

PLAN D' ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2014-2018



S O M M A I R E

PREFACE

INTRODUCTION

PARTIE N° 1 – LE PUBLIC EN SITUATION DE HANDICAP ET L’OFFRE EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES

1/ Le public en situation de handicap	13
A - La population connue de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)	
B - Les bénéficiaires de l’Allocation Adulte Handicapé (AAH)	
C - Les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l’Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)	
2/ L’offre en établissements et services médico-sociaux	19
A - Les Foyers d’Accueils Médicalisés (FAM)	
B - Les Maisons d’Accueils Spécialisés (MAS)	
C - Les Foyers de Vie (FV)	
D - Les Foyers d’Hébergement (FH) et les appartements de soutien	
E - Les Etablissements et Services d’Aide par le Travail (ESAT)	
F - L’accueil de jour, l’accueil temporaire et les Sections d’Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants (SATTHAV)	
G - Les Services d’Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	
H - Les places dédiées en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)	
3/ Les éléments de prospective	35
A - Projections de personnes en situation de handicap en 2017 et 2025 – Approche à partir des taux de prévalence des déficiences : principaux résultats pour le Département	
B - Etude prospective des besoins en hébergement et service	
C - Etude menée avec les SAVS et les SAMSAH	
D - Etude sur les absences pour convenance personnelle des personnes handicapées accueillies en établissements et services médico-sociaux	

PARTIE N° 2 – LE PLAN D’ACTIONS

Trois orientations phares	41
1 - Promouvoir l’inclusion des personnes handicapées dans la vie « ordinaire »	43
2 - Réaménager et compléter l’offre d’accompagnement et d’accueil pour mieux prendre en compte l’évolution des besoins des personnes handicapées et de leurs aidants	57
3 - Favoriser la fluidité des parcours de vie des usagers et de leurs aidants	75

ANNEXES

Annexe 1	Démarche d'élaboration du Schéma
Annexe 2	Contributions écrites
Annexe 3	Plaquette Bilan 2007-2012
Annexe 4	Avis du Conseil Général sur le Programme Régional de Santé
Annexe 5	Résultats de l'enquête Handiregard : Toutes structures confondues (adultes)
Annexe 6	Résultats de l'étude sur l'organisation et le fonctionnement des SAVS-SAMSAH
Annexe 7	Nombre de jeunes adultes handicapés maintenus en structure pour enfants au titre de l'Amendement Creton au 31 décembre 2013
Annexe 8	Chiffres clés de la Direction de la Gérontologie et du Handicap
Annexe 9	Crédits dédiés au handicap par le Conseil Général Evolution des comptes administratifs de 2007 à 2013
Annexe 10	Glossaire

P R E F A C E

Le Département a compétence pour promouvoir les solidarités et la cohésion territoriale sur le territoire départemental. En qualité de chef de file, il est notamment chargé d'organiser les modalités de l'action commune des collectivités territoriales et de leurs établissements publics pour l'exercice des compétences relatives à l'autonomie des personnes.

A ce titre, le Président du Conseil Général élabore les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, adoptés par l'Assemblée départementale, pour les établissements et services, autres que ceux devant figurer dans les schémas nationaux, conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles et du code de la santé publique.

Etabli pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale, le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap a pour objectif d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité :

- en appréciant la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- en dressant le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- en déterminant les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux ;
- en précisant le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé concerné, afin de satisfaire tout ou partie de ces besoins.

Ce schéma départemental peut être révisé à tout moment à l'initiative du Conseil Général, autorité compétente pour l'adopter.

Par sa finalité et son contenu :

- Ce schéma départemental constitue un outil de planification et de programmation qui servira de base à l'élaboration des appels à projets à intervenir sur les cinq prochaines années.
- Ce schéma sert de référence pour le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par le Département.
Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, le SROMS prévoit la concertation avec le Département pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.
- Ce schéma est un élément essentiel du partenariat entre le Département, l'Etat, l'Agence Régionale de Santé et les partenaires locaux concernés. Il est arrêté par le Président du Conseil Général, après concertation avec l'Etat et l'Agence Régionale de Santé. Les représentants des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département ainsi que les représentants des usagers ont été également consultés, pour avis, sur son contenu.

Le Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2014-2018 a été élaboré dans ce cadre.

I N T R O D U C T I O N

Au sens de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 **pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui fait référence**, constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

A ce titre, toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté, et la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Les familles, l'Etat, les collectivités locales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés se doivent d'associer leurs interventions pour mettre en œuvre cette solidarité, en vue notamment de permettre aux personnes handicapées d'exercer toute leur autonomie.

Responsable, solidaire, et innovant, le Conseil Général de la Haute-Savoie a fait du soutien aux personnes handicapées l'une de ses priorités. Il constitue le premier budget au titre de ses actions sociales et médico-sociales.

Son engagement est à la mesure des besoins. Les données les plus récentes de la Maison départementale des Personnes Handicapées de la Haute-Savoie (MDPH 74) indiquent que près de 33 000 personnes, soit 4,26 % de la population haut-savoyarde, sont connues de ses services et bénéficient d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) en cours de validité. Elles étaient un peu plus de 30 000 en 2011, confirmant une progression constante.

Peu à peu, un paysage démographique se dessine dans lequel la problématique du vieillissement des personnes handicapées tiendra une place essentielle autour de l'accompagnement et de la prise en compte du handicap, pour les personnes handicapées elles-mêmes, leurs familles et les professionnels qui leur apportent leur concours. **L'évolution des connaissances et des techniques permet aux personnes de « vivre plus longtemps », mais l'objectif de « vivre mieux » nécessite des réponses multiples et adaptées à chaque situation individuelle.**

Notre département qui accueille chaque année près de 10 000 habitants supplémentaires n'échappe pas à cette tendance. A titre d'illustration, la Haute-Savoie compte 17 % de personnes âgées de plus de 60 ans parmi les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Au-delà des statistiques, il y a la réalité que vivent au quotidien les personnes handicapées. Notre réflexion doit également prendre en considération la situation de leurs aidants familiaux qui sont parfois, eux-mêmes, âgés voire dépendants. Avec, pour ces derniers, l'angoisse de savoir qui pourra continuer à s'occuper de leur enfant handicapé après eux.

Outre les moyens humains et financiers nécessaires, se pose également la question du projet de vie des personnes handicapées et de la liberté pour celles-ci de travailler, de continuer à vivre à leur domicile, si elles le souhaitent, ou de faire le choix d'entrer en établissement.

L'enjeu n'est pas seulement économique. Il tient aussi au regard que nous portons sur le rôle et la place des personnes handicapées dans notre société. Le seul fait que le handicap renvoie à différentes définitions qui ne permettent pas de connaître avec exactitude le nombre de personnes handicapées montre qu'il reste beaucoup à faire.



Avec son nouveau plan d'actions 2014/2018, le Conseil Général s'est donné pour objectifs d'assurer l'accès de la personne handicapée au « droit commun » et aux services ouverts à l'ensemble de la population, de favoriser son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie, et de garantir l'accompagnement et le soutien de sa famille et de ses proches.

En complémentarité avec l'Etat et l'Assurance Maladie compétents pour l'enfance inadaptée et les volets « soins » et « travail », l'action volontariste et durable entreprise par notre collectivité dans le précédent schéma 2007-2012 (cf annexe n° 3) a permis un renforcement significatif de l'offre en faveur des personnes handicapées, notamment :

- ✚ par un soutien accru à la MDPH 74 qui traite en moyenne 27 000 demandes par an (+ 14 000 par rapport 2007) et s'appuie sur les équipes territorialisées du Conseil Général pour proposer un accueil, une information et une évaluation de proximité ;
- ✚ par le développement du soutien à domicile qui s'est traduit par la création de 112 nouvelles places de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), de 105 places supplémentaires de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), et l'ouverture de 32 places d'accueil temporaire ;
- ✚ par la création de 170 places en établissement marquée par un effort d'innovation et de diversification en particulier pour prendre en considération le vieillissement et répondre à des besoins spécifiques tels que ceux des jeunes adultes autistes ou des personnes polyhandicapées.

Grâce à l'engagement budgétaire du Département qui a doublé sur la durée du précédent schéma, plus de 1 700 personnes handicapées bénéficient ainsi d'une prise en charge en structure et/ou d'un accompagnement à leur domicile. Plus de 2 400 personnes perçoivent quant à elles une prestation de compensation du handicap (cf annexe n° 8).

La priorité de ce nouveau plan d'actions départemental sera d'optimiser, de consolider, de moderniser l'existant, et de diversifier l'offre d'hébergement et de service quand c'est nécessaire en considérant quatre grandes préoccupations :

- ✚ Favoriser et faciliter le soutien à domicile des personnes handicapées ;
- ✚ Permettre l'accès et le maintien au travail des adultes handicapés ;
- ✚ Compléter coordonner l'offre médico-sociale par des dispositifs souples et adaptés aux besoins de chacun ;
- ✚ Renforcer les partenariats, en particulier avec l'autorité sanitaire.

Sur ce dernier point, en effet, le Département doit travailler en cohérence avec l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS) qui assume depuis 2010 une double responsabilité dans le champ de la santé et dans le champ médico-social.

Notre nouveau plan d'actions départemental constituera tout à la fois un document de référence et un outil de programmation pour mettre en évidence les caractéristiques propres au Département de la Haute-Savoie et faire en sorte que les besoins des Haut-Savoyards en situation de handicap soient pris en considération à la mesure du dynamisme démographique qui est le sien.

C'est tout l'enjeu des programmations fondées sur les seuls taux d'équipement qui constituent, certes, un indicateur, mais ne peuvent prendre en compte la réalité du terrain.

En ce sens, l'avis réservé rendu par le Conseil Général le 1^{er} octobre 2012 (cf annexe n° 4) sur le Projet Régional de Santé Rhône-Alpes et sur le schéma régional d'organisation médico-sociale 2012-2017 a bien insisté sur les spécificités de notre département, notamment démographiques, et sur les besoins locaux importants tant du point de vue sanitaire (offre de premier recours et soins hospitaliers), que médico-social.

Le Département doit également intégrer les changements importants induits par la loi HPST. Désormais, toute création de places nouvelles est soumise à la procédure d'appel à projet reposant sur un diagnostic territorial des besoins et mettant en concurrence plusieurs porteurs de projets sur la base d'un cahier des charges précis.

A ce sujet, lorsque les structures relèvent d'autorisation conjointe, il importe d'être vigilant sur les éventuelles créations de lits et places, en particulier dans les Foyers d'Accueils Médicalisés (FAM) cofinancées par le Département, qui ne doivent pas être le prétexte à un transfert de charge en substitution de places en Maisons d'Accueils Spécialisés (MAS) et en hospitalisation spécialisée supportées financièrement par l'Assurance Maladie.

Nous devons également tenir compte des conséquences de la crise économique sans précédent qui se prolonge et qui nous fait le devoir de maîtriser au mieux les dépenses publiques. Ainsi, ne peuvent plus être autorisés et financés par l'ARS que les lits et places inscrits au Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui dresse chaque année, par Département, les priorités régionales de créations ou transformations d'établissements et de services à quatre ans, et les prévisions de financement de l'année en cours.

Dans cette perspective, notre plan d'actions départemental devra s'adapter en fonction des contraintes budgétaires du Département, et faire l'objet d'une évaluation annuelle. A fortiori en fonction des réformes annoncées dans le cadre de la décentralisation qui pourraient voir le transfert des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) de l'Etat vers le Département.



Avec son nouveau plan d'actions 2014-2018, le Conseil Général entend mettre la personne handicapée au cœur de ses préoccupations en respectant ses souhaits et ses choix afin de répondre au mieux à ses besoins et d'améliorer sa qualité de vie.

L'attention portée aux conditions de vie des personnes handicapées et la volonté de leur proposer un accompagnement personnalisé ont conduit à concevoir un ensemble de solutions nouvelles et adaptées aux attentes de chacun.

Il s'agit aussi de favoriser le lien entre les générations en mettant l'accent sur le rôle premier des aidants familiaux que nous devons soutenir sans chercher à s'y substituer.





Il s'agit aussi d'apporter des réponses sur des enjeux émergents, à l'exemple du lien entre vieillissement et handicap, les personnes handicapées pouvant devenir des personnes âgées ; à l'exemple aussi de la prévention, ou bien encore de l'attractivité des métiers dans les filières du grand âge et du handicap.

Il s'agit enfin de mieux coordonner toutes celles et tous ceux, professionnels de santé, bénévoles associatifs, responsables d'établissements, travailleurs médico-sociaux, qui œuvrent sur le terrain pour entourer la personne handicapée et sa famille, et faciliter son parcours.

Dans cette approche qualitative, le Département a su innover comme en témoigne l'expérimentation réussie des Sections d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants (SATTHAV) réparties sur plusieurs sites, du Service de Préparation, de Transition et de Suivi (SPTS), de même que l'« Alouette », section pour personnes handicapées vieillissantes au sein de l'EHPAD « La Bartavelle » à Meythet.

