accès aux aides techniques et à l'aménagement des lieux de vie.

Le DVA a comme objectifs prioritaires de :

- développer l'accès aux solutions de compensation fonctionnelle (matériel, aides-techniques, aménagement des lieux de vie) pour toutes les personnes en situation de handicap,
- organiser un dispositif d'information, de conseil et de préconisation des solutions dans un lieu identifié par la personne, le « guichet unique »,
- simplifier, clarifier les procédures de financement et réduire les délais,
- faciliter l'accès au financement des solutions préconisées,
- constituer un réseau intégrant tous les partenaires concernés par la mise en œuvre de ce dispositif,
- appliquer une nouvelle méthodologie d'approche globale pour l'accès aux moyens de compensation des incapacités, en intégrant une dimension qualité dans le service rendu, par une labellisation des équipes techniques d'évaluation (ETEL).

Moyens :

- mettre en place un dossier unique qui permettra une coordination entre les différents financeurs et une réduction des délais,
- assurer le financement du Dispositif par une dotation annuelle de l'Etat destinée à financer les frais de fonctionnement d'une part, les aides techniques d'autre part.
- compléter le dispositif d'État par la mise à disposition par le Département de son fonds d'aide exceptionnelles,
- impulser la création d'un centre de prêt à destination des personnes handicapées avec possibilité d'achat.

Aider à la vie autonome

Mettre en place un plan d'aide individualisé

Constat :

Il existe un manque de coordination entre les différents intervenants au domicile et il n'y a pas d'évaluation des besoins d'aide.

Objectifs :

La prise en charge de la personne handicapée doit être adaptée à la personne, c'est-à-dire à ses potentialités comme à ces déficiences et ce, en fonction de ses souhaits. Chaque personne doit ainsi être acteur de son choix de vie, ce qui signifie qu'elle ou sa famille soit associée à la prise en charge et donc à son projet individuel.

- Soutenir par le biais d'un plan d'aide individualisé, les personnes qui souhaitent vivre à domicile dans des conditions de sécurité optimales leur garantissant ainsi une qualité de vie.
- Orienter et accompagner les personnes handicapées vers les structures, services et organismes compétents sans se substituer à elles, et analyser les besoins et les demandes.

Moyens :

- Élaborer un plan d'aide individualisé, prenant en compte des besoins d'aide de la personne dans le cadre de son domicile et permettant de ce fait une coordination de tous les intervenants.

- Organiser le circuit de la demande d'aide

- RÉCEPTION DE LA DEMANDE DE LA PERSONNE :

- enregistrement du dossier avec un numéro identifiant, par la Maison du Rhône ; à charge pour cette dernière de réceptionner et de réorienter la demande vers un autre centre ressource.
- élaboration d'un formulaire rempli par le référent personne handicapée (assistant social, CESF, infirmier, médecin) pour le demandeur. Ce document rend compte des éléments qui ont amené le bénéficiaire à faire cette demande de services pour une aide humaine, technique ou autre. Il décrit le contexte de la demande, le type d'aide qui est demandé, les autres démarches entreprises, le contexte de résidence, les données familiales.

- DÉCISION DE L'ÉVALUATEUR :

- demande non retenue et orientation vers un autre centre ressource (autres administrations...),
- demande retenue pour une évaluation de l'autonomie du bénéficiaire.

- ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE DU BÉNÉFICIAIRE :

Cette évaluation se fera par une équipe technique pluridisciplinaire avec une personne référente par dossier. Cette phase est en partie médicale.

Les thèmes retenus pour évaluer l'autonomie de la personne sont l'autonomie fonctionnelle, la dynamique familiale et sociale, le support du réseau naturel, l'aptitude intellectuelle, le comportement et l'état affectif de la personne, l'opinion de l'intervenant du réseau sur la personne (référént qui peut être entendu par la personne évaluateur).

L'évaluateur (rapporteur) fait une synthèse des problèmes et des recommandations. Une équipe pluridisciplinaire préconisera les solutions.

Pour les aides techniques, l'étude du plan d'aide et son financement seront coordonnés par le dispositif pour la vie autonome.

Aider à la vie autonome

Améliorer le dispositif des structures d'appui

Constat :

Une partie des personnes handicapées souhaitent obtenir des formules de logement adaptées à leur besoin leur permettant une vie autonome à domicile. En effet, ces personnes ne pouvant vivre seules dans un logement ordinaire sont donc contraintes à la vie en établissement ou en famille. Les logements regroupés et les foyers appartements figurent parmi les formules de logements souples et innovantes. L'accompagnement en parallèle par un SAVS est un élément indispensable favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées. Les enquêtes faites auprès des associations gestionnaires montrent qu'un besoin important est exprimé tant par les associations que par les personnes handicapées et leur famille.

Par ailleurs, un accueil en établissement doit être possible de manière temporaire ou en cas d'urgence pour faire face à des besoins de répit des aidants familiaux ou sur demande de la personne. De même, dans le cadre de formules d'accueil de jour, les personnes handicapées, peuvent donner un sens à leur vie par des liens sociaux, des activités, des loisirs et des vacances.

Objectifs :

- créer un panel de solutions adaptées et personnalisées, s'appuyant sur des procédures souples et simplifiées, et prenant en compte l'évolution des besoins et des souhaits individuels,
- favoriser l'émergence de projets de logements regroupés, résidences studios accompagnés par un SAVS et un réseau d'aides humaines,
- créer un réseau de places d'accueil temporaire et d'urgence au sein des établissements d'accueil permanent pour soutenir une vie au domicile personnel ou familial en permettant de répondre à des situations de crise ou d'attente dont le terme est fixé, ou pour permettre une mobilité entre institution en contribuant à des possibilités d'essai ou de réorientation de la personne handicapée dans le cadre d'une trajectoire de vie,
- prévoir des lieux d'accueil de jour diversifiés prenant en compte le degré d'autonomie de chacun dans la recherche de lien social et l'organisation d'activités occupationnelles à proximité du domicile. Leur fréquentation peut être régulière (temps plein, temps partiel, séquentiel) ou ponctuelle dans une phase découverte.

Moyens :

- soutenir et encourager les projets de logements adaptés techniquement qui peuvent être partagés ou regroupés pour un petit nombre de personnes (3 à 5 max.) disposant des aides humaines nécessaires au projet de vie. Ce dispositif s'inscrit dans le réseau existant qui comprend les services d'auxiliaires de vie, les SSIAD, les infirmiers libéraux et les centres de soins, les SAVS et les services médico-sociaux,
- développer, en complémentarité des structures existantes et avec une cohérence territoriale, la création de places :
 - de SAVS avec des formules de logement innovantes et adaptées, la création de places d'accueil d'urgence, la création de places d'accueil de jour en foyer de vie,
 - d'accueil temporaire et d'urgence au sein d'établissements existants ou par la création de petites unités situées sur le département. En outre, les projets de créations déposés devront identifier spécifiquement les places destinées à ce type d'accueil. Favoriser les projets institutionnels prévoyant des accueils temporaires et simplifier les procédures administratives d'admission concernant ces accueils afin de garantir leur pérennité. Les modalités de gestion de ce dispositif seront définies conjointement avec les promoteurs.
 - d'accueil de jour à temps plein ou partiel en externat dans les foyers de vie à chaque fois que cela est possible pour une prise en charge graduée, et étendre le nombre de structures dédiées à l'accueil de jour.

Aider à la vie autonome

Accompagner la personne dans son choix de vivre à domicile

Constat :

L'accompagnement du maintien à domicile par les aides humaines fait appel à un grand nombre d'intervenants : aides à domicile, auxiliaires de vie, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), professionnels de santé.

Il faut dès lors instaurer une coordination entre ces différents professionnels. Le besoin d'aide professionnalisée ne cesse d'augmenter et les associations gestionnaires sont confrontées à une demande qu'elle ne peuvent satisfaire du fait des difficultés de recrutement. Les professions d'aide à domicile et d'auxiliaires de vie ont un besoin important de qualification et souffrent à la fois d'une image négative, d'une absence de reconnaissance, d'une rémunération insuffisante. Par conséquent les personnes handicapées rencontrent des difficultés pour bénéficier de prestations d'aides à domicile qualifiées.

Actuellement les différentes prestations (ACTP et MTP) ainsi que le dispositif d'auxiliaires de vie en place dans le Rhône ne permettent pas toujours de couvrir le besoin d'aide nécessaire au maintien à domicile notamment pour les personnes les plus lourdement handicapées. Ainsi les SSIAD sont en nombre limité et interviennent encore peu auprès des personnes handicapées.

La participation financière laissée à la charge de la personne handicapée et les difficultés rencontrées pour mobiliser les financements mais aussi organiser les prestations, constituent un frein au maintien à domicile.

Objectifs :

- promouvoir et accompagner les associations et leurs salariés dans leurs efforts de qualification des aides à domicile et auxiliaires de vie. Cela se traduira par une augmentation sensible du nombre de diplômés d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS),
- développer les différentes prestations à domicile : auxiliaires de vie, SSIAD et aides à domicile,
- mettre en place une véritable coordination des différents intervenants.

Moyens :

- encourager la formation d'aides soignantes, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de la vie sociale pour développer la mission « personnes handicapées » des SSIAD et des structures d'aide à domicile. Une attention particulière devra être apportée à la mise en place de la validation des acquis d'expérience et à l'organisation des passerelles entre les trois métiers,
- diversifier les modes d'accès à la qualification : formation initiale, formation continue en cours d'emploi, validation des acquis d'expérience, formation en alternance,
- répertorier les besoins d'aide de la personne en nombre d'heures grâce à la généralisation des plans d'aides individualisés (cf. Fiche Plan d'aide Individualisé),
- augmenter les moyens de financement des aides à domicile,
- développer les services d'auxiliaires de vie conventionnés en apportant une réponse adaptée sur l'ensemble du département,
- créer, en complémentarité, des places de SSIAD (Cf. Fiche 17 Améliorer l'offre de soins infirmiers à domicile).

Favoriser l'insertion professionnelle

Poursuivre et généraliser les unités de préparation au travail en CAT destinées aux jeunes sortant d'IME ou d'IMPro

Constat :

Les travaux confiés aux CAT sont de plus en plus techniques et les exigences qualitatives nécessitent un professionnalisme accru. La préparation à l'insertion professionnelle assurée par les établissements médico-sociaux pour enfants n'est pas toujours adaptée aux besoins des CAT et à l'évolution de l'emploi.

Un nombre croissant de jeunes déficients intellectuels sortent des IME ou des IMPro avec une immaturité et une instabilité importantes qui ne permettent pas une insertion directe en CAT : manque d'autonomie dans le travail, difficultés de concentration, niveau d'apprentissage insuffisant.

Objectifs :

- assouplir les conditions d'admission en CAT,
- proposer à ces jeunes, un temps de préparation et une prise en charge adaptée nécessaires pour intégrer dans de bonnes conditions les unités de travail du CAT.
- mieux préparer en amont dans les établissements d'enfants, l'orientation vers un travail en milieu protégé,
- s'interroger sur les métiers proposés et sur l'opportunité de prolonger certaines prises en charge jusqu'à 20 ans. La réflexion sera à mener dans le cadre de la préparation du schéma se rapportant à l'évolution du dispositif pour enfants.

Moyens :

- prévoir une période d'adaptation durant laquelle le temps de travail et la nature des tâches évoluent en fonction des capacités individuelles ; cette période vise à donner aux jeunes sortant d'IME et d'IMPro toutes les chances de réussir l'insertion en CAT,
- renforcer les liens entre CAT/AP et IMPro/IME nécessaires au travail de préparation à l'entrée en milieu protégé et à la continuité de la prise en charge. Les stages en CAT et AP proposés aux jeunes dans le cadre de leur scolarité sont notamment à systématiser.
- institutionnaliser au niveau départemental les échanges entre ces deux secteurs.

Favoriser l'insertion professionnelle

Réaffirmer la mission sociale du CAT dans une démarche de prise en charge globale de la personne handicapée

Constat :

Si le travail est le point d'appui central du CAT, sa mission sociale et éducative ne doit pas être sous-estimée. La réussite du projet professionnel en milieu protégé ou dans une dynamique d'insertion en milieu ordinaire de travail est souvent conditionnée par le bon équilibre et l'harmonie du projet de vie dans sa globalité.

Les difficultés comportementales mais aussi le vieillissement et la fatigabilité nécessitent un accompagnement adapté.

Pour les personnes présentant un handicap psychique ou une maladie évolutive, la fatigabilité est souvent liée à l'évolution de la maladie et à la place qui revient aux soins.

Objectifs :

Définir et faire évoluer le projet professionnel en prenant plus largement en compte :

- le handicap et le besoin de soin,
- le vieillissement et la fatigabilité du travailleur handicapé,
- le renforcement du soutien socio-éducatif à l'autonomie et à la socialisation de la personne handicapée.

Moyens :

● mettre en place le projet individualisé en collaboration avec les autres intervenants (famille, tuteur, services sociaux, référent du SAVS ou du foyer d'hébergement, soignants..).

CONCERNANT LE HANDICAP ET LE SOIN :

- prévoir une plus grande sensibilisation de l'encadrement éducatif et technique du CAT par des programmes de formation adaptés,
- prévoir pour la prise en charge notamment des personnes présentant des difficultés comportementales, la formation du personnel d'encadrement, la présence de professionnels qualifiés ou le recours à un accompagnement extra-professionnel,
- améliorer la coordination entre les structures sanitaires et médico-sociales.
- renforcer notamment les partenariats avec le secteur psychiatrique, pour les personnes présentant des troubles psychiques.

CONCERNANT LE VIEILLISSEMENT :

- aménager le temps de travail à la fois sur les rythmes et sur la durée, pour l'adapter aux possibilités de chacun,
- développer plus largement le temps partiel en complémentarité avec les accueils de jour ou les SAVS,
- limiter les temps de transport,
- assurer une transition progressive vers l'arrêt d'activité par un accompagnement renforcé, en liaison avec la structure ou le service appelé à prendre le relais,

- réaffirmer la place du soutien socio-éducatif dans les projets d'établissement et la conforter en termes de moyens si cela apparaît nécessaire,
- améliorer la collaboration avec les structures d'hébergement, les SAVS ou les familles afin d'assurer dans de bonnes conditions le nécessaire accompagnement durant les temps de « non travail » (période de repos, absence, maladie ...).

Favoriser l'insertion professionnelle

Inscrire plus largement l'accompagnement en milieu protégé dans un parcours social et professionnel individualisé

Constat :

Régulièrement observée, l'absence de mobilité des travailleurs handicapés en milieu protégé est confirmée par l'étude de population réalisée par le CREAL.

Le CAT est trop utilisé comme lieu de production et pas suffisamment comme outil d'évaluation, de formation ou d'apprentissage.

Objectifs :

- contribuer à re-qualifier le milieu protégé comme lieu ressource dans une logique de projet et de parcours professionnel,
- enrichir les parcours en ouvrant plus largement le dispositif aux partenaires du monde du travail,
- re-dynamiser le potentiel professionnel présent (encadrement et travailleurs handicapés),
- développer une plus grande polyvalence face à une offre de plus en plus diversifiée de la part des donneurs d'ordre,
- assurer la continuité dans le suivi professionnel des personnes handicapées admises en milieu protégé.

Moyens :

- engager dès l'IME ou l'IMPro à partir d'une évaluation des capacités et des souhaits de la personne, une véritable réflexion sur un projet professionnel, qui constituera une aide à l'orientation pour la COTOREP et à l'insertion socio-professionnelle pour le CAT ou l'AP,
- proposer un accompagnement professionnel qui fasse une plus large place à l'évaluation des capacités et des besoins de formation,
- renforcer les compétences en offrant de réelles possibilités de mobilité sur des postes et des emplois,
- développer plus largement les actions de formation, soit en interne, soit en utilisant des prestations extérieures présentes sur ce secteur,
- construire le plus souvent possible des projets professionnels orientés vers des métiers.

Cette évolution implique des connaissances techniques plus diversifiées pour l'encadrement et un accompagnement plus complexe tant professionnel qu'éducatif, psychologique et social. Elle doit conduire à diversifier les métiers présents et améliorer la complémentarité des compétences.

Favoriser l'insertion professionnelle

Offrir à ceux qui le peuvent et le souhaitent, une possible évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire

Constat :

Si l'on exclut le CAT Messidor, il n'existe quasiment pas de sorties des CAT en direction du milieu ordinaire de travail.

Pour des jeunes moins déficients mais présentant une fragilité psychologique et comportementale, une prise en charge temporaire en milieu protégé apparaît souvent utile, soit dès la sortie de l'IMPro, soit après une expérience non concluante en milieu ordinaire. Pour ce public, l'orientation en CAT "classique" n'apporte pas toujours une réponse adaptée.

Objectifs :

Développer une plus grande fluidité entre le milieu protégé et le milieu ordinaire de travail. A l'instar de l'action menée avec les personnes présentant un handicap psychique, les alternatives au milieu protégé "classique" peuvent et doivent s'étendre plus largement aux déficients intellectuels et aux handicapés moteurs.

Moyens :

- favoriser les passerelles vers le milieu ordinaire en développant le travail protégé en milieu ordinaire (TPMO). Une plus grande sensibilisation des employeurs mais aussi un appui technique à la définition des tâches pouvant légitimer la création d'un poste adapté sont à prévoir.
- renforcer le dispositif déjà en place (service d'insertion de l'ALGED) par la création de nouvelles équipes ou services chargés d'assurer un relais dans la démarche d'insertion vers le milieu ordinaire de travail. Cette action est à réaliser principalement par adaptation du dispositif existant.
- développer les CAT pour les jeunes qui se trouvent temporairement dans l'incapacité de tenir un emploi en milieu ordinaire, comme « tremplin » vers l'insertion en leur proposant un accompagnement transitoire en milieu protégé soit dès la sortie de l'IME ou de l'IMPro soit après un échec en milieu ordinaire de travail.

CET ACCOMPAGNEMENT INTÈGRERA DES ACTIONS FORTES :

- de formation à l'emploi en utilisant le plus souvent possible les solutions de droit commun,
- d'apprentissage de l'autonomie sociale et professionnelle,
- de préparation aux exigences d'adaptation, aux changements susceptibles d'intervenir dans le milieu professionnel,
- de soutien psychologique,
- d'appui dans la relation avec les employeurs et de suivi jusqu'à l'autonomie professionnelle.

Pour ces jeunes, l'objectif est de développer des parcours d'insertion en construisant des projets professionnels en rapport avec des métiers choisis et accessibles. Cette démarche doit s'appuyer sur un véritable travail en réseau avec les différents acteurs de l'insertion professionnelle que sont notamment la Cotorep, l'AGEFIPH, le PDITH, CAP-Emploi, les CRP, les conseillers à l'emploi spécialisé de l'ANPE...

Il est souligné combien la qualité de l'intégration sociale est nécessaire pour réussir durablement l'insertion professionnelle. Les expériences en cours qui reposent sur un agrément de type CAT hors murs (prestation en entreprise) mais aussi des formules innovantes comme celle proposée par l'EPMO restent à développer.

La création de deux à trois unités de type « CAT d'insertion » est à prévoir. La transformation de places de CAT « classique » devrait permettre de répondre en partie à ce besoin.

Pour les ateliers protégés, un soutien plus significatif devrait être apporté par l'Etat ou l'AGEFIPH afin qu'ils puissent bénéficier de la prestation bien identifiée d'un chargé d'insertion.

Favoriser l'insertion professionnelle

Adapter l'offre à l'évolution des publics spécifiques : handicap psychique, handicap moteur, IMC et traumatisés crâniens

Constat :

LE HANDICAP PSYCHIQUE :

Pour cette population qui a représenté 42% des demandes traitées en 2002 par la COTOREP, il s'agit majoritairement d'orientations en CAT ou AP faites en vue d'une insertion à terme vers le milieu ordinaire de travail.

La COTOREP observe cependant que le dispositif actuel, principalement axé vers la production et l'insertion rapide en entreprise, n'est pas toujours adapté aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Des besoins restent également à couvrir pour les publics justifiant d'une orientation durable en milieu protégé.

LE HANDICAP MOTEUR ET LES IMC :

La COTOREP souligne le nombre relativement important des demandes, comparé à la dimension de l'équipement réservé à cette population. L'attente est bien supérieure aux sorties envisagées à court terme sur les trois CAT qui totalisent 166 places.

Pour ces deux populations, le dispositif, tant au niveau des métiers que de la prise en charge proposée, n'est pas en complète adéquation avec l'évolution constatée des besoins.

Pour les personnes présentant un handicap psychique, la nature des métiers proposés conditionne souvent l'acceptation d'une orientation transitoire en milieu protégé.

Objectifs :

- pour le handicap psychique, poursuivre l'action engagée en direction des personnes les plus éloignées de l'emploi en leur proposant des conditions de travail adaptées et mieux intégrer la place qui revient au soin,
- pour le handicap moteur et les IMC, développer plus largement l'ouverture vers l'entreprise et favoriser l'insertion en milieu ordinaire.
- pour les deux populations, faire évoluer et diversifier les métiers proposés.

Moyens :

POUR LE HANDICAP PSYCHIQUE :

- adapter le dispositif actuel en augmentant le nombre de places de ré-entraînement progressif au travail afin de pouvoir moduler les rythmes et les temps de travail aux possibilités de chacun,
- inscrire durablement la personne fragilisée par la maladie dans une dynamique d'insertion en évitant les ruptures de parcours et en assurant un accompagnement conjugué avec le soin et l'ensemble des acteurs relevant du champ de la santé mentale.

POUR LE HANDICAP MOTEUR ET LES IMC :

- développer l'insertion en entreprise par création d'une vingtaine de places de type CAT hors murs.

POUR LES PERSONNES CÉRÉBROLÉES :

- compléter le dispositif en place pour les personnes les plus lourdement handicapées (type " la Sandale du Pèlerin "), et prévoir une réponse complémentaire de type transitionnel.

Pour ces populations, adapter l'offre à la demande, notamment en la diversifiant en direction des métiers du tertiaire.

Favoriser l'insertion professionnelle

Restructurer l'offre sur le territoire

Constat :

L'implantation des places rapportée à la répartition de la population sur le département montre que l'agglomération lyonnaise et la région Sud-Est du département du Rhône restent insuffisamment couvertes. L'étude des demandes en attente confirme ce déséquilibre.

Objectifs :

Restructurer l'existant afin d'améliorer la réponse de proximité qui favorise le maintien des liens familiaux et diminue les contraintes de transport,

POUR LES DÉFICIENTS INTELLECTUELS :

- proposer un maillage territorial plus satisfaisant en rééquilibrant l'offre au profit de l'agglomération lyonnaise.

POUR LES HANDICAPÉS PSYCHIQUES :

- mieux situer les places par rapport aux besoins et à l'offre de soin pour les personnes justifiant d'une prise en charge durable en CAT.

Moyens :

LES DÉFICIENTS INTELLECTUELS :

- resituer une centaine de places sur l'agglomération lyonnaise.

Cette réflexion doit être engagée prioritairement avec l'association gestionnaire des Ateliers Denis Cordonnier qui regroupe actuellement 330 places avec une seule implantation sur la commune de Dardilly.

La création d'un deuxième site plus proche de l'agglomération lyonnaise (Sud-Est du Grand Lyon) permettrait non seulement d'apporter une réponse de proximité sur une zone aujourd'hui déficitaire, mais aussi de diminuer la capacité installée sur Dardilly.

Si le gestionnaire le souhaite, cette opération pourrait se réaliser dans le cadre de partenariat inter-associations.

- reconsidérer certains agréments pour étendre le champ du recrutement.

L'offre doit s'adapter aux besoins d'une population présentant de plus en plus des handicaps associés. Ainsi, pour les déficients visuels, le dispositif sur-dimensionné s'est progressivement ouvert au handicap mental. Cette évolution engagée par le CAT Odette Witkowska devrait être étendue au CAT Gallieni bien situé sur l'agglomération lyonnaise.

LES HANDICAPÉS PSYCHIQUES :

- étudier avec l'association gestionnaire du CAT la Roche, les conditions d'une possible re-localisation sur l'agglomération lyonnaise d'une trentaine de places, compte tenu de son implantation excentrée qui ne permet pas un fonctionnement optimal du dispositif destiné à l'accueil de personnes réorientées de façon durable en milieu protégé.

- créer une vingtaine de places supplémentaires. Cette restructuration permettrait de maintenir les liens sociaux et faciliterait la coordination des différents acteurs qui interviennent au niveau de l'hébergement, du travail et du soin.

Les personnes handicapées psychiques

Créer des structures innovantes, variées et adaptées au handicap psychique

Constat :

Le handicap psychique se caractérise par les difficultés que rencontrent les personnes qui n'ont pas ou plus les capacités ou les possibilités de participer aux échanges liés à la vie sociale. Cela se traduit le plus souvent par une non-adéquation du rapport à l'environnement. Ce qui est spécifique à ce handicap, c'est la nécessité de pouvoir articuler la persistance des soins et la dimension de l'accompagnement.

Le département manque de structures susceptibles d'héberger des personnes qui ont souffert de maladie mentale sortant de l'hôpital psychiatrique, n'ayant plus besoin de soins hospitaliers, mais qui ne sont pas assez autonomes pour assumer seules la gestion de leur vie quotidienne en appartement.

De même, les besoins des personnes sont très variés de l'une à l'autre, ou pour une même personne tout au long de son histoire.

C'est pourquoi, une palette de solutions de logements doit être proposée à chaque personne suite à une évaluation de ses besoins d'aide à la vie quotidienne (cf. Fiche 3 : Plan d'aide individualisé).

Objectifs :

- promouvoir des lieux de vie et services destinés à des personnes ayant des difficultés psychiques en vue de restaurer leur autonomie et de créer les conditions optimales pour une réinsertion sociale,
- pour les personnes justifiant d'une prise en charge durable en FAM, voir partie sur les personnes handicapées plus dépendantes (cf. chapitre 2 § III).

Moyens :

● FAVORISER LES PROJETS DE FOYERS-APPARTEMENTS (STUDIOS), NON MÉDICALISÉS MAIS AVEC UN ENCADREMENT SPÉCIFIQUE PRÉVOYANT :

- un soutien éducatif à la vie quotidienne (de type gouvernante),
- l'accompagnement des résidents dans une démarche d'insertion avec néanmoins, un accompagnement sanitaire adapté qui prévoit des consultations avec des soignants extérieurs,
- la réacquisition d'une autonomie.

● FAVORISER LES PROJETS DE LOGEMENTS INDIVIDUELS AVEC ACCOMPAGNEMENT PAR UN SERVICE :

- impulser un partenariat entre les organismes logeurs et le secteur médico-social permettant aux personnes de louer des appartements,
- assurer le soutien des personnes dans leur projet de prise en charge du soin, d'intégration sociale et le service d'accompagnement à la vie sociale.

● FAVORISER DIFFÉRENTS LIEUX D'ACCUEILS DE TYPE « CLUB » :

Ces lieux chaleureux et conviviaux peuvent proposer des repas et des animations à la fois aux habitants « ordinaires » du quartier et à des personnes reconnues handicapées psychiques.

Les activités consistent d'une part en des animations en journée ou soirée qui sont ouvertes à toute personne, d'autre part, en des activités précises plus spécifiquement réservées aux adultes handicapés : théâtre, atelier jardin, sorties pédestres, billard, peinture, rédaction d'un journal, jeux de société, etc.

Les personnes handicapées très dépendantes

Favoriser la création de places de MAS et adapter l'offre existante

Constat :

LES BESOINS

Le taux d'équipement du département du Rhône reste l'un des plus faibles de la région Rhône-Alpes et l'écart à la moyenne régionale est important.

Les personnes originaires du Rhône et admises dans une MAS hors département sont bien plus nombreuses que celles en provenance d'un autre département et accueillies dans l'une des quatre MAS du Rhône (différentiel estimé à environ 70 personnes).

Si, du fait de la création récente des FAM dans le département, certaines orientations prononcées par défaut en MAS ont conduit vraisemblablement à une sur-estimation de l'attente recensée, le besoin demeure néanmoins très important rapporté à la dimension de l'équipement en place.

Plus de la moitié de cette attente concerne des polyhandicapés soit maintenus en IME dans le cadre de l'amendement Creton ou hospitalisés en psychiatrie, soit à domicile. Pour certaines pathologies neurologiques et maladies évolutives, le niveau des soins nécessite un besoin de médicalisation relevant dans certains cas d'une prise en charge en MAS mais aussi d'une collaboration indispensable avec le secteur sanitaire.

Au regard de l'origine géographique de la population en attente, l'implantation des places nouvelles sur le Nord Ouest de l'agglomération lyonnaise est à privilégier.

L'OFFRE EXISTANTE :

Concernant le dispositif en place, l'évolution des besoins liés au vieillissement des personnes et à l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique implique une réflexion sur l'adaptation de la prise en charge proposée et sur l'aménagement des rythmes de vie.

Objectifs :

- pour les prochaines années, améliorer l'offre notamment en direction des personnes polyhandicapées,
- faire évoluer les projets institutionnels, s'agissant de l'offre existante pour proposer des prises en charge différenciées prenant en compte les besoins liés au vieillissement des personnes et à l'aggravation de leur état de santé somatique et/ou psychique,
- organiser un accompagnement adapté pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares, avec l'appui d'un centre ressources ou la mise en place de partenariats et le renforcement des compétences disponibles en interne,
- diversifier l'offre à partir des MAS pour favoriser le maintien à domicile.

Moyens :

LA CRÉATION DE PLACES :

- porter le niveau d'équipement du Rhône destiné aux personnes lourdement handicapées à la moyenne régionale en priorisant la création de places de MAS.

A cet effet, la demande de création de 80 places de MAS sera présentée dans le cadre de la programmation régionale des équipements médico-sociaux relevant de la compétence de l'Etat.