Sur cette lancée, il s'agit de poursuivre notre effort.

C'est pourquoi, la préparation du plan d'actions départemental a été au cœur d'une très large concertation (cf annexe n° 1) mobilisant plus de deux cents professionnels médico-sociaux, médicaux et paramédicaux, responsables d'établissements, responsables associatifs, aidants bénévoles ou salariés, sans oublier les représentants des personnes handicapées siégeant à la Commission Exécutive de la MDPH 74 et du Collectif des associations répartis en 4 groupes de travail autour des thèmes suivants :

-  Soutien au domicile ;
-  Accès et maintien au travail ;
-  Prise en compte des nouveaux besoins ;
-  Renforcement des partenariats.

La concertation menée, les contributions produites ainsi que les études prospectives réalisées (cf annexe n° 2) ont permis d'établir un diagnostic partagé de la situation dans notre département, de cerner les nouveaux besoins qui se font jour et d'avancer des propositions dont il a été tenu le plus grand compte dans le plan d'actions qui vous est présenté autour de trois grandes orientations :

- ✚ **Orientation 1** : Promouvoir l'inclusion des personnes handicapées dans la vie ordinaire ;
- ✚ **Orientation 2** : Réaménager et compléter l'offre d'accompagnement et d'accueil pour mieux prendre en compte l'évolution des besoins des personnes handicapées et de leurs aidants ;
- ✚ **Orientation 3** : Favoriser la fluidité des parcours de vie des usagers et de leurs aidants.

Placées sous le signe de l'innovation et de la proximité, ces priorités se déclinent en une quarantaine d'actions concrètes qui ont vocation à répondre aux besoins spécifiques de la population et du territoire haut-savoyards et à servir de référence pour l'ensemble des acteurs médico-sociaux, sanitaires et associatifs de notre département, en articulation avec l'Agence Régionale de Santé.

Plus qu'un schéma, ce document constitue ainsi un véritable plan d'actions pour les cinq années à venir et concrétise la volonté de l'Assemblée départementale d'agir dans la durée en faveur des personnes handicapées et aux côtés de leur famille pour leur permettre de vivre et de s'épanouir en Haute-Savoie au mieux de leurs aptitudes et de leurs aspirations.

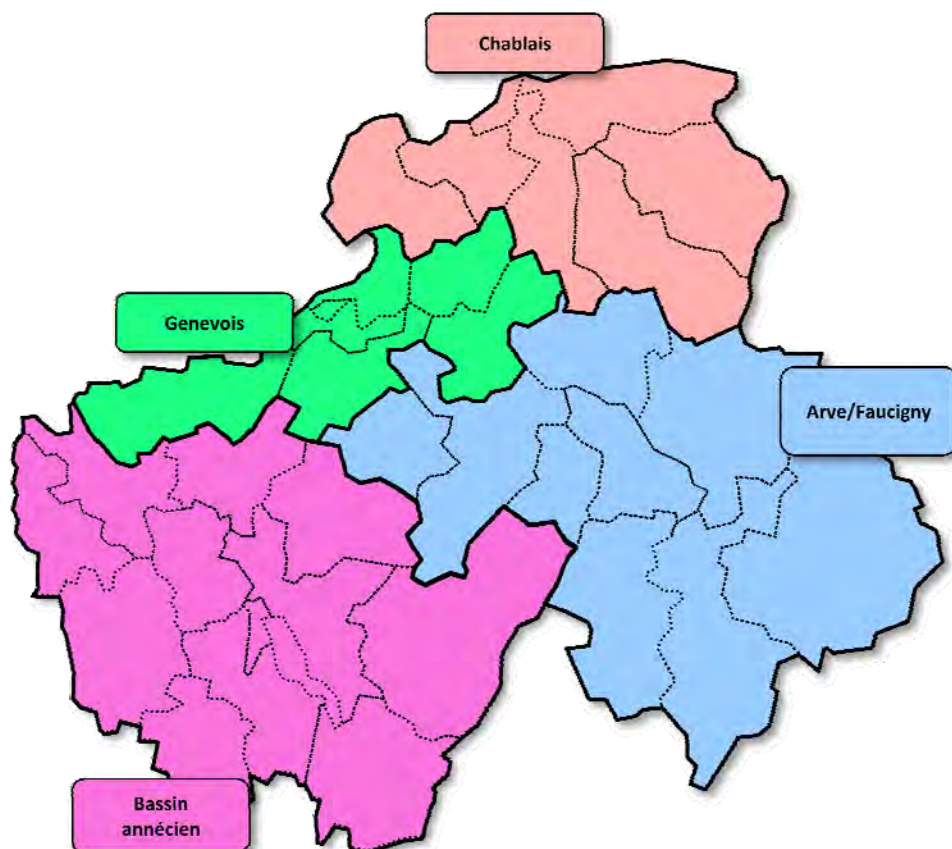


Le public en situation de handicap et l'offre en établissements et services

CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA HAUTE-SAVOIE

Afin de tenir compte des **spécificités de son territoire** (démographiques, socio-économiques, géographiques, ...), le Département de Haute-Savoie a fait le choix **d'analyser les caractéristiques de son offre et les besoins de ses usagers selon une approche territorialisée, correspondant à son organisation en territoires d'action médico-sociale.**

Ainsi, il a retenu un découpage en **4 territoires : Bassin annécien, Genevois, Chablais, Arve/Faucigny.**



Précautions de lecture



La mise en parallèle des comparaisons interdépartementale et infra départementale peuvent mettre en évidence des écarts dus à des différences entre sources et entre dates.

En effet, l'analyse comparative interdépartementale se base sur des données STATISS 2012 tandis que l'analyse infra départementale se base sur des données actualisées à mi-2013, fournies par le Conseil général et la MDPH.

Précisions de lecture



Pour les établissements et services médico-sociaux de compétence Conseil général, seront présentés le nombre de places installées début 2013 (ou dont l'ouverture est prévue au cours de l'année 2013), ainsi que les taux d'équipement par territoire.

Pour les établissements et services médico-sociaux de compétence Agence Régionale de Santé (MAS et ESAT) il s'agira du nombre de places autorisées.

Elaborer un Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap suppose de connaître le public auquel il s'adresse. Or, chiffrer précisément le nombre de personnes en situation de handicap sur un territoire donné n'est pas réaliste, « la situation de handicap » ne renvoyant pas à un statut identifiable mais à des éléments de fait qui ne sont pas recensés en tant que tels.

Ceci étant, il est possible de mettre en exergue un certain nombre de données qui permettent d'approcher la connaissance de la population handicapée.

Trois angles d'entrée seront utilisés :

- La population « connue » de la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Haute-Savoie ;
- Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ;
- Les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).

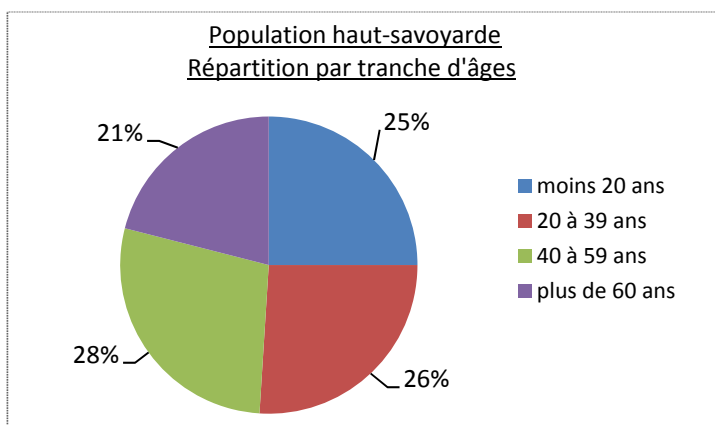
A

La population connue de la MDPH

Selon les derniers chiffres 2013 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la population du département de la Haute-Savoie s'établit à **767 473 habitants** (751 313 habitants recensés en 2012) dont :

- 192 637 jeunes de moins de 20 ans (25 %)
- 199 778 personnes de 20 à 39 ans (26 %)
- 215 252 personnes de 40 à 59 ans (28 %)
- 159 806 personnes de plus de 60 ans (21 %)

La population haut-savoyarde se compose à 51 % de femmes et à 49 % d'hommes.

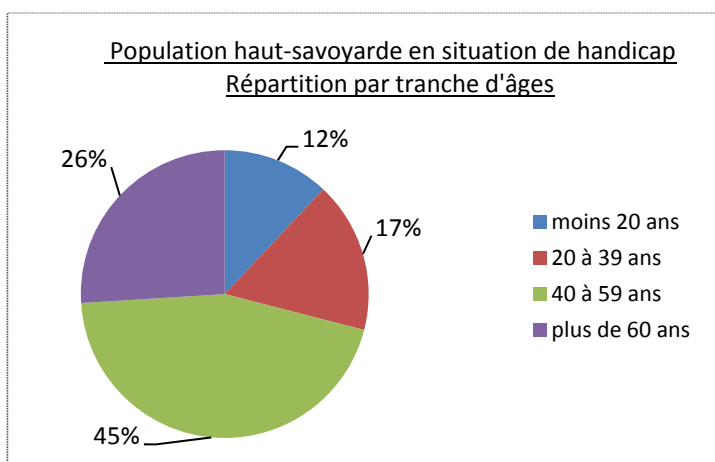


En ce qui concerne la population en situation de handicap, les données issues du logiciel de la MDPH indiquent que **32 727 personnes, soit 4,26 % de la population de la Haute-Savoie**, sont « connues » de la MDPH, c'est-à-dire qu'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est en cours de validité. Elles étaient 31 259 en 2012 (30 429 en 2011) et représentaient 4,16 % de la population haut-savoyarde (4,2 % en 2011).

Cette population se compose de :

- 4 053 jeunes de moins de 20 ans (12 %)
- 5 541 personnes de 20 à 39 ans (17 %)
- 14 582 personnes de 40 à 59 ans (45 %)
- 8 551 personnes de plus de 60 ans (26 %)

La population MDPH est masculine pour **53 %** alors que les hommes représentent 49 % de la population de Haute-Savoie.



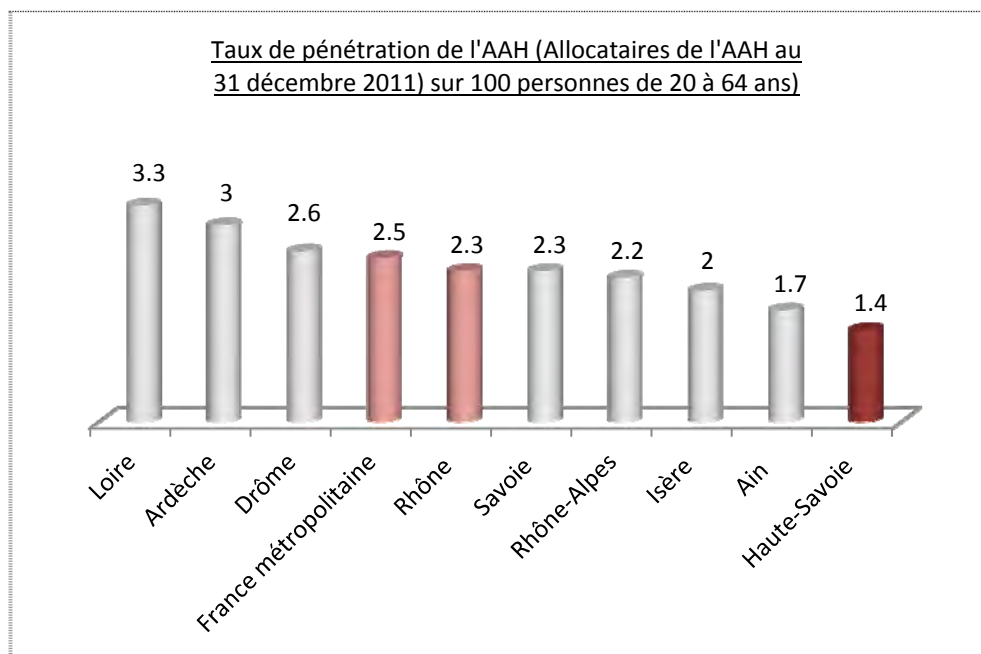
B Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH)

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est une allocation versée sous conditions de ressources afin de garantir aux personnes en situation de handicap un revenu minimum. Cette allocation est accessible aux personnes de plus de 20 ans (ou à partir de 16 ans dans des conditions particulières) qui présentent un taux d'incapacité d'au moins 80% ou de 50 à 79% si cette incapacité entraîne une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Attribuée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), elle est versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) pour une durée de 1 à 5 ans renouvelable ou pour une durée de 1 à 2 ans si le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %.

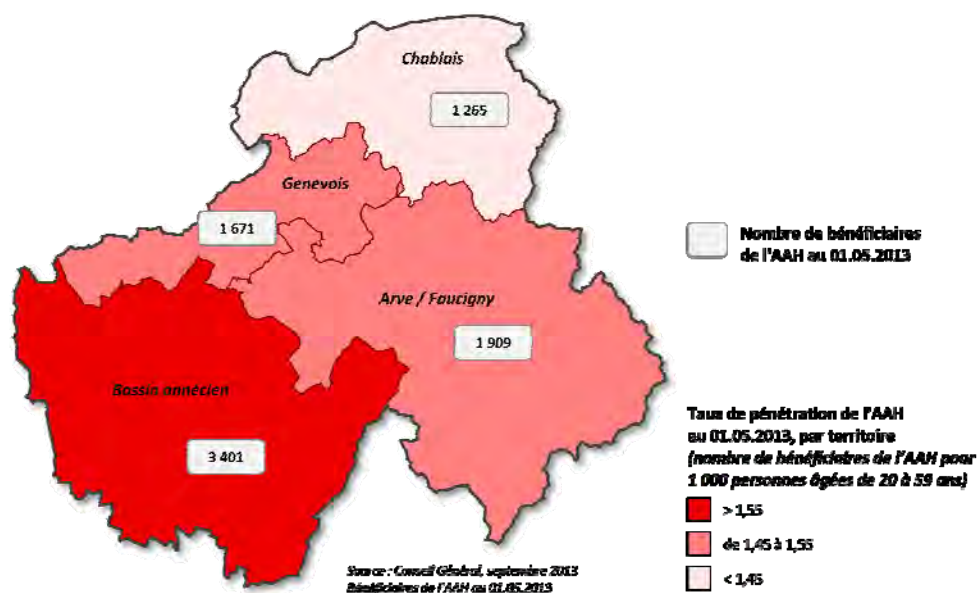
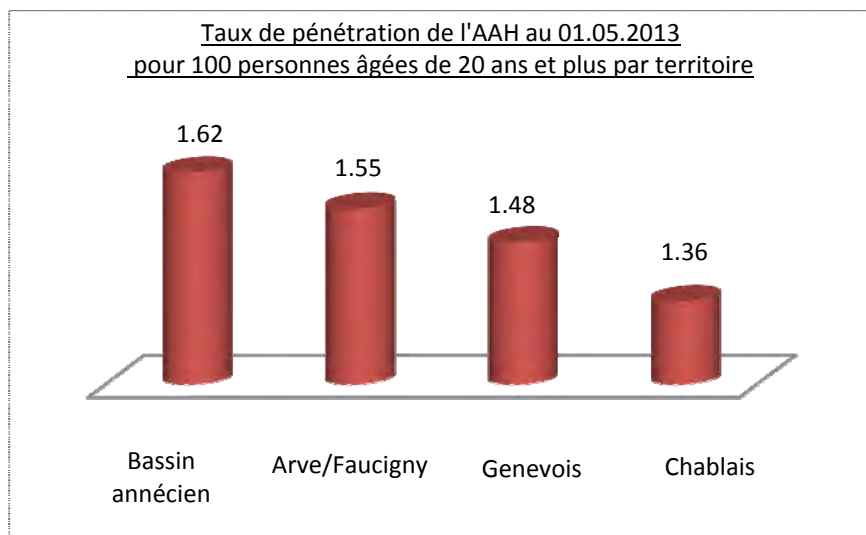
Au 1^{er} mai 2013, la Haute-Savoie comptait **8 246 bénéficiaires de l'AAH, soit 1,5 allocataires pour 100 personnes âgées de 20 ans et plus.**

Nombre de bénéficiaires de l'AAH	
Bassin annécien	3 401
Arve/Faucigny	1 909
Genevois	1 671
Chablais	1 265
Total	8 246

En 2011, le Département de Haute-Savoie se situait déjà **en dessous des moyennes nationale et régionale**, et des autres départements de l'échantillon, avec un taux de pénétration de 1,4 %.



Le Bassin annécien est le territoire dont le taux de pénétration est le plus élevé.

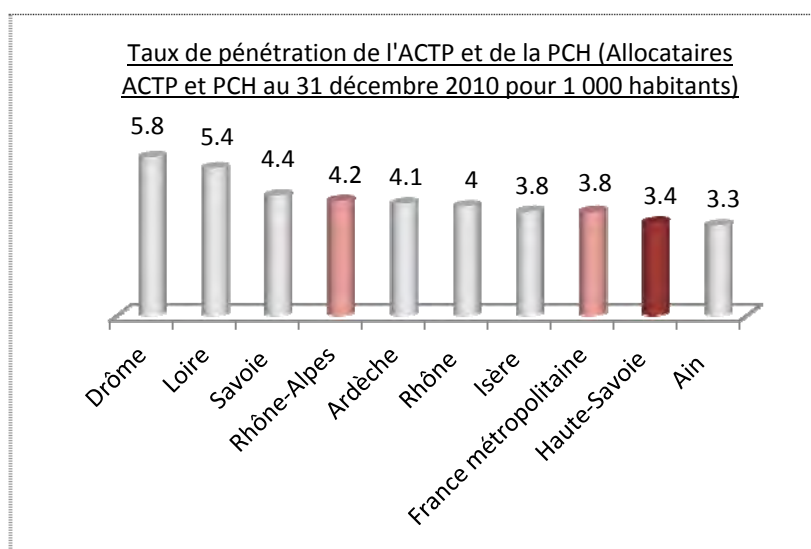


La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), instaurée par la loi de 2005 et financée par les Départements, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation, en particulier pour les personnes vivant à domicile. Cette prestation vise à permettre aux personnes en situation de handicap de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, et grâce à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule.

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

Au 1.05.2013, la Haute-Savoie compte **2 640 personnes adultes bénéficiant de droits ouverts au titre de la PCH et de l'ACTP et 418 enfants (entre 0 et 19 ans)**.

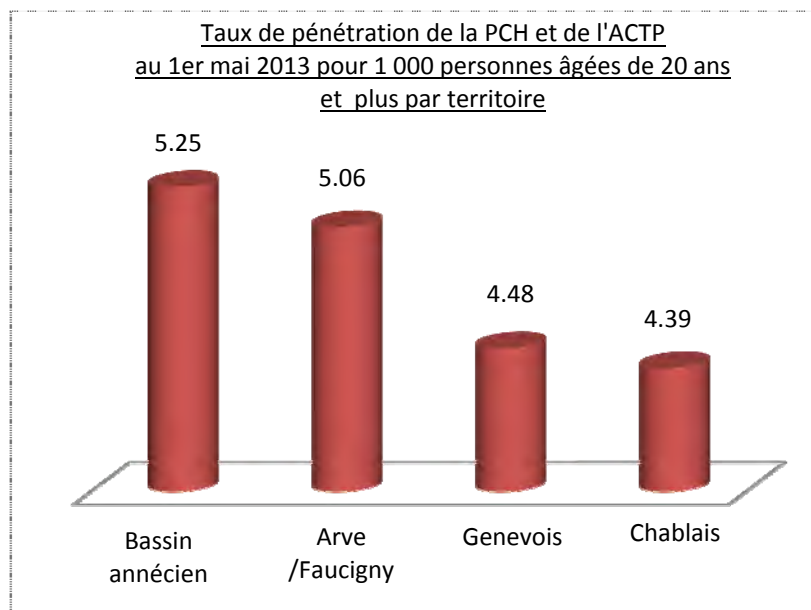
Au 31.12.2013, **sont payés au titre de la PCH et de l'ACTP, 2 659 bénéficiaires (adultes et enfants)**.



Le Département de Haute-Savoie se situe ainsi **en dessous des moyennes nationale et régionale**.

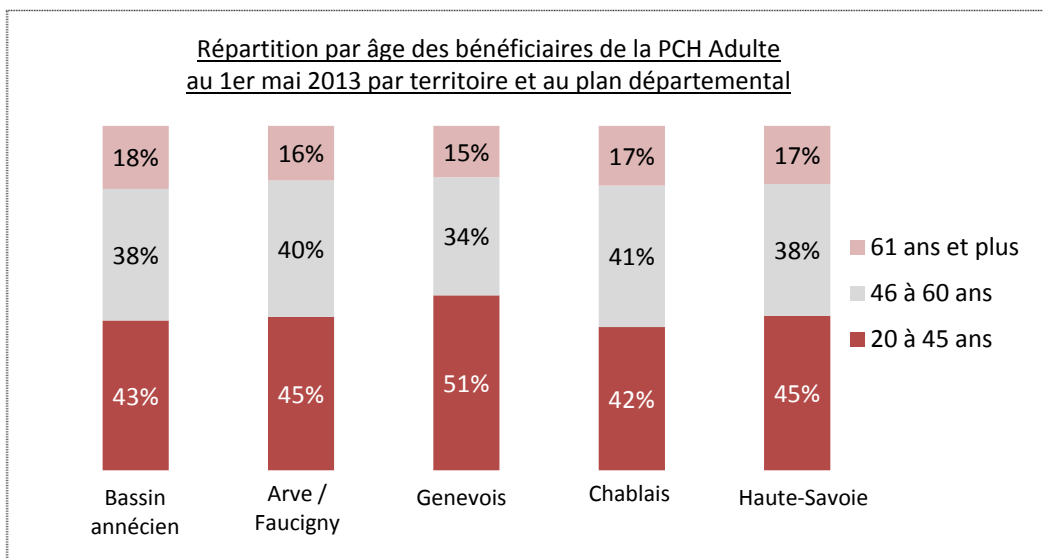
Au sein de l'échantillon, seul l'Ain marque un taux légèrement moins élevé de bénéficiaires dans sa population totale.

Le Bassin annécien est là encore le territoire dont le taux de pénétration est le plus élevé.



Nombre de bénéficiaires de la PCH + ACTP

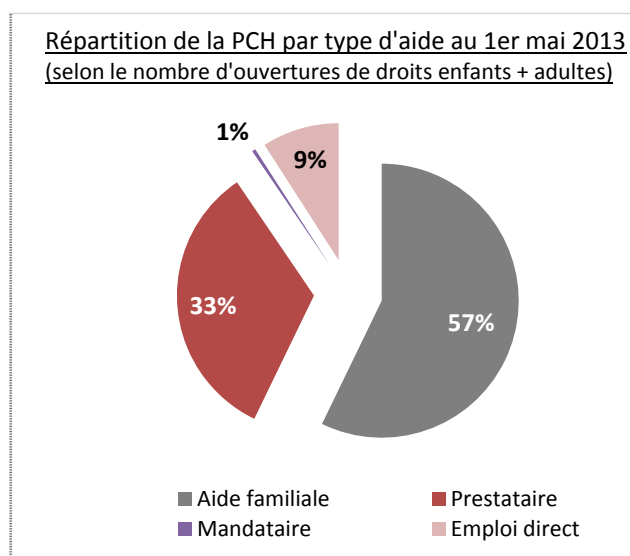
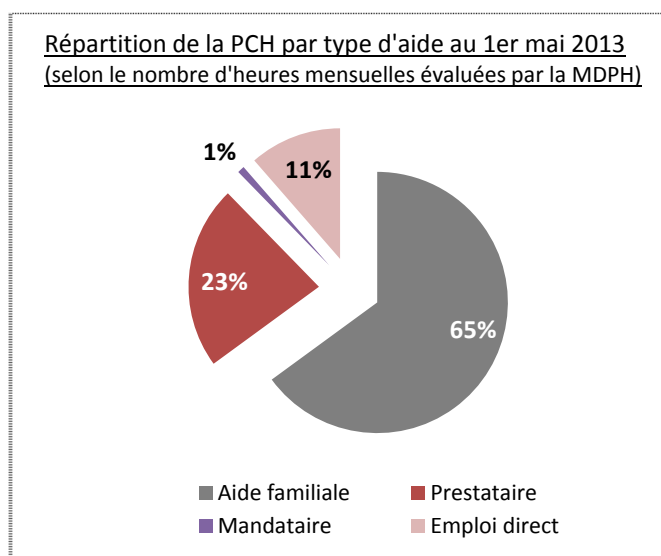
Bassin annécien	1 103
Arve / Faucigny	624
Genevois	506
Chablais	407
Total	2 640
<i>dont 267 ACTP et 2 373 PCH Adulte</i>	



A l'échelle du département, **45 % des bénéficiaires de la PCH ont entre 20 et 45 ans, 38 % entre 46 et 60 ans, et 17 % ont 61 ans ou plus.**

L'âge retenu en Haute-Savoie pour traiter la question du vieillissement des personnes handicapées a été de 45 ans, en référence aux observations médicales. Ainsi, on peut considérer que le département compte **1 307 personnes handicapées vieillissantes à domicile au 01.05.2013, soit 55 % des bénéficiaires de la PCH.**

La Prestation de Compensation du Handicap sert notamment à rémunérer les aides humaines dont les bénéficiaires ont besoin pour les accompagner dans les actes essentiels de la vie. Les schémas, ci-dessous, présentent la répartition par type d'aide.



Le recours à l'aide familiale est le mode d'intervention privilégié. Cette aide peut être indemnisée jusqu'à un montant maximum réglementaire.

Suivent les modes prestataire (23% des heures pour 33% des droits ouverts), puis l'emploi direct et enfin le mandataire.