L'ADAPTATION DE L'OFFRE :

- afin de répondre aux besoins liés au vieillissement et à l'aggravation de l'état de santé somatique et/ou psychique des populations accueillies en MAS, une adaptation des moyens notamment en personnel soignant et un renforcement du suivi médical sont à prévoir,
- la participation des MAS au fonctionnement des dispositifs coordonnés de maintien à domicile bénéficiera des financements prévus à cet effet par les deux collectivités.

Les personnes handicapées très dépendantes

Renforcer l'équipement en Foyer d'accueil médicalisé

Constat :

Le nombre important de places de FAM en cours d'installation à la date de l'enquête du CREAL doit conduire à une amélioration sensible de l'offre sur les premières années de mise en œuvre du présent schéma notamment en direction du handicap mental, des autistes ou psychotiques déficitaires et des IMC.

HANDICAP PSYCHIQUE :

Il constitue la priorité et concerne les malades mentaux stabilisés ne justifiant plus de soins aigus et pour lesquels une prise en charge médico-sociale lourde reste néanmoins nécessaire de façon durable. Faute de places adaptées dans le Rhône, cette population est aujourd'hui soit maintenue en service hospitalier, soit orientée à l'extérieur du département (50% de la population du FAM de Premeyzel dans l'Ain), soit placée par dérogation d'âge, dans un établissement pour personnes âgées.

DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ASSOCIÉE À UNE PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE :

Une part importante des demandes non satisfaites concerne des personnes qui présentent une déficience intellectuelle associée à une déficience du psychisme (65%). Pour cette population, il convient de conforter l'effort réalisé au cours des cinq dernières années.

MALADIES NEUROMUSCULAIRES, INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE OU HANDICAP MOTEUR ENTRAÎNANT UNE GRANDE DÉPENDANCE :

Pour les personnes présentant un handicap moteur ou/et neurologique important, le maintien ou le retour à domicile est souvent souhaité. Il n'exclut pas cependant un besoin de places médicalisées lorsque du fait du vieillissement, de l'évolution de la dépendance ou de l'aggravation de l'état de santé, une prise en charge institutionnelle doit être envisagée.

Pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares, la prise en charge proposée n'est pas toujours adaptée.

Objectifs :

- répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques stabilisées justifiant une prise en charge médico-sociale lourde et durable (référence aux propositions du groupe de travail initié par le CDSM),
- conforter le dispositif pour personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une déficience du psychisme,
- poursuivre, soit par création soit par médicalisation de places de foyers de vie existantes, l'adaptation de l'offre pour des personnes atteintes d'une maladie neuromusculaire, d'une infirmité motrice cérébrale ou d'un handicap moteur important,
- prévoir également une réponse adaptée pour les personnes cérébrolésées les plus lourdement handicapées,
- envisager l'appui d'un centre ressources ou la mise en place de partenariats et renforcer les compétences disponibles en interne pour les personnes présentant des handicaps spécifiques ou des handicaps rares,
- diversifier l'offre à partir des FAM pour favoriser le maintien à domicile.

Moyens :

- concernant les prestations à la charge par l'assurance maladie, l'évolution des moyens alloués dans le cadre de la dotation départementale de financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées sera demandée afin de répondre aux objectifs arrêtés tels qu'ils figurent dans la programmation détaillée (chapitre 3),
- un partenariat étroit avec les hôpitaux psychiatriques sera à formaliser pour accompagner les porteurs de projets dans toute la phase de réflexion et de mise en fonctionnement des établissements. Il en est de même pour le soutien à apporter aux professionnels et le possible relais lorsqu'une ré-hospitalisation devient nécessaire,
- la participation des FAM au fonctionnement des dispositifs coordonnés de maintien à domicile bénéficiera des financements prévus à cet effet par les deux collectivités.

Les personnes handicapées vieillissantes

Impulser des réponses adaptées pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées

Constat :

L'accroissement de l'espérance de vie des personnes handicapées a conduit le Département, lors du précédent schéma, à innover dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées. En effet, pour éviter les placements d'urgence ou par défaut qui mettent en difficulté l'établissement accueillant, ou pire, qui place la personne handicapée elle-même en situation de maltraitance ou de "non bientraitance", le Département a reconnu la spécificité de ce secteur.

Objectifs :

Pour reconnaître ce caractère spécifique, il est nécessaire de :

● RÉPERTORIER ET IDENTIFIER LES STRUCTURES EXISTANTES :

Il faut aider les structures existantes qui accueillent déjà des personnes handicapées vieillissantes à se faire connaître. Une formalisation du projet d'accueil notamment dans l'accueil conjoint en maison de retraite sera nécessaire.

● SOUTENIR UNE DÉMARCHE QUALITÉ :

Celle-ci insistera sur la formation des intervenants. Un réseau pérenne qui réunit les secteurs personnes handicapées, personnes âgées ou de gérontologie, et secteur sanitaire notamment psychiatrique est essentiel. L'objectif est de mettre en commun des savoir-faire en matière d'accompagnement, de dépendance et de soins, qui seront essentiels à la qualité de la prise en charge. Cette démarche nécessite donc une véritable mise en commun des deux cultures issues des associations qui gèrent la prise en charge des personnes handicapées et la gériatrie.

● AIDER ET PRIORISER LA CRÉATION DE STRUCTURES INNOVANTES :

Autant de handicap, autant de prise en charge.

Il faut encourager les projets, qu'ils soient issus du secteur de la gérontologie, du secteur associatif des personnes handicapées ou du secteur sanitaire psychiatrique.

Le projet d'établissement ou de service prendra en compte la part de l'accompagnement nécessaire, ainsi que les besoins en soins et dépendance.

Il devra intégrer une certaine souplesse de fonctionnement, en prévoyant des places temporaires, séquentielles, partielles, de dépannage, des centres d'activités de jour, par exemple. Mais aussi des prises en charge ayant un accompagnement adapté au besoin réel de la personne.

Moyens :

● ADAPTER LES STRUCTURES ACTUELLES À LEUR POPULATION VIEILLISSANTE OU ÂGÉE :

Un nouveau projet d'établissement ou de service prendra en compte la part nouvelle de l'accompagnement nécessaire, ainsi que les besoins en soins et dépendance. Ainsi les restructurations des équipements existants (établissement pour personnes handicapées ou maisons de retraite) ainsi que les projets de créations d'unités spécifiques avec un projet d'accueil adapté doivent être encouragés.

Le soin des personnes handicapées

Améliorer la prise en charge médicale des personnes handicapées

Constat :

La prise en charge médicale des personnes handicapées est complexe, pluridisciplinaire ; elle est compliquée par des problématiques surajoutées et nécessite du temps, du personnel formé et une coordination entre les différents intervenants.

Objectifs :

- créer des réseaux de santé constitués à partir d'un centre ressources départemental. Ce centre ressources qui serait garant de la qualité des prestations, assurerait les formations et informations aux praticiens libéraux ou professionnels repérés sur le terrain. Il serait le lieu des soins ou bilans spécifiques nécessitant une équipe spécialisée et un plateau technique lourd. Pourraient s'y adjoindre, selon les besoins, des centres de santé locaux qui assureraient des bilans ou soins par des praticiens de ville formés et secondés par des soignants ou éducateurs.
- diversifier les modes d'accès au plateau technique par la création d'équipes mobiles ayant pour objectif d'intervenir au sein des établissements et services médico-sociaux.
- prioriser les réseaux dans les domaines d'interventions identifiés : santé bucco-dentaire, bilans et soins des personnes handicapées mentales et psychiques, bilans pluridisciplinaires et soins des personnes lourdement handicapées par atteinte neuro-motrice.
- élaborer dans chaque établissement médico-social, qu'il soit médicalisé ou non, un projet de santé qui sera une garantie institutionnelle de l'accompagnement de toute personne handicapée pour maintenir, ou tendre vers un état de "bonne santé". Ce projet concerne le suivi de la personne, mais aussi les liens avec les intervenants externes.
- trouver un lien pérenne entre le secteur sanitaire psychiatrique et le secteur médico-social qui permette d'offrir aux personnes handicapées psychiques dites « stabilisées » un suivi régulier et un lieu de rupture ou de prise en charge en cas de crise.

Moyens :

- favoriser le financement des réseaux de santé dans le cadre de la circulaire du 19 décembre 2002 qui explicite les critères de financement, d'opportunité, de qualité, et d'organisation du réseau de santé. La décision de financer ces projets sur la dotation régionale de développement des réseaux (créé au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par l'ARH et l'URCAM.
- formaliser par écrit un projet de santé au sein de son projet d'établissement pour chaque structure médico-sociale.
- nommer un référent santé dans chaque établissement médico-social. Il sera responsable du projet santé inséré dans le projet d'établissement et le garant de la prévention et des soins curatifs des résidents dont il a la charge. Le référent santé assurera également la coordination vis-à-vis des intervenants extérieurs et la liaison avec les familles, enfin il sera la personne ressource pour l'ensemble du personnel d'encadrement de l'établissement.
- continuer les travaux du groupe de travail mis en place par le Conseil Départemental de Santé Mentale. La réflexion initiée par le CDSM sur le thème de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social doit être pérennisée. Le groupe de travail peut être une source de proposition de « bonnes pratiques » Il peut initier la création de réseaux de soins entre le sanitaire et le médico-social pour cette population.
- formaliser des conventions entre les établissements médico-sociaux et les lieux de soins psychiatriques. Une collaboration respectueuse entre la psychiatrie et l'établissement doit être formalisée, sous forme de convention, notamment avant le passage en CROSS dans le cadre d'un projet.

Le soin des personnes handicapées

Améliorer l'offre de soin infirmier à domicile

Constat :

Le souhait des personnes lourdement handicapées de rester à domicile doit pouvoir se réaliser dans de bonnes conditions.

Les besoins sanitaires sont souvent lourds et techniques.

L'équipe pluridisciplinaire sous la coordination d'une infirmière permet d'éviter la multiplication des intervenants, d'assurer une prise en charge globale individualisée tout en garantissant une meilleure continuité des soins.

Objectifs :

- organiser la coordination des divers intervenants au travers du plan d'aide,
- favoriser des services de type SSIAD lorsque des soins techniques de longue durée sont nécessaires,
- promouvoir un véritable service ambulatoire infirmier de proximité,
- prévoir des formules relais d'accueils temporaires ou de séjours de rupture en cas de difficulté de l'environnement familial.

Moyens :

- la création de 80 places de SSIAD pour personnes handicapées est à prévoir sur 5 ans en utilisant le plus souvent possible l'organisation déjà en place pour les personnes âgées,
- pour le maintien à domicile des personnes ayant besoin d'actes techniques, l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire est garante de la qualité et de la continuité de la prise en charge,
- développer également une externalisation des établissements (MAS ou FAM) au domicile des personnes lourdement handicapées pour permettre le maintien d'une vie autonome (cf. Fiches 13 et 14),
- favoriser l'utilisation du plan de soins infirmiers.

Le soin des personnes handicapées

Identifier des unités de soins de longue durée

Constat :

DES BESOINS SONT SURTOUT REPÉRÉS POUR :

- des malades en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel,
- la prévalence des états végétatifs est d'environ deux états végétatifs pour 100 000 habitants, la survie moyenne étant de 28 mois,
- des malades en fin de vie de maladies évolutives ayant besoin de soins vitaux constants (chorée de Huntington, sclérose en plaque,...).

La COTOREP oriente chaque année 10 à 15 personnes vers des unités de soins de longue durée ; il n'existe pas actuellement de structures adaptées pour assurer la prise en charge de ces personnes orientées par « défaut » vers des établissements pour personnes âgées.

Objectifs :

- identifier une trentaine de places réparties en petites unités de soins de longue durée rattachées à des services de soins de suite et de réadaptation pour des personnes relevant de soins prolongés,
- favoriser la proximité pour permettre aux familles de conserver un lien affectif essentiel.

Moyens :

- la circulaire du 3 mai 2002 relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel donne le cahier des charges de création de ces structures.

Elle prévoit la création d'unités de 6 à 8 lits, (environ une unité pour un bassin de population de 300 000 habitants), associées à un service de soins de suite et de réadaptation.

Ces unités seraient réservées à des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes avec risque de défaillance des fonctions vitales, nécessitant une surveillance médicale constante et des soins continus à caractère technique.

La réflexion est à mener avec l'ARH dans la mesure où la réponse à privilégier relève du secteur sanitaire ou tout au moins est à envisager avec son concours par la mise à disposition de son plateau technique.

Promouvoir la démarche qualité

La gestion des structures et
l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge

Constat :

L'Etat et le Département sont particulièrement attentifs à ce que les personnes handicapées prises en charge sur le département bénéficient de prestations de qualité. Ils sont conscients que si la qualité de la prise en charge des personnes requiert pertinence, cohérence et cohésion, la démarche qualité quant à elle, doit interroger la structure organisationnelle, la dynamique de communication et les modes de gestion des ressources humaines qui sont le cadre d'expression des compétences des professionnels. Elle doit permettre à l'établissement ou au service de se doter d'une part d'outils favorisant l'évaluation des besoins des usagers et de leur prise en charge, d'autre part de procédures garantissant protection et soutien à ces personnes.

Objectifs :

- EN MATIÈRE DE GESTION DES STRUCTURES : doter l'établissement de procédures définies, de documents institutionnels et d'indicateurs de qualité définissant les bonnes pratiques professionnelles ; améliorer la connaissance et le contrôle des établissements afin de rationaliser et objectiver les moyens alloués.
- EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES BESOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS : poursuivre la procédure d'évaluation des besoins des usagers mise en place par les médecins du Département lors des études de population préalables à l'extension d'établissements ou au changement de statut ; mettre en place des procédures d'auto-évaluation ou d'évaluation externe de l'adéquation du service offert aux besoins des usagers.
- EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE : améliorer les procédures existantes mises en place par le Département et/ou l'Etat en matière d'évaluation de la maltraitance ou de médiation (possibilité d'intervention d'un organisme extérieur) lors des conflits opposant usagers et professionnels.

Moyens :

EN MATIÈRE DE GESTION DES STRUCTURES :

- mise en place partenariale Département/Etat/établissements du livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, projet d'établissement, rapport d'activité,
- définition et mise en place d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant, dans un objectif de convergence tarifaire, des comparaisons pertinentes inter établissements, des coûts moyens supportés par les structures.

EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES BESOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS :

- poursuivre l'utilisation de l'outil d'évaluation des besoins des usagers élaboré par le groupe de travail régional Etat/assurance maladie/Département,
- encourager les établissements et services à utiliser le MAP ou tout autre outil d'évaluation des besoins d'accompagnement des personnes,
- mettre en place sous forme de progiciel et généraliser l'outil d'évaluation des tâches d'accompagnement des personnes handicapées,
- faire utiliser cet outil par l'ensemble des associations.

EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DE LA MALTRAITANCE :

- formalisation administrative d'une procédure conjointe Etat/Département, d'instruction des plaintes,
- mise en place d'une cellule départementale Etat/Département, de prévention et de lutte contre la maltraitance.

Promouvoir la démarche qualité

Évaluer et suivre la mise en place du schéma

Constat :

La mise en œuvre d'un suivi de l'exécution du schéma et d'un dispositif d'évaluation suppose la mise en place d'un outil d'observation et d'évaluation et l'association des représentants des personnes handicapées et des institutions aux réflexions et aux décisions.

Objectifs :

Il est indispensable de poursuivre le travail de réflexion engagé lors de l'élaboration de ce schéma, de mesurer l'état d'avancement de celui-ci et éventuellement d'inciter des évolutions par rapport aux orientations initiales si le besoin était repéré, mais aussi au regard des modifications législatives et réglementaires qui peuvent intervenir dans les années qui viennent.

Moyens :

Utiliser le Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées comme le lieu de concertation et de suivi des actions préconisées dans le schéma par les différents partenaires, en lieu et place d'un comité départemental d'évaluation et de suivi du schéma départemental.

ANNEXE 1

Synthèse des groupes de travail

ANNEXE 1 : LA SYNTHÈSE DES REFLEXIONS DES GROUPES DE TRAVAIL

Les huit groupes de travail, qui ont mobilisé 280 personnes entre février 2002 et janvier 2003 représentant les Associations, les professionnels du secteur et les institutions publiques ont, sur la base d'un examen approfondi des besoins à prendre en compte fait des propositions qui sont de nature à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées dans notre Département.

Les différents partenaires se sont réunis au sein de huit groupes de travail :

1. Le travail des personnes handicapées
2. la vie à domicile
3. la structuration des équipements et l'organisation de la prise en charge sur le territoire
4. la démarche qualité
5. le besoin de soin
6. l'avancée en âge des personnes handicapées
7. les outils d'évaluation
8. les personnes handicapées psychiques

Compte tenu de l'importance de la production des groupes de travail, seule une synthèse des constats et des préconisations issus de la réflexion figurent dans cet état des lieux.

Une annexe au présent document présente l'ensemble des travaux produits par les groupes de travail.

CHAPITRE 1 LES DIFFERENTS CONSTATS DES GROUPES DE TRAVAIL

I L'information insuffisante et le manque de coordination

Les personnes handicapées sont insuffisamment informées et les interventions autour d'elles ne sont pas coordonnées.

✓ L'information insuffisante sur les aides et services

Les groupes ont constaté que l'information nécessaire aux personnes handicapées est éparpillée. Ces dernières et leur famille ne savent pas à qui et où s'adresser pour répondre à leurs besoins et à leurs difficultés de tout ordre (social, juridique, transports, logement, hébergement, appareillage...).

Il n'existe pas de lieu unique et identifié où soit rassemblée toute l'information disponible concernant les aides et services dont peuvent bénéficier les personnes handicapées tant pour leur insertion sociale et professionnelle, leur maintien à domicile que pour leur accueil dans des établissements spécialisés.

✓ Le manque de coordination des aides à domicile

Il apparaît de façon très claire une absence de coordination entre les différents intervenants au domicile et une absence d'évaluation des besoins d'aide de la personne établie dans le cadre de véritable programme de soins et d'accompagnement à domicile.

II Les difficultés d'insertion professionnelle des personnes handicapées

Ces difficultés existent de façon générale et plus particulièrement dans les CAT

✓ L'insertion professionnelle

On constate que généralement les jeunes ne sont pas suffisamment prêts pour entrer dans un parcours d'insertion.

Le parcours d'insertion est très difficile car certains jeunes provenant d'établissements spécialisés rencontrent des difficultés pour réaliser l'orientation en CAT : refus d'intégration liés aux troubles du comportement ou au refus de cette orientation, en raison de l'image que portent les CAT.

D'autres vont vers des orientations de droit commun (entreprises ou formations). Un certain nombre d'entre eux sont orientés en centre d'activité de jour ou restent chez eux sans solution.

Pour les populations présentant des troubles du comportement, il est nécessaire de mettre en œuvre un véritable accompagnement social en appui de l'intégration professionnelle et de considérer la vie sociale et professionnelle comme un tout, ce qui implique un accompagnement sanitaire et psychologique.

✓ Les CAT

Les CAT ont fait de gros efforts pour améliorer leur offre en matière de production, mais ils sont insuffisamment identifiés comme des lieux d'évaluation, d'orientation, d'apprentissage ou de formation : leur mission sociale a besoin d'être requalifiée et réactivée.

Les personnes handicapées psychiques présentent des difficultés d'intégration en milieu protégé. En effet, une partie des personnes concernées justifient souvent d'un passé professionnel et d'un niveau de formation et de qualification élevé et souhaitent une plus grande diversification des métiers proposés en milieu protégé.

Pour les handicapés sensoriels, l'offre semble convenir aux besoins.

Enfin, en ce qui concerne les traumatisés crâniens, l'ouverture récente d'une section spécifique au CAT Moulin à Vent est une réponse dont il est encore prématuré d'évaluer les résultats.

S'agissant du cas particulier des jeunes sortant du dispositif de l'enfance handicapée, les critères d'admission en CAT ont évolué très sensiblement au cours des dix dernières années et conduisent à orienter en Centre d'Accueil de Jour ou en foyer occupationnel des populations qui, avec une prise en charge adaptée, auraient pu intégrer un CAT. Mais il a été constaté que ces jeunes ne sont pas toujours bien préparés à intégrer le CAT et ne peuvent pas suivre le rythme de travail demandé à un travailleur de CAT.

III Les besoins en aides humaines

Ces besoins concernent à la fois l'aide à domicile et l'accompagnement éducatif et social en CAT ainsi que le point particulier des soins.

✓ Les difficultés liées aux professions de l'aide à domicile

Les métiers de l'aide à domicile souffrent encore d'un manque de reconnaissance qui se traduit par une désaffection au niveau du recrutement du fait d'une modeste rémunération.

✓ La formation du personnel en CAT

Si l'on admet que les besoins évoluent et que les réponses à donner doivent être adaptées, il faut s'interroger sur la capacité des personnels d'encadrement des CAT à accompagner ce changement.

Leur ancienneté dans la fonction, leur propre fatigabilité sont à étudier ainsi que leur capacité à prendre en charge un accompagnement des travailleurs handicapés qui se révèle de plus en plus complexe tant sur un plan professionnel qu'éducatif, psychologique ou social.

✓ Les soins à domicile et infirmiers

Pour les soins courants le médecin généraliste est la personne ressource. Il est encore insuffisamment intégré dans l'équipe pluridisciplinaire.

S'agissant des soins infirmiers au domicile et dans les institutions non médicalisées, ils posent de nombreuses difficultés (manque d'infirmier, inadéquation de la rémunération à la lourdeur de la tâche)

✓ Les soins en établissement

Les soins spécifiques ou de nursing sont effectués en institution par des catégories professionnelles très diverses : Aide médico-psychologique, Aide soignant, Moniteur éducateur. Il faut réfléchir à leur formation. On ne peut dissocier le "prendre soin" de l'acte éducatif.

Il faut également distinguer l'accompagnement lié à la dépendance du soin en relation avec une souffrance. La réflexion pluridisciplinaire des équipes permet de mettre du lien entre dépendance et souffrance.

Les soins spécialisés impliquent un travail en réseau qui doit être suffisamment solide pour perdurer au-delà des personnes qui interviennent. Il est nécessaire de penser la personne dans sa globalité et de ne pas la "saucissonner" par spécialité médicale.

IV les besoins d'aide en moyens matériels et logistiques

La qualité des conditions de vie de la personne handicapée est liée à un certain nombre de facteurs tels qu'un environnement favorable et sûr tant au niveau des aides techniques qu'au niveau de l'environnement humain.

Cependant, l'insuffisance du financement des aides constitue un frein au maintien à domicile.

✓ Les aides techniques mal adaptées

Actuellement dans le département, peu de structures assurent des services concernant la totalité des étapes du processus d'obtention des aides techniques.

En matière de transport, les besoins potentiels de déplacement des personnes handicapées dans le département sont peu connus. De plus, des difficultés concrètes existent pour les transports vers les établissements médico-sociaux (développement d'accueils de jour sans prise en charge des transports).

La prise en charge par le département des frais de transports scolaires vers les établissements scolaires privés hors-contrat n'est pas possible alors qu'il s'agit d'une nécessité et non d'un choix dans la plupart des cas.

De façon plus générale, il y a un manque d'accessibilité des réseaux de transport collectif ordinaire.

En matière de logement, il n'y a pas de véritable connaissance centralisée de la demande et de l'offre existante par "territoire". De plus, les acteurs de la construction (constructeur privé, architectes, administrateurs de biens,...) sont peu sensibilisés aux difficultés liées au handicap. Par ailleurs, la prise en charge financière de l'entretien des équipements spécifiques dans les parties communes d'immeubles est mal acceptée.

L'information existante est dispersée et difficilement accessible.

✓ Les aides financières insuffisantes

L'analyse des financements des différents types de services à domicile montre que la quasi-totalité des services implique une participation financière plus ou moins importante des personnes aidées qui ne disposent pas le plus souvent des ressources suffisantes pour financer la totalité des aides qui leur sont nécessaires.

V la nécessité de développer des formules souples et innovantes

✓ La nécessité de développer l'accueil temporaire

Un accueil en établissement doit être possible de manière temporaire ou en cas d'urgence pour faire face à des besoins de répit des aidants familiaux ou sur demande de la personne.

✓ Le manque de structures d'appui

Il n'est pas possible de maintenir des personnes handicapées à domicile sans accompagner ce maintien de structures d'appui : Appartements transitionnels, Appartements regroupés, Lieux d'accueil d'urgence, Accueil de jour, Accueil séquentiel, Accueil de loisirs et de vacances, Equipe mobile d'intervention, service d'accompagnement à la vie sociale.

Les structures d'appui sont nécessaires car elles permettent de soulager les familles lorsqu'elles sont fatiguées, malades ou âgées, de faire face à des aggravations brutales et de renforcer les équipes d'intervention habituelles et soulager les intervenants.

Ces structures sont aussi utiles pour préparer le retour à domicile après hospitalisation ou pour préparer le passage du domicile à l'hébergement collectif.

VI les difficultés liées au vieillissement des personnes handicapées

La problématique du vieillissement recouvre les questions de fatigabilité des personnes, des difficultés à suivre les rythmes de travail et du poids ressenti de la vie en collectivité.

Les structures ne sont pas suffisamment adaptées à l'évolution des personnes accueillies tant en ce qui concerne les modalités d'accueil (accueil à temps partiel, SAJ,...) que le contenu des activités proposées et les modes d'organisation des ateliers. Les parcours professionnels ne prennent pas suffisamment en compte aussi bien les progressions que les phases de régression temporaires ou durables.

Plus une structure a pu diversifier ses modes d'accueil plus elle est en mesure de trouver des réponses adaptées à l'évolution des besoins de la personne si les moyens financiers et les autorisations administratives suivent.

Les professionnels sont trop souvent amenés à proposer à la personne handicapée qui avance en âge une solution qui ne s'inscrit pas dans un projet de vie, mais qui ne constitue qu'une formule de dépannage ne correspondant pas véritablement à l'évolution des besoins de la personne.

Globalement, il n'existe pas de travail de partenariat ou de réseau, ni de réflexion intersectorielle qui pourrait permettre de trouver des solutions à l'extérieur des structures existantes : le savoir-faire et l'expérience du secteur du handicap l'incite à penser plutôt les projets en interne.

Il n'y a pas toujours d'adéquation entre les nouveaux besoins de la population handicapée qui avance en âge et les formations des personnels, les aspirations et les pratiques professionnelles dans les structures prenant en charge le handicap. Le personnel encadrant issu du secteur du handicap n'est pas assez formé à la gérontopsychiatrie.

Les projets d'établissement ne prennent pas encore vraiment en compte les besoins spécifiques de ces personnes : la prise en compte d'un parcours de vie dans les réponses proposées, l'intégration d'un projet de soins dans le projet de vie... ; on observe auprès de ces personnes un désir de retrait, de prise en compte de leur individualité avec plus de force qu'avant. Pourtant, aujourd'hui, les logiques de filière sont encore très prégnantes au détriment d'une intervention en réseaux.

Les personnels des hôpitaux psychiatriques ont du mal, faute de places disponibles, à concrétiser les projets de vie qu'ils pourraient élaborer avec leurs patients. Actuellement, les personnes vieillissantes souffrant de maladies psychiatriques pourraient intégrer des MAS si ces dernières avaient davantage de moyens humains et techniques pour faire face aux besoins sanitaires de la personne handicapée vieillissante.

VII La nécessité d'une observation continue des attentes et des besoins des personnes

Aujourd'hui la COTOREP prononce des orientations mais ne peut assurer le suivi des placements correspondants.

Il n'existe pas d'outil d'actualisation des listes d'attente permettant une observation pertinente et une analyse de l'évolution des demandes. Plus globalement, le dispositif actuel ne permet pas de construire une politique de prise en charge adaptée aux besoins des personnes handicapées et à leur évolution.

A partir de ces constats et du travail des groupes, un document a été élaboré par le comité technique qui reprend de manière synthétique les préconisations issues des huit groupes de travail.

CHAPITRE 2 : LES PRÉCONISATIONS ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL

Suite aux constats des groupes de travail, ces derniers ont défini un certain nombre d'actions à mener pour répondre aux besoins des personnes handicapées.

I Les besoins des personnes handicapées

➤ L'évaluation des besoins

- Créer un dispositif d'accueil des personnes, d'évaluation et de concertation permettant aux personnes de trouver une réponse adaptée à leur situation.
L'élaboration de plans d'aides sur la base d'évaluation du besoin nécessite un échange et une coordination entre les services et les structures existantes.
- Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins.
- Favoriser le suivi de la santé des personnes en situation de handicap. L'articulation entre le secteur médical et le secteur médico-social nécessite :
 - d'élaborer un projet de soins ;
 - de créer un référent médical et / ou infirmier ;
 - de mettre en place un accompagnement adapté aux soins ;
 - de pérenniser l'articulation entre le sanitaire psychiatrique et le médico-social.
- Evaluer les limites et les pertes d'autonomie des personnes handicapées qui avancent en âge en adaptant et complétant les outils existants ce qui permettrait de garantir une sécurité et une qualité de vie aux personnes souhaitant rester à domicile.
- Evaluer les besoins de la personne implique que soit décrit à la fois le besoin de soins et les habilités sociales et doit tenir compte de la classification internationale des fonctionnements et des échelles de dépendance. Cette évaluation doit pouvoir déboucher sur une orientation rapide de la personne.
 - mise en place de protocole. Exemple : la cellule mixte sanitaire et médico-sociale d'évaluation du Réseau des Personnes Handicapées Psychiques de l'Isère(REPHPI) ;
 - et création des places correspondantes dans le médico-social.
- Mettre en place des équipes pluridisciplinaires chargées de l'évaluation des besoins de chaque personne et de la définition de plans d'aide individualisés ;
 - renforcer les équipes médico-administratives de la COTOREP.