CE QU'IL FAUT RETENIR



- Une population difficile à quantifier. Mais quelques indicateurs :
 - près de **33 000 personnes en situation de handicap** connues de la MDPH au 31.12.2013
 - **8 246 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé** au 1.05.2013
 - **2 659 bénéficiaires (adultes et enfants) de la Prestation de Compensation du Handicap et de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne** au 31.12.2013

- Les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap, par tranche d'âge :

20 à 45 ans	45 %
46 à 60 ans	38 %
+ 60 ans	17 %

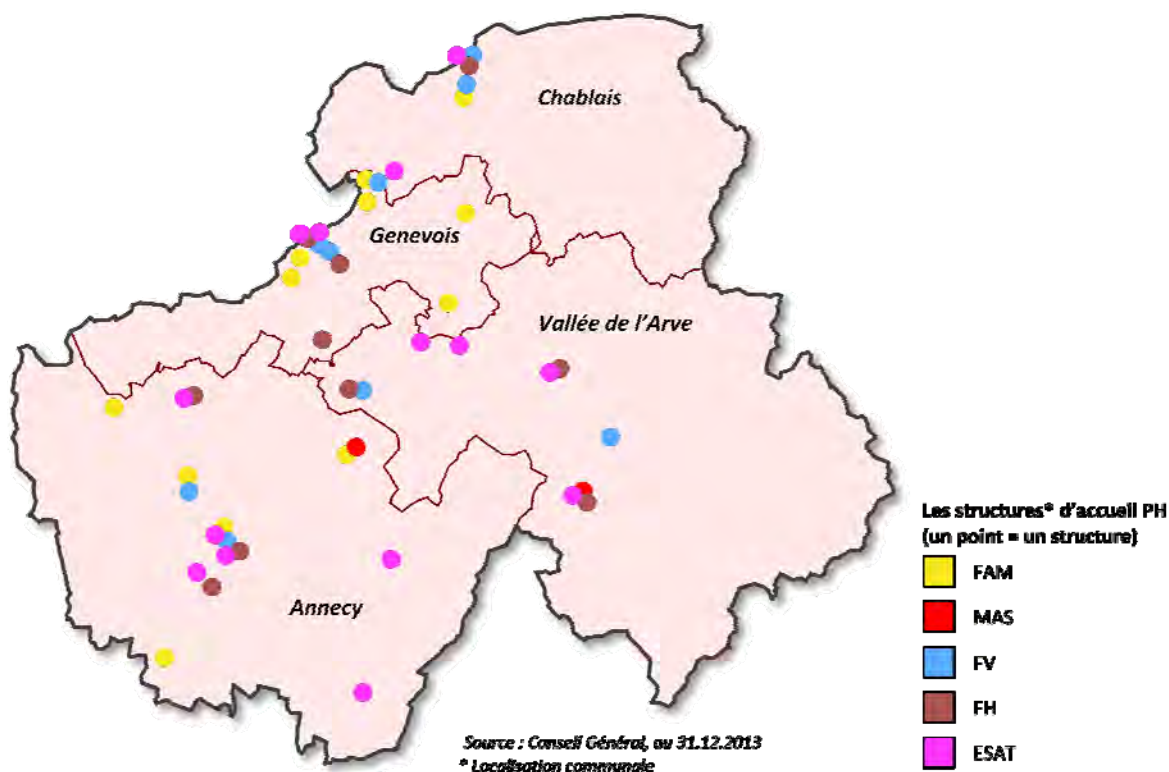
- Un engagement financier du Conseil Général, au titre de la **Prestation de Compensation du Handicap de 20 239 077 € en 2013.**

L'offre médico-sociale dédiée aux personnes en situation de handicap est composée de différents types d'établissements et services, visant à répondre à la diversité des handicaps et à la graduation des prises en charge.

Suivant qu'elle réponde à des besoins d'accueil, d'hébergement et/ou de soins, cette offre relève de la compétence exclusive ou conjointe du Conseil général et de l'Agence Régionale de Santé. L'orientation des personnes vers ces structures relève d'une décision de la CDAPH (à l'exception du Centre Ressources pour Personnes Cérébro-Lésées).

Afin de mieux appréhender l'offre et la terminologie employée, un tableau récapitulatif présentant les définitions des structures et services est présenté, ci-après, suivi d'une carte localisant les établissements dans notre département.

Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés		
TYPE DE STRUCTURE	DEFINITION	AUTORISATION / FINANCEMENT
Foyer d'hébergement	Assure l'hébergement et la prise en charge éducative de personnes adultes handicapées qui exercent une activité professionnelle en journée (milieu ordinaire ou protégé de travail). L'accueil peut se faire de manière temporaire.	Autorisation et financement exclusifs du Conseil Général
Appartement de soutien	Même mission que le foyer d'hébergement mais s'adresse à des personnes, dont le degré d'autonomie permet une vie en appartements regroupés. Les résidents confectionnent leurs repas, entretiennent leur logement et leur linge.	Autorisation et financement exclusifs du Conseil Général
Foyer de vie internat permanent ou accueil de jour	Assure l'hébergement et la prise en charge éducative d'adultes handicapés déclarés inaptes au travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mais présentant une certaine autonomie dans les actes essentiels de la vie. L'accueil peut se faire de manière temporaire.	Autorisation et financement exclusifs du Conseil Général
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Internat permanent ou accueil de jour	Assure l'hébergement et la prise en charge éducative d'adultes handicapés déclarés inaptes au travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dont la pathologie nécessite une aide pour les actes essentiels de la vie ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. L'accueil peut se faire de manière temporaire.	Autorisation et financement conjoints Conseil Général pour la part hébergement et Agence Régionale de Santé (Assurance Maladie) pour la part soins
Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) internat permanent ou accueil de jour	Assure l'hébergement et la prise en charge éducative d'adultes handicapés déclarés inaptes au travail par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et dont la pathologie très lourde nécessite une aide pour les actes essentiels de la vie ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. L'accueil peut se faire de manière temporaire.	Autorisation et financement exclusifs par l'Assurance Maladie
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) Nouvelle appellation pour les CAT (Centres d'Aide par le Travail)	Les ESAT ont pour objectif l'insertion sociale et professionnelle des adultes handicapés. Ils permettent aux personnes handicapées, n'ayant pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer un travail dans un environnement protégé. Ils offrent également un soutien médico-social et éducatif. L'orientation en ESAT, décidée par la CDAPH, vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.	Autorisation par le Préfet et financement exclusif par l'Agence Régionale de Santé



Le Département dispose de 2 556 places toutes structures confondues.

Le nombre total de places financées par le Conseil général a augmenté de 49 % entre 2007 et 2013.

<u>Les services d'accompagnement pour adultes handicapés et Centre Ressources</u>		
TYPE DE STRUCTURE	DEFINITION	AUTORISATION / FINANCEMENT
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)	Favorise un maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie. Pour ce faire : assure un accompagnement adapté en vue de maintenir ou restaurer les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels de la personne handicapée = suivi éducatif et psychologique, aide dans la réalisation des actes quotidiens et l'accomplissement de la vie domestique et sociale, assistance...	Autorisation et financement exclusifs du Conseil Général
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)	En plus des prestations du SAVS, le SAMSAH propose des soins réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.	Autorisation et financement conjoints Conseil Général et Agence Régionale de Santé (Assurance Maladie) pour la part soins
Section d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants (SATTHAV)	Accueille des travailleurs handicapés vieillissants à mi-temps et leur propose des activités occupationnelles pour tenir compte de la fatigabilité des personnes au travail, liée à l'âge. Admission possible à compter de 45 ans.	Autorisation et financement exclusifs du Conseil Général
Centre Ressources pour Personnes Cérébro-lésées	Guichet unique d'accueil et d'information des personnes cérébro-lésées et de leurs proches. Propose une première orientation après évaluation de la demande en s'appuyant sur le réseau existant. Constitue un observatoire des besoins.	Structure expérimentale autorisée et financée conjointement par le Conseil Général et l'Agence Régionale de Santé

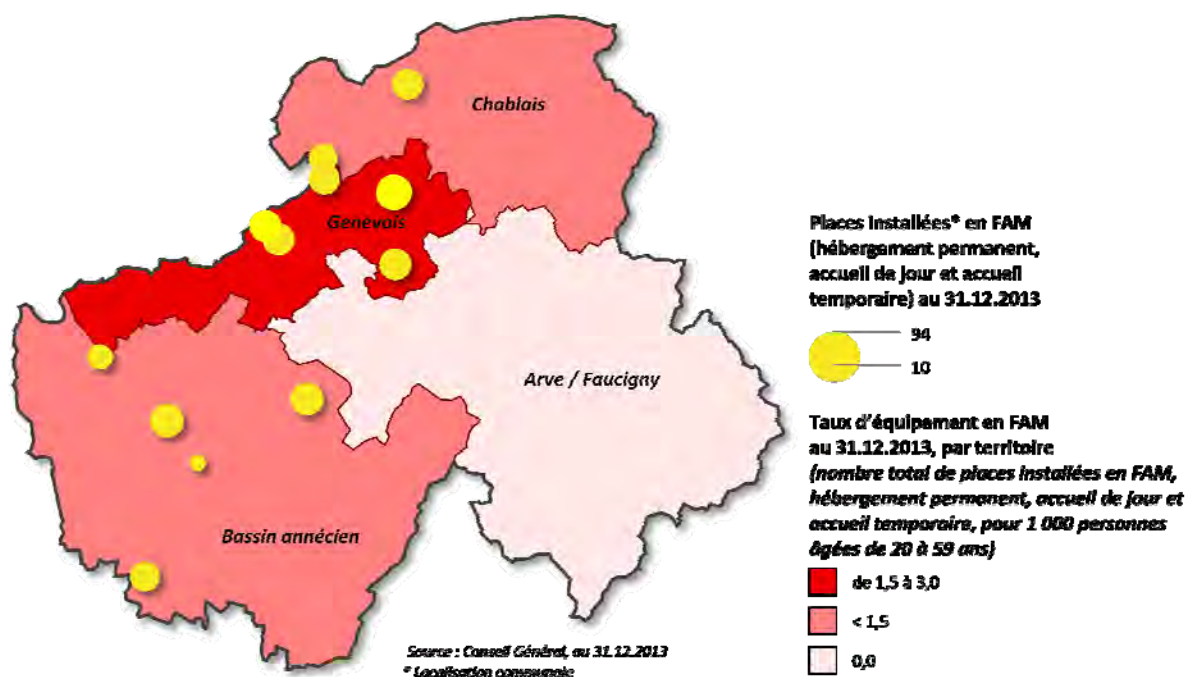
En 2013, le département de la Haute-Savoie dispose de **442 places**, soit un taux d'équipement de 1,1 ‰ supérieur aux moyennes régionale et nationale.

Nombre de places en FAM (2013)

Bassin annécien	147
Chablais	37
Genevois	258
Arve / Faucigny	0
Haute-Savoie	442

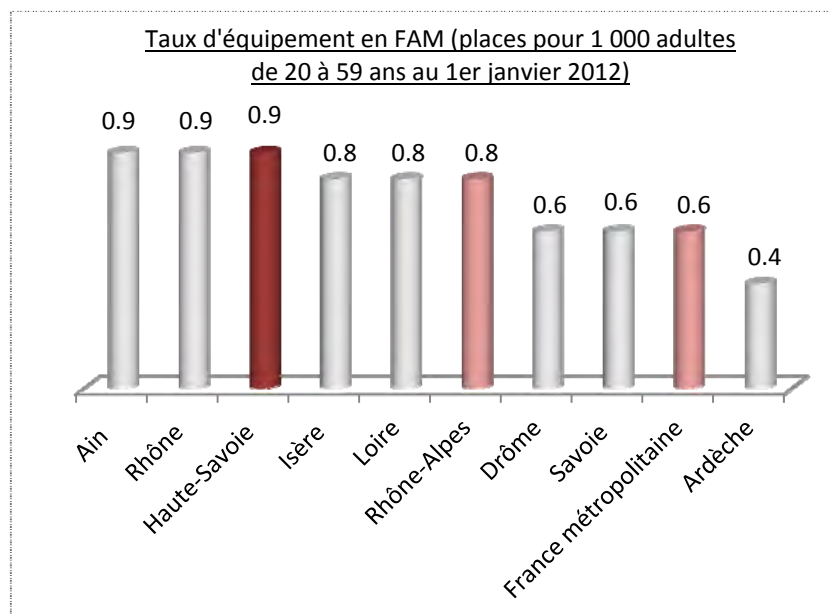
12 Foyers d'accueils médicalisés sont présents sur le département, accueillant différents types de population :

- 3 sont dédiés aux personnes handicapées vieillissantes (Monnetier-Mornex, Allinges, La Balme de Sillingy) ;
- 4 à des personnes déficientes intellectuelles profondes (Thorens, Villard-sur-Boège, La Tour, St Cergues) ;
- 2 à des personnes polyhandicapées (Hery-sur-Alby, Machilly) ;
- 1 aux personnes infirmes moteurs cérébraux (Meythet) ;
- 1 aux personnes handicapées adultes autistes (Chaumont) ;
- 1 aux personnes handicapées psychiques (Monnetier-Mornex).

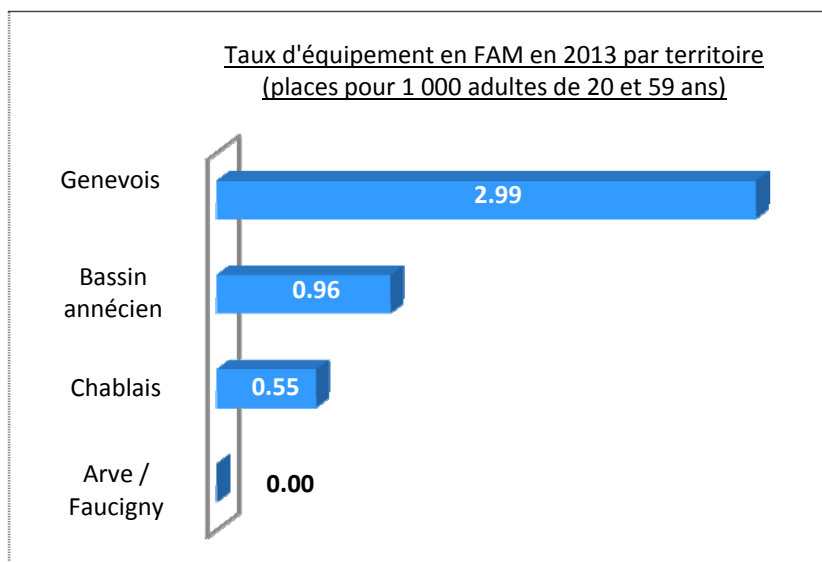


Entre 2007 et 2013, le nombre de places (en accueil permanent) en Foyer d'Accueil Médicalisé a plus que doublé (+ 103,7 %), pour atteindre 442 places en 2013.

Le taux d'équipement pour ces structures est ainsi passé de 0,6 à 1,1 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans entre 2007 et 2013.



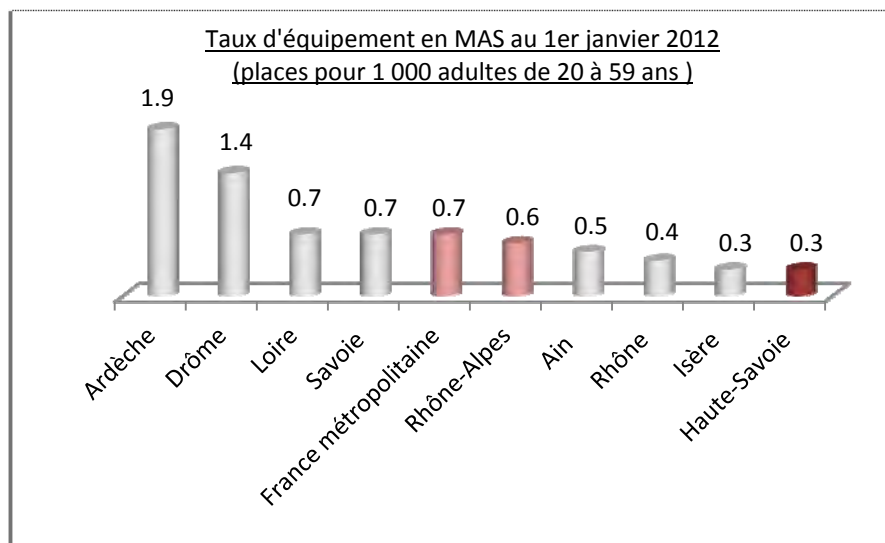
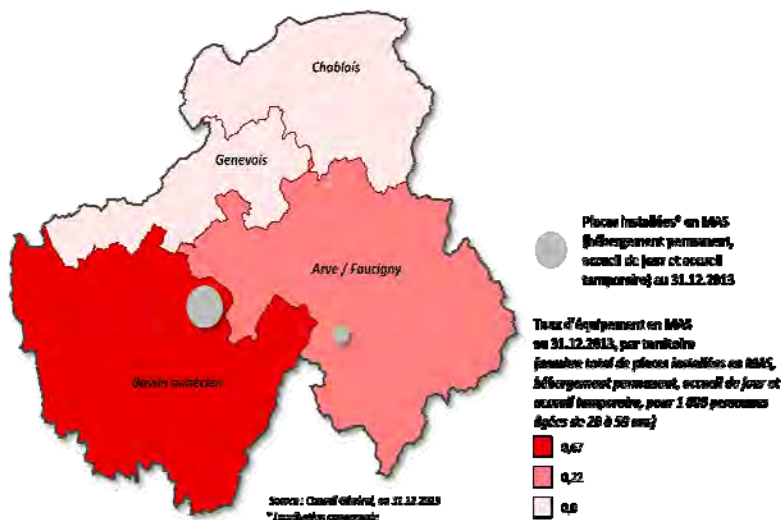
En 2012, la Haute-Savoie se situe sensiblement au-dessus de la moyenne nationale, légèrement au-dessus de la moyenne régionale et au-dessus de la moyenne de l'échantillon étudié (0,7 ‰).



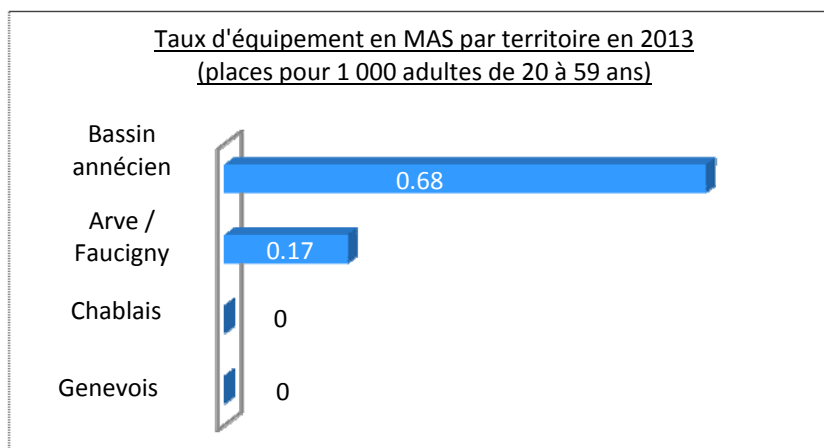
En 2013, le département de la Haute-Savoie dispose de **120 places en MAS**, soit un taux d'équipement de 0,3 %.

Nombre de places en MAS (2013)

Bassin annécien	104
Arve / Faucigny	16
Genevois	0
Chablais	0
Haute-Savoie	120



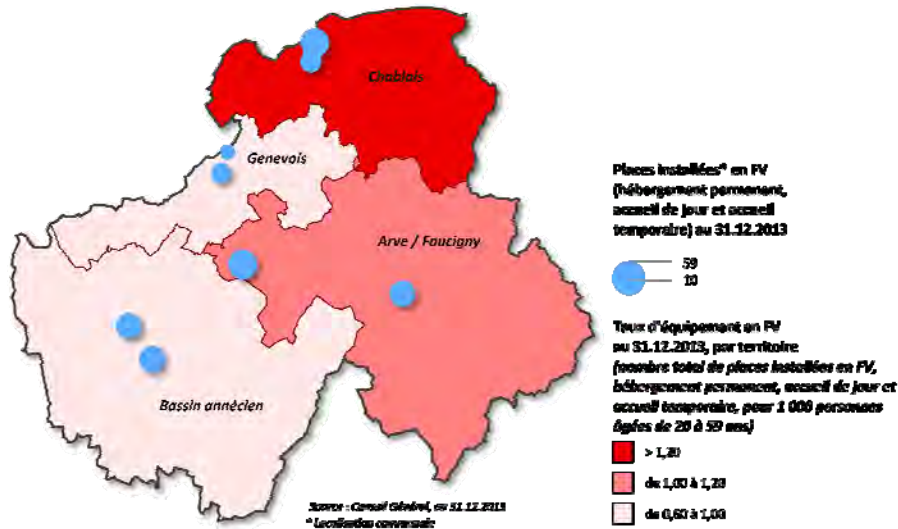
En 2012, la Haute-Savoie présente un **taux d'équipement en MAS inférieur** aux moyennes nationale et régionale.



En 2013, le département de la Haute-Savoie dispose de 266 places, soit un taux d'équipement de 0,7 ‰.

Nombre de places en foyer de vie (2013)

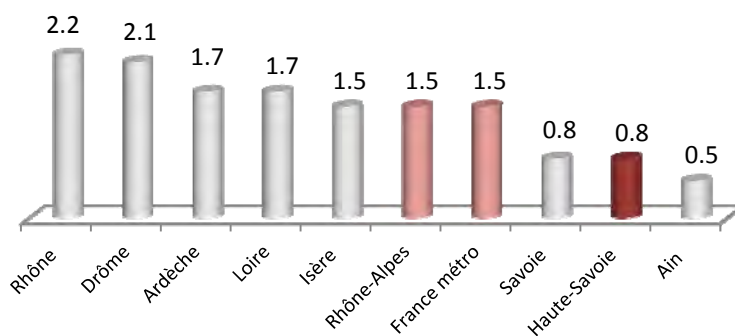
Bassin annécien	67
Chablais	71
Genevois	42
Arve / Faucigny	86
Haute-Savoie	266



Entre 2007 et 2013, le nombre de places (en accueil permanent) en foyer de vie a légèrement diminué, passant de 276 à 266 places soit une baisse de 3,6 %. Cette diminution s'explique par la transformation de 44 places de foyer de vie en foyer d'accueil médicalisé.

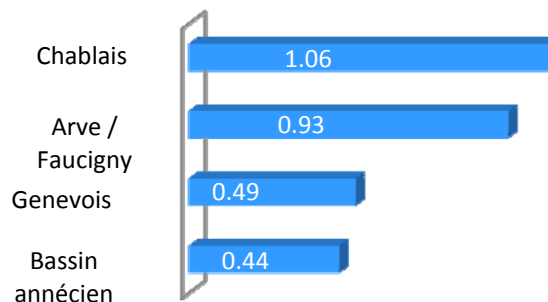
Le taux d'équipement est cependant resté stable entre 2007 et 2013, aux alentours de 0,7 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Taux d'équipement en foyers de vie
(places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au 1er janvier 2012)



En 2012, la Haute-Savoie dispose d'un des taux les plus faibles parmi les départements étudiés, et se place également en dessous des moyennes nationale et régionale.

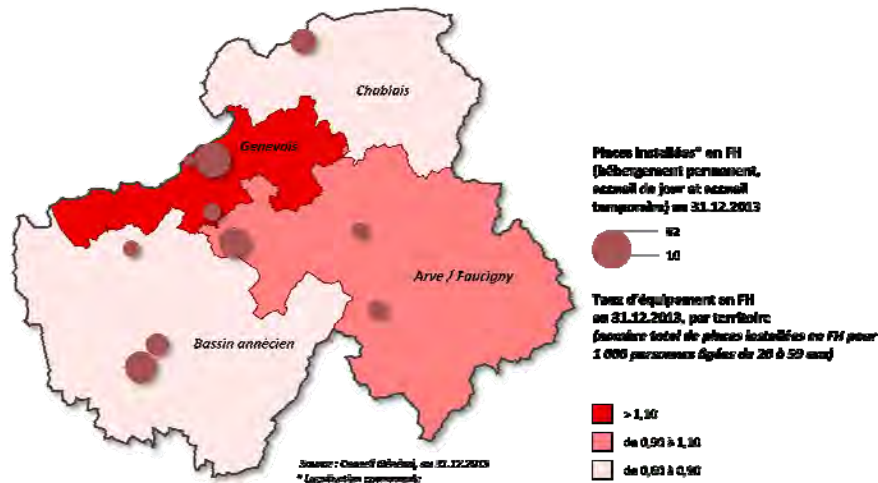
Taux d'équipement en foyer de vie, hébergement permanent par territoire en 2013 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



En 2013, le département de la Haute-Savoie dispose de **353 places**, soit un **taux d'équipement de 0,8 ‰** supérieur aux moyennes régionale et nationale.