➤ La prise en charge des besoins

- La prise en charge des personnes handicapées psychiques en atelier protégé nécessite une cohérence territoriale.
 - Créer une vingtaine de places nouvelles en ré-entraînement qui seraient positionnées à Villefranche et l'Arbresle ; ouvrir sur la COURLY une cinquantaine de places de CAT à long terme
 - créer un atelier protégé à long terme sur la COURLY qui compléterait les ateliers protégés dits de « transition » existants.
- Le dispositif pour la vie autonome devrait répondre aux préoccupations de prise en charge des aides techniques. Les difficultés liées à la disponibilité du matériel et de l'accompagnement nécessite qu'une étude préalable à la création d'un centre de prêt de matériel à destination des particuliers et des professionnels soit réalisée.
- L'accompagnement du maintien à domicile par les aides humaines.
 - Création de plates-formes de cofinancement des actions de qualification et de professionnalisation : DRASS, DDASS, DRTE, DDTE, Région, Département, ANPE, OPCA chargées de l'élaboration d'un guide de mise en œuvre et de financement des actions ;



- reconnaissance des coûts réels du personnel et des charges de qualification et de professionnalisation dans la fixation des tarifs horaires de prise en charge.
- Les déplacements des personnes handicapées nécessitent qu'une étude de besoins potentiels en matière de transport sur le département soit effectuée.
 - Analyser les expériences réussies des réseaux de l'Hérault et de l'Oise.
 - Mise en place d'un système temporaire, type « allocation transport ».
- Les aides financières.
 - Accroître les prestations d'auxiliaires de vie en montant et en volume ;
 - assouplir les règles de cumul de l'A.A.H. et d'une rémunération ;
 - intervenir auprès de l'Assurance Maladie pour que le reste à charge des personnes en situation de handicap temporaire soit modulé en fonction des ressources.
- Développer le soutien des aidants par :
 - la mise en place d'espaces de paroles, d'écoutes et de conseils ;
 - la formation, soutien psychologique ;
 - l'utilisation de l'accueil temporaire.

➤ **Le suivi et l'orientation des personnes handicapées**

- Les mesures de coordination.
 - Accélérer la mise en œuvre du site départemental pour la vie autonome ;
 - créer une base de données départementale concernant dans les établissements, les aides techniques et humaines, leur accès et leur financement, et en confier la gestion à un observatoire ;
 - créer des comités locaux d'information et de coordination des interventions autour de la personne handicapée, en étendant la vocation des CLIC en cours d'installation pour les personnes âgées ou en étendant celle du site pour la vie autonome.
- Créer un centre de ressources intersectoriel et d'accueil de proximité qui serait chargé de coordonner le réseau de ressources susceptible de répondre aux besoins et au projet de vie personnalisé de la personne handicapée.
- Actualiser et suivre les demandes et les listes d'attente.
Afin d'éviter la constitution de « stock », mettre en place un suivi régulier des demandes des personnes. Une attention sera portée sur son évolution, ce qui impose l'implication de tous les acteurs afin que les données recueillies soient toujours d'actualité dans l'intérêt des personnes en situation de handicap.

II Le lieu de vie de la personne handicapée

➤ **Le choix du lieu de vie**

- Accessibilité et adaptation des logements existants
 - Initier des actions coordonnées de sensibilisation des professionnels de l'immobilier aux besoins des personnes handicapées ; Il conviendrait de susciter une offre nouvelle et adaptée tant dans le parc de logement public que le parc privé.
 - organiser des sessions d'information et de sensibilisation des intervenants et travailleurs sociaux du maintien à domicile ;
 - accompagner les personnes handicapées par une aide et un conseil technique et financier, soutenir les missions d'ingénierie technique spécialisées sur les cas complexes ;
 - soutenir les actions de médiation extérieure pour faciliter les prises de décision d'adaptation et d'accessibilité des parties communes des immeubles du privé comme du public ;
 - favoriser les coordinations entre associations aux interventions complémentaires.
- Créer une bourse dynamique du logement adapté aux personnes handicapées moteurs et sensoriels à l'échelle du département.



- Les structures d'appui nécessaires au maintien à domicile
 - Favoriser l'émergence de projets de logements regroupés, résidences studios accompagnés par un SAVS et un réseau d'aides humaines ;
 - créer à titre expérimental un réseau d'une dizaine de logements adaptés ;
 - créer des lieux d'accueil très diversifiés prenant en compte le degré d'autonomie de chacun dans la recherche de lien social et l'organisation d'activités occupationnelles, d'expression culturelle, artistique et sportive.
- Les formes alternatives du Domicile : Domicile regroupé - Logements intermédiaires.
 - Financer la constitution d'un référentiel pertinent d'actions reproductibles mis à la disposition des porteurs de projets.
 - soutenir par des moyens financiers et logistiques (ingénieries techniques et financières) les projets viables et reproductibles.
 - créer un dispositif à titre expérimental, mettant à disposition des logements temporaires et coordonnant l'ensemble des moyens techniques et humains nécessaires, dont l'accompagnement à la vie sociale.
- Adapter la durée des séjours en établissements. Une personne peut être amenée à changer de lieu ou de structure selon son état, elle ne doit évidemment jamais être obligée à rester au même endroit. De même, les personnes handicapées peuvent avoir besoin de se voir proposer un lieu de vie à durée non limitée.

➤ **L'offre d'emploi adaptée**

Il apparaît donc qu'il serait utile de mettre en valeur la diversification des solutions proposées car la richesse de l'offre ne coïncide pas avec l'image négative que véhicule encore les CAT.

- Revaloriser et requalifier le CAT
 - Reconnaître, dès l'IMPRO, le projet individualisé comme un véritable outil d'orientation et d'évolution de la personne sur le plan socioprofessionnel ;
 - ouvrir le CAT et proposer des stages qui s'inscrivent dans le cadre d'un partenariat et d'une continuité de la prise en charge ;
 - re-dynamiser le potentiel éducatif et professionnel du personnel d'encadrement et leur permettre de mieux accompagner les changements (hétérogénéité de la population, problématiques de vieillissement, de sexualité) ;
 - définir des projets de formation adaptés aux personnes handicapées, soit en interne, soit en partenariat avec les organismes habilités dans le cadre du schéma régional de la formation professionnelle des personnes handicapées ;
 - assouplir les conditions d'accueil en milieu protégé et mieux adapter le temps de travail aux capacités individuelles. L'aménagement du temps de travail est indissociable de l'aménagement du temps de vie (limiter les temps de transfert et proposer des solutions d'accueil et d'accompagnement de proximité) ;
 - créer des SAVS de proximité, structure pivot entre l'hébergement, quel qu'il soit, et le travail protégé ; y développer des formules d'accompagnement suffisamment souples pour pouvoir s'adapter aux multiples situations rencontrées (amplitude horaire large en particulier).
- Permettre au travail protégé d'être un tremplin vers l'insertion pour les travailleurs qui le peuvent.
 - La mise en place de postes de chargés d'insertion professionnelle soit en interne aux structures de Travail Protégé, soit inter associatifs, soit rattachés au Cap Emploi avec une mission spécifique « sortie du Milieu Protégé » devrait permettre un suivi et un accompagnement des personnes.

➤ **La mise en valeur du projet personnel**

- Considérer la personne handicapée dans un parcours social et professionnel évolutif.
 - développer des modes de prise en charge alternées entre IMPRO, milieu protégé, milieu ordinaire et domaine de formation ;
 - désigner un référent institutionnel pour chaque travailleur handicapé et élaborer un projet professionnel et social individualisé entre le référent et la personne ;
 - désigner des chargés de missions pour animer le travail en réseau.



III L'amélioration de la qualité de l'offre

➤ Amélioration de la formation du personnel

- Diversifier les modes d'accès à la qualification.
 - Formation initiale, formation continue en cours d'emploi, validation des acquis d'expérience, formation en alternance ;
 - créer une prime à la certification de conformité à la norme NF sous forme d'une prise en charge par les financeurs d'une quote-part du coût de la certification.
- Prendre en compte la pénurie de personnel médical et paramédical.
 - Tous les moyens d'alerte et d'argumentation doivent être déployés en direction du Conseil Régional en vue de l'élaboration d'un véritable programme pluriannuel de formations qualifiantes permettant l'arrivée sur le marché du travail de nouveaux professionnels en sus de ceux en cours de qualification dans les quotas fixés pour les différentes professions concernées.
- Favoriser la formation initiale et complémentaire.
 - Nécessité de la pluridisciplinarité, de la complémentarité de diplômes différents, en adaptant la composition des équipes au projet de chaque structure et pour chaque personne ;
 - nécessité de formations complémentaires en plus de la formation de base, en particulier dans le domaine de la maladie mentale.

➤ L'augmentation et l'adaptation de l'offre

- Développer des Forums de l'emploi pour les métiers du maintien à domicile.
- Créer des places en structures.
 - Créer 400 places supplémentaires de SAVS en 5 ans dont la moitié en SAVS renforcé. Ces places permettront de compléter les 600 places existantes qui à ce jour concernent essentiellement les Handicaps mentaux et psychiques. Développer un accompagnement adapté au handicap moteur et aux déficits sensoriels pouvant inclure des apprentissages, des dépannages et de l'accompagnement au domicile personnel.
- Développer le soutien à la vie sociale.
 - Accès aux structures socioculturelles existantes avec accompagnement spécifique ;
 - développement de SAVS, d'accueils de jour (créations et/ou extensions) ;
 - développer les organismes de loisirs culturels et sportifs adaptés.
- Créer un réseau de places d'accueil temporaire et d'urgence au sein des établissements d'accueil permanent ou de famille d'accueil.

Il semble nécessaire que les places réservées à ce type d'accueil ne soient pas incluses dans la capacité du foyer mais prévues dans le projet d'établissement et réservées spécifiquement à ce pourquoi elles sont conçues. Des spécificités doivent être mises en place pour faciliter l'accès à ces places :
- financement particulier (par rapport à l'accompagnement traditionnel).
- simplification des mesures administratives (au niveau de la COTOREP, des commissions d'Aide Sociale).

Les séjours temporaires devront (comme la loi du 2 janvier 2002 le prévoit) être réalisés avec un contrat de séjour limitant de fait la durée de présence. Il faut éviter de transformer ces places en accueil de longue durée si le nombre de places en accueil traditionnel sur le département n'est pas suffisant.

Un tel dispositif permettrait aux personnes handicapées de réaliser plus facilement leur projet de vivre à domicile si la possibilité de compter sur un séjour de « dépannage » existait réellement.

- Développer les centres d'activité de jour à temps partiel ou à temps complet pour les travailleurs vieillissants.



- Répondre aux besoins non couverts.
 - prise en compte des attentes des personnes handicapées psychiques par la création de structures innovantes, variées et adaptées à ce type de handicap ;
 - mise en place de soins à domicile pour toutes les personnes handicapées ;
 - renforcement des moyens attribués à la psychiatrie ;
 - renforcement de l'offre de soins bucco-dentaires.
- Adapter les foyers d'hébergement pour personnes handicapées aux besoins et notamment au vieillissement des résidents.
 - Créer des foyers de vie et des foyers médicalisés pour les personnes handicapées vieillissantes ou âgées ;
 - développer de l'« accueil conjoint » sur le mode ordinaire en EHPA ou EHPAD avec une adaptation du projet de l'établissement et des coordinations intersectorielles requises à l'égard des usagers ;
 - créer dans les structures existantes des « unités ou des modalités de prestations spécifiques ».
- Dans la mesure du possible, il faut éviter la cohabitation entre les différentes formes de handicap au sein de la même unité.

➤ **Création d'outils**

- Les nouveaux outils garantissant l'exercice effectif des droits des personnes accueillies en établissements :
 - le livret d'accueil ;
 - la charte des droits et libertés ;
 - le contrat de séjour ;
 - le règlement de fonctionnement ;
 - le projet d'établissement.
- Pérenniser un groupe de travail qui aurait pour objectifs :
 - de repérer les points communs de chaque outil et d'essayer de les faire évoluer vers une harmonisation ;
 - d'observer les pratiques de l'évaluation et de communiquer un avis éclairé ;
 - de gérer un fichier des candidatures en listes d'attente.
 Il convient de reprendre – ou construire – des outils permettant de quantifier les besoins singuliers de chaque personne en situation de handicap (situation, ressources, réseau social et familial, environnement, accessibilité, etc) en amont de toute décision.
- Créer une fiche navette
 - Une fiche navette entre les établissements ou service et la COTOREP devra être instaurée pour informer cette dernière du traitement qui aura été donné à la notification. En cela, les établissements et service informeront les services de la COTOREP si la notification a été suivie ou non d'une candidature d'admission et, dans ce cas, si la personne a été admise ou non dans l'établissement ou le service.

IV Le dispositif de coordination départemental

➤ **La mise en place de réseaux**

- La constitution de réseaux entre le secteur départemental et le secteur de proximité.
 - Mettre en place des outils permettant d'améliorer la connaissance des objectifs et des moyens de chaque secteur ;
 - développer des projets partenariaux et favoriser la circulation des personnes entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
- Favoriser la mise en œuvre de réseaux inter établissements et services.
 - Créer des réseaux spécifiques pour les établissements et services exerçant des missions proches.



- Mettre en œuvre un dispositif départemental de coordination des ressources en soins.
 - Il apparaît nécessaire de créer un centre ressource en soin, susceptible de favoriser l'accès au soin pour les personnes dont le handicap constitue une limitation ou un empêchement à cet accès. Son rôle s'inscrira donc dans la prise en compte des situations d'absence ou de manque de soins.
 Il constituera un guichet unique pour le traitement et la résolution de ces situations. Il n'interviendra pas pour toutes les situations trouvant une réponse satisfaisante dans le cadre existant actuellement.
- Articulation entre le sanitaire et le médico social : elle doit être claire et organisée. Il faut pour cela de la souplesse au sein d'un territoire entre les différents professionnels. La confiance et la concertation entre les intervenants autour d'une même personne sont primordiales.

➤ La création d'un observatoire

Afin de proposer des solutions nouvelles pour les personnes handicapées, il convient de pouvoir observer les pratiques innovantes pour les répertorier et en tirer des enseignements.

Il serait pertinent de créer un observatoire qui collecterait et analyserait les réponses apportées. Il pourrait en outre travailler davantage en terme de compensation du handicap qu'en terme de structures. Un dispositif expérimental de veille pourrait répondre à ce besoin.

- Créer un observatoire de personnes handicapées adultes.
 - Cet observatoire serait chargé :
 - du recensement des personnes handicapées,
 - de l'identification de leurs besoins,
 - de la mise à jour des informations relatives aux infrastructures existantes tant en terme d'établissements, qu'en terme de structures de soutien à domicile,
 - des études préalables aux prises de décisions d'aménagement du territoire départemental.
- L'accompagnement du maintien à domicile par les aides humaines.
 - Création d'un observatoire de l'emploi des métiers du maintien à domicile : situation actuelle de l'emploi par métier, flux d'entrée et de sortie, les formations, les besoins prévisionnels.
- Une fiche d'information individualisée.
 - Un document unique - à destination de l'observatoire - serait à créer et à ajouter au document existant de la COTOREP pour analyser les demandes et les réponses sortant du schéma traditionnel de prise en charge institutionnelle. Ce document garantirait le droit à la compensation des personnes en situation de handicap inscrit dans la loi et permettrait d'aller au-delà de la seule reconnaissance du handicap et de l'orientation de la personne (rôle dévolu à la COTOREP).

➤ La création d'un lieu ressource

Il serait utile de créer un lieu-ressource, lieu d'information qui serait identifié à la fois par les personnes handicapées et par les différents intervenants sur le terrain. Ces derniers pourraient être informés des différentes aides existantes leur permettant de conseiller et orienter la personne handicapée selon ses besoins.

- Création d'un lieu ressource.
 - Il apparaît souhaitable qu'un guichet unique démultiplié (ou lieu ressource) soit constitué. Articulé avec la COTOREP et s'appuyant sur l'existant (SAVS, mission locale, futur conseil départemental consultatif des personnes handicapées instauré par la loi 2002-17 du 17 janvier 2002 dite de modernisation sociale, Cap emploi, etc.), ce guichet pourrait travailler sous forme de fiches de suivi à la fois quantitatives et qualitatives. Pour construire la nomenclature des besoins, l'avis du conseil départemental consultatif sera requis. Il aurait plus particulièrement mission de :
 - recueillir, analyser et diffuser les informations au plus près de la réalité existante sur le département,
 - interpréter la demande de la personne en situation de handicap pour pouvoir l'orienter vers un lieu décisionnel (COTOREP) ou vers un lieu où l'on trouve des aides appropriées plus légères,
 - formaliser la demande et l'enregistrer sous forme de fiches qui seront envoyées à l'observatoire départemental ; la suite donnée à ces fiches ferait l'objet d'un retour au guichet unique.



CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DE LA LISTE DES PARTICIPANTS

Composition du comité de pilotage

Les Associations

ADAPEI	Monsieur CLERC, Président
ADAS	Monsieur DALY, Président
ADSEA	Monsieur THALVARD, Président
ALGED	Monsieur NICOLET, Président
AMPH	Madame CLERE, Présidente
ARHM	Monsieur MARTINEZ, Président
ARIMC	Madame GUIFFRAY-SERVE, Présidente
CLAIREFONTAINE	Madame CHAINE, Présidente
FONDATION RICHARD	Monsieur BAJARD, Président
HOPITAL du VINATIER	Monsieur SEGADE, Directeur général
HOPITAL du VINATIER	Monsieur VALAMRY Dominique, Directeur général
LA ROCHE	Monsieur LACHAUX, Président
SESAME AUTISME	Monsieur MAILLARD, Président

Les Représentants de l'Etat et de la Sécurité sociale

Directeur de la DDASS :	Monsieur LAGRANGE Jean-Marie
	Monsieur MAY Joël
Directeur de la DDTE :	Monsieur BESSIERE Jean
Directeur général de la CRAM :	Monsieur KINER Jacques

Les élus du Conseil général :

La commission spécialisée personnes âgées - personnes handicapées

Président : Monsieur Henri VIANAY
Monsieur Maurice CELLIER
Madame Danielle CHUZEVILLE
Madame Mireille de COSTER
Monsieur Jean-Paul DELORME
Monsieur Bernard FIALAIRE
Monsieur Guy FISCHER
Madame Odette GARBRECHT
Monsieur Renaud GAUQUELIN
Madame Bernadette ISAAC-SIBILLE
Monsieur Daniel MARTIN
Monsieur Bernard MERA
Monsieur Jean-Jacques PIGNARD
Madame Jacqueline VOTTERO
Madame Michelle VULLIEN

Association des Maires : Monsieur Jean-Jacques PIGNARD, Président.

L'administration du Conseil général

Monsieur Pierre JAMET	Directeur général des services départementaux
Madame Marie-Claude SANTINI	Directeur général adjoint chargé de la vie sociale



Composition du comité technique

Les Associations

ADAPEI	Monsieur TESSE B., Directeur général
ADSEA	Monsieur MICHAUD J.P, Directeur général
ALGED	Monsieur LAPORTE E., Directeur général
AMPH	Monsieur LEVIGNE Y., Directeur de l'Arc
APF	Monsieur CORTOT R., Directeur régional
Clairefontaine	Monsieur MARTIN B, Directeur
Fondation Richard	Monsieur BIDART V, Directeur
MESSIDOR	Monsieur BAPTISTE, Directeur
Œuvre Saint Léonard	Monsieur CHARLET P.E, Directeur
Sésame Autisme	Monsieur AIME F., Directeur
Valentin Haüy	Monsieur BRALS M., Directeur d'O. Witkowska

Services de l'Etat

Madame DREUX	Inspecteur principal de la DDASS du Rhône
Madame MARIE-EGYPTIENNE	Inspecteur principal de la DDASS du Rhône
Madame MAILLE	Inspecteur de la DDASS du Rhône
Docteur SOUDAN	DDASS du Rhône
Monsieur LATELTIN	Directeur de la COTOREP

Services du Département

Monsieur COMTE F.	Directeur du Services des personnes handicapées
Docteur VOCANSON M.	Directeur du Service Santé Prévention

Personnes qualifiées

Monsieur POMMIER	URIOPSS
Madame Eliane CORBET	CREAI
Conseil départemental de santé mentale	
Monsieur Jean-Noël CABANIS, Secrétaire général du syndicat inter hospitalier de la psychiatrie du Rhône	
Madame JACOBI Maud	Directrice de la clinique Notre Dame à Villeurbanne
Madame le Docteur TANÉ	Médecin psychiatrique au centre hospitalier de Saint Jean de Dieu
Les rapporteurs des huit groupes de travail	

Composition des groupes de travail

Groupe 1 : le travail des personnes handicapées

Monsieur	BAPTISTE	MESSIDOR
Madame	BLAHAY	Ateliers Denis Cordonnier
Madame	BOCQUET	Hôpital Saint Jean de Dieu -Service de l'Orangerie
Madame	BOUVERON	AFM Région Rhône Alpes
Monsieur	BOUVET	Association des paralysés de France
Monsieur	CANDELA	CAT Jaffrin
Monsieur	CHAVAL	Ecole Guynemer (EP ONAC)
Madame	CINO	CAT Léon Fontaine
Monsieur	CLERC	ALE
Monsieur	COMTE	Ateliers Denis Cordonnier
Madame	CULLAFROZ	COTOREP
Monsieur	DE SAINT DENIS	CAT La Courbaisse
Monsieur	DELERCE	L'ADAPT
Monsieur	FRANCHETTI	OVE



Monsieur	GALY	CAT Bellevue
Madame	GARDETTE	Direction Régionale du Travail
Monsieur	GRECO	CREAI Rhône-Alpes
Madame	GREMAUD	CRDI Rhône-Alpes
Monsieur	GUITTON	Vice-Président de l'ADAPEI
Madame	KACZOROWSKI	Mutualité Sociale Agricole
Monsieur	LATELTIN	DDTEFP/ COTOREP
Madame	LIOTARD	CHS Saint Jean de Dieu
Monsieur	MIRAOUI	OVE SAVSP
Madame	MIGNOTTE	(UNAFAM du Rhône)
Monsieur	PAYNEAU	Atelier Protégé Artibois
Monsieur	PERRIN	Atelier Protégé Orangerie
Monsieur	PERRIN	ADAPEI
Monsieur	PIERON	CAT Sainte Elisabeth
Madame	RAHAGA	OPCAREG Mission travailleurs handicapés
Madame	ROQUEFORT	Coordinatrice du PDITH
Monsieur	SALOMON	CAP emploi
Monsieur	SMADI	AGIVR
Monsieur	TAMET	Line Thévenin
Madame	VERMYNCK	COTOREP
Monsieur	VILLARD	Directeur du CRP Laënec
Monsieur	WALTHER	ARIMC

Groupe 2 : la vie à domicile des personnes handicapées

Madame	AVRIL-GROSJEAN	GIHP Rhône-Alpes
Madame	BARBE	Fédération ADMR du Rhône
Madame	BATON	ARIMC
Monsieur	BAVIERE	APF
Madame	BERT	Directrice du service du Développement social
Madame	BILLI	service d'accompagnement ADAPEI
Monsieur	BODIN	Mieux Vivre
Monsieur	BOLLON	PACT ARIM
Monsieur	CACHE	MAS Paul Mercier
Madame	DEMAUGE	Centre d'appareillage Ministère de la Défense
Madame	DORME	ALE
Monsieur	DRESSY	Délégation APF
Madame	ENSELME	APF ESVAD
Madame	FAYET	MAINTENIR
Monsieur	FRELON	ADIAF
Monsieur	FRESARD	AGIVR-SAVS "Haut Beaujolais"
Madame	FUME	AFM Région Rhône-Alpes
Monsieur	GALLAIRE	(ADAPEI)
Monsieur	GARCIA	Conseil général
Madame	GOURDON	Conseil général, service du Développement social
Madame	GRAILLAT	COTOREP
Madame	JACQUOT	PACT ARIM
Madame	JAMBON	Conseil général du Rhône, UT LYON 8ème
Madame	LACROIX	UNAFAM du Rhône
Madame	LOPEZ-DURAND	Services des personnes handicapées
Madame	MANIER	Conseil général - Directeur du service des transports
Madame	MILGRAM	CH ST JEAN DE DIEU
Madame	MONGENOT	Ecole Rockefeller
Docteur	NARJOUX	Conseil général, Service santé publique et PMI
Madame	PEIRANO-FOURNIOL	AFM Région Rhône-Alpes
Madame	PELAYO	ADAPEI
Madame	PERROUX	Ecole Rockefeller



Docteur	PILLON	Hôpital Saint Jean de Dieu Service Notre Dame
Madame	PORCHET	Croix Rouge Française
Monsieur	POULET	GIHP, service adapté
Madame	REVERCHON	Fondation Richard
Madame	RIBADEAU-DUMAS	GIHP Rhône-Alpes
Madame	ROBERT	CESAP
Madame	ROUSSEAU	ADIAF
Monsieur	RUMEAU-MAILLOT	Fondation Richard
Monsieur	SEBANNE	Association pour l'autonomie des insuffisants respiratoires lyonnais
Docteur	SERIEYS	CPAM de Lyon, service médical
Monsieur	SEVE	APAJH Rhône Vice-Président
Monsieur	SIMONET	Association La Roche
Madame	SOUABNI	AFM Région Rhône-Alpes
Madame	TABET	Sésame Autisme
Monsieur	THIVEND	MIEUX VIVRE
Madame	VILLARD	Fédération ADMR du Rhône
Madame	VUILLERMET	CROIX ROUGE FRANCAISE

Groupe 3 : la structuration des équipements et organisation de la prise en charge sur le territoire

Monsieur	BARGOING	ARHM Foyer du parc de l'Europe
Monsieur	BERNOU	FIRMAMENT
Monsieur	BIDART	La Richardière
Madame	BONNARD	Assistante sociale CHS Saint Jean de Dieu
Docteur	CARRON	CHS Saint Cyr au mont d'or
Monsieur	CHOVET	CAT La Goutte d'or
Madame	CHUZEVILLE	Conseillère générale,
Monsieur	CLAUDE	Hôpital Saint Jean de Dieu
Madame	CLERE	AMPH
Monsieur	COMBE	Familles Enfants Handicapés de la Poste et France Télécom
Monsieur	COMTE	Conseil général, Directeur du service des personnes handicapées
Madame	CORBET	CREAI Rhône-Alpes
Madame	CORNU	Conseil général, Services des personnes handicapées
Madame	COTTAVOZ	Assistante sociale CHS Saint Jean de Dieu
Monsieur	CRAMET	Le Reynard
Madame	CROZIER	Conseil général Service santé publique et PMI
Monsieur	DELERCE	L'ADAPT
Monsieur	DORATTI	AGIVR
Madame	ETAIX	GRIM
Monsieur	ETMERZOGLAU	CAT L. Fontaine
Monsieur	FERNANDEZ	GRIM
Madame	FOUR MESTRAUX	Rhône Alpes Itinéraire
Madame	FRANC	Sésame Autisme
Madame	GAUCHER	Conseil général Service des personnes handicapées
Madame	GIRAUD-BARO	REHPI
Madame	GUIFFRAY-SERVE	ARIMC
Madame	HENOT	Directrice adjointe CH Saint Cyr au mont d'or
Madame	JACOT	Rhône Alpes Itinéraire
Madame	JANIN	AS CMP Mornant/Condrieu
Madame	JANIN	Assistante sociale CHS Saint Jean de Dieu
Madame	LAGNEAU	SAVS - AMPH
Monsieur	LANNES	APAJH Rhône
Monsieur	LECLERCQ	Responsable de site association La Roche
Madame	LEGER	Rhône Alpes Itinéraire
Madame	LEVEDER	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	MAILLE	DDASS



Monsieur	MECHOUD	Handicap International
Madame	MIGNOTTE	(UNAFAM du Rhône)
Monsieur	MOURIER	F.I.LO.HE.
Madame	NINET	Assistante sociale CHS Saint Jean de Dieu
Monsieur	OLAGNON	Services des personnes handicapées
Madame	OURY-DELAMOTTE	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	PEPIER	CHS St Jean de Dieu - Service des urgences
Docteur	PILLON	Hôpital Saint Jean de Dieu Service Notre Dame
Monsieur	PRUVOST	ARIMC
Madame	RAFFAELLI	Présidente ASMI (38)
Monsieur	RAMBAUD	ADAPEI Les tournesols
Madame	ROQUES	Foyer Clairefontaine
Monsieur	SAUNIER	Maison Odette Witkowska
Monsieur	SIMONET	Directeur Adjoint des foyers extérieurs de La Roche
Docteur	TARISSAN	CHS Saint Jean de Dieu Médecin Chef du Secteur
Madame	TAVERNIER	CHS Saint Jean de Dieu
Docteur	THOMAS-SIMON	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	TOLISSO	Perce-neige
Monsieur	VIOLON	AGIVR
Monsieur	WEBER	LA ROCHE

Groupe 4 : la démarche qualité

Monsieur	BRUN	MESSIDOR
Monsieur	BUISSON	Foyer de Brianne
Monsieur	CHARLET	ŒUVRE SAINT LEONARD
Monsieur	CHAVAL	Ecole Guynemer (EP ONAC)
Madame	CHEMARIN	CG- Santé publique et PMI
Madame	CLARY	Fédération ADMR du Rhône - Secteur Beaujolais
Madame	CLAVEL	Services des personnes handicapées
Monsieur	CLEMENT	Directeur Adjoint des foyers La Roche
Monsieur	COLON	Directeur de l'Orée des Balmes
Monsieur	COMTE	Conseil général, Directeur du service des personnes handicapées
Madame	CORNU	Conseil général, Services des personnes handicapées
Madame	COUTURIER	MAS Jolane
Monsieur	DECLAS	ARHM - Ateliers Denis Cordonnier
Monsieur	DEFRANOUX	Adélaïde Perrin
Monsieur	DIMET	ADMR du Rhône
Madame	FABRE	Adélaïde Perrin
Monsieur	GUERPILLON	Fondation Richard
Madame	H'MAIDI	ADIAF
Madame	LAGNEAU	SAVS - AMPH
Monsieur	LEQUAY	CREAI Rhône-Alpes
Monsieur	LUROL	CAT Bellevue
Madame	MAKRIDES	Foyer Bellecombe
Docteur	MALLURET	Echelon local du Service Médical de Lyon
Monsieur	MARTIN	Foyer Clairefontaine
Madame	MERIAUX	ADAPEI
Monsieur	MICHAUD	Directeur général de l'ADSEA
Madame	MIGNOTTE	UNAFAM du Rhône
Madame	MURE	AMPH Foyer de l'Arc
Madame	PASQUINELLI	Echelon local du Service Médical de Lyon
Madame	REGLEY	AGIVR
Monsieur	TESSE	Directeur général de l'ADAPEI
Madame	VIDAUD	Fondation Richard
Madame	VOCANSON	CG- Directrice du service santé prévention
Monsieur	WALTHER	ARIMC