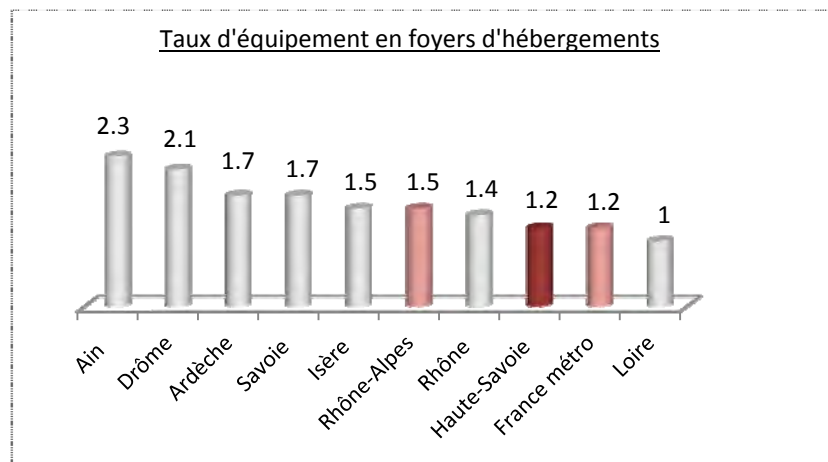
Nombre de places en foyer d'hébergement (2013)

Bassin annécien	109
Chablais	41
Genevois	108
Arve / Faucigny	95
Haute-Savoie	353

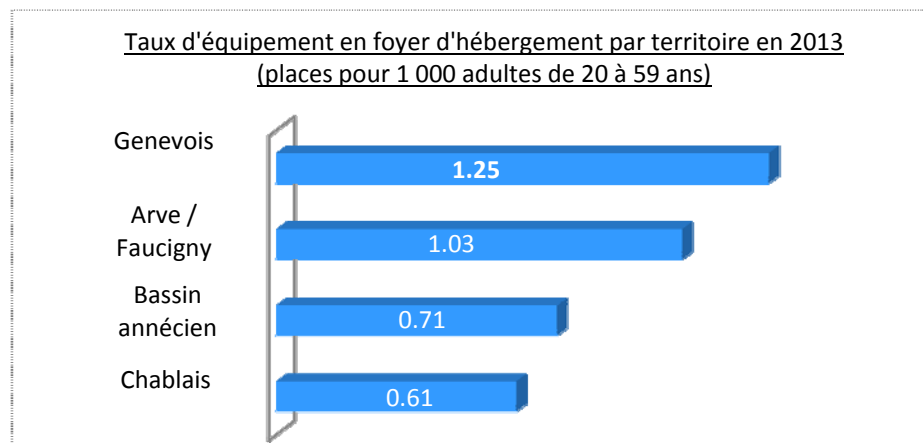


Entre 2007 et 2013, le nombre de places (en accueil permanent) en foyer d'hébergement est passé de 326 à **353 places**, soit une hausse de **8,3 ‰**.

Le taux d'équipement est donc resté à peu près stable sur cette période, autour de 0,8 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

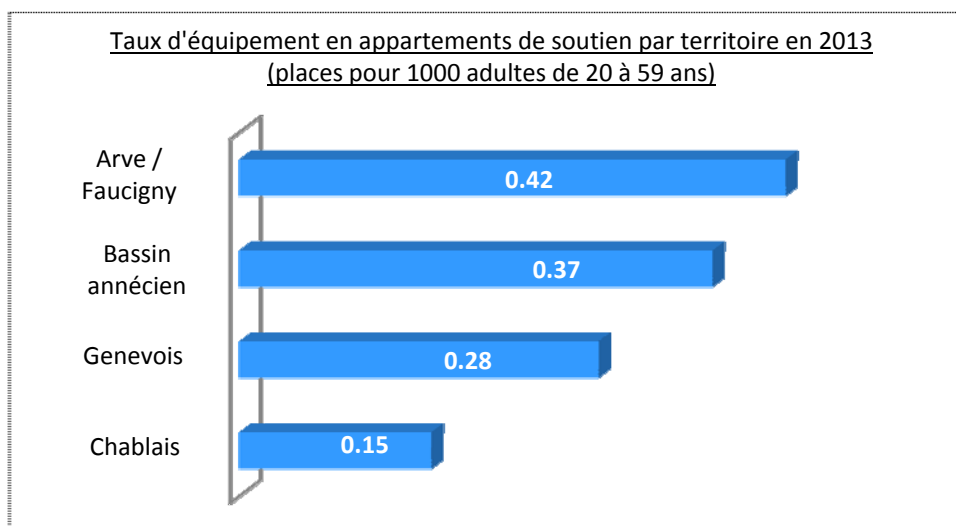
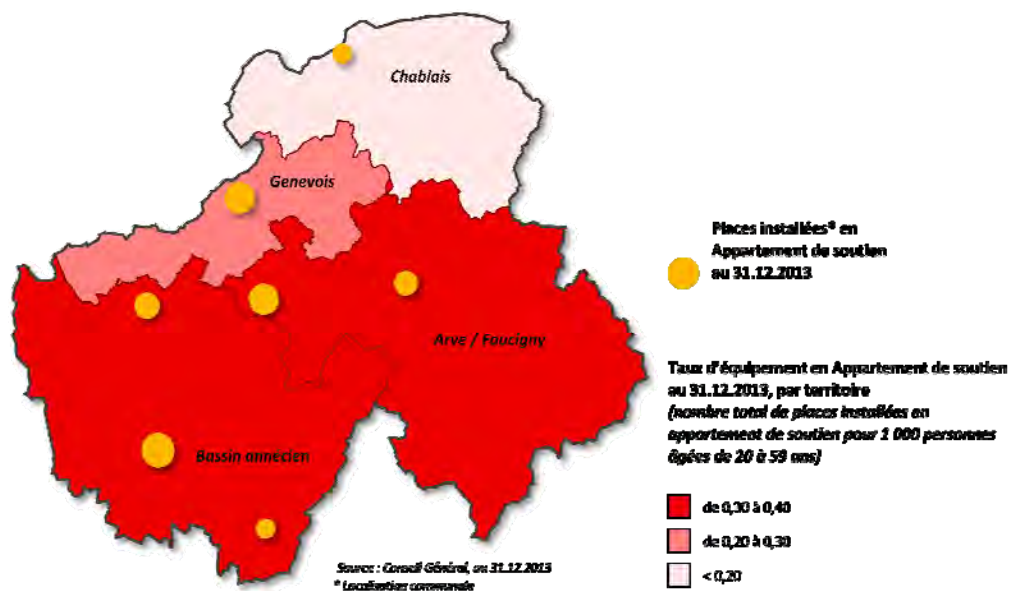


En 2012, la Haute-Savoie se situe dans la moyenne inférieure de l'échantillon, mais **proche de la moyenne régionale et au même niveau que la moyenne nationale**.



Entre 2007 et 2013, le nombre de places en appartements de soutien est passé de 140 à 129 places, soit une diminution de 8 %. Ceci s'explique par une transformation de certaines places.

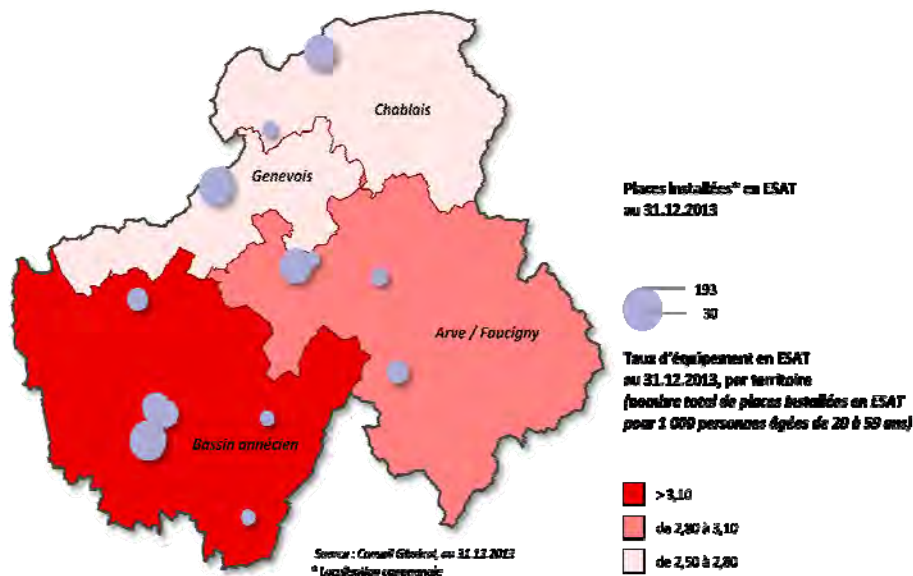
Nombre de places en appartement de soutien (2013)	
Bassin annécien	56
Chablais	10
Genevois	24
Arve / Faucigny	39
Haute-Savoie	129



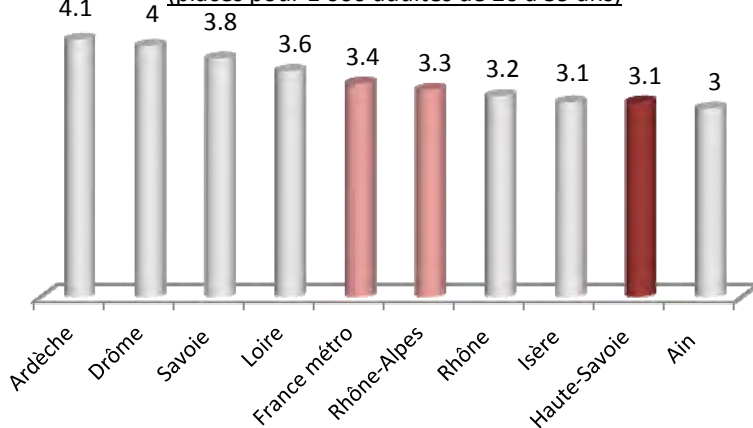
Le département de la Haute-Savoie dispose de **1 246 places en ESAT en 2013**, soit un taux d'équipement de 3,1 %.

Nombre de places en ESAT (2013)

Bassin annécien	559
Chablais	170
Genevois	242
Arve / Faucigny	275
Haute-Savoie	1 246

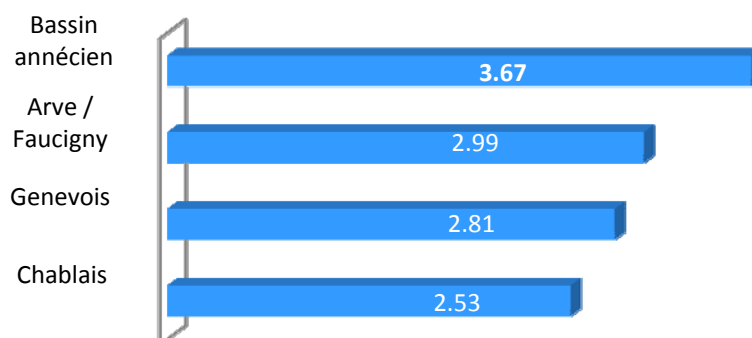


Taux d'équipement en ESAT au 1er janvier 2012 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



En 2012, la Haute-Savoie présentait un ratio de places d'ESAT **légèrement en dessous des moyennes nationale et régionale.**

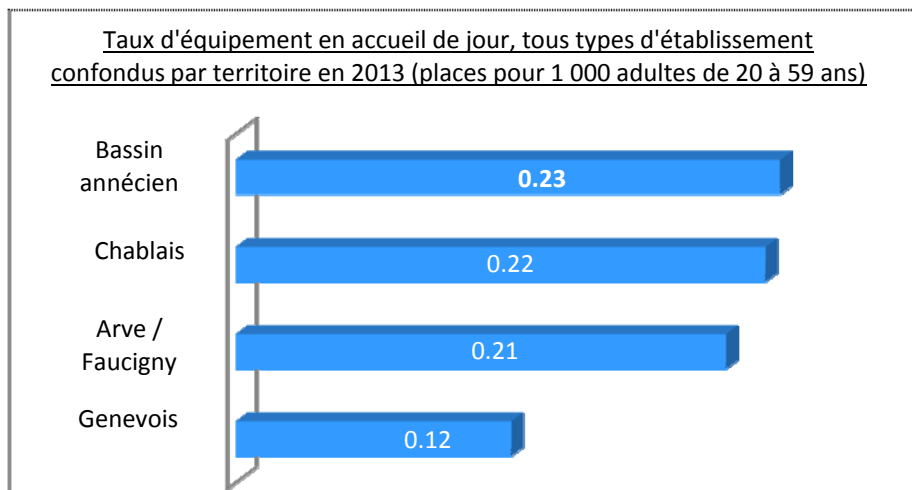
Taux d'équipement en ESAT par territoire en 2013 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Accueil de jour :

Entre 2007 et 2013, le nombre de places en **accueil de jour** a fortement augmenté, passant de **33 à 79 places** soit une augmentation de 139,4 %. En 2013, le taux d'équipement en accueil de jour, tous types d'établissements confondus, s'élève donc à 0,2 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

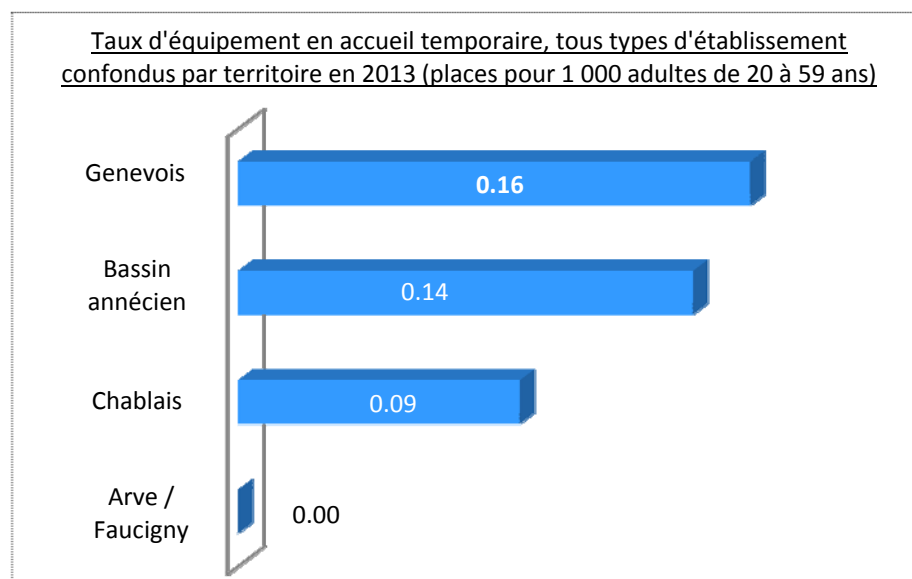
Nombre de places en accueil de jour (2013)	
Bassin annécien	35
Chablais	15
Genevois	10
Arve / Faucigny	19
Haute-Savoie	79



Accueil temporaire :

L'**accueil temporaire** s'est fortement développé entre 2007 et 2013, passant de **3 à 42 places** tous types d'établissements confondus. Le taux d'équipement en accueil temporaire s'élève donc à 0,1 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans en 2013.