Groupe 5 : le besoin de soin

Monsieur	AIME	Directeur du FDT Bellecombe
Monsieur	BAVIERE	Délégation APF
Madame	BEGHOUL	ARIMC
Madame	BELLIER	Maison de retraite HABITAT PLUS
Madame	BESSON	Foyer Jodard
Monsieur	BOTTA	ADAPEI
Madame	BOUVERON	AFM Région Rhône-Alpes
Docteur	BRICHON	SSIAD RESIDOM / ALTHEAS
Madame	BROUGERE	ARIMC, Villepatour
Monsieur	BRUT	MAS Paul Mercier
Monsieur	CACHE	MAS Paul Mercier
Madame	CHALAGUIER	Rhône Alpes Itinéraire
Docteur	CHARVET	ADAPEI
Docteur	CHRISTOPHE	CPAM, Service médical
Monsieur	COROND	Foyer L'ŒUVRE SAINT LEONARD
Monsieur	DELAPORTE	Foyer de Brianne
Docteur	DIONISIUS	Service santé publique et PMI
Madame	DOVAN	UNAFAM du Rhône
Monsieur	DUCHAMP	La Claire
Monsieur	FERNANDEZ	GRIM
Madame	FRANCILLON	Maison des aveugles
Madame	GUERAB	FDT Bellecombe
Monsieur	GORJUX	CRAM-Caisse régionale d'assurance maladie de Lyon
Madame	HAVARD	ARAPHAM
Docteur	HERMAN	C.H. Le Vinatier - Département A.P.E.L.A.
Madame	JACOT	Rhône Alpes Itinéraire
Monsieur	LANNES	APAJH Rhône
Monsieur	LAPORTE-WEYWADA	ALGED
Madame	LEONARD	Ecole Rockefeller
Monsieur	LEPERCQ	CLAIREFONTAINE
Madame	MATHIEU	Orée des Balmes
Madame	MAZOYER	Conseil général du Rhône
Madame	PASCAL	MAS Jolane
Madame	PERNETTE	Maison des célestins
Monsieur	PONCOT	Directeur de la section occupationnelle de La Roche
Madame	RICAN	ORLOGES
Monsieur	TRAORE	APAJH Rhône
Monsieur	VADET	ADAPEI Les tournesols
Docteur	VERIEN	Région Rhône-Alpes - Direction du service Médical
Monsieur	VULIN	L'échappée

Groupe 6 : l'avancée en âge des personnes handicapées

Madame	ABENA	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	ATTALLI	Service Développement Social
Madame	AUVRAY	CHS Saint Jean de Dieu
Monsieur	BAJARD	Fondation Richard
Madame	BENIERE	La Boissière
Madame	BLONDEAU	Administrateur de l'ADSEA
Madame	BRONNER	ADAPEI Foyer Le Verger
Madame	CHAMPELEY	AFM Région Rhône-Alpes
Monsieur	CLAUDE	Foyer Résidence APF de Gerland
Madame	CLERE	AMPH
Madame	COZON	CHS VINATIER



Madame	DECHELETTE	ADAPEI Orée des Balmes
Monsieur	DELAPORTE	Foyer de Brianne
Monsieur	DORATTI	AGIVR
Madame	DURY	CRIAS
Madame	DURY	Maison des aveugles
Monsieur	FONTANGE	Sésame Autisme
Madame	GRAILLAT	COTOREP
Madame	GUIGARD	Conseil général du Rhône
Madame	LADGHEM	Foyer l'étape
Monsieur	LAGIER	Foyer L'ŒUVRE SAINT LEONARD
Monsieur	LAPORTE-WEYWADA	ALGED
Monsieur	LEVIGNE	AMPH Foyer de l'Arc
Monsieur	MATRICON	Foyer le Verger
Madame	MENICHON	CRAM de Lyon
Monsieur	MICHEL	ARIMC
Madame	MONGENOT	Ecole Rockefeller
Docteur	MONTMEAT	Conseil général, Service santé publique et PMI
Madame	N'GUYEN	Association ADAPEI
Monsieur	ODIN	ARIMC
Monsieur	ODIN	MAS Jolane
Monsieur	POILEVERT	Association ADAPEI
Monsieur	PONCOT	Association La Roche
Madame	POULAIN	APAJH Rhône Directrice
Madame	PRIOLET	Foyer Clairefontaine
Docteur	RACOUPEAU	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	REYNAUD	Fédération ADMR
Monsieur	RIO	Ateliers Denis Cordonnier
Docteur	ROBIN	CHS Saint Jean de Dieu
Madame	RYO	ADIAF
Madame	TYSEBAERT	MAS Paul Mercier
Monsieur	VOLKMAR	CREAI Rhône-Alpes

Groupe 7 : les outils d'évaluation

Madame	ALCAZAR	ADAPEI
Monsieur	BARGOING	ARHM Foyer du parc de l'Europe
Monsieur	BERARD	Centre Médical de L'Argentière
Monsieur	BERNOU	FIRMAMENT
Madame	BERRY	Responsable pédagogique de La Roche
Monsieur	BOIVIN	Handicap International
Monsieur	BRALS	Directeur de la Maison O. Witkowska
Monsieur	BRIANT	CHS Saint Jean de Dieu
Monsieur	BRIANT	CH St Jean de Dieu
Monsieur	BROUILLET	ARHM - Ateliers Denis Cordonnier
Monsieur	BRUT	MAS Paul Mercier
Madame	CHUZEVILLE	Conseillère générale
Mademoiselle	CLAVEL	Conseil général
Monsieur	COMTE	Conseil général, Directeur service personnes handicapées
Madame	CORBET	CREAI Rhône-Alpes
Madame	CORNU	Conseil général Services des personnes handicapées
Monsieur	DEFRANOUX	Adélaïde Perrin
Docteur	DIONISIUS	Conseil général, Service santé publique et PMI
Monsieur	DUCHAMP	La Claire
Monsieur	DUDA	ADAPEI Centre d'accueil de Parilly
Monsieur	FABRE	AMPH Foyer Champfleury
Monsieur	FOURNIER	Connaissance Handicap



Madame	GASTALDIN	ADAPEI Les tournesols
Madame	GAUCHER	Conseil général du Rhône
Madame	JASINSKI	Foyer de Brianne
Monsieur	JUNCKER	Directeur de L'Etang Carret
Monsieur	LAFFORGUE	Fédération ADMR du Rhône
Monsieur	LATELTIN	DDTEFP/ COTOREP
Monsieur	LUROL	CAT Bellevue
Monsieur	MILAVEAU	Conseil général du Rhône
Monsieur	MONOT	Centre hospitalier saint jean de Dieu
Monsieur	PELOSSE	Service social de la CRAM
Monsieur	PELOSSE	Service social CRAM
Monsieur	PEUBLE	SESAME AUTISME
Monsieur	POMMIER	MIEUX VIVRE RHONE-ALPES
Madame	REGLEY	AGIVR
Monsieur	ROBERT	Centre d'accueil APF Les Charmattes
Monsieur	RONGEAT	Foyer La Gaïeté
Monsieur	ROYER	Administrateur de l'ADSEA
Madame	THOMAS	MESSIDOR
Madame	VALLA	ALE
Docteur	VANDERHAEGHE	Hôpital Saint Jean de Dieu
Docteur	VERIEN	Région Rhône-Alpes - Direction du service Médical

Groupe 8 : les personnes handicapées psychiques

Monsieur	BAUDOIN	Médecin conseil ELSM LYON
Monsieur	BENSA	Administrateur CRAM
Docteur	BRIANT	Psychiatre CH St jean de dieu
Docteur	CARRON	Psychiatre CH St Cyr au Mont d'or
Madame	CLERE	AMPH -Médecin conseil
Docteur	DIONISIUS	Service santé publique et PMI
Monsieur	GIOT	UNAFAM
Madame	HAVARD	ARAPHAM
Madame	JACOT	Rhône Alpes Itinéraire- CDSM
Madame	MAILLE	DDASS du Rhône
Madame	MASSON	DDASS du Rhône
Monsieur	SOUDAN	DDASS
Docteur	TANNE	Hôpital Saint Jean de Dieu Médecin Chef du DDPG



ANNEXE 2

L'ÉTAT DES LIEUX



ANNEXE 2 : L'ÉTAT DES LIEUX

L'élaboration d'un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes adultes handicapées nécessitait qu'un bilan précis de l'existant soit établi.

L'état des lieux doit s'attacher à présenter le territoire concerné par la programmation. A cette fin, la DDASS et le Département du Rhône ont souhaité réaliser une présentation des principaux indicateurs en terme de capacité d'accueil, de bénéficiaires et de dépenses qui caractérisent le dispositif du département du Rhône en faveur des personnes adultes handicapées au 31 décembre 2003. Cette situation s'analyse également au regard du bilan du premier schéma départemental en faveur des personnes handicapées adopté par le Département du Rhône en décembre 1994.

CHAPITRE 1 : VUE D'ENSEMBLE DU DISPOSITIF D'ACCUEIL DU DEPARTEMENT EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

I. L'offre des établissements et services au 31 décembre 2003

Catégorie d'établissement	nombre d'établissements (ou unités) au 31.12.2003	
Atelier Protégé	12	Dont 14 implantations
Centre d'Aide par le Travail (CAT)	22	dont 33 implantations
Foyer d'Hébergement		42
Service d'Accueil de Jour (SAJ)		32
Foyer de Vie		25
Foyer d'Accueil Médicalisé (ancien FDT)		12
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)		4
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	16	(dont 18 implantations)
Centre de rééducation professionnelle (CRP)		5

Source : Conseil Général et DDASS

II. Capacités d'accueil en terme de places installées* par type d'établissement au 31 décembre 2003

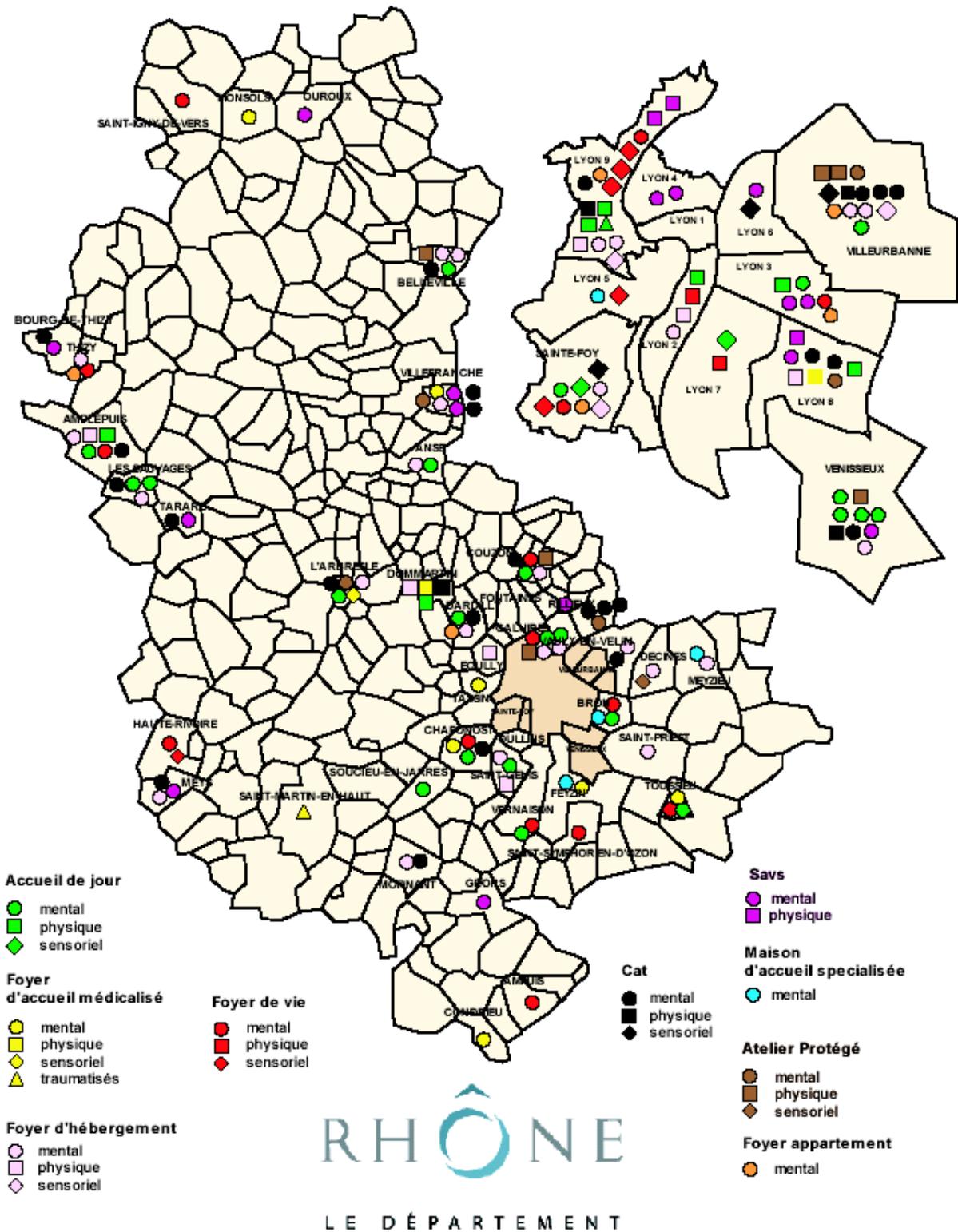
Source : Conseil Général du Rhône et DDASS du Rhône

Catégorie d'établissement	Places installées
Ateliers Protégés	266
Centre d'Aide par le Travail (CAT)	2 614
Foyer d'Hébergement	1 318
Service d'Accueil de Jour (SAJ)	691
Foyer de Vie	710
Foyer d'Accueil Médicalisé (ancien FDT)	357
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	200
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	652
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	454

* Définition d'une place installée : Il s'agit d'une place autorisée qui a fait l'objet d'une installation permettant l'accueil effectif d'une personne handicapée.

III. Répartition géographique des structures d'accueil pour adultes handicapés

LOCALISATION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES DANS LE DEPARTEMENT DU RHONE



IV. Taux d'équipement par catégorie d'établissement

Le taux d'équipement du département du Rhône par type de structure, par rapport au taux d'équipement moyen des autres départements de la région Rhône-Alpes, s'établissait au 1^{er} janvier 2002, comme suit :

TAUX D'EQUIPEMENT*	RHONE ALPES	AIN	ARDECHE	DROME	ISERE	LOIRE	RHONE	SAVOIE	HTE SAVOIE	SITUATION DU RHONE / MOYENNE DE RHONE ALPES
AP	0,57	0,72	0,36	0,57	0,32	1,1	0.34	1,06	0,72	<
CAT	2,99	2,83	3,65	3,82	2,71	3,10	2.84	3,59	2,73	<
FH	1,43	2,22	1,9	2,06	1,4	0,7	1.46	1,54	0,9	>
FV	1,14	0,63	1,69	1,6	1,38	0,65	1.43	0,49	0,79	>
FAM (FDT)	0,28	0,69	-	0,43	0,19	0,34	0.24	0,32	0,12	<
MAS	0,41	0,46	1,22	1,07	0,13	0,5	0.21	0,39	0,49	<

Tableau CREAI

Sources :

DRASS – FINESS au 1^{er} janvier 2002 concernant les CAT, Foyers d'hébergement, Foyers de Vie, FAM et MAS
COTOREP au 31 décembre 2001 concernant les AP

* **Taux d'équipement** : nombre de lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (estimations INSEE au 1^{er} janvier 2000)

On constate que les taux d'équipement du département du Rhône se placent au-dessus de la moyenne régionale pour les foyers de vie et dans une moindre mesure pour les foyers d'hébergement.

En revanche, on notera le faible taux d'équipement du département en MAS et en ateliers protégés puisque le Rhône se situe en avant-dernière position (devant l'Isère), nettement en dessous de la moyenne régionale. De même, le taux d'équipement en FAM est encore inférieur à la moyenne régionale.

V. Une recherche d'adéquation entre l'offre et la demande

Suite à l'adoption, en 1994, du premier schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes adultes handicapées, le Département et la DDASS se sont attachés à faire évoluer l'offre en créant notamment des places nouvelles sur l'ensemble du département et en adaptant l'existant grâce à la mise en œuvre d'un programme de médicalisation pour la prise en charge des personnes lourdement handicapées.



CHAPITRE 2 : LES ACTIONS DU CONSEIL GENERAL DU RHONE AUPRES DES PERSONNES HANDICAPEES

Les lois de décentralisation ont confié au Département des compétences relatives à la solidarité de proximité.

■ Ainsi, il prend en charge au titre de l'aide sociale les frais d'hébergement des personnes adultes handicapées ne pouvant vivre à domicile. Il s'agit d'une part des personnes accueillies dans des structures médico-sociales et d'autre part, des personnes hébergées chez un accueillant familial.

A ce titre le Conseil Général et plus particulièrement son Président, a des pouvoirs en matière : de création, de contrôle financier et budgétaire des structures médico-sociales et d'agrément des accueillants familiaux.

■ Par ailleurs, le Département détient des compétences légales dont l'objectif est de favoriser le maintien à domicile des personnes adultes handicapées. Il s'agit :

- du financement de l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne (ACTP) et pour frais professionnels. L'ACTP peut également être versée en établissement moyennant une réfaction.
- de la prise en charge d'heures d'aides ménagères

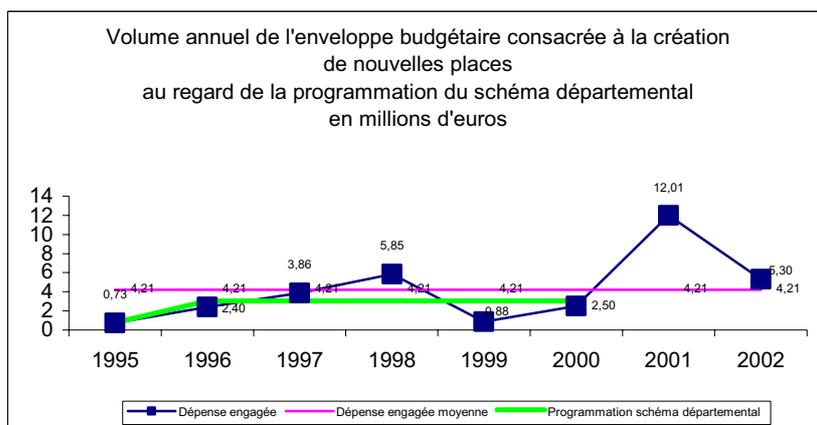
Dans le même objectif, l'Assemblée départementale a mis en place des prestations extra-légales :

- la prestation d'auxiliaire de vie
- le financement des aides techniques par le biais d'un fonds d'aides exceptionnelles.

■ Enfin, la collectivité départementale finance en totalité le transport des élèves handicapés, entre le domicile et l'établissement scolaire ordinaire d'accueil, sous certaines conditions (taux de handicap supérieur ou égal à 50%, dont le domicile des parents est situé dans le département du Rhône, scolarisé dans un établissement de premier ou second degré public ou privé sous contrat dépendant du ministère de l'Éducation Nationale).

I. L'EFFORT FINANCIER ACCOMPLI PAR LE DÉPARTEMENT EN FAVEUR DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES.

Volume annuel de l'enveloppe budgétaire consacrée à la création de nouvelles places au regard de la programmation du schéma départemental adopté en 1994 (en M€)



Le premier schéma prévoyait pour le Département, une programmation d'enveloppes budgétaires sur cinq ans pour les créations de places de 85 Millions de Francs (soit environ 12,96 Millions d'euros).

L'objectif était d'autoriser 0,76 M€ (soit 5 MF) en 95, puis 3,05 M€ (soit 20 MF) par an pendant 4 ans de 96 à 99 en nouveaux coûts de fonctionnement annuel. L'objectif réalisé est une moyenne de soit 4,03 M€ (soit 26.45 MF) de 95 à 2001 avec un « pic » important de créations en 98 et en 2001.

1. Les principales dépenses d'aide sociale, au plan départemental, concernant les personnes handicapées.

1.1. L'allocation compensatrice des personnes handicapées (ACTP).

L'allocation compensatrice est une prestation d'aide sociale départementale attribuée à une personne handicapée (sous la condition que sa demande initiale ait été sollicitée avant l'âge de 60 ans) présentant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% :

- soit que son «état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ». La personne handicapée doit conserver le libre choix du type d'aide qui lui est apportée. C'est ainsi qu'elle peut avoir recours à un membre de son entourage familial ou amical, ou un employé tel que par exemple une auxiliaire de vie ou enfin le personnel d'un établissement.
- soit que l'exercice d'une activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires que n'exposerait pas un travailleur valide exerçant la même activité.

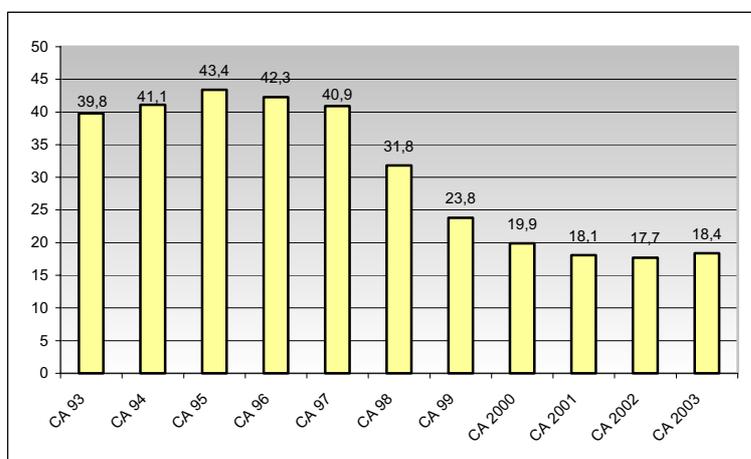
Le Département attribue donc deux types d'allocation compensatrice :

- 3 453 personnes du département ont bénéficié d'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) en 2003
- et 85 d'une allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP).

BENEFICIAIRES ACTP	Année 2000	Année 2001	Année 2002	Année 2003
Allocation compensatrice -60 ans	2 937	2 765	2 771	2909
Dont en établissement	1 098	1 029	1 023	1064
Allocation compensatrice +60 ans	1 043	606	553	544
dont en établissement	313	99	73	63
TOTAL Bénéficiaires ACTP	3 980	3 371	3 324	3453
dont en établissement	1 411	1 128	1 096	1127

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice a diminué globalement de plus de 13 % soit 527 personnes entre 2000 et 2003.

Cette régression concerne les allocations compensatrices versées aux personnes handicapées de plus de 60 ans avec une chute de 47.84 % du nombre de bénéficiaires. En effet, les personnes de plus de 60 ans bénéficiaires d'une allocation compensatrice, lors du renouvellement de leur aide, ont la possibilité d'opter pour le dispositif mis en place pour les personnes âgées.



ALLOCATION COMPENSATRICE dépenses en millions d'euros

On constate corrélativement une diminution des dépenses au titre de l'allocation compensatrice dès 1997 suite à l'entrée en vigueur de la prestation spécifique dépendance qui s'est poursuivie avec la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie en 2002.

1.2. Évolution du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale

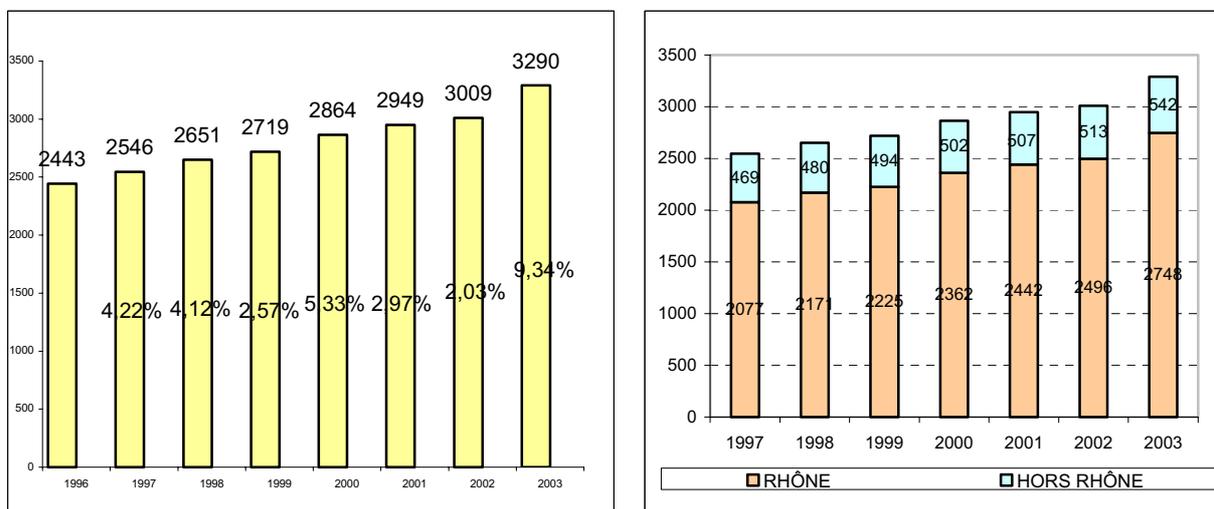
Les prestations d'aide sociale sont ouvertes aux personnes handicapées présentant une incapacité permanente d'un taux supérieur ou égal à 80 % ou qui sont dans l'impossibilité d'exercer un emploi du fait de leur handicap.

L'aide sociale peut intervenir pour :

- Le maintien a domicile : ACTP, ACFP, Auxiliaires de vie, Aide ménagère, Participation aux frais de repas, Accompagnement à la vie sociale, Aides exceptionnelles.
- L'hébergement chez des particuliers, en établissements sociaux ou médico-sociaux. (Art. L. 241-1 du Code de l'action sociale et des familles).

En 1996, le Département du Rhône prenait en charge au titre de l'aide sociale départementale, **2 443** bénéficiaires dont **1 987** accueillis dans les établissements du Rhône et **456** dans les établissements se situant hors Rhône.

Evolution du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale au titre d'un accueil en établissement et services Rhône et hors Rhône - Années 1996 à 2003



Au 31 décembre 2003, 2 748 personnes étaient hébergées dans le département (2 496 au 31.12.2002) et 542 hors du département (513 en 2002).

On constate ainsi que les places créées en 2002 et 2003 sont ainsi occupées très largement par des bénéficiaires de l'aide sociale du Rhône.

Si le nombre global de prises en charge a progressé, sur la période 1996-2003, de près de 34,67 %, on peut observer que le nombre des personnes vivant en institution hors du Rhône n'augmente que de 15% environ. Ce qui est certainement à mettre en rapport avec l'augmentation des capacités d'accueil dans le Département.

Remarque : le total de prises en charge peut être différent de celui des personnes physiques concernées, une même personne pouvant bénéficier d'une double prise en charge (exemple : en accueil de jour et foyer d'hébergement). Ainsi, les 3 290 prises en charge concernent-elles 2 901 personnes.

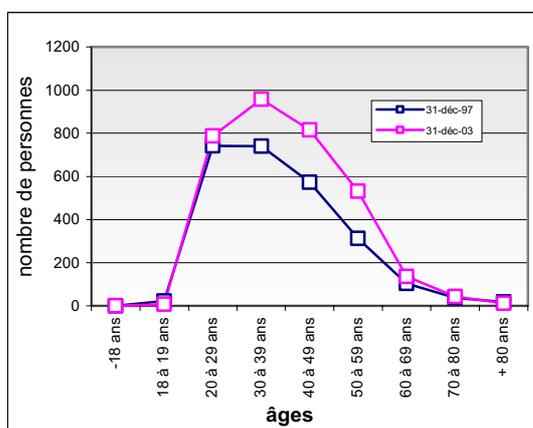
1.3. Évolution de l'âge des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Les progrès de la médecine et l'évolution générale de la qualité de vie permettent à la plupart des personnes handicapées d'accéder à une espérance de vie plus élevée qu'elle n'était par le passé, et pour un grand nombre cette espérance de vie semble se rapprocher de celle de la population générale. Ainsi, dans le rapport de la Cour des Comptes de juin 2003, « La vie avec un handicap », il est mentionné que l'espérance de vie des personnes handicapées mentales a triplé en 50 ans ; et qu'aujourd'hui, une personne trisomique sur deux atteint l'âge de 60 ans.

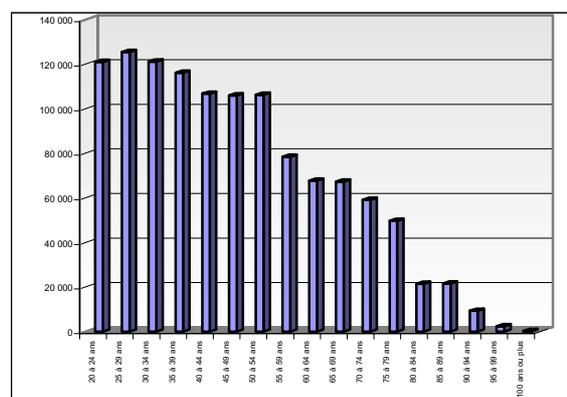
Cependant, un phénomène de fatigabilité, d'usure, de perte de performance avec l'âge, impose une évolution et une adaptation rapides des structures d'accueil.

Évolution de la pyramide des âges des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (1996-2003)

Évolution de la pyramide des âges des bénéficiaires de l'aide sociale départementale accueillis en établissements et services. Années 1997 – 2003



Répartition de la population générale du département du Rhône en 1999



- Le déplacement vers la droite de la pyramide des âges entre 1996 et 2003 révèle le vieillissement de la population admise à l'aide sociale dans les établissements et services pour personnes handicapées.

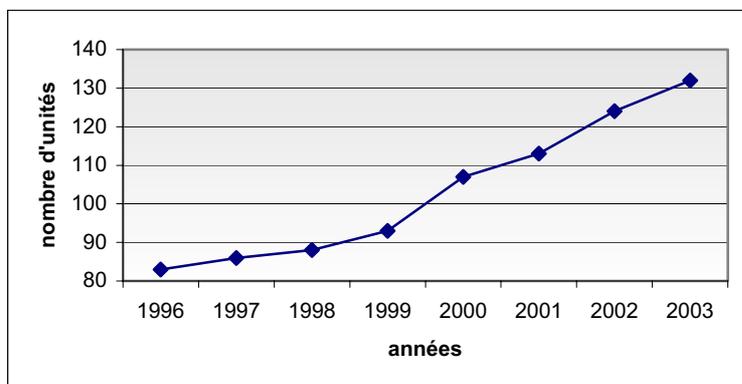
- Cette constatation objective l'avancée en âge des personnes handicapées vivant en institution. Ce sont les tranches entre 30 et 60 ans qui voient leurs effectifs augmenter. Les deux tranches d'âge 40-49 ans et 50-59 ans qui sont traditionnellement retenues pour caractériser l'avancée en âge d'une personne handicapée sous les appellations de personnes handicapées vieillissantes et personnes handicapées âgées qui il est vrai ne correspondent à aucune définition scientifique, progressent de manière importante :

- 40 à 49 ans : + 265 personnes, soit une progression de 48.18 %,
- 50 à 59 ans : + 251 personnes, soit une progression de 89%.

- La part des personnes âgées de plus de 60 ans reste stable autour de 6%

2. Évolution des budgets des établissements et services d'accompagnement à la vie sociale de compétence du Département

Évolution du nombre d'unités de tarification donnant lieu à la fixation d'un prix de journée ou d'une dotation globale



L'évolution du nombre d'unités de tarifications illustre à la fois l'augmentation du nombre de structures et la diversification des modes de prises en charge dans le département.

Elle traduit également la volonté du Département d'identifier les différentes modalités d'accompagnement au sein des établissements en permettant d'établir une comptabilité analytique des dépenses.

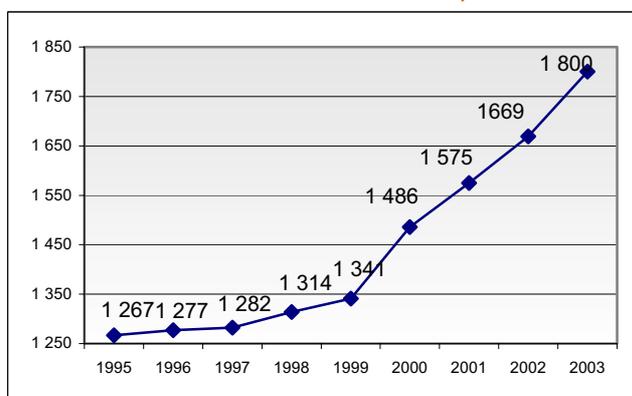
A partir de 1994, la collaboration instaurée par le Département du Rhône avec les associations a conduit à la conclusion d'accords conventionnels pluriannuels.

Les onze associations, signataires d'un accord conventionnel partenarial de maîtrise des dépenses et de développement des services offerts aux personnes handicapées en 1994, ont signé un nouvel accord avec le Département pour la période 2000-2004. Deux nouvelles associations ont signé leur premier accord en 2000.

Ces accords, qui sont des contrats d'objectifs et de moyens pluriannuels, ont mis en évidence l'intérêt pour les associations et le Département de disposer d'un plan d'ensemble pluriannuel prévoyant l'évolution des dépenses ainsi que les réponses à apporter aux besoins restant à satisfaire tout en cherchant à donner davantage d'autonomie aux associations gestionnaires.

Par le développement de la concertation et de l'information, le Département et les partenaires poursuivent leur travail en commun sur les besoins, l'offre et les coûts relatifs aux établissements et services. Ces accords représentent plus de 70% de la masse du budget de la tarification et ont permis d'optimiser le dispositif existant en permettant à coût constant la création de nouvelles places.

Emplois générés par les établissements et services en équivalent temps plein (ETP)



Les établissements et services de compétence départementale représentent **1 800 E.T.P.** (équivalent temps plein) en 2003. Entre 1995 et 2003, le nombre d'E.T.P. a progressé d'un peu plus de **42,06%**.

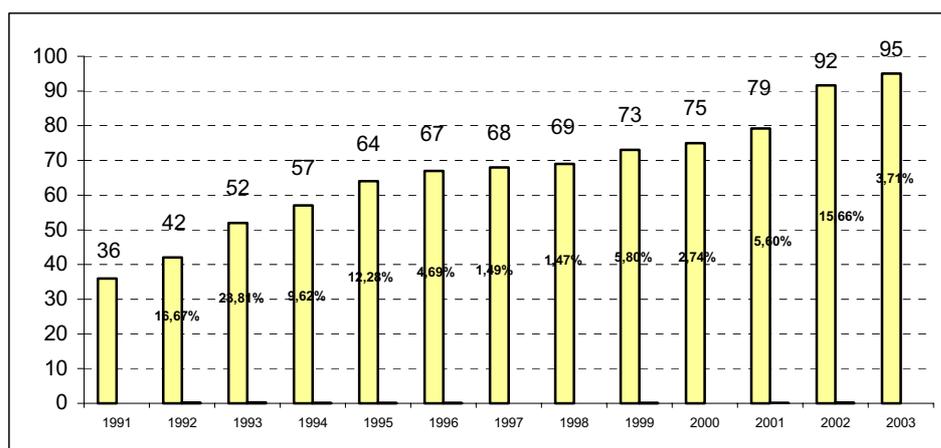
Cette progression s'explique à la fois par l'augmentation des capacités départementales et par la mise en place des 35 heures. Ainsi, **74.02 E.T.P.** ont été créés lors de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.

La ventilation des embauches par secteur se répartit comme suit :

- 60 % des recrutements pour l'animation
- 22,5 % pour les services généraux
- 10 % pour le paramédical et
- 7,5 % pour l'administration

De par la loi Aubry I, les associations, qui mettaient en place avant le 1^{er} janvier 2002 l'aménagement et la réduction du temps de travail, devaient respecter un quota de 6% d'embauche afin de bénéficier des aides financières de l'Etat. Pour l'ensemble des associations du département, le pourcentage moyen d'embauche s'est élevé à 6.4%.

Accueil en établissements et services - Dépenses en millions d'euros



De 1994 à 2003, en dix ans, les dépenses annuelles consacrées à l'hébergement ont progressé de 38 Millions d'euros, soit **+ 66.66 %**

Cet accroissement est à mettre en corrélation avec l'augmentation et la diversification de l'offre des places d'accueil.

II. LE DEVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE DE SOUTIEN A LA VIE AUTONOME

L'état des lieux du précédent schéma faisait apparaître la nécessité d'innover dans le domaine des prises en charge en développant notamment les équipements susceptibles d'aider le maintien à domicile.

• Développement des SAVS

Outre, la réflexion sur la question du placement en établissements ou services spécialisés, le Département a souhaité développer des modes de prises en charge qui favorisent l'autonomie personnelle comme les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale.

Ces services qui ont pour mission d'accompagner les personnes handicapées en milieu ordinaire de vie se sont développés pour atteindre 652 places installées en décembre 2003. 279 nouvelles places ont été installées entre 1994 et 2003 (soit +74.8 %) ce qui concrétise la volonté de favoriser la vie à domicile et d'aider les familles.

• Ouverture d'une ESVAD

L'ouverture d'une l'E.S.V.A.D. (équipe spécialisée pour la vie à domicile) correspond à cette orientation qui constitue à côté des prises en charge institutionnelles le deuxième axe de la politique du Département en faveur des personnes handicapées.

Depuis 1998, dans le cadre de sa politique de soutien à la vie à domicile des personnes handicapées, le Département du Rhône participe au financement de cette structure gérée par l'Association des Paralysés de France (APF).

Ce service fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire (assistantes sociales, éducateurs, ergothérapeutes, animateurs chargés d'insertion sociale, psychologues, conseillers médicaux sociaux) et s'adresse aux personnes handicapées moteurs dans le département du Rhône, vivant à domicile ou désireuses d'y retourner. Elle intervient dans un souci constant d'aider les personnes à maintenir ou à développer leurs capacités d'autonomie et de réduire les obstacles à l'insertion. Ainsi, depuis 2000, l'E.S.V.A.D. aide les personnes handicapées à constituer des dossiers de demandes d'aides financières visant à la compensation fonctionnelle du handicap.

En 2002, elle a reçu 657 demandes différentes émanant de personnes handicapées.

- **Accroissement des dispositifs auxiliaires de vie et des aides à domicile :**

- **La prestation auxiliaire de vie**

Le Département du Rhône a mis en place depuis le 1er avril 1987, une prestation d'aide sociale extralégale appelée "prestation complémentaire d'auxiliaire de vie" qui est destinée à améliorer le maintien à domicile des personnes handicapées de ressources modestes ayant besoin de l'aide d'une tierce personne.

Cette prestation, qui existe depuis 1982 avec un financement de l'Etat, a progressé de façon significative entre 2000 et 2003. Elle traduit la volonté des deux institutions de favoriser le maintien à domicile des personnes lourdement handicapées.

L'auxiliaire de vie est chargée d'aider la personne handicapée dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante :

- En priorité, elle aide la personne à se lever, se coucher, faire sa toilette, s'habiller, boire et manger, procéder à ses besoins naturels, effectuer ses transferts.
- Elle peut intervenir également pour surveiller, stimuler la personne concernée, l'accompagner lors de sorties.

Elle peut assurer quelques tâches ménagères, courses et démarches, si celles-ci sont liées à un des actes définis ci-dessus.

Les financements du Département et de l'Etat se cumulent et la participation demandée à la personne handicapée varie en fonction de son revenu.

L'aide du Département prend la forme d'une participation financière à chaque heure d'auxiliaire de vie, accordée dans la limite de 160 heures par mois, après examen de la situation du demandeur par le médecin départemental chargé de suivre les dossiers de demande d'auxiliaire de vie. Les prestations sont servies par des opérateurs publics et privés, ayant passé convention avec l'Etat et le Département.

Une commission ad hoc, dite commission restreinte, composée de représentants associatifs et du Conseil général, se réunit régulièrement. Elle a une double mission :

- analyser et trouver des solutions pour des cas individuels difficiles n'entrant pas dans les critères définis par délibération. Il lui appartient notamment de donner son avis lorsque le Département est saisi d'une demande de prise en charge excédant les 160 heures mensuelles.
- évaluer et contrôler le dispositif.

Le Département participe aussi au financement d'une formation spécifique pour le personnel nouvellement embauché des associations d'auxiliaires de vie ayant passé une convention avec le Département dans le cadre de la prestation extra-légale d'auxiliaire de vie.

Le Département du Rhône et l'Etat travaillent sur ce dispositif avec 5 associations conventionnées :

- Association d'aide à domicile en milieu rural (A.D.M.R.)
- La Croix-Rouge Française
- MAINTENIR
- Service d'auxiliaire de vie d'association Rhône-Alpes Handicapés moteurs (SAVARAHM)
- C.C.A.S d'Irigny

En 2002, cette prestation a concerné en moyenne tous les mois 220 personnes ce qui a représenté au total 160 000 heures d'intervention pour lesquelles le financement apporté par les deux collectivités se répartit comme suit:

✓ Département	810 000 euros
✓ Etat	965 000 euros



Le tarif horaire de référence de la prestation facturée par les services agréés a été porté, au 1er janvier 2003, à 15.63 € de l'heure.

Cette aide extra-légale permet pour les personnes les plus dépendantes de réunir des financements pour leur plan d'aide. Le dispositif finance ainsi entre 2,5 et 3,2 fois le montant d'une allocation compensatrice à un taux de 80%.

- **La prestation d'aide à domicile**

La prestation d'aide sociale à domicile (aide ménagère) correspond à des services ménagers effectués au domicile de la personne handicapée. L'aide ménagère est prise en charge pour partie par l'aide sociale et pour partie par le bénéficiaire.

L'aide sociale peut participer à la prise en charge du coût des heures d'aide ménagère effectuées par des centres communaux d'action sociale, des syndicats intercommunaux ou des services habilités à intervenir.

Le nombre mensuel d'heures d'aide ménagère attribué est fixé par la commission d'admission à l'aide sociale, dans la limite maximale de 30 heures par mois pour une personne seule et de 48 heures pour un couple. Le taux horaire de paiement de l'aide ménagère aux services d'aide ménagère, publics ou privés habilités, est fixé par arrêté du Président du Conseil général.

Les conditions d'attribution de cette prestation varient en fonction du taux d'invalidité de la personne, de la nécessité de l'aide ménagère à son maintien à domicile et de ses ressources. Le taux de participation de la personne handicapée est fixé par arrêté du Président du Conseil général.

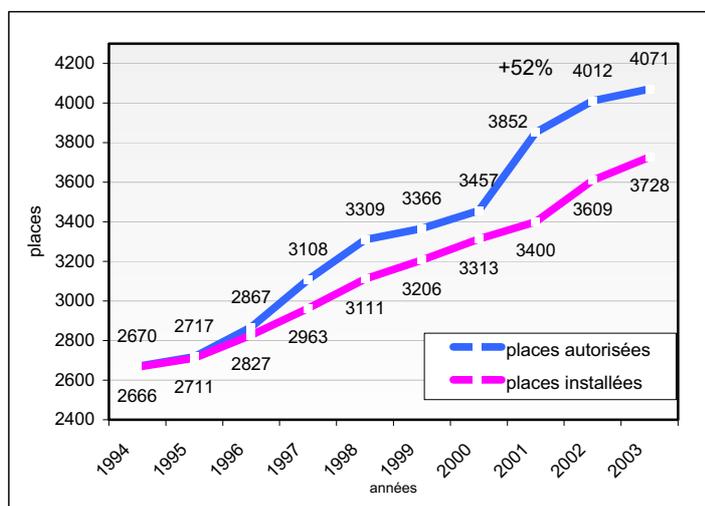
- **Création d'un fonds d'aides exceptionnelles**

Par une délibération du 7 juin 1999, le Département du Rhône a mis en place le dispositif extra-légal des aides exceptionnelles par la création d'une ligne budgétaire spécifique. Le Département finance par ce biais les aides techniques dont la personne handicapée a besoin pour maintenir ou accroître son autonomie. Cela se traduit par des demandes d'ordre matériel tels que l'acquisition de fauteuils roulants, l'adaptation de véhicules, l'aménagement de logements, le petit appareillage médical ou encore le matériel informatique. Ce fonds peut également participer au financement de séjours de vacances de personnes handicapées vivant à domicile.

L'aide financière décidée par la Commission Permanente du Département vient en complément du financement obtenu auprès des organismes compétents habituellement sollicités telles que CPAM, CCAS, Caisse de retraite, mutuelles... Une fois déduite la participation du Département et des autres financeurs, une quote-part doit rester à la charge du demandeur. Le versement effectif de la participation du Département est réalisé au vu de la production d'une facture dûment acquittée.

En 2002, le Département a donné son accord à 65 demandes (en 2001 : 62 demandes) pour un montant total de 37 538.64 € (28 340.27 € en 2001 soit une hausse de 24 % environ). En 2003, 78 dossiers ont été examinés par la commission permanente pour un montant total de 34 041 €.

III. AUGMENTATION DE LA CAPACITE D'ACCUEIL ET DIVERSIFICATION DES MODES DE PRISE EN CHARGE ENTRE 1994 ET 2003 PAR LE CONSEIL GENERAL



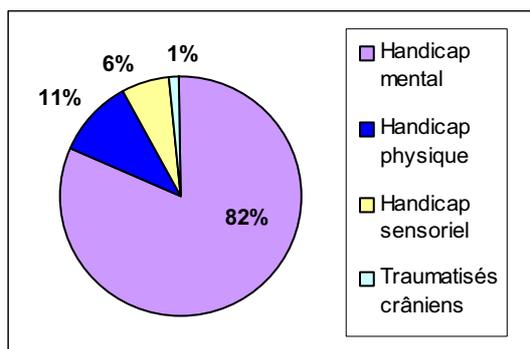
Evolution annuelle du nombre de places autorisées et installées de 1994 à 2003

De 1994 à 2003, le nombre de places autorisées en établissements et services a progressé de 2 670 à 4 071 places, soit d'environ **52.47 %**.

En même temps, le nombre de places installées a progressé d'environ **40 %**, soit de 2 666 à 3 728 places. (1 062 places).

Le Département du Rhône a poursuivi sa politique de création de places, avec 209 nouvelles places installées en 2002, et 119 en 2003.

Répartition par type de handicap au 31/12/2002 des places autorisées

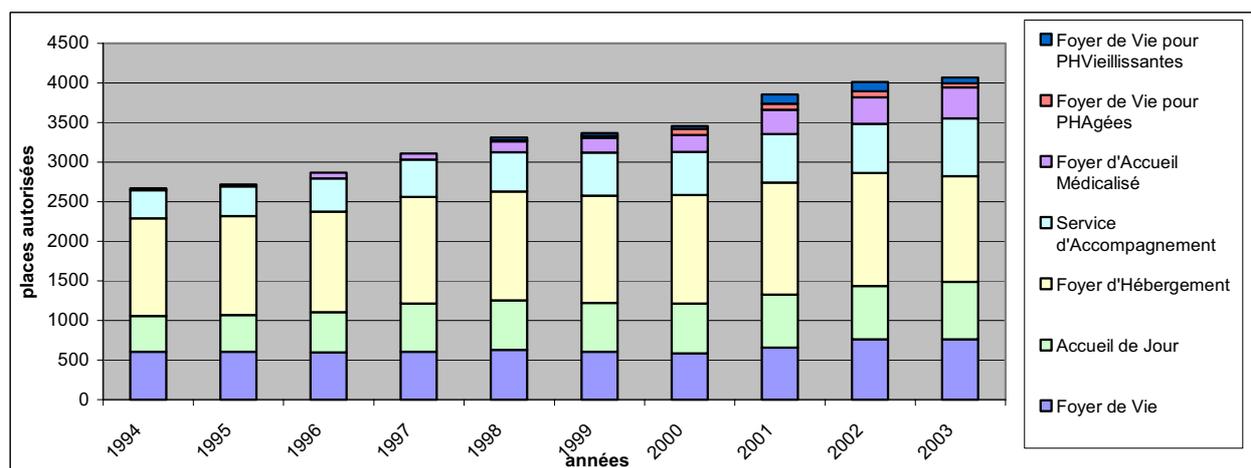


On constate une prédominance importante du handicap mental, toutefois ce document ne permet pas de distinguer à l'intérieur de cette notion le handicap mental par déficience intellectuelle du handicap par maladie mentale ou souffrance psychique qui pourrait se situer aux environs de 20%.

Il est à noter que les personnes lourdement handicapées cumulent habituellement des déficiences ressortant à ces deux catégories.

Afin de proposer une prise en charge spécialisée des traumatisés crâniens, un établissement spécifique a été créé dans le département (2^{ème} établissement ouvert en France pour ce handicap).

Évolution annuelle de l'offre de places autorisées et nouvelle structuration des équipements au 31 décembre



Depuis 1994, l'accent a été porté sur :

- la diversification des modes de prises en charge correspondant à une définition plus précise des projets d'accompagnement.
- l'hébergement des personnes les plus lourdement handicapées par l'augmentation de la capacité d'accueil en foyers d'accueil médicalisés (368 places supplémentaires). Le 1er schéma constatait, en 1994, que plus de 200 personnes entièrement prises en charge par le Département relevaient d'un financement par l'assurance maladie compte tenu des soins qui leur étaient nécessaires. Au vu du nombre de besoins insatisfaits, le Département a engagé une démarche avec l'Etat pour que soit élaborée en commun une programmation prévoyant la médicalisation des lits existants en même temps que la création de nouvelles places.
- la prise en compte du phénomène de vieillissement puisque 128 places sont proposées en 2003 aux personnes handicapées âgées ou vieillissantes. Dès 1997, le Conseil général a constaté que 18% de la population des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des personnes handicapées prises en charge par le Département du Rhône avait plus de 50 ans. Ces besoins spécifiques se sont traduits par la création de foyers de vie pour personnes handicapées vieillissantes (40 à 60 ans) et pour personnes handicapées âgées (au-dessus de 60 ans) dont les premières autorisations datent de 1998.
- les places d'accueil de jour ont subies une augmentation conséquente (+ 270 entre 1994 et la fin 2003, soit + de 60 %).

IV. ÉTAT DES EQUIPEMENTS AU 31 DECEMBRE 2003

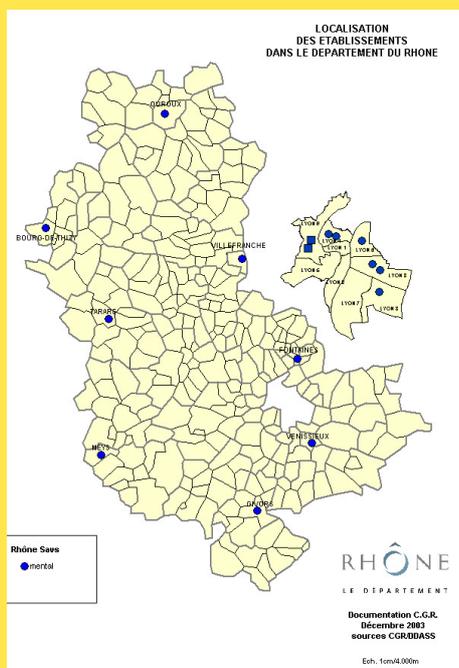
1. les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Les services de suite et/ou d'accompagnement ont une fonction de relais entre les établissements et le milieu ordinaire autonome, pour accompagner l'insertion sociale et professionnelle des personnes.

Leur développement relativement récent correspond à la nécessité de répondre à l'aspiration croissante des personnes handicapées à une vie plus indépendante.

La fonction actuelle des SAVS est ainsi de permettre aux personnes handicapées, au moyen d'un accompagnement modulable en fonction des capacités de chacun, de mener une existence indépendante dans un habitat ordinaire. Le personnel éducatif ou social peut intervenir, en cas de besoin, à tout moment.

Ces services d'accompagnement sont financés par le Département au moyen d'une dotation globale qui couvre essentiellement les salaires des professionnels et les frais de coordination et d'administration.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

Le nombre de SAVS dans le département du Rhône a fortement évolué au cours des dernières années.

- 16 SAVS dont les capacités se situent entre 6 et 150 places
pour un total de 652 places installées

• DONNEES FINANCIERES

Prix pour le Département du Rhône en 2003 :

- Prix de revient journalier moyen : 5 558 €
- Masse budgétaire allouée : 3 253 136 €

2. L'accueil familial

L'hébergement à titre onéreux en famille d'accueil, financé par le Département, peut constituer une alternative à l'hébergement en établissement pour les personnes handicapées qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas vivre dans un logement indépendant ou un établissement médico-social.

Ce dispositif de prise en charge est considéré comme une structure médico-sociale depuis la loi du 2 janvier 2002.

Toute personne accueillant une personne handicapée, à laquelle il n'est pas apparenté (jusqu'au 4^{ème} degré inclus), doit être agréée par le Département, et présenter des garanties quant à la qualité de l'accueil. Pour accorder ou refuser l'agrément, le Département prend en compte les garanties (de moralité, de sécurité, ...) présentées par l'ensemble des personnes composant le foyer, mais l'agrément n'est accordé qu'à une seule personne.

La famille d'accueil s'engage notamment à assurer la continuité de la prise en charge.

Chaque personne accueillie dans une famille d'accueil agréée passe avec celle-ci un contrat écrit indiquant les conditions matérielles et financières du placement ainsi que les droits et obligations des deux parties. La rémunération de la famille accueillant des personnes handicapées, bénéficiaires de l'aide sociale, est fondée sur une évaluation de la dépendance de la personne accueillie. Désormais, grâce à la loi du 2 janvier 2002, un établissement médico-social peut gérer un service de placement familial.

• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

En 1994, lors de l'élaboration du précédent schéma, le département du Rhône dénombrait 18 personnes handicapées hébergées en famille d'accueil dont 12 étaient implantées en dehors du Rhône.

Constatant que cette formule de prise en charge représentait une forme d'accueil très minoritaire dans le département (moins de 1% de la capacité d'accueil), le schéma préconisait le développement de ce type d'hébergement.

A ce jour, le nombre de personnes handicapées hébergées en famille d'accueil s'élève à 34.

La formule des familles d'accueil n'a connu jusqu'à présent qu'un écho limité faute de familles candidates à ce type d'activité professionnelle.

Plusieurs facteurs qui ont entravé son développement peuvent être avancés:

- L'habilitation comme famille d'accueil est plus souvent sollicitée par les familles pour assurer l'accueil de personnes âgées que de personnes handicapées qui sont souvent considérées comme susceptibles de nécessiter une prise en charge plus spécifique et plus lourde.
- L'absence de structure d'accueil relais décourage les candidats qui craignent de ne pouvoir assurer une prise en charge parfois contraignante de façon continue, sans vacances ni repos.

Afin de faciliter le développement de cette forme d'hébergement, celle-ci pourrait être aménagée et gérée à partir de certains établissements pilotes. De même, cette prise en charge pourrait être couplée avec un accueil séquentiel en accueil de jour.

• DONNEES FINANCIERES

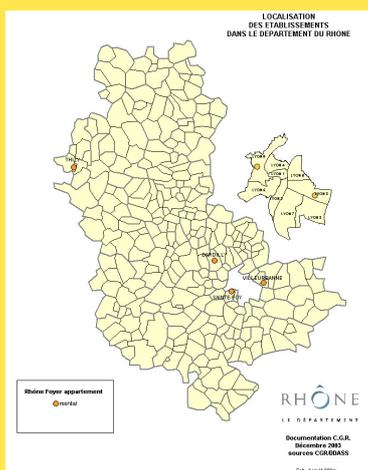
Le budget 2003 du Département pour le placement familial était de :
618 000 euros

3. les foyers d'hébergement

Traditionnellement, ce sont des établissements qui accueillent, en dehors des heures de travail et en fin de semaine (week-end), les personnes handicapées qui travaillent soit en établissement de travail protégé, soit en milieu ordinaire. Ces foyers d'hébergement peuvent être annexés à un centre d'aide par le travail. Si les centres d'aide par le travail (CAT) relèvent de la compétence de l'Etat, les foyers d'hébergement relèvent de celle du Département qui en assure le financement dans le cadre de l'aide sociale.

Aujourd'hui, l'arrivée à l'âge de la retraite pour les travailleurs handicapés, nécessite comme pour tout un chacun de prévoir une nouvelle organisation de vie, notamment pour les travailleurs qui bénéficiaient jusqu'alors d'un accompagnement en foyer d'hébergement. On peut constater que ces foyers n'accueillent pas seulement des travailleurs handicapés. Il existe un glissement de la population des foyers d'hébergement. Le vieillissement de la population a pour conséquence que des personnes handicapées adultes travaillant à mi-temps et bénéficiant pour l'autre mi-temps d'un accueil de jour, ou devant cesser toute activité professionnelle n'intègrent pas immédiatement un foyer de vie ou une unité pour personnes handicapées vieillissantes ou âgées.

Cette diversification des prises en charge en CAT, en centre d'accueil de jour et en foyer d'hébergement, engendre des problèmes concrets au niveau de la gestion des dossiers d'admission à l'aide sociale. De même, le souhait de distinguer l'accompagnement des personnes handicapées lié à l'hébergement et aux actes de la vie quotidienne des lieux d'activité de jour pour les personnes handicapées non travailleurs a amené un certain nombre de foyers d'hébergement à recevoir indistinctement des personnes jeunes travaillant ou ne travaillant pas et dans ce cas fréquentant en semaine des centres d'activité de jour.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

Si le nombre de foyer d'hébergement dans le département du Rhône a peu évolué au cours des dernières années.

- 37 FH dont les capacités se situent entre 6 et 110 places pour un total de 1 221 places installées

On constate en revanche que les foyers d'hébergement sont en voie de diversification du fait de l'aspiration des personnes handicapées à vivre de façon plus indépendante au sein d'appartements individuels ou semi-collectifs avec soutien éducatif et social. Face à cette demande, le Département du Rhône a développé avec les associations un mode de prise en charge particulier se situant entre le service d'accompagnement à la vie sociale classique et le foyer d'hébergement traditionnel qualifié de « SAVS renforcé » ou de « foyer-appartement ».