Nombre de places en accueil temporaire (2013)	
Bassin annécien	22
Chablais	6
Genevois	14
Arve / Faucigny	0
Haute-Savoie	42

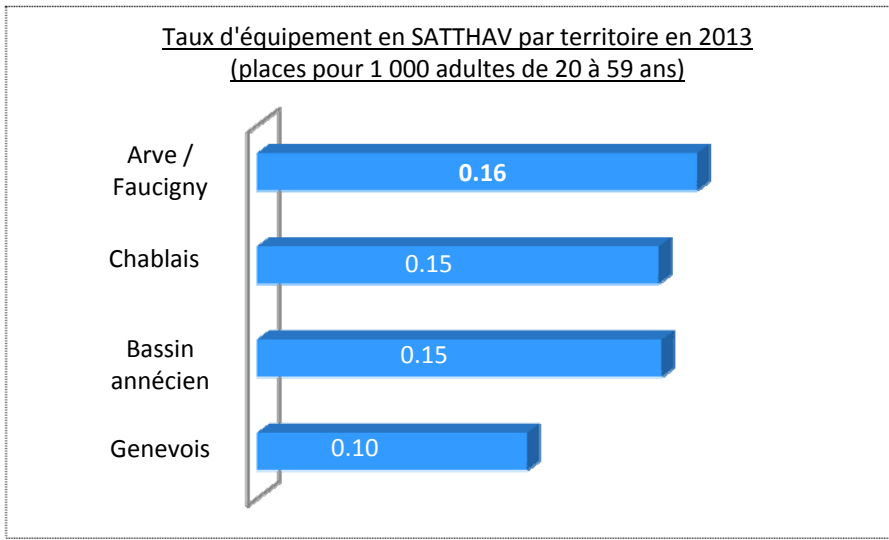
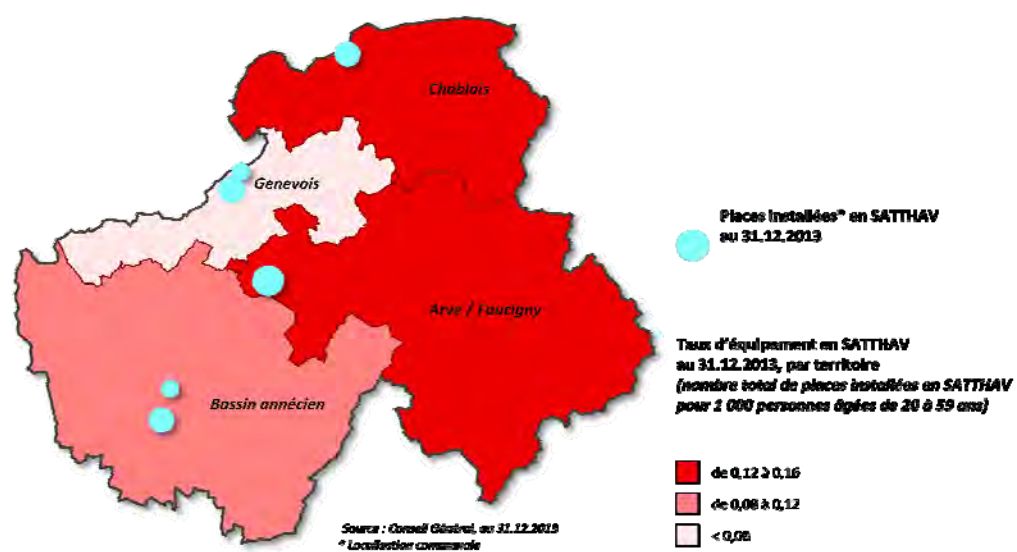


Section d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants :

Entre 2007 et 2013, le nombre de places en **SATTHAV** est passé de **35 à 53 places** soit une augmentation de 28,6 %.

Le taux d'équipement en SATTHAV est donc resté stable sur cette période, autour de 0,1 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Nombre de places en SATTHAV (2013)	
Bassin annécien	15
Chablais	10
Genevois	13
Arve / Faucigny	15
Haute-Savoie	53



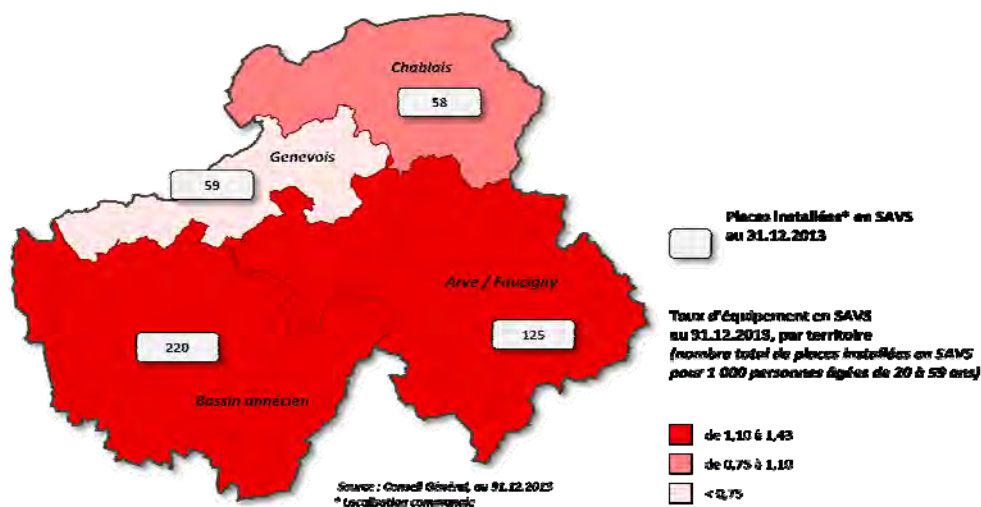
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale :

Entre 2007 et 2013, le nombre de places en SAVS est passé de 291 à 462 places, soit une augmentation de 58,8 %.

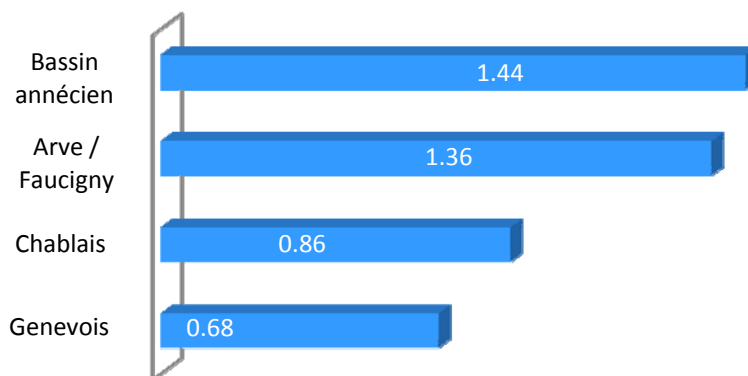
Le taux d'équipement en SAVS a donc sensiblement augmenté sur cette période, passant de 0,6 à 1,16 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Nombre de places en SAVS (2013)

Bassin annécien	220
Chablais	58
Genevois	59
Arve / Faucigny	125
Haute-Savoie	462



Taux d'équipement en SAVS par territoire en 2013 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)

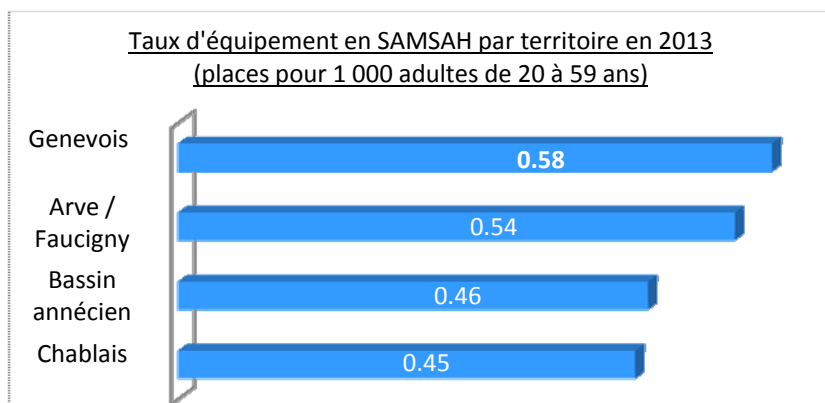
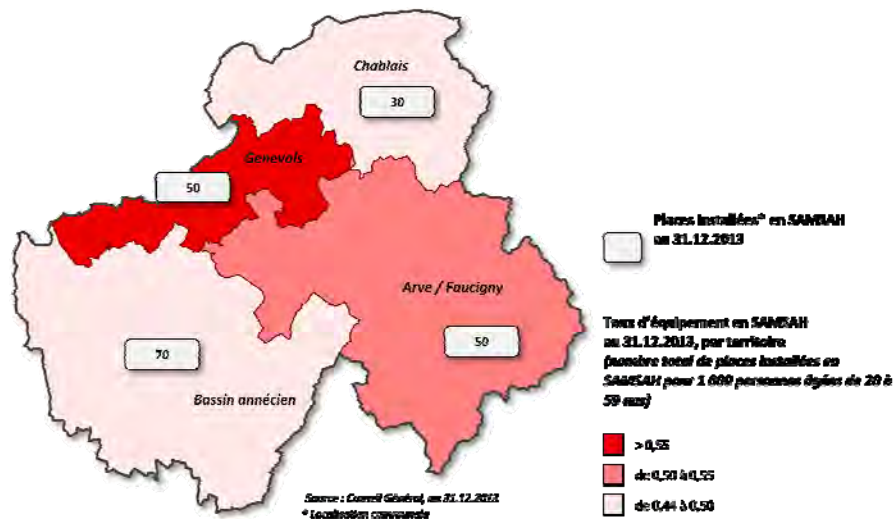


Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés :

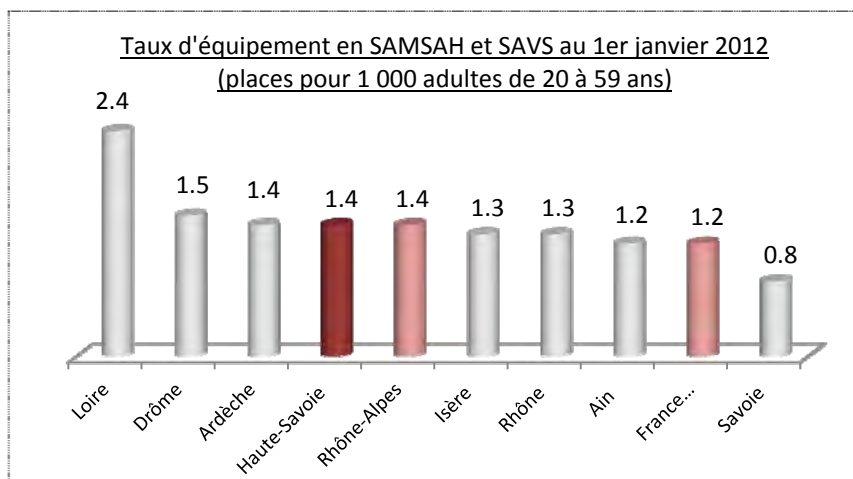
Entre 2007 et 2013, le nombre de places en SAMSAH est passé de 30 à 200 places soit une multiplication du nombre de places par 6,6. Le taux d'équipement en 2013 s'élève désormais à 0,5 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans.