Le nombre de « foyer-appartement » dans le département du Rhône est de

- 5 « foyer-appartement » dont les capacités se situent entre 6 et 30 places pour un total de 97 places installées

• DONNEES FINANCIERES

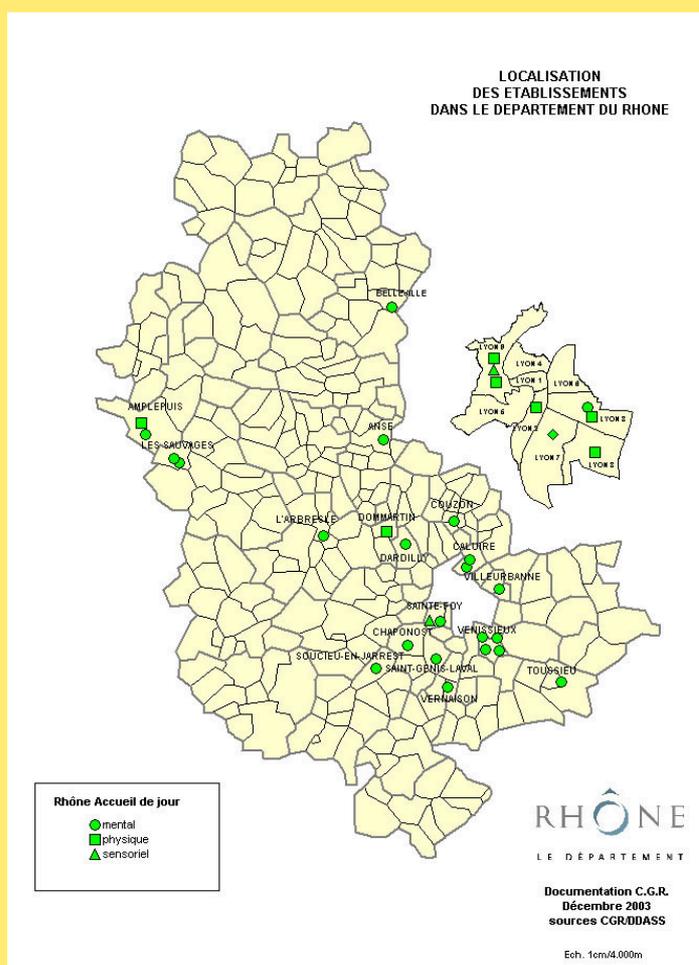
Prix d'hébergement pour le Département du Rhône en 2003 :

- Coût moyen annuel à la place : 30 574 €
- Prix de revient journalier moyen : 92.23€

4. les accueils de jour

Ces sont des ateliers occupationnels qui ont pour mission de mettre à disposition de la personne handicapée des activités de socialisation et de développement des capacités sur un horaire de journée compatible avec le maintien de la personne handicapée dans une vie à domicile (en famille individuelle), en évitant ainsi le recours à une formule d'internat.

Ces services apportent aussi un soutien à l'environnement familial et permettent de lutter contre l'isolement. La formule d'accueil de jour est parfois couplée avec un accueil en foyer d'hébergement, l'ensemble correspond à une prise en charge de type foyer de vie.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

Le nombre d'accueil de jour dans le département du Rhône a augmenté de manière conséquente ces dernières années.

- 32 AJ dont les capacités se situent entre 5 et 70 places pour un total de 691 places installées

• DONNEES FINANCIERES

Prix des accueils de jour pour le Département du Rhône en 2003 (tout type de handicap) :

- Coût moyen annuel à la place : 16 359 €
- Prix de revient journalier moyen : 73.19 €

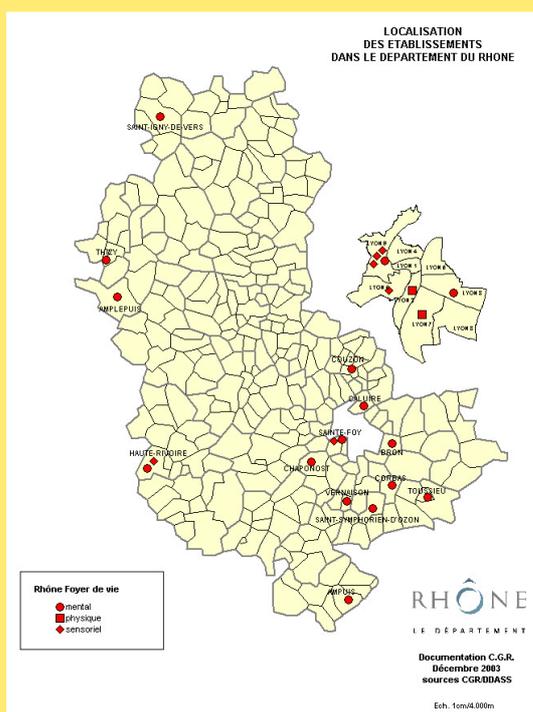
5. LES FOYERS DE VIE

Les foyers de vie accueillent des personnes adultes handicapées qui présentent un niveau de handicap trop important pour leur permettre d'exercer une activité professionnelle, même réduite.

Ces personnes disposent, néanmoins, d'une autonomie suffisante pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne avec l'aide ou le soutien de professionnels du secteur médico-social. L'expression foyer de vie insiste sur l'importance qui doit être donnée au maintien d'une dynamique collective et individuelle. Ainsi, les foyers de vie proposent des activités ainsi qu'un accompagnement éducatif et social et assure l'hébergement pour la nuit (internat).

L'avancée en âge de la population des foyers de vie et la nécessité de répondre aux nouveaux besoins qui en découlent, ont conduit le Département du Rhône à favoriser la création d'unités spécifiques au sein de ces foyers pour la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes ou âgées.

On constate ainsi que cependant, que des personnes handicapées après avoir travaillé plusieurs années dans un centre d'aide par le travail ou dans un atelier protégé sont admises en foyer de vie en raison de leur vieillissement, faute de structures spécifiques plus adaptées. De même le Département a créé des unités pour personnes handicapées âgées de type foyer de vie au sein d'établissements pour personnes âgées.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

Les foyers de vie dans le département du Rhône ont pris en compte le phénomène du vieillissement au cours des dernières années.

Il existe sur le Département :

- 18 FV dont les capacités se situent entre 12 et 60 places pour un total de 594 places installées
 - 7 FV pour personnes handicapées vieillissantes ou personnes handicapées âgées dont 4 unités spécifiques en maison de retraite pour un total de 116 places installées
- Au total, le Département dispose de 710 places.

• DONNEES FINANCIERES

Prix d'hébergement des FV pour le Département du Rhône en 2003 :

- Coût moyen annuel à la place : 41 494 €
- Prix de revient journalier moyen : 122.34 € par jour

Données 2003 des FV pour PHA:

- Coût moyen annuel à la place : 28 745 €
- Prix de revient journalier moyen : 82.20 € par jour

Données 2003 des FV pour PHV:

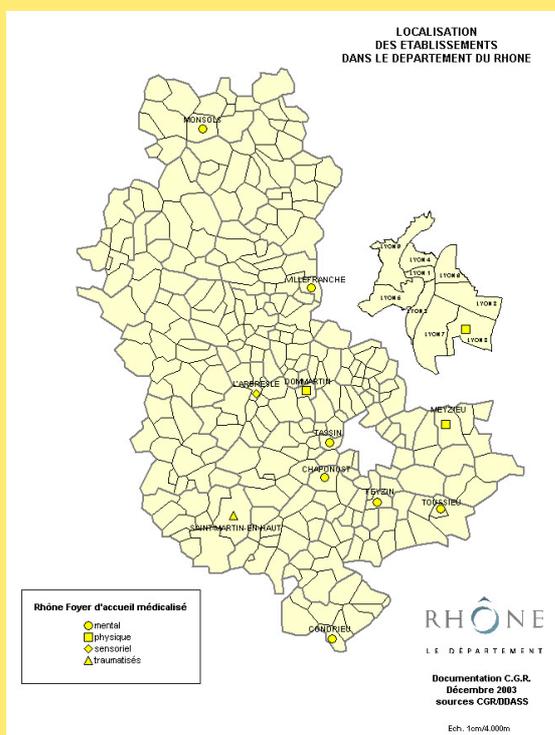
- Coût moyen annuel à la place : 38 547€
- Prix de revient journalier moyen : 116.18 € par jour

6. LES FOYERS D'ACCUEIL MEDICALISES (anciennement FDT)

Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées. Leur dépendance totale ou partielle, constatée par la COTOREP, les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et leur fait obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Leur financement est pris en charge à la fois par l'assurance maladie pour toutes les charges afférentes au personnel médical et paramédical, les dépenses imputables au soin ainsi que l'amortissement du matériel médical et paramédical et par le Département qui finance l'hébergement, l'entretien de la personne et l'animation des établissements par le biais de l'aide sociale.

Le précédent schéma avait mis l'accent sur la nécessité de créer des équipements pour adultes lourdement handicapés nécessitant une assistance et des soins constants.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE (VOIR PARTIE ETAT)

Le nombre de foyers d'accueil médicalisés dans le département du Rhône a fortement évolué au cours des dernières années.

Aujourd'hui le département dispose de :

- 12 FAM dont les capacités varient de 8 à 42 places pour un total de 357 places installées

• DONNEES FINANCIERES

Prix d'hébergement pour le Département du Rhône en 2003 :

- Coût moyen annuel à la place : 45 148 €
- Prix de revient journalier moyen : 147,35 €

CHAPITRE 3 : LES ACTIONS MEDICO-SOCIALES DE L'ETAT AUPRES DES PERSONNES HANDICAPEES

I. Evolution du nombre de bénéficiaires percevant l'allocation adultes handicapées (A.A.H.)

Mise en place par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'A.A.H. est destinée à assurer aux adultes handicapés un minimum de ressources. Il s'agit d'une prestation familiale versée par les CAF ou la MSA sur décision de la COTOREP et financée par le budget de l'Etat.

AU 31 DECEMBRE DE L'ANNEE	2000	2001	2002
Nombre de bénéficiaires	15 474	16 109	16 358
Nombre de 1 ^{ères} demandes	7 694	7 948	8 269
Montant des prestations servies K€	89 096	93 287	96 791

Source COTOREP

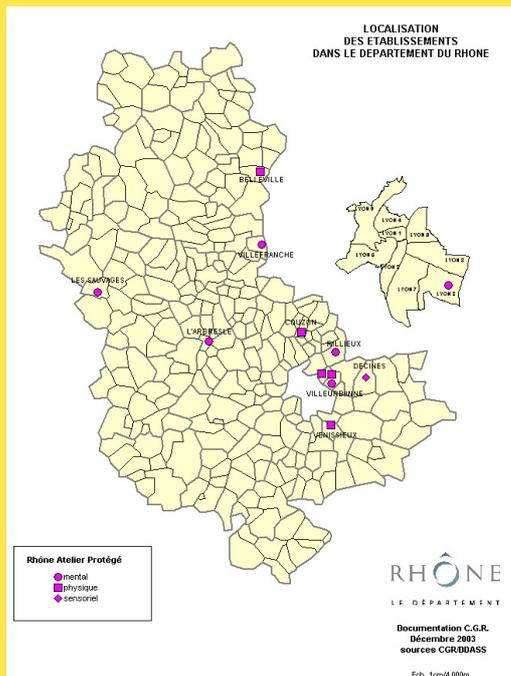
II. Les établissements relevant de la compétence de l'Etat

1) Les Ateliers protégés (AP)

Les AP constituent des unités économiques de production qui mettent les travailleurs handicapés à même d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leurs possibilités. Ils doivent favoriser la promotion des travailleurs handicapés et leur accession à des emplois dans le milieu ordinaire de travail (Article R.323 - 60 du Code du travail). Bien qu'offrant un accompagnement social à leurs salariés, les AP s'inscrivent dans le secteur concurrentiel.

Leur dimension économique a été rappelée par la circulaire DGEFP du 25 février 1999 tout comme la pertinence du projet social. La circulaire DGEFP du 26 juillet 2001 identifie clairement les critères d'attribution des financements apportés par l'Etat à savoir "le maintien des travailleurs vieillissants, l'évolution vers le milieu ordinaire, le développement et la modernisation".

Les travailleurs handicapés employés en AP ont le statut de salarié. Ils bénéficient de la garantie de ressource assurée par le versement d'un complément de rémunération à la charge de l'Etat.



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

Le nombre d'ateliers protégés dans le département du Rhône et les emplois proposés ont peu évolué au cours des dernières années.

- 12 structures AP dont les capacités se situent entre 8 et 50 places pour un total de 266 places installées
- 10 associations gestionnaires et 2 SARL

Le niveau d'équipement du département du Rhône est très en dessous de la situation moyenne régionale. Les 2/3 des places sont rattachées à une structure de travail protégé incluant CAT et AP.

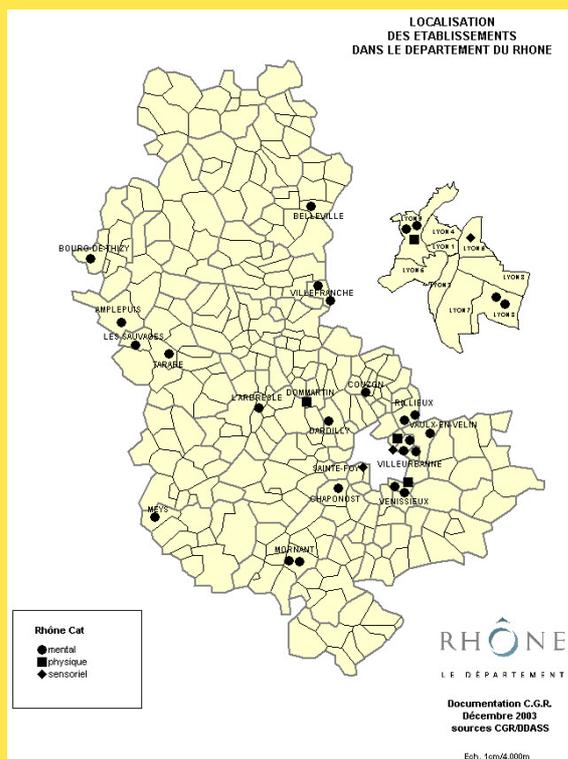
Il est important de rappeler que les créations de postes d'AP sont définies en cohérence avec les perspectives de développement de la structure au regard des marchés potentiels.

• DONNEES ECONOMIQUES ET FINANCIERES (RESULTATS 2001)

Chiffre d'affaires :	13 millions d'€
Valeur ajoutée :	6,65 millions d'€
Résultats :	487 016 €
Subvention de développement :	442 096 €
Complément de rémunération versé par la DTEFP :	2,2 millions d'€

2) Les Centres d'aide par le travail (CAT)

Les CAT accueillent les adolescents et les adultes handicapés qui ne peuvent momentanément ou durablement ni travailler dans les entreprises ordinaires ou les AP, ni exercer une activité professionnelle indépendante. Ils offrent aux personnes handicapées des activités à caractère médico-social et éducatif et un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale (article L.344-2).



• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

- 22 CAT pour 33 implantations distinctes avec des capacités variant de 25 à 330 places;
- 13 associations gestionnaires dont 6 gèrent des structures regroupant CAT et AP ;
- Des structures de taille importante avec 1 CAT de 330 places et 6 CAT de 135 à 154 places installées sur un même site;
- Un dispositif qui a fortement progressé avec plus de 300 places financées entre 1998 et 2002 (13%)

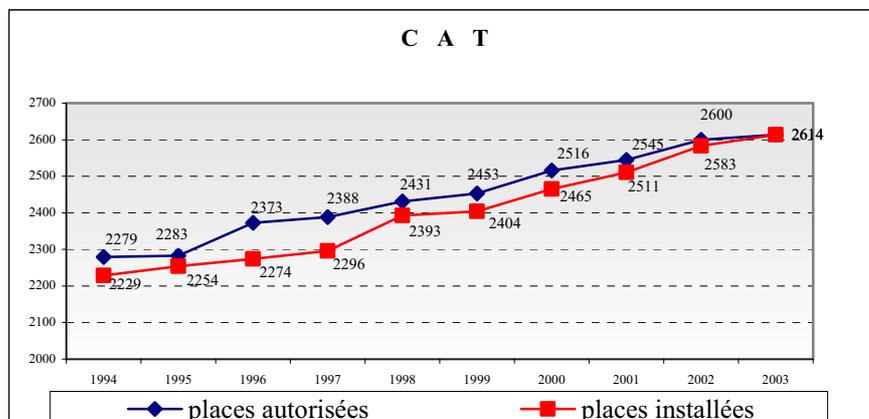
• LE BUDGET COMMERCIAL (RESULTATS 2001 ET TABLEAUX DE BORD)

- Chiffre d'affaires : 18,7 millions d'€
- Valeur ajoutée : 10,9 millions d'€
- Résultats commerciaux excédentaires : 1,9 millions d'€
- Salaire moyen assuré au travailleur handicapé : 13,8% du SMIC

La rémunération directe se situe dans la moyenne nationale et n'a pas évolué significativement au cours des cinq dernières années. Cette moyenne recouvre des différences sensibles de rémunération entre établissements.

Le complément de rémunération : 20,4 millions d'€ (versé par DTEFP)

Evolution des places autorisées et des places installées entre 1994 et 2003



Cette forte évolution de capacité a permis de diversifier l'offre et d'engager de nouvelles opérations s'inscrivant dans les priorités déterminées en référence à une étude de besoins réalisée en 1999.

Il a été notamment créé:

- des petites unités pour des déficients intellectuels présentant des troubles du comportement ;
- des structures de transition qui accueillent des jeunes pour lesquels une orientation temporaire en milieu protégé peut permettre une évolution vers le milieu ordinaire de travail ;
- des sections dites d'adaptation destinées à des jeunes sortant d'IME et d'IMPRO qui ont besoin d'un accompagnement adapté pour intégrer le CAT;
- des places réservées à des populations justifiant d'une prise en charge spécifique: cérébro-lésés, handicapés mentaux présentant une déficience auditive.

➤ Fin 2002, le taux d'équipement du Rhône reste légèrement en dessous des moyennes nationale et régionale (2,91 pour le département du Rhône / 2,99 pour la Région Rhône-Alpes / 3,04 pour la France entière).

➤ **L'amélioration des conditions d'installation**

Le développement de l'équipement s'est accompagné d'un effort conséquent d'amélioration des conditions d'installation. Entre 1998 et 2002, quinze CAT ont pu engager d'importants travaux d'investissement largement financés sur des fonds propres (excédents de gestion commerciale, provisions) et des subventions de la Région.

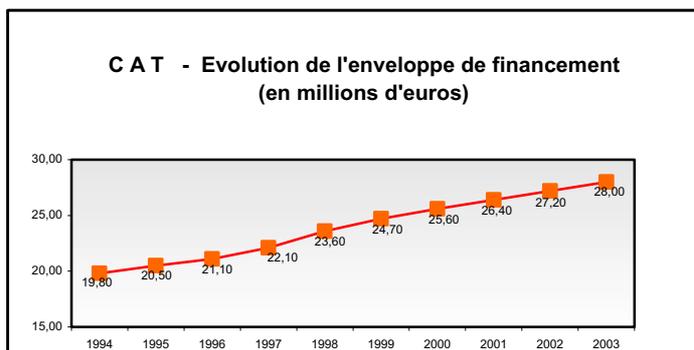
➤ **Les activités**

Elles concernent principalement la sous-traitance industrielle (câblage, mécanique, assemblage, conditionnement...), le service aux entreprises (bureautique, prestations administratives diverses, entretien des locaux..) mais également des secteurs tels que la restauration, l'imprimerie, le blanchissage, l'entretien des espaces verts.

• **LES DONNEES ECONOMIQUES ET FINANCIERES**

Les financements alloués au titre du budget principal de l'activité sociale (aide sociale Etat)

C A T - Evolution de l'enveloppe de financement (en millions d'euros)



Entre 1994 et 1997, l'évolution de l'enveloppe de financement correspond en réalité à un rebasage des moyens alloués aux établissements existants.

De 1998 à 2002, l'augmentation de l'enveloppe est principalement affectée au financement des places attribuées au département dans le cadre du plan pluri-annuel pour personnes lourdement handicapées.

Le financement apporté par l'Etat au titre du budget social représente en moyenne 10 500 € par place et par an avec des variations importantes tenant à la dimension et à la structuration de l'équipement mais surtout au handicap.

➤ 72% de ce financement couvre la rémunération des personnels d'encadrement qui représentent en "équivalent temps complet" environ 500 emplois dont 330 affectés à l'encadrement éducatif.

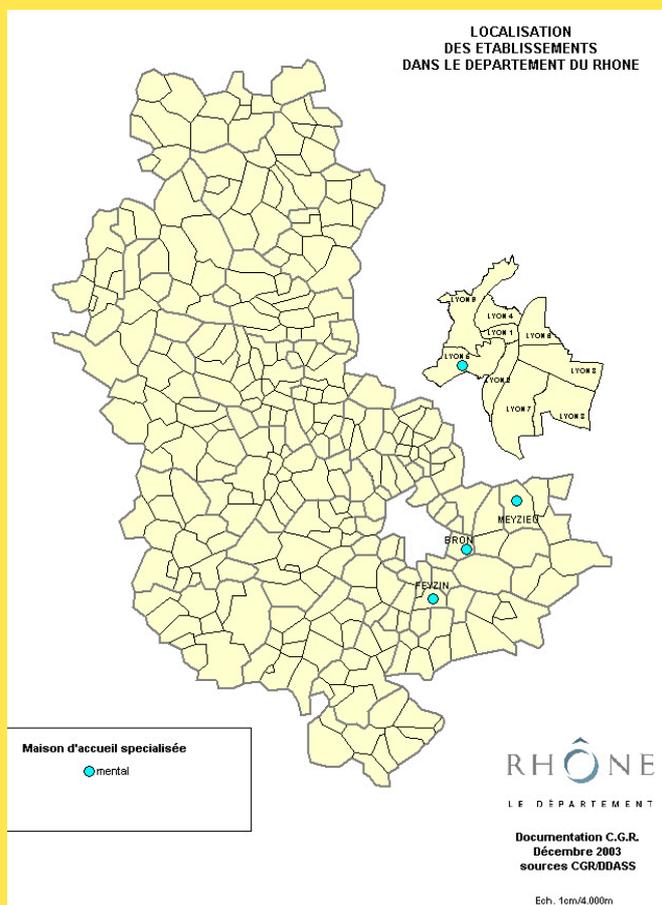


3) Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM)

Les FAM ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées. Leur dépendance totale ou partielle, constatée par la COTOREP, les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et leur fait obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Mode de financement : C'est l'aide sociale départementale qui assure le financement de l'hébergement et de l'animation des établissements. (Cf. supra) L'assurance maladie prend, elle, en charge de manière forfaitaire l'ensemble des dépenses afférentes aux soins, personnels et matériaux médicaux et paramédicaux.

Les MAS reçoivent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours au médecin, en cas d'urgence, et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien, des soins de maternage et de nursing requis par l'état des personnes accueillies.



(cf. supra carte FAM)

• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

- 4 MAS dont les capacités se situent entre 40 et 54 places
- 12 FAM ou section FAM variant de 8 à 50 places
- 11 associations gestionnaires et un établissement public

• QUELQUES DONNEES CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS

➤ MAS

- Coût moyen annuel : 59 000 €/ place

➤ FAM

- Forfait soins moyen annuel : 16 900 € / place

La dispersion autour du forfait moyen de soin est importante avec une variation de 14 600 € à 21 600 € selon le handicap concerné.

- Hébergement / coût moyen annuel : 41 800 €/place

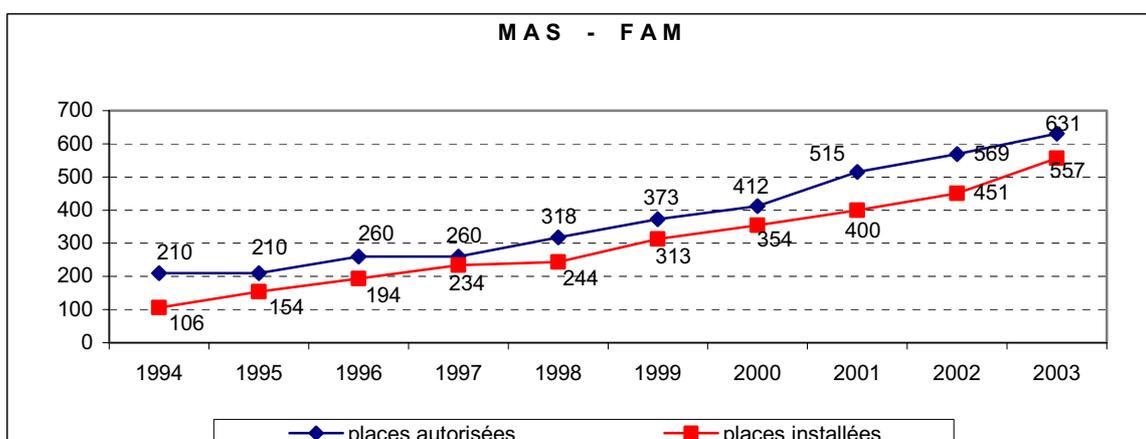
Le taux moyen d'occupation dépasse 93% en MAS alors qu'il n'atteint pas 85% en FAM.

Les frais de personnel représentent 72% du montant total des dépenses de fonctionnement des MAS.

Pour les FAM, les dépenses de personnel médical et soignant constituent avec la pharmacie et les prestations à caractère médical la quasi-totalité des dépenses à la charge du forfait de soin.

Le niveau d'encadrement et sa structuration sont relativement comparables en MAS et en FAM. Seuls les trois FAM qui accueillent des handicapés moteurs et/ou neurologiques disposent de moyens renforcés. En 2002, ce secteur disposait au total d'environ 480 emplois en ETP, le personnel soignant représentant le tiers de cet effectif. tableaux de bord)

- LES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE ET SON EVOLUTION DE 1994 A 2003**



- EVOLUTION DES PLACES AUTORISEES ET DES PLACES INSTALLEES**

Places autorisées restant à installer de 2003 à 2005

Places installées	Total au 1/01/2003	2003	2004	2005	Total
MAS	195	5	21		221
FAM	256	101	26	27	410
Total	451	106	47	27	631

Taux global d'équipement (MAS -FAM)

	1 ^{er} janvier 2002		Après intégration des Projets en cours	
	Région Rhône Alpes	Département du Rhône	Région Rhône Alpes	Département du Rhône
FAM	0,28	0,24	0,38	0,45
MAS	0,41	0,21	0,45	0,25
Total MAS+FAM	0,69	0,45	0,83	0,70

(*) taux d'équipement: nombre de places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

Si le Rhône reste toujours déficitaire en équipements pour adultes lourdement handicapés, la situation a évolué favorablement au cours des cinq dernières années grâce à la mise en œuvre des plans nationaux et au partenariat conclu entre l'Etat et le Département pour la création de FAM.

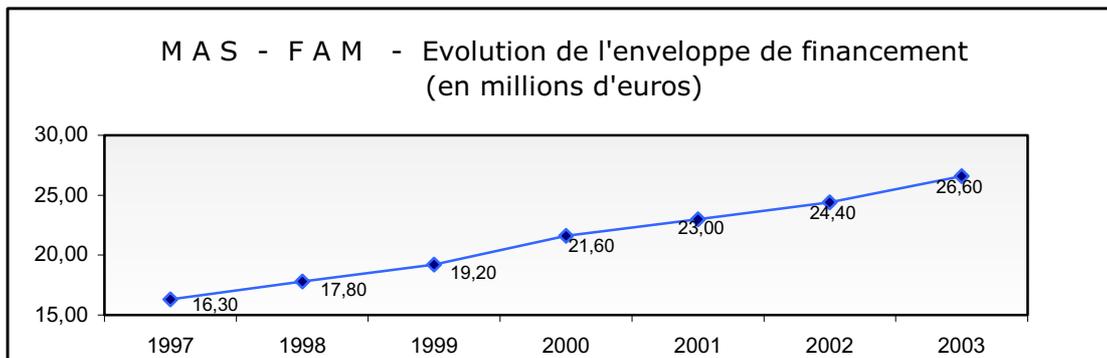
Avec la prise en compte des projets en cours, l'équipement MAS / FAM est multiplié par 2,5 entre 1998 et 2005. Environ 40% des places de FAM ont été créées par transformation de foyers de vie existants avec redéploiement des financements du Conseil Général au profit de structures nouvelles d'hébergement ou d'accueil de jour.



Même si l'on peut considérer que la situation très déficitaire en places de MAS est en partie compensée par l'équipement réalisé en FAM, des besoins importants restent à couvrir pour l'accueil des polyhandicapés.

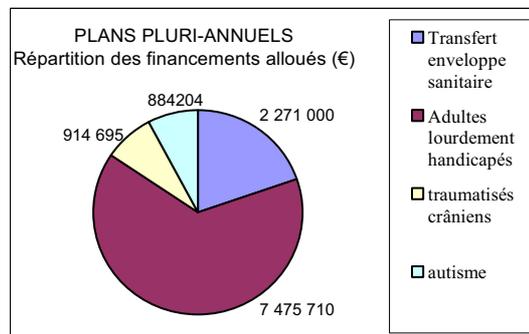
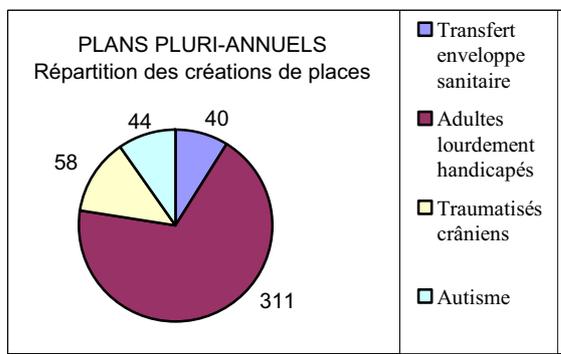
Les modes de prises en charge proposés sont encore peu diversifiés ; ainsi l'accueil de jour, l'accueil temporaire ou séquentiel restent peu répandus.

• **LES FINANCEMENTS ALLOUES AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE**



Entre 1998 et 2003, le financement au titre de l'assurance maladie a progressé de 50%.

• **LES DIFFERENTS PLANS PLURIANNUELS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES**



Grâce à une bonne réactivité du tissu associatif, le Rhône a pu bénéficier d'une part importante des moyens attribués à la Région Rhône Alpes au titre des différentes priorités de l'Etat.

Entre 1998 et 2003, une enveloppe de financement de 9 300 000 € a été allouée au département du Rhône pour l'ensemble des différents plans pluri-annuels de l'Etat,

- Autisme
- traumatisés crâniens
- Adultes lourdement handicapés.

A ce financement s'est ajouté un transfert de l'enveloppe sanitaire effectué en 1997 et 1998 pour assurer le fonctionnement de la MAS Beaujard.

Concernant la prise en charge des personnes atteintes d'autisme, l'effort d'équipement ne s'est pas limité aux seules enveloppes particulières, une part du financement alloué dans le cadre du plan pluriannuel pour adultes lourdement handicapés a également été affectée à la prise en charge de cette population.



4) Les centres de rééducation professionnelle (C R P)

Les CRP sont des établissements dotés de moyens techniques d'apprentissage et de formation générale destinés à assurer une réadaptation, une rééducation ou une formation aux travailleurs handicapés en vue de l'exercice d'une profession.

• LES GRANDES CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

➤ 5 établissements dont la capacité varie de 15 à 212 places.

2 CRP proposent d'une section pré-professionnelle pour un total de 454 places installées

Ces établissements ont un recrutement régional et même national notamment pour les deux CRP qui accueillent des déficients visuels.

LADAPT dispose d'une pré-orientation ayant pour vocation d'accueillir les travailleurs handicapés dont l'orientation reste à définir pour l'élaboration d'un projet professionnel. Le stage permet de mettre en évidence leurs aptitudes et de définir avec eux un projet professionnel adapté et d'en préciser les conditions de réalisation.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes souffrant d'un traumatisme crânien, LADAPT a mis également en place une unité d'évaluation, de ré-entraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS). Cette unité de 10 places, rattachée à la section de pré-orientation, accueille les personnes dont le handicap acquis suite à un traumatisme crânien implique une réorientation professionnelle et un suivi social.

Hormis la création de l'U.E.R.O.S. en 1997, le dispositif n'a pas évolué en capacité au cours des cinq dernières années.

• LE FONCTIONNEMENT DES CRP

Il est en totalité assuré par l'assurance maladie et couvre non seulement la prestation pédagogique mais également, si nécessaire, le logement des stagiaires. Pendant leur période de formation, les personnes handicapées disposent d'une rémunération à la charge de l'Etat qui est versée par le C.N.A.S.E.A.

L'enveloppe de financement des CRP représente 7 075 000 € soit environ 28% de l'enveloppe médico-sociale dédiée au fonctionnement des structures pour adultes handicapés.

Le financement moyen annuel par place se situe à 15 200 €. Avec un ratio moyen d'encadrement de 0,25 ETP/place, les frais de personnel représentent 71% des dépenses de fonctionnement.

L'appartenance des CRP au secteur médico-social est réaffirmée par la loi de 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui prévoit en son article 19 que le Préfet de Région arrête un schéma relatif aux CRP, intégré au schéma régional des équipements financés par l'Etat. Ce schéma n'est pas réalisé à ce jour.

ANNEXE 3

Enquêtes menées par
les services du département sur
les besoins de populations
spécifiques



ANNEXE 3 : ENQUÊTES MENÉES PAR LES SERVICES DU DÉPARTEMENT SUR LES BESOINS DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES.

Afin de mieux répondre aux besoins de cette population et dans le souci de disposer de données précises sur le territoire du département, le Conseil général a souhaité questionner directement les personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement pour personnes âgées afin de prendre en compte leurs aspirations.

CHAPITRE 1 : LES PERSONNES HANDICAPÉES VIVANT A DOMICILE ET PERCEVANT L'A.C.T.P. DANS LE RHONE

Cette enquête avait donc pour objet de mieux connaître les personnes handicapées et les difficultés qu'elles rencontrent dans leur vie quotidienne ou leur insertion sociale.

La population visée ne représente pas l'ensemble des personnes handicapées à domicile mais seulement celles bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) puisque cette prestation d'aide sociale est financée et gérée par le Département. Il est apparu essentiel de mieux cerner les besoins présents et à venir de cette population spécifique dont la grande dépendance a fait l'objet d'une évaluation par la COTOREP qui doit reconnaître un taux d'invalidité d'au moins 80% et estimer que les besoins du demandeur nécessitent l'aide d'une tierce personne dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie (cette seconde condition n'est pas applicable aux personnes atteintes de cécité.)

▪ **Présentation de l'enquête**

Un questionnaire, élaboré par les services du Département, a été envoyé à tous les bénéficiaires de l'A.C.T.P. à domicile, soit 2 341 personnes au 1.07.2002. Il était précisé sur le questionnaire que cette enquête ne présentait pas un caractère obligatoire et que le traitement des réponses serait anonyme (le volet concernant l'identité du répondant ne servant qu'à éviter les doublons).

Au total, 1 304 personnes ont répondu durant les mois de juillet à septembre, soit un taux de réponse de 56%.

Ce questionnaire, divisé en cinq volets permettait de mieux connaître la situation familiale de la personne, son degré de handicap ainsi que son environnement professionnel, social et son logement. En outre, certaines questions permettaient de mieux appréhender les aides apportées à la personne et les changements souhaités.

▪ **Les constats :**

On constate au travers de cette enquête que 61% des personnes questionnées sont en habitation individuelle, 29% sont chez un tiers (famille, ami ou famille d'accueil) et 10% sont en logement collectif (CH le Vinatier, Foyer appartements). Seulement 23% d'entre elles estiment bénéficier d'un logement aménagé à leur handicap.

Seulement 15% des personnes interrogées exercent une activité professionnelle alors même que la moyenne départementale est de 59,5% (données Insee recensement général de la population 1999). Parmi les personnes qui travaillent, 63% le font en milieu ordinaire, 24% en CAT et 12% en atelier protégé.

Lors du traitement des données, il est apparu utile d'appréhender cette enquête par type de handicap pour permettre des actions séparées et adaptées. Trois catégories se distinguent :

- ✓ les personnes malvoyantes (24% des répondants), identifiés par l'item "cécité" de la carte d'invalidité,
- ✓ les personnes en fauteuil (31%), ayant en majorité des déficiences motrices,
- ✓ les autres personnes, ensemble peu homogène mais majoritaire (45%).



Ainsi, la répartition des taux d'A.C.T.P. n'est pas homogène pour les trois catégories puisque les personnes malvoyantes ont un taux presque exclusivement de 80%, les personnes en fauteuil ont des taux répartis entre 40 et 80%. Les personnes entrant dans la dernière catégorie ont un taux d'A.C.T.P. à 40% qui pourrait correspondre aux personnes atteintes d'un handicap mental.

En outre, l'approche par type de handicap fait apparaître que :

- ✓ Les malvoyants semblent un peu plus actifs et insérés que les autres, même si cela est modéré (25% travaillent contre 15% pour les personnes en fauteuil et 30% ont des activités extérieures). Ils expriment des difficultés et des besoins en terme d'aide humaine, de transports et déplacements.
- ✓ Les personnes en fauteuil bénéficient plus souvent d'un logement aménagé, de plus d'aides techniques, et de soins infirmiers, de rééducation (78%) et d'auxiliaires de vie. Elles expriment plus de difficultés et de besoins, également en terme d'aide humaine, de transports et déplacements, mais aussi en terme de logement, qu'elles souhaitent plus adapté et accessible.
- ✓ Les "autres" personnes sont une population moins homogène qui exercent une activité professionnelle pour seulement 11% d'entre elles et qui ont peu d'activités extérieures (14%).

▪ **Les changements souhaités**

Si pour 79% des personnes interrogées, leur vie à domicile résulte d'un choix personnel il apparaît tout de même que leur situation ne répond pas totalement à leurs attentes. En effet, seulement 1/3 des personnes questionnées estiment que cette situation répond pleinement à leurs besoins.

en % du total des changements exprimés par type de handicap	Cécité	Fauteuil	Autres
Aide à domicile plus importante en quantité	4,7%	9,0%	6,7%
Aide à domicile plus importante en qualité	6,0%	5,7%	2,7%
Besoin d'accompagnement à la vie sociale	7,4%	6,7%	6,4%
Admission dans un logement individuel avec services	0,0%	1,7%	0,7%
Adaptation du logement actuel	1,3%	7,7%	5,4%
Déménagement vers un logement accessible	2,3%	7,4%	4,0%
Accueil temporaire en établissement d'hébergement spécialisé	0,0%	4,0%	2,0%
Fréquentation d'un accueil de jour	0,3%	1,7%	2,7%
Hébergement permanent en établissement spécialisé	0,7%	0,3%	2,7%
Total	22,7%	44,1%	33,1%

Dans l'ensemble, les changements souhaités concernent surtout les besoins en aides directes à la personne, aide à domicile (36%), les besoins d'accompagnement (21%), et sur le logement qui devrait être plus adapté (15%) et accessible (14%). Les personnes rencontrent des problèmes de transports et déplacements pour 31% et souhaitent des améliorations en ce sens.

Les demandes d'accueil temporaire dans des structures d'hébergement spécialisé ou la fréquentation d'un accueil de jour sont assez présentes pour la tranche d'âge des 20-39 ans. En effet, 13% d'entre eux souhaitent un accueil temporaire et 10% un accueil de jour ce qui représenterait respectivement 87 et 63 personnes.

En conclusion, cette enquête montre que les demandes les plus importantes se situent au niveau des aides à domicile et en accompagnement à la vie sociale. En outre, les besoins liés aux transports et aux déplacements méritent une attention particulière car ils sont spontanément évoqués par les personnes interrogées.



CHAPITRE 2 : LES PERSONNES HANDICAPÉES VIVANT EN MAISON DE RETRAITE

Cette enquête a été conduite auprès de personnes handicapées vivant en maison de retraite et bénéficiaires de l'aide sociale du Département du Rhône. Son objectif était de faire un état des lieux des conditions de vie, des activités, des difficultés ressenties et des changements souhaités par ces personnes.

Le questionnaire a été envoyé à 603 maisons de retraite recevant ou ayant reçu une personne handicapée domiciliée dans le département du Rhône.

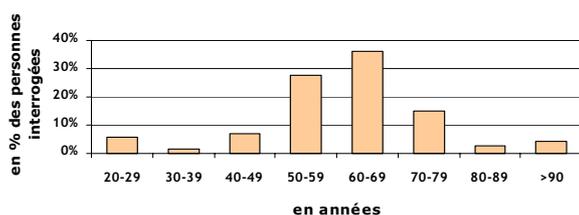
Au total, 217 questionnaires ont été renvoyés durant les mois de septembre et octobre 2002, par 134 établissements

La population totale des personnes handicapées vivant en maison de retraite n'est pas connue ni répertoriée en tant que telle, cette étude est donc plus un « témoignage » qu'une enquête représentative.

▪ Les constats :

Lorsque l'on compare la population des personnes handicapées et des personnes en maison de retraite, le constat suivant peut-être fait :

- ✓ Les hommes représentent 54% des personnes handicapées en maison de retraite alors qu'ils ne représentent que 23% de l'ensemble des personnes en maison de retraite dans le département.
- ✓ En outre, l'âge d'entrée en maison de retraite est de 55 ans pour les personnes handicapées contre 77 ans pour l'ensemble des personnes. De même l'âge moyen des résidents est de 63 ans contre 83 ans pour l'ensemble des personnes en maison de retraite.
- ✓ La durée de séjour moyenne est de 8,1 ans pour les personnes handicapées contre 4,3 ans pour l'ensemble des personnes.



80,6% des personnes entrent en maison de retraite entre 50 et 69 ans.

15,6 % entrent avant 50 ans.

De façon plus générale :

La chambre de la personne handicapée semble adaptée au handicap de la personne pour 92,9% des répondants.

Les activités proposées par l'établissement et suivies par les personnes interrogées ne représentent que 8 heures par mois en moyenne. Par exemple, le temps consacré aux sorties, promenades ne représente que 3 heures par mois et la visite chez le coiffeur représente une demi-heure par mois (détails dans le tableau ci-dessous).



Dans les accueils que l'on peut qualifier de conjoint en maison de retraite ordinaire, ces activités ne sont suivies en moyenne que 4,5 heures par mois, alors que dans les maisons de retraite qui ont un projet spécifique d'accueil de personnes handicapées les activités représentent 20 heures par mois.

Temps consacré aux activités proposées	
Sorties, visites, promenades	3
Sports	0,4
Activités culturelles	2,7
Jeux de société	1,4
Esthétique, Coiffure	0,5
	en heures par mois

L'accompagnement ou le suivi par des personnes étrangères à l'établissement se fait essentiellement par la **famille** (61%), mais 26% des personnes ne reçoivent aucune aide extérieure.

Les personnes dont le domicile se situait hors du Grand Lyon vivent majoritairement (79%) dans des établissements localisés dans cette même partie du département, mais les personnes qui avaient leur domicile dans le Grand Lyon, trouvent en majorité (52%) une maison de retraite hors du département.

- Les constats tels qu'ils ressortent de l'enquête et **les changements souhaités** sont les suivants :
 - ✓ Il existe un décalage trop important par rapport à la population accueillie dans l'établissement,
 - ✓ On note un manque d'activités adaptées à cette population ;
 - ✓ Les aides humaines à la personne sont insuffisantes ;
 - ✓ De même que le suivi psychologique est insuffisant ;
 - ✓ La formation du personnel à cette prise en charge particulière est demandée
 - ✓ De même que la création d'unités pour personnes handicapées âgées avec un projet d'accueil spécifique.

Les personnes handicapées dont témoigne cette enquête sont différentes des personnes âgées avec qui elles partagent les maisons de retraite. Elles en diffèrent par l'âge, le sexe et la santé mentale, la durée de séjour. Des activités sont plus fréquemment organisées dans les unités spécialisées que dans les accueils en maison de retraite ordinaire.

L'ensemble des demandes va dans le sens d'une meilleure prise en compte des spécificités des personnes handicapées. C'est pourquoi, le projet d'accueil pour les personnes accueillies dans ce type de structure doit faire l'objet d'une attention particulière.



ANNEXE 4

Le recensement des besoins
d'accueil en établissements et
services des personnes adultes
handicapées sur le département:
Enquête CREAI

ANNEXE 4 : LE RECENSEMENT DES BESOINS D'ACCUEIL EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES SUR LE DÉPARTEMENT : ENQUÊTE CREAMI

Afin de disposer de données précises et actuelles sur le département, le Conseil Général du Rhône et la DDASS ont souhaité faire procéder à une enquête par le CREAMI auprès des établissements et services relevant de la tarification départementale ou de celle de l'Etat. Cette étude concerne les populations d'adultes reconnues handicapées par la COTOREP, et pour lesquelles une intervention médico-sociale est mise en œuvre ou demandée.

Cette enquête a été effectuée auprès des organismes gestionnaires et des établissements et services dans l'objectif d'approfondir les connaissances en matière de structuration de l'équipement, son inscription dans le territoire départemental, les réseaux associatifs, d'établissements et de services, les caractéristiques des populations accueillies. Elle avait pour objectif de définir les points forts et les points faibles de l'offre départementale au regard des besoins satisfaits et non satisfaits des personnes.

Une enquête par questionnaire a donc été conduite auprès de tous les établissements et services du département et a concerné l'ensemble de la population présente au 1^{er} avril 2002.

Toutefois, pour connaître les possibilités de réponse du dispositif départemental, les ressortissants du Rhône restés à l'écart des établissements du département devaient être pris en compte dans l'enquête.

Ainsi :

- Les personnes bénéficiant d'un placement hors département recensées par les services de l'aide sociale départementale comme bénéficiaires ont été sollicitées par questionnaire (et notamment sur leur trajectoire institutionnelle et les retours éventuels envisagés vers le département du Rhône).
- De même, les services de la DDASS du Rhône ont recueilli auprès des établissements pour enfants handicapés du département, les données concernant les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton qui ont été inclus dans l'enquête.
- Une analyse des listes d'attente de chacun des établissements et services a été conduite après une mise à jour de celle-ci (après vérification de la situation des personnes concernées et élimination des doublons).



CHAPITRE 1 : LES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES HANDICAPÉES ACCUEILLIES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES

I. LES PERSONNES ACCUEILLIES EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DANS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE.

1. Effectif enquêté

L'effectif enquêté dans les différentes structures du Rhône est de 4 841 personnes. Il se répartit comme suit :

	AP	CAT	SAJ	FV	FAM	MAS	SAVS
EFFECTIF	241	2511	567	623	208	194	497

source CREAI (juin 2002)

Les taux de réponse à l'enquête sont particulièrement élevés, se situant entre 85% et 100%.

D'après le CREAI Rhône-Alpes :

- « La quasi-totalité de l'effectif accueilli en FAM, en MAS et en CAT a été renseigné (1 refus¹ de réponse en FAM et 4 en CAT) ;
- 94% de la population des SAJ et FV a été enquêté : 2 SAJ accueillant 50 et 5 personnes et un FV pour PHV de 10 personnes n'ont pas répondu à l'enquête, 8 personnes ont refusé l'enquête ;
- La situation de 90% des travailleurs en atelier protégé a été renseignée, 1 atelier protégé de 35 places n'a pas répondu à l'enquête (déficients moteurs) ;
- Enfin, 85% de la population bénéficiant d'un SAVS a été enquêtée, taux qui s'explique par les modalités de remplissage de l'enquête (cf. méthodologie de l'enquête) et la relative méconnaissance du suivi des personnes par les répondants (principalement les structures de travail protégé). »

Pour les foyers d'hébergement, il est à noter que cette structure n'apparaît pas en tant que telle dans l'analyse du CREAI, qui a intégré les données sur la personne handicapée accueillie par le biais des CAT qui remplissaient une fiche reprenant l'activité professionnelle et l'hébergement de la personne.

2. Démographie

Sources enquête CREAI

	AP	CAT	SAJ	FV	FAM	MAS	SAVS
âge moyen	37 ans	37 ans	36 ans	47 ans	33 ans	39 ans	39 ans
écart-type	9 ans	10 ans	11 ans	16 ans	8 ans	10 ans	10 ans
HOMMES							
effectif et %	150 (62%)	1391 (55%)	327 (58%)	278 (45%)	143 (69%)	105 (54%)	303 (61%)
âge moyen	37 ans	37 ans	35 ans	43 ans	32 ans	39 ans	39 ans
FEMMES							
effectif et %	91 (38%)	1120 (45%)	240 (42%)	345 (55%)	65 (31%)	89 (46%)	194 (39%)
âge moyen	37 ans	37 ans	36 ans	50 ans	34 ans	38 ans	38 ans

1 . En respect des règles imposées par la CNIL, chacun des usagers ou son représentant, après information de l'existence de l'enquête et de ses objectifs, pouvait refuser qu'un questionnaire le concernant soit rempli.



écart-type : indicateur mesurant la dispersion des âges autour de la moyenne.

- **AGE MOYEN**

Selon le CREAI : « L'âge moyen des personnes accueillies dans les établissements et services du Rhône en faveur des adultes handicapés est de 38 ans.

Il varie de 33 ans pour les adultes accueillis en foyer d'accueil médicalisé à 47 ans en moyenne pour les personnes accueillies en foyer de vie.

On mesure peu d'écart entre les hommes et les femmes à l'exception des adultes en foyer de vie où les femmes ont en moyenne 7 ans de plus que les hommes. »

- **SEXE**

L'étude révèle que 56% des adultes handicapés pris en charge dans les structures du département du Rhône sont des hommes.

On notera que cette prédominance masculine est présente dans chaque catégorie de structure (de 54% à 69%) sauf dans les foyers de vie où cette proportion est inversée (55% de femmes).

3. Rattachement géographique

Pour ce rattachement, le CREAI a fondé son enquête sur le département de la COTOREP à l'origine de l'orientation dans un établissement du Rhône mais aussi sur le département de résidence des personnes (pour les externes) ou de leur famille ou encore de la personne ressource.

	AP	CAT	SAJ	FV	FAM	MAS	SAVS
Rhône	95%	94%	97%	87%	75%	93%	97%
Ain	3%	2%	1%	2%	7%	1%	-
Isère	<1%	1%	1%	1%	5%	3%	-
Loire	<1%	2%	1%	5%	4%	-	1%
Ardèche	-	-	-	<1%	1%	-	-
Drôme	-	-	-	1%	1%	-	-
Savoie	<1%	-	-	<1%	-	-	-
Haute-Savoie	-	-	-	-	1%	-	-
Saône-et-Loire	-	1%	-	1%	1%	1%	2%
Autre département	-	-	-	2%	5%	2%	-

Sources enquête CREAI

On constate que 93% des personnes accueillies dans les établissements du Rhône résident ou sont rattachées au département du Rhône. On notera par ailleurs que les personnes prise en charge dans les établissements du Rhône qui sont originaires d'un autre département viennent principalement de départements limitrophes : il s'agit de l'Ain, l'Isère, la Loire.

Toutefois, pour les foyer d'accueil médicalisé, 25% des adultes sont originaires d'un autre département que le département d'accueil actuel (notamment 7% dans l'Ain).



4. Déficience principale

	CAT	SAJ	FV	FAM	MAS	SAVS
Déficience intellectuelle	67%	63%	53%	39%	75%	40%
<i>déficience intellectuelle légère</i>	17%	2%	3%	-	-	25%
<i>déficience intellectuelle moyenne</i>	38%	36%	24%	2%	5%	15%
<i>déficience intellectuelle profonde et sévère</i>	12%	25%	26%	33%	70%	-
<i>autre déficience intellectuelle</i>	-	-	-	4%	-	-
Déficience du psychisme	15% (*)	12%	16%	28%	2%	43%
Déficience motrice	6%	19%	10%	22%	3%	5%
Déficience visuelle	6%	-	9%	6%	-	-
Déficience auditive	1%	1%	9%	-	-	-
Polyhandicap	-	-	-	-	18%	-
Autre déficience	-	3%	3%	4%	2%	2%
non-réponse	5%	2%	-	-	-	10%

(*) Il s'agit d'une estimation, le CAT Messidor n'ayant pas renseigné la partie médicale du questionnaire, la totalité de la population accueillie par cette structure (136 personnes) a été intégrée à la catégorie « déficience du psychisme ».

On peut noter que:

⇒ La population accueillie dans les établissements et services du département du Rhône présente une proportion élevée de déficiences intellectuelles.

- Il s'agit de déficiences profondes et sévères en MAS (70%) et en FAM (33%);
- En CAT et en SAJ, on remarque une proportion de déficiences intellectuelles semblable avec une prééminence de déficiences intellectuelles moyennes (38% en CAT et 36% en SAJ) ;
- En FV (53%) et en FAM (39%), il existe un taux moindre de déficiences intellectuelles, tout comme en SAVS (25% de déficiences intellectuelles légères et 15% de déficiences intellectuelles moyennes) ;

⇒ Les déficiences du psychisme sont particulièrement présentes en SAVS (43%) et en FAM (28%) ;

⇒ La population d'adultes handicapés présentant les déficiences motrices est, quant à elle, présente en FAM (22%) et en SAJ (19%) ;

⇒ La notion de polyhandicap renvoie à des profils de handicaps lourds (la déficience intellectuelle, la déficience motrice et les troubles du comportement). Le polyhandicap concerne exclusivement les MAS (18%) ;

⇒ pour ce qui concerne les déficiences sensorielles,

- Les CAT et les FAM accueillent 6% de déficients visuels,
- Les FV 9% de déficients visuels et 9% de déficients auditifs.



II. LES PERSONNES ACCUEILLIES EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICES HORS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE.

*Sources des données : Conseil Général du Rhône et enquête auprès des établissements
Exploitation des données : CREAÎ Rhône-Alpes*

L'Aide Sociale du Rhône finançait en avril 2002, **506 places** en établissements spécialisés pour personnes handicapées en dehors du Rhône. Ces places étaient réparties dans **195 établissements sur 43 Départements**.

Selon le CREAÎ, « 80% de ces établissements ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à **399 prises en charge** et à **361 personnes** (une même personne pouvant bénéficier de deux prises en charge : Un accueil de jour et un foyer d'hébergement ou un SAVS). »

Il convient de s'interroger sur ces placements hors du département du Rhône. S'agit-il d'une défaillance du dispositif départemental ou est-il induit par une plus grande proximité géographique de l'établissement d'accueil vis à vis de la personne ressource de la personne handicapée ?

Les résultats de l'enquête montrent que 251 personnes soit 70% des personnes enquêtées sont accueillies dans un département de la région Rhône-alpes ou limitrophe (Saône-et-Loire) et plus particulièrement dans l'Ain (105 personnes soit 29%) ou dans l'Isère (47 personnes soit 13%).

1. Répartition par type de structure

Les principales structures d'accueil sont :

- Les foyers de vie : plus de 4 personnes sur 10 (44%)
- Les foyers d'hébergement (34%)
- Les FAM à hauteur de 15%.

2. Domicile de la personne ressource

Pour plus des trois quart (233) des personnes accueillies dans un établissement hors-Rhône qui ont répondu à l'enquête, la résidence des personnes ressource est située dans le **Rhône**.

La personne ressource est la personne de l'environnement de l'adulte handicapé qui compte comme ressource pour celui-ci (famille, fratrie...).

On note que pour 14% des personnes enquêtées, la résidence de la personne ressource est située dans le même département que l'établissement d'accueil actuel hors Rhône.

3. Déficiences principales par type de structure

L'enquête du CREAÎ constate que :

- « 2/3 des adultes accueillis hors Rhône en SAJ + FH souffrent de **déficiences motrices**. A titre de comparaison, 24% des adultes handicapés accueillis dans un SAJ + FH dans le Rhône présentent une déficience motrice (déficience principale).
- 2/3 des adultes accueillis en CAT + FH présentent une déficience intellectuelle (seulement 7% présentent une déficience motrice). Cette proportion est conforme à celle concernant les personnes accueillies dans les mêmes catégories de structures dans le département du Rhône.
- 40% des adultes accueillis en FV présentent une **déficience du psychisme** (16% pour les personnes accueillies en FV dans le Rhône).
- les adultes accueillis hors Rhône en FDT présentent un polyhandicap pour 11% d'entre eux et un plurihandicap pour 7%.
- 2/10 personnes relevant de l'amendement Creton et accueillies en IME présentent un polyhandicap, les 8 autres présentent une déficience intellectuelle. »



4. Les flux d'entrée et de sortie du département du Rhône

Le tableau ci-dessous permet de mettre en perspective les flux d'entrée et de sortie du département du Rhône :

	nombre de personnes accueillies dans un établissement du Rhône, originaires d'un autre département	nombre de personnes originaires du Rhône, accueillies dans un établissement d'un autre département
FH (+ CAT)	74	89
SAJ + FH	3	31
SAJ (sans FH)	9	1
FV	84	159
FAM/FDT	53	54
MAS*	?	92

source : enquêtes CREAI

(*) **92** personnes originaires du Rhône sont aujourd'hui en MAS hors-département (en Rhône-Alpes), dont 25 dans l'Ain et 34 en Ardèche. On peut penser qu'une partie de cet effectif se trouve inscrite sur les listes d'attente des MAS du Rhône — source : DDASS du Rhône.



CHAPITRE 2 : LE RECENSEMENT DES BESOINS DÉCOULANT DE L'ENQUETE DU CREAI

Dans le cadre d'un schéma départemental en faveur des personnes handicapées adultes une étape essentielle consiste à élaborer d'après une analyse fine des besoins, une projection de l'évolution des équipements sur le département. Pour dresser cet état des lieux et évaluer la nature des besoins, nous disposons :

- des données statistiques émanant des équipes techniques de la COTOREP ;
- les résultats de l'enquête menée par la DDASS du Rhône sur les sorties du dispositif enfant ;
- ainsi que celle consacrée aux jeunes relevant de l'amendement Creton ;
- l'étude de la situation des personnes accueillies en établissements et services et leur évolution réalisée par le CREAI. Celle-ci précise :
 - o les réorientations souhaitées par les établissements et services au vu des besoins des personnes,
 - o les besoins quantitatifs et qualitatifs à partir d'une analyse des listes d'attente des établissements.

I Les données COTOREP

Les équipes techniques de la COTOREP éditent depuis 1997 une étude annuelle basée sur des recueils statistiques des orientations effectuées.

L'objectif est de recueillir une banque de données sur l'activité des équipes techniques placement et milieu protégé, afin de mieux appréhender la population demandeuse et de s'intégrer ensuite à un véritable observatoire des besoins pour les personnes en situation de handicap dans le département du Rhône.

Pour la seule année 2002 :

- 1 669 placements en établissements ou accueils de jour ont été décisionnés, dont 899 dossiers concernaient une première demande.
- 519 orientations nouvelles ont été faites vers le milieu protégé (CAT ou AP)

Dans le cadre de cette étude, on peut constater que la COTOREP notifie ses décisions sans connaître et prendre en compte les places disponibles. Jusqu'à ce jour, la COTOREP n'est pas en mesure d'assurer un suivi des décisions prises, en matière d'orientation des personnes adultes handicapées et ne peut donc indiquer les besoins notamment en terme de placements.

En effet, ces décisions, précisant le type d'orientation, fixent une durée de placement valable à compter de la date d'entrée dans un établissement.

Lorsque l'intéressé est accueilli par un établissement, la COTOREP n'en est informée qu'à la demande de renouvellement.



Si l'intéressé ne trouve pas de place d'accueil ou ne souhaite pas suivre la décision prise qui ne s'impose pas à lui mais à l'établissement, la COTOREP perd de vue la situation. Il est en conséquence difficile d'évaluer les besoins en terme de structures pour personnes handicapées à partir du suivi de ces orientations tel qu'il fonctionne actuellement. Fin de l'année 2003, un suivi des orientations en établissement devrait s'effectuer à partir d'un logiciel adapté (LISA) qui devrait permettre un meilleur recensement des besoins.

Dans le cadre du bilan d'activité 2002, l'équipe technique apporte néanmoins un éclairage sur les besoins de créations de nouvelles prises en charge.

Elle signale, ainsi que certaines propositions d'orientation souhaitables ou idéales ne correspondent pas à une structure existante (psychose stabilisée sur un mode déficitaire, personnes présentant une diminution des fonctions cognitives après un long passé de conduites addictives).

II Anticipation des sorties du dispositif pour enfants

L'estimation des sorties se base sur les résultats d'une enquête menée par la DDASS du Rhône auprès des établissements médico-éducatifs du Rhône et des établissements hors-département accueillant des enfants ou adolescents originaires du Rhône.

L'estimation, pour les jeunes accueillis dans les établissements du Rhône se base sur la méthode suivante : (sorties des 3 dernières années + sorties prévues pour les 3 années à venir) divisées par 6, soit une réflexion portant sur 6 années.

Pour les jeunes accueillis dans des établissements d'un autre département, la moyenne des sorties prévues sur 3 ans a été retenue.

La moyenne des sorties annuelle est estimée à 277 jeunes dont 257 accueillis dans un établissement du Rhône (93% de l'effectif), et 20 jeunes originaires du Rhône accueillis dans un établissement d'un autre département (7%).

Les déficiences ou les troubles présentés par ces jeunes :

- 39% présentent une déficience intellectuelle moyenne ou sévère
- 26% des troubles du caractère et du comportement (jeunes accueillis en institut de rééducation)
- 13% une déficience intellectuelle légère avec troubles associés
- 13% sont déficients moteurs ou IMC.
- 1% sont des déficients visuels et/ou des déficients auditifs.

Répartition des sorties

milieu ordinaire	98
CAT ou AP sans hébergement	66
CAT ou AP avec hébergement	23
SAJ	20
Foyer de Vie	20
FAM	11
MAS	10
autres	29

- **36% des sorties** se font vers le **milieu ordinaire** (il s'agit essentiellement de jeunes sortant d'IR mais aussi de jeunes présentant une déficience intellectuelle légère avec troubles associés (19% des sorties vers le milieu ordinaire, voire une déficience intellectuelle moyenne ou sévère (15% des sorties vers le milieu ordinaire) ;



- **89 sorties** (32%) viseraient **un CAT ou un AP** (CAT principalement), dont un quart concernent une orientation vers le dispositif de travail protégé avec foyer d'hébergement (à noter : pour les déficients moteurs ou les IMC, le taux de demande d'hébergement est de 50%) ; près des deux tiers de la population concernée présente une déficience intellectuelle moyenne ; 17% une déficience intellectuelle légère avec troubles associés ;

- l'orientation en **SAJ ou FV (40 personnes)** représente **14% des sorties** et concerne très majoritairement des personnes présentant une déficience intellectuelle moyenne ou sévère (65% de la population orientée en FV et 85% de la population orientée en SAJ) ;

- **8% des sorties** se font vers **un FAM ou une MAS (21 personnes)**, cet effectif présente 57% de personnes souffrant de polyhandicap, un quart une déficience motrice ou IMC, 19% une déficience intellectuelle sévère ;

- les orientations vers une MAS concerneraient 10 personnes, 9 polyhandicapés et 1 déficient moteur (ou IMC) ;
- les orientations vers un FAM concerneraient 11 personnes, 1/3 de déficients intellectuels moyens ou sévères, 1/3 de polyhandicapés, 1/3 de déficients moteurs ou IMC.

III Les jeunes relevant de l'amendement Creton

Au premier janvier 2002, la DDASS du Rhône a dénombré 110 jeunes concernés, dont 87 accueillis dans le Rhône, 23 (originaires du Rhône) accueillis dans des établissements situés dans un autre département.

Les déficiences présentées par ces jeunes se répartissent comme suit :

- 37% de jeunes souffrant de polyhandicap,
- 31% présentant une déficience intellectuelle moyenne ou sévère,
- 30% présentant une déficience motrice.

A noter, parmi les jeunes relevant de l'amendement Creton :

- 1 polyhandicapé sur 4 est accueilli dans un autre département,
- 1 jeune sur 3 présentant une déficience intellectuelle moyenne ou sévère est accueilli dans un autre département.

Les orientations concernant ces jeunes visent principalement une MAS (38 personnes, 35%) ou un FAM (33 personnes, 30%), puis un FV (13 personnes, 12%) ou un SAJ (12 personnes, 11%). Le travail en milieu protégé représente 13% (14 personnes, 9 sans hébergement, 5 avec hébergement) de l'effectif.

IV les réorientations souhaitées par les établissements et services

L'enquête du CREAI Rhône-Alpes auprès des établissements comporte une partie destinée à recenser, pour les personnes accueillies, les modifications de la prise en charge actuelle apparaissant comme souhaitables en terme d'activité, d'hébergement ou de soutien.



1. Situation optimale concernant l'activité des travailleurs en milieu protégé et des personnes accueillies en SAJ

❖ Les travailleurs en milieu protégé

Une modification de l'activité est souhaitable pour **555 personnes** soit 20% des travailleurs actuellement en milieu protégé : 35% des personnes en AP, 18% des personnes en CAT.

Les 2/3 de ces modifications sont souhaitables rapidement (le plus tôt possible ou dans les 2 prochaines années).

Plus de la moitié des personnes souffrant d'une déficience du psychisme sont concernées par une modification de leur prise en charge actuelle en terme d'activité, tout comme 15% des personnes présentant une déficience intellectuelle et 15% des adultes présentant une déficience motrice.

Les principales modifications sont décrites ci-dessous.

- **Réorientation vers une formation en milieu ordinaire : 15 personnes** (7 personnes en AP et 8 en CAT (dont 5 au CAT Messidor) sont concernées par ce type de réorientation.)
- **Réorientation vers un travail en milieu ordinaire : 159 personnes** (57 travailleurs en AP sont concernés par cette réorientation et 102 travailleurs en CAT 1/3 dans les 4 prochaines années, 2/3 dans les 2 ans à venir.) On constate que les 2/3 vivent actuellement en logement autonome, 1/3 sont hébergés chez leurs parents ou chez des proches et que les 3/4 présentent une déficience du psychisme.
- **Réorientation vers un établissement spécialisé : 338** Presque 12% des travailleurs en CAT et 6% des travailleurs en AP sont concernés par une réorientation dans un autre établissement spécialisé (ou à temps partiel).
 - 27 travailleurs en CAT sont concernés par une réorientation vers un atelier protégé (1% des personnes actuellement accueillies en CAT). Les 3/4 sont au CAT Messidor au moment de l'enquête.
 - 35 soit 1% devraient être réorientées vers une structure de même type (CAT) mieux adaptée en terme de déficiences ou d'implantation géographique.
 - Pour 59 soit 2% des personnes actuellement en CAT à temps plein, un travail à temps partiel serait souhaitable avec pour plus de la moitié d'entre eux une activité complémentaire en SAJ. Les 4/5 présentent des symptômes liés au vieillissement.
 - 62 (2%) devraient être orientés vers des activités occupationnelles (SAJ). Ces derniers sont âgés de 45 ans en moyenne et plus des 3/4 présentent des symptômes de vieillissement.
 - 100 (4%) devraient être réorientés vers une structure de type foyer de vie.
 - 5 vers un FAM (FDT).
- **Réorientations vers une autre structure.** L'activité optimale de quelques personnes seraient une réorientation vers un service de psychiatrie, un établissement expérimental en faveur des adultes handicapés, un appartement thérapeutique ou encore un établissement de réadaptation fonctionnelle.
- **Réorientations vers une maison de retraite** 34 personnes soit 1% devraient être orientés dans les prochaines années vers une maison de retraite ou un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes (50% dans les 4 prochaines années).

❖ Les personnes accueillies en SAJ

356 personnes (soit 63% de l'effectif SAJ) sont concernées par une réorientation souhaitable dans les 4 années à venir.

Pour 40% des personnes concernées par une réorientation, celle-ci devrait s'effectuer le plus tôt possible ; pour 26% dans les deux années à venir, pour 33% dans les quatre années à venir.

23% des personnes présentant une déficience intellectuelle sont concernées par une modification de leur prise en charge actuelle en terme d'activité, tout comme 25% des personnes souffrant d'une déficience du psychisme et 16% d'une déficience motrice



Les principales modifications sont décrites ci-dessous.

- **Réorientations souhaitables vers un CAT : 37** personnes (6,5% de l'effectif SAJ) sont potentiellement concernées par une réorientation vers un CAT dont 3 à temps partiel.
- **Réorientations souhaitables vers un Foyer de Vie : 149** personnes (26% de l'effectif SAJ) sont concernées par une réorientation vers un FV, dont presque la moitié le plus tôt possible.
- **Réorientations souhaitables vers un FAM (FDT) : 22** personnes (4% de l'effectif SAJ) sont citées comme étant potentiellement concernées par une réorientation vers un FAM.
- **Réorientations souhaitables vers une MAS : 6** personnes (1% de l'effectif SAJ) sont concernées par une réorientation vers une MAS.
- **Réorientations souhaitables vers une maison de retraite : 11** personnes (2% de l'effectif de référence) accueillies en SAJ sont concernées par ce type de réorientation.

2. Situation optimale concernant l'hébergement des travailleurs en milieu protégé ou des personnes en SAJ

❖ Les travailleurs en milieu protégé

Une modification de l'hébergement actuel est souhaitable pour **537** personnes soit 19% des travailleurs en milieu protégé : 5% des travailleurs en AP et 21% des travailleurs en CAT. Presque la moitié de ces modifications est attendue dans les 4 prochaines années.

- **Réorientation vers un logement en milieu ordinaire : 75 personnes** sont concernées. Presque la moitié des réorientations souhaitables vers un logement en milieu ordinaire concerne des personnes hébergées chez leurs parents, la fratrie ou des proches au moment de l'enquête. L'autre moitié concerne en grande majorité des personnes hébergées en FH au moment de l'enquête, et dans une moindre mesure en foyer de jeunes travailleurs, en CHRS ou en service de psychiatrie pour adultes. La moitié des adultes pour lesquels une réorientation vers un logement en milieu ordinaire est souhaitable devraient également bénéficier d'un suivi par un SAVS.
- **Réorientation en foyer d'hébergement : 231** soit 10% des travailleurs en CAT — principalement hébergés chez leurs parents au moment de l'enquête — devraient être orientés FH, dont 23 en hébergement séquentiel.
- **Autres modifications de l'hébergement souhaitable**
 - 17 travailleurs hébergés en FH au moment de l'enquête (soit 4%) devraient être réorientés vers un appartement thérapeutique.
 - Les autres modifications d'hébergement sont pour la plupart liées à l'arrêt de l'activité professionnelle (notamment réorientation en FV ou en maison de retraite).

Pour au moins 15% des personnes concernées par une modification de leur prise en charge actuelle, cette réorientation envisagée ne correspond pas à leur souhait : 1/5^{ème} des réorientations envisagées en FV ne sont pas souhaitées par les personnes handicapées elles-mêmes ainsi que 1/5^{ème} des réorientations en foyer d'hébergement.

❖ Les personnes accueillies en SAJ

- **Réorientations souhaitables vers un foyer d'hébergement : 69 personnes** (12% de l'effectif SAJ) accueillies en SAJ — toutes hébergées chez leurs parents au moment de l'enquête excepte une en logement personnel — sont potentiellement concernées par une réorientation vers un FH.
- **Autres modifications de l'hébergement souhaitable** : les autres modifications d'hébergement sont liées à un placement en mas, FAM ou maison de retraite (cf. les modifications de l'activité).

Dans au moins un cas sur quatre, la réorientation envisagée ne correspond pas au souhait de la famille : il s'agit de 4 réorientations vers un FAM sur 21 souhaitables, de 3 orientations vers une MAS sur 6 souhaitables, de 3 orientations vers un FV sur 20 souhaitables, de 3 orientations en maison de retraite sur 11 souhaitables.

Dans au moins un cas sur cinq, elle ne correspond pas au souhait de la personne concernée (même réorientations que ci-dessus concernées).



3. Situation optimale concernant les personnes en FV, en MAS ou en FAM

❖ Les personnes en FV

247 personnes (soit 40% de l'effectif FV) seraient concernées par une réorientation au cours des 4 prochaines années.

Les orientations les plus significatives sont détaillées ci-après :

- **Réorientations souhaitables vers un Foyer d'hébergement et/ou un CAT : 12** personnes (2% de l'effectif) accueillies en FV sont potentiellement concernées par une réorientation vers un FH et ou un CAT, dont 7 le plus tôt possible.
- **Réorientations souhaitables vers un autre Foyer de Vie : 20** personnes (3% de l'effectif présent en FV) devraient être réorientées vers un autre FV.
- **Réorientations souhaitables vers un FAM (FDT) : 20** personnes (3% de l'effectif) accueillies en FV sont potentiellement concernées par une réorientation vers un FAM.
- **Réorientations souhaitables vers une MAS : 8** personnes (1% de l'effectif) accueillies en FV sont potentiellement concernées par une réorientation vers une MAS. Des symptômes psychiatriques allant au-delà de la capacité de prise en charge de la structure sont indiqués pour la moitié.
- **Réorientations souhaitables vers une maison de retraite : 51** personnes (8% de l'effectif de référence) accueillies en FV sont concernées par une réorientation vers une maison de retraite ; les 3/4 le plus tôt possible. 9/10 sont des femmes et l'âge moyen est élevé (69 ans) et la durée moyenne de séjour dans l'établissement actuel est de 34 ans.

Concernant l'ensemble des réorientations souhaitables des personnes accueillies en FV :

Dans au moins un cas sur dix, la réorientation envisagée ne correspond pas au souhait de la famille, du responsable légal ou de la personne concernée.

Il s'agit de réorientations souhaitables par l'équipe de l'établissement vers un autre FV ou un FAM et dans une moindre mesure en MAS ou en maison de retraite.

❖ Les personnes en MAS ou en FAM

96 personnes sont concernées par une réorientation, soit **24%** de l'ensemble : 42 personnes en MAS au moment de l'enquête et 54 en FAM.

De plus, 25 personnes en FAM sont concernées par un réajustement du projet individuel (sans autre précision).

- **Réorientation vers une formation en milieu ordinaire** et vers un travail en milieu ordinaire : Il s'agit de 3 personnes accueillies en FAM (les charmattes - APF), âgées de 23, 26 et 41 ans et présentes dans l'établissement depuis environ 1 an.
- **Réorientations souhaitables de MAS vers un FAM : 12 personnes depuis 5 ans en MAS devraient être réorientées en FAM.**
- **Réorientations souhaitables vers une MAS :**
 - **8** personnes âgées de 34 ans en moyenne, séjournant depuis 8 ans dans le FAM actuel devraient être réorientées en MAS
 - **10** personnes actuellement en MAS en accueil de jour et hébergées chez leurs parents, devraient bénéficier d'un hébergement en MAS (3 le plus tôt possible, 5 dans les 4 prochaines années).
- **Réorientations souhaitables de FAM vers un FV : 7 personnes.**
- **Autres réorientations souhaitables**

2 personnes présentant un traumatisme crânien et séjournant en FAM depuis environ 1 an devraient être réorientées en atelier protégé à temps partiel au cours des 2 prochaines années.

4 personnes accueillies en MAS devraient être orientées en maison de retraite au cours des prochaines années ; elles ont en moyenne 56 ans au moment de l'enquête.

Enfin on peut noter que pour 15 (8 personnes en MAS et 7 en FDT), un suivi par le **secteur psychiatrique** en complément de la prestation apportée actuellement serait nécessaire.



Pour l'ensemble des réorientations souhaitables en MAS / FAM :

Dans au moins 63% des cas, la modification de la prise en charge actuelle est inscrite au projet individuel (25% de non-réponse) ; elle correspond au souhait de la famille ou du responsable légal pour au moins 40% (1/3 de non-réponse).

Cette réorientation envisagée ne correspond pas au souhait de la personne handicapée pour 26%.

V Les listes d'attente

L'analyse des listes d'attente effectuée par le CREAI permet une évaluation des besoins par une approche :

- quantitative : nombre de personnes en attente par catégorie d'établissement
- qualitative : meilleure connaissance de la population qui se trouve en situation d'attente selon l'âge et la déficience principale.

Le recueil des données concernant les listes d'attente des établissements et services a été effectué sous forme d'enquête auprès des structures concernées.

Avant de procéder à la saisie des données, il appartenait aux établissements et services concernés d'envoyer à chaque personne inscrite sur leurs listes d'attente un courrier l'informant qu'une enquête la concernant était en cours ; ce document était destiné à confirmer la situation d'attente de la personne ainsi qu'à recueillir les informations permettant aux établissements et services de compléter et mettre à jour les grilles de recueil de données.

Ces fichiers ont été retournés, avec les données saisies, au CREAI Rhône-Alpes pour vérification, traitement et analyse des données.

Pour cette étude, seules les personnes pour lesquelles une notification COTOREP a été prononcée, et en attente de place dans les établissements enquêtés ont été prises en compte.

La date de mise à jour des listes d'attente s'est échelonnée de janvier 2001 à octobre 2002.

Compte tenu du taux de non-réponse pour certaines catégories d'établissements (les AP et les SAVS n'ont pas été traités dans cette analyse faute d'un taux de réponse satisfaisant), auquel s'ajoute pour certaines variables, une proportion parfois élevée de non-réponse, il convient de considérer les chiffres avec précaution.

Catégorie	Capacité départementale		Attentes exprimées d'après l'étude de CREAI		% d'attente par rapport à la capacité départementale au 31/12/2003	
	Etude CREAI 2002	Au 31/12/03	hypothèse haute	hypothèse basse	hypothèse haute	hypothèse basse
CAT	2486	2614	189	179	7.23%	6,85%
FH	1394	1318	81	72	6.14%	5.46%
SAJ	562	691	40	34	5.79%	4.92%
FV	736	710	136	88	19.15%	12,39%
FDT	239	357	228	130	63.86%	36.41%
MAS	188	200	103	76	47.5%	35%
FDT-FV			4			
MAS (AJ)			8			

Deux hypothèses sont proposées :

- o Tout d'abord **l'hypothèse haute** qui prend en compte des inscriptions multiples d'une même personne sur les listes d'attente d'établissements de catégories distinctes (ex : une même personne à la fois inscrite en FDT, MAS, et en FV)
- o et d'autre part **l'hypothèse basse** qui prend en compte pour une personne une seule inscription sur liste d'attente d'un établissement (soit en FAM, en MAS, ou en FV) et qui n'intègre pas les personnes bénéficiant d'une solution institutionnelle (les personnes accueillies dans un établissement hors du département du Rhône ou en hôpital psychiatrique, ..., ne sont pas comptabilisées comme en attente).



Les principales attentes par catégories d'établissements

1. Les établissements de travail protégé : les CAT

Taux de vérification des fiches : 63%

Pour les personnes en situation d'attente en CAT :

- Le nombre de personnes se situe entre 179 personnes (hypothèse basse) et 189 personnes (hypothèse haute) soit **entre 6.85% et 7,23% de la capacité d'accueil départementale** en CAT au 31 décembre 2003.
- 9 personnes en attente **(5%) sont originaires d'un autre département** que le Rhône.
- L'âge moyen est de 31 ans pour les hommes et de 32 ans pour les femmes et **65% de la population se situe dans la fourchette des 20/39 ans.**
- Plus **d'une personne sur 3 est hébergée chez ses parents** (35%) au moment de l'attente (âge moyen : 29 ans), et **une sur 4 habite un logement personnel** en milieu ordinaire (âge moyen : 36 ans) ;
- 18 personnes (soit 9,5%) sont également en attente d'hébergement en Foyer d'hébergement. Par contre, pour 83% des personnes le souhait en terme d'hébergement n'est pas connu
- **Au moins une personne sur deux est sans activité au moment de l'attente**
- **Une personne sur 4 au moins ne bénéficie d'aucun soutien**; ils sont sur-représentés parmi l'effectif des personnes hébergées chez leurs parents (42%) ;
- Par contre, **une personne sur 4 au moins bénéficie de soins** dispensés par le secteur **psychiatrique**
- **La durée d'attente se situe majoritairement (63%) dans la fourchette moins de 1 an à 18 mois.**
- Compte tenu du faible taux de réponse au questionnaire, la pertinence d'une analyse sur la déficience reste sujette à caution.

Ainsi, l'enquête indique que :

- 53% de l'effectif présente une déficience intellectuelle,
- 29% une déficience du psychisme (y compris les troubles du comportement),
- 13% une déficience motrice,
- 4% une déficience visuelle,
- 11 personnes présentent un traumatisme crânien ou une autre lésion cérébrale acquise.

A noter : Messidor et Industrie Service, qui accueillent des personnes présentant des troubles mentaux **comptent 23% de l'effectif en attente de place dans un CAT** (soit 43 personnes). Cette population présente des caractéristiques sensiblement différentes des autres attentes en CAT, notamment :

- 67% ont un logement personnel en milieu ordinaire contre 26% pour l'ensemble des attentes en CAT,
- 86% sont sans activité au moment de l'attente contre 49% pour l'ensemble
- les 35-39 ans sont 28% contre 17% pour l'ensemble.



2. Les établissements d'hébergement : FH

Taux de vérification des fiches : 63%

Pour les personnes en situation d'attente :

- Le nombre de personnes se situe entre 72 personnes (hypothèse basse) et 81 personnes (hypothèse haute) soit **entre 5.45% et 6.13% de la capacité d'accueil départementale** en FH au 31 décembre 2003.
- 22 personnes en attente (**27%**) **sont originaires d'un autre département** que le Rhône, dont 7 de la Loire.
- **L'âge moyen** est de **33 ans** pour les hommes et de **30 ans** pour les femmes et **65% de la population ont moins de 35 ans, 89% ont moins de 45 ans.**
- **4 personnes sur 10 sont hébergées chez leurs parents** au moment de l'attente (âge moyen : 32 ans), et **7% habite un logement personnel** en milieu ordinaire (âge moyen : 43 ans) ; **une sur 10 vit en IME** (âge moyen : 21 ans)
- **Près de 4 personnes sur 10 sont sans activité** au moment de l'attente, **près d'une sur 3 est en CAT et une sur 10 en IME.** Un tiers sont en attente de place en CAT, et 19% en attente de SAJ
- **Au moins, un tiers des personnes en attente de FH ne bénéficient d'aucun soutien ;**
- De même, **plus du quart des personnes ne bénéficient d'aucun soin.**
- Par contre, **12% bénéficient de soins psychiatriques.**
- **La durée d'attente est, pour un quart, de moins de un an ;** plus de la moitié des demandes ont été effectuées sur les années 1999-2002.
- L'enquête indique que :
 - 62% des personnes présentent une déficience intellectuelle
 - 21% une déficience motrice,
 - 12% une déficience du psychisme
 - 7% présentent une psychose
 - 7% une trisomie 21
 - 5% une déficience visuelle.



3. Les établissements d'accueil de jour : les SAJ

Taux de vérification des fiches : 68%

Pour les personnes en situation d'attente :

- Le nombre de personnes se situe entre 34 personnes (hypothèse basse) et 40 personnes (hypothèse haute) soit **entre 4.92% et 5.79% de la capacité d'accueil départementale** en accueil de jour au 31 décembre 2003.
- 13 personnes en attente (**un tiers**) **sont originaires d'un autre département** que le Rhône.
- 72% sont des hommes, 28% des femmes.
- **L'âge moyen** est de **29 ans** pour les hommes et de **31 ans** pour les femmes et **38% sont dans la tranche des 20/24 ans, 70% dans la tranche des 20/39 ans.**
- **Près d'une personne sur 2 est hébergée chez ses parents** au moment de l'attente (âge moyen : 27 ans), et **13% sont en FH** (âge moyen : 35 ans) ;
- **Près des deux tiers sont sans activité** au moment de l'attente, **18% sont en IME** (âge moyen : 21 ans). Parmi l'effectif en attente de place en accueil de jour, 10 personnes (25%) sont également en attente d'hébergement en FH.
- **Une personne sur deux ne bénéficie d'aucun soutien** ; plus de la moitié d'entre elles sont hébergées chez leurs parents ; (non-réponses : 45%).
- **Un tiers au moins bénéficie de soins autres que** ceux dispensés par le secteur psychiatrique.
- **Un tiers des demandes** a été exprimé **sur les deux dernières années enquêtées** (2002 et 2001). Toutefois, on remarque que **20% des personnes** en situation d'attente en SAJ **ont été inscrit sur les listes d'attente en 1998.**
- L'enquête indique que :
 - 50% des personnes présentent une déficience intellectuelle
 - 43% une déficience motrice,
 - 2 personnes sont IMC
 - et 1 personne est polyhandicapée



4. Les foyers de vie

Taux de vérification des fiches : 49%

Pour les personnes en situation d'attente :

- Le nombre de personnes se situe entre 88 personnes (hypothèse basse) et 140 personnes (hypothèse haute) **soit entre 12.39% et 19.15% de la capacité d'accueil départementale** en foyer de vie au 31 décembre 2003.
- 21 personnes en attente **(15%) sont originaires d'un autre département** que le Rhône.
- 61% sont des hommes, 39% des femmes.
- **L'âge moyen** est de **32 ans** pour les hommes comme pour les femmes et **un tiers** de la population se trouve **dans la tranche des 20/24 ans, les trois quart dans la tranche des 20/39 ans.**
- **Une personne sur 4 est hébergée chez ses parents** au moment de l'attente (âge moyen : 28 ans), et **13% sont en IME** (âge moyen : 23 ans) ; **11% sont en CHS** (âge moyen : 38 ans) ;
- Parmi, l'effectif renseigné, 35 personnes sont en attente de FDT ou FV, 4 de MAS ou FV.
- Compte tenu du faible taux de réponse, **au moins 13% des personnes en attente** de place en foyer de vie **bénéficient de soins** dispensés par le secteur **psychiatrique** et **au moins 13% ne reçoivent aucun soin** (non-réponses : 70%).
- **La durée d'attente se situe principalement** (28%) dans la fourchette **6/18 mois** ; **56%** des demandes ont été formulées sur les **deux dernières années enquêtées** (2002 et 2001).
- L'enquête indique que :
 - 70% des personnes en attente présentent une déficience intellectuelle (dont 60% présentent une déficience intellectuelle profonde),
 - 24% une déficience du psychisme (dont autistes et psychotiques : 14%),
 - 4% (soit 5 personnes) une déficience auditive.



5. Les foyers d'accueil médicalisé (ex FDT)

Taux de vérification des fiches : 71%

Pour les personnes en situation d'attente :

- Le nombre de personnes se situe entre 130 personnes (hypothèse basse) et 228 personnes (hypothèse haute dont 148 pour le FAM Monsols, ADAPEI) soit **entre 36.41% et 63.86% de la capacité d'accueil départementale** en foyer d'accueil médicalisé au 31 décembre 2003.
- 34 personnes en attente (**14%**) **sont originaires d'un autre département** que le Rhône. L'Ain (5) et l'Isère (7) sont les départements les plus cités.
- **L'âge moyen** est de **35 ans** et **un quart** de la population se trouve **dans la tranche des 20/24 ans, un tiers dans la tranche des 20/39 ans.**

- au moment de l'attente :

- **44% des personnes sont en CHS** (âge moyen : 41 ans). Une recherche supplémentaire a été effectuée par un Médecin territorial du Département du Rhône concernant ces 100 personnes en CHS et repérées sur les listes d'attente pour l'accueil en FAM d'après les dossiers COTOREP.

78 dossiers sur ces 100 ont été examinés. Il en découle que

- ⇒ 40 relèveraient d'un établissement médico-social médicalisé (4 en MAS, 33 en FAM pour personnes souffrant de psychose, 3 en FAM pour personnes souffrant d'épilepsie),
- ⇒ 21 relèveraient d'un établissement médico-social non médicalisé (17 en FV, 2 en SAVS, 2 en FH),
- ⇒ 9 relèveraient de structures sanitaires (devant rester en hôpital psychiatrique),
- ⇒ 7 relèveraient d'une maison de retraite spécialisée dans l'accueil de personnes handicapées psychiques.

Ce qui atténuerait en partie la pression sur les FAM pour la reporter partiellement sur les Foyers de Vie ou d'autres structures spécialisées.

- **10% sont en IME** (âge moyen : 21 ans) ;
- **6% relèvent d'un établissement du secteur sanitaire** (autre que CHS ; âge moyen : 43 ans) ;
- **La durée d'attente se situe principalement** (49%) dans la fourchette **6/18 mois** ; **56%** des demandes ont été formulées sur les **deux dernières années enquêtées** (2002 et 2001).
- L'enquête indique que :
 - 65% de l'effectif présentent une déficience intellectuelle et une déficience du psychisme ;
 - 11% une déficience du psychisme,
 - 17% sont des personnes autistes, ou présentant une psychose déficitaire, ou une déficience du psychisme
 - 5% souffrent de retard mental profond et sévère.



6. Les Maisons d'accueil spécialisées

Taux de vérification des fiches : 77%

Pour les personnes en situation d'attente :

- Le nombre de personnes se situe entre 70 personnes (hypothèse basse) et 95 personnes (hypothèse haute) soit **entre 35% et 47.5% de la capacité d'accueil départementale** en maison d'accueil spécialisé au 31 décembre 2003. De plus, 8 personnes sont en attente de MAS en accueil de jour.
- 19 personnes en attente **(20%) sont originaires d'un autre département** (dont Isère : 7 personnes)
- **L'âge moyen** est de **29 ans** pour les hommes, **28 ans** pour les femmes et plus **d'une personne sur deux se trouve dans la tranche des 20/24 ans.**
- **42% des personnes sont en IME** au moment de l'attente, ont de 19 à 27 ans, **21% sont en CHS** (âge moyen : 32 ans), et **16% sont hébergés chez leurs parents** (âge moyen : 29 ans).
- **41% bénéficient du soutien d'un service social** (il s'agit pour les 2/3 d'entre eux de personnes en IME), 23% relèvent d'une mesure de tutelle ou de curatelle, 12% ne bénéficient d'aucun soutien.
- **6 personnes sur 10 bénéficient de soins autres** que ceux dispensés par le secteur **psychiatrique**, et près **d'une personne sur 4 ne bénéficient d'aucun soin**. Les **soins dispensés par le secteur de psychiatrie** concernent près **d'une personne sur 10.**
- **La durée d'attente est très étale de 6 mois à 4 ans et 1/2.**
- L'enquête indique que :
 - 59% présentent un polyhandicap;
 - 25% une déficience intellectuelle profonde et sévère,
 - 13% une déficience du psychisme,
 - 18% des personnes sont atteints d'épilepsie (hors contexte IMC).

Si les tendances les plus lourdes en terme d'effectif concernent les orientations vers un CAT (179/189), FAM (130/228), un FV (88/140), un FH (72/81) ou une MAS (70/95), les chiffres ramenés à la capacité d'accueil départementale mettent surtout en exergue les difficultés d'orientation vers un FAM, une MAS ou un FV.