Nombre de places en SAMSAH (2013)

Bassin annécien	70
Chablais	30
Genevois	50
Arve / Faucigny	50
Haute-Savoie	200



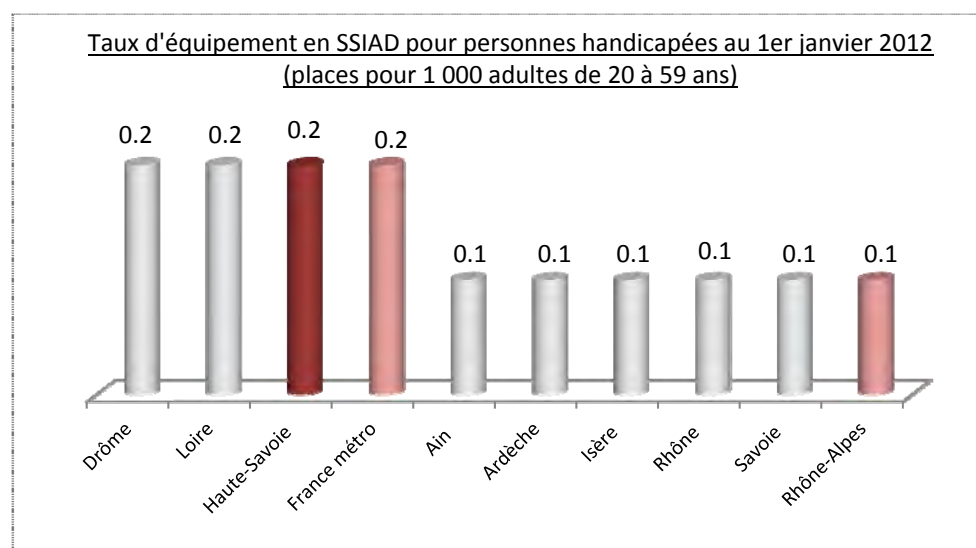
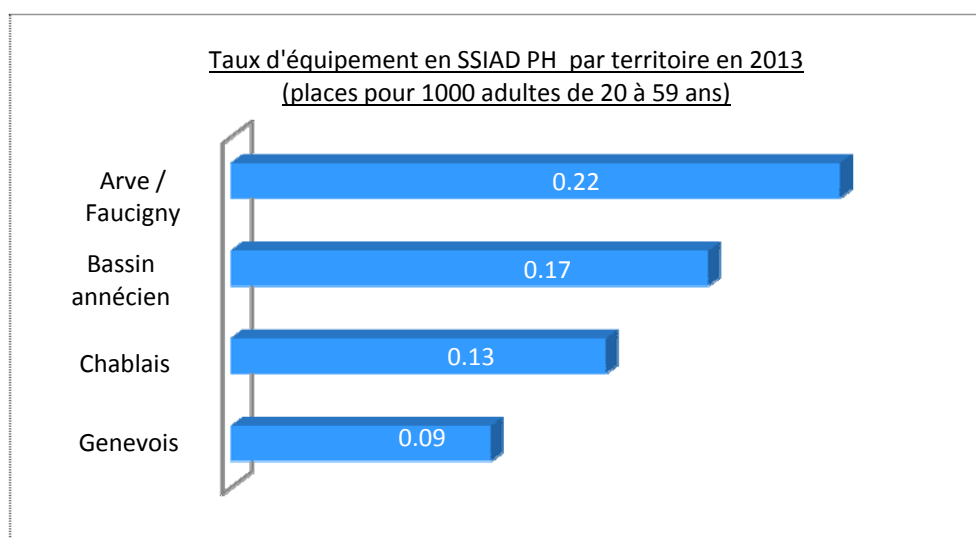
En 2012, le Département de la Haute-Savoie se situe **dans la moyenne supérieure de l'échantillon** : seules la Loire et la Drôme affichent un taux supérieur à celui de la Haute-Savoie. Le département affiche ainsi un taux semblable à la moyenne régionale et supérieur à la moyenne nationale.



En 2013, le Département dispose de **63 places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées**, soit un taux d'équipement de 0,15 %.

Nombre de places de SSIAD PH (2013)

Bassin annécien	26
Chablais	9
Genevois	8
Arve / Faucigny	20
Haute-Savoie	63



En 2012, le Département de la Haute-Savoie se situe **dans la moyenne supérieure des départements étudiés, à un taux égal à la moyenne nationale.**

Ceci ne signifie pas pour autant que cette offre est suffisante. Et il faut noter que la densité d'infirmiers libéraux est une des plus basses de la Région avec 103 % habitants, alors que la densité régionale est de 131. Ceci peut expliquer les listes d'attente importantes que connaissent certains SSIAD, phénomène aggravé du fait des difficultés de recrutement de personnels qualifiés.

CE QU'IL FAUT RETENIR



➡ Nombres de places en Haute-Savoie :

Foyer d'Accueil Médicalisé	442
Maison d'Accueil Spécialisé	120
Foyer de Vie	266
Foyer d'Hébergement	353
Appartement de soutien	129
places d'hébergement permanent = 1 310	
Accueil temporaire	42
Etablissement et Service d'Aide par le Travail	1 246
Accueil de jour	79
Section d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants	53
Service d'Accompagnement à la Vie Sociale	462
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés	200

Pour l'élaboration du présent schéma, différentes études ont été menées (cf annexe) pour éclairer les orientations à déterminer. Les résultats synthétiques sont présentés ci-après.

A

Projections de personnes en situation de handicap en 2017 et 2025
Approche à partir des taux de prévalence des déficiences :
principaux résultats pour le Département

Définition de la prévalence :

« En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage ».

Les résultats de cette étude soulignent que la population du département va connaître une croissance continue au cours des prochaines décennies pour passer de 725 677 habitants en 2009 à 897 904 habitants en 2035 (ces résultats devant être pondérés par les 3 autres composantes que sont la fécondité, la mortalité et les migrations).


L'application des taux de prévalence reconnus par type de déficience au niveau national (étude CTNERHI 2005) à la tranche de population adulte de Haute-Savoie permet d'établir une projection globale au niveau départemental qui indique que 18 076 personnes connaîtraient un handicap sur notre département en 2017 et 18 514 en 2025.

Ces chiffres sont difficilement exploitables en tant que tels pour estimer des besoins. En revanche, ils permettent d'indiquer des tendances. Ils confirment la part importante de personnes atteintes d'un handicap psychique.

B

Etude prospective des besoins en hébergement et service

Cette étude a mobilisé plusieurs outils (enquête Handiregard, examen des listes d'attente des ESMS du département, analyse de l'effectivité des orientations prononcées par la CDAPH...). **Le croisement des différentes données obtenues** a permis de dégager les besoins prioritaires pour les 5 prochaines années.

 **Déploiement de l'enquête « Handiregard »** avec pour objectif de mieux connaître **la population handicapée prise en charge par les ESMS** et d'estimer les besoins d'équipement futurs (cf grille en annexe).

Méthodologie utilisée :

- Transmission des questionnaires « fiches individuelles » aux établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes en situation de handicap.
- Focus sur la population âgée de 16 à 20 ans susceptible d'être prochainement en situation d'amendement Creton.

Principaux enseignements tirés de cette enquête :

- Parmi les 2 451 fiches individuelles renseignées par les ESMS, on dénombre 359 personnes dont la prise en charge actuelle est jugée inadaptée (soit 15% de la population visée).
 - ~ 59 % de ces inadéquats résident à domicile (personnel, familial, famille d'accueil ou autre).
 - ~ 28 % de ces personnes relèveraient, selon les professionnels interrogés, de foyer d'accueil médicalisé.
 - ~ 32 % sont âgées de 40 à 49 ans.
 - ~ 39 % présentent une déficience mentale et 29% d'entre elles un handicap psychique.

- Parmi les 1 937 personnes visées par l'enquête dont la prise en charge actuelle est jugée adaptée, on dénombre 473 personnes pour lesquelles cette prise en charge ne sera plus adaptée en 2018, soit 24 % d'entre elles.
 - ~ 70 % de ces personnes résident à domicile.
 - ~ 34 % de ces personnes relèveront d'un domicile personnel, 14 % de FAM et 11 % d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD/ Foyer logement).
 - ~ 38 % de ces personnes sont âgées entre 50 et 59 ans → Poids du vieillissement dans les solutions à envisager pour l'avenir.
 - ~ 39% des personnes présentent une déficience mentale et 24% d'une déficience psychique.

✚ Parmi les études menées, figure **l'analyse des besoins des personnes en attente d'une admission au sein d'un établissement ou d'un service.**

Pour effectuer cette étude, un important travail de croisement des données disponibles en interne au Conseil Général avec les listes d'attente transmises par les ESMS a été mené, afin d'éliminer au maximum les doublons et ainsi disposer d'un chiffre reflétant au plus près les manques et les besoins à prioriser au cours des 5 prochaines années.

Principaux enseignements tirés de cette enquête :

- Un nombre important d'orientations demeurent non effectives (919) mais il convient de nuancer ce propos en soulignant que parmi ces orientations non effectives, seules 334 personnes sont inscrites sur les listes d'attente actualisées des structures correspondant à l'orientation. C'est donc ce second chiffre qu'il convient de prendre en compte pour prioriser les besoins.
- Services d'accompagnement (SAVS-SAMSAH) : un nombre d'orientations non effectives prises en compte sur les listes d'attente concerne les SAVS. Ainsi, 152 personnes seraient en attente d'un suivi par un SAVS au moment de l'enquête. Toutefois, ce chiffre est à corréliser avec les résultats de l'étude menée auprès des SAVS-SAMSAH en vue d'évaluer leur fonctionnement, laquelle a abouti à des pistes de travail visant à faire évoluer les pratiques ainsi que le nombre d'usagers suivis (cf paragraphe sur l'étude SAVS-SAMSAH).
- Structures d'hébergement : les besoins les plus prégnants en termes d'équipement concernent les FAM et les foyers de vie, avec respectivement 73 et 48 personnes orientées et inscrites sur liste d'attente. Ces chiffres sont corroborés par le nombre d'amendement Creton en attente d'une entrée dans ce type de structure.
S'agissant des FAM, il convient toutefois de rappeler que le taux d'équipement départemental en MAS reste inférieur aux moyennes régionale et nationale (taux le plus faible de Rhône-Alpes) et qu'inversement, la Haute-Savoie est l'un des départements les mieux pourvus en places de FAM (0.9 places/1000 à égalité avec l'Ain et le Rhône). Ainsi, la création de places de FAM ne peut constituer la seule réponse pour les prochaines années.
- Dans tous les cas, des résultats sont à croiser avec les déficiences des personnes en attente d'une admission afin de déterminer de manière précise les besoins à couvrir.

C

Etude menée avec les SAVS et les SAMSAH

Objectifs de l'étude (cf annexe) :

- Disposer d'un premier niveau de connaissance du positionnement, de l'activité, de l'organisation et du fonctionnement des SAVS et SAMSAH du département.
- Etudier le niveau de conformité des services avec les textes régissant leur fonctionnement, identifier l'origine des écarts et les marges de manœuvre.
- Faire état des complémentarités entre les SAVS-SAMSAH et les autres structures: SAAD, tutelles, ESAT, accueil de jour...
- Proposer une définition commune du rôle et des missions de ces services et des critères de fonctionnement partagés

Propositions d'évolution :

- Suivre les places disponibles en temps réel.
- Aller progressivement vers une augmentation du nombre de personnes accompagnées sur l'année.
- Développer l'accueil séquentiel : dans une logique de construction de parcours, permettre d'activer «une place» sur une période réduite - après orientation de la CDAPH - pour répondre à un besoin ponctuel.
- Introduire – progressivement – de la polyvalence dans les déficiences aujourd'hui accompagnées par les SAVS. Si chaque handicap a ses spécificités, les principes d'intervention de chaque SAVS restent les mêmes : s'assurer que l'utilisateur bénéficie des compensations suffisantes lui permettant de s'intégrer socialement, professionnellement, ainsi que de développer une autonomie favorisant sa vie en milieu ordinaire.
- Accroître les coopérations entre les SAVS et SAMSAH intervenant sur un même territoire.
- S'interroger systématiquement sur la finalité, et donc la fin de l'accompagnement proposé à l'utilisateur.
- Approfondir l'analyse des demandes de renouvellement d'orientation (notamment à partir d'une certaine durée d'accompagnement, à définir de manière collégiale).
- Définir précisément le rôle de coordination des SAVS-SAMSAH et le cas échéant, le légitimer auprès des autres partenaires.
- Assurer le lien entre le décret régissant les modalités de fonctionnement des services et les besoins identifiés dans le cadre de la concertation du Schéma départemental.

Au plan méthodologique, cela nécessite d'actualiser le Règlement Départemental d'Action Sociale, de revoir les arrêtés d'autorisation et d'envisager de créer un référentiel des missions opposable dans le cadre des appels à projets. Il conviendra néanmoins de veiller à adapter ces évolutions aux spécificités de chaque structure.

D **ETUDE SUR LES ABSENCES POUR CONVENANCE PERSONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES ACCUEILLIES EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX**

Objectifs de l'étude :

- Faire le point sur le cadre juridique.
- Faire le point sur les pratiques déployées par d'autres conseils généraux sur cette problématique.

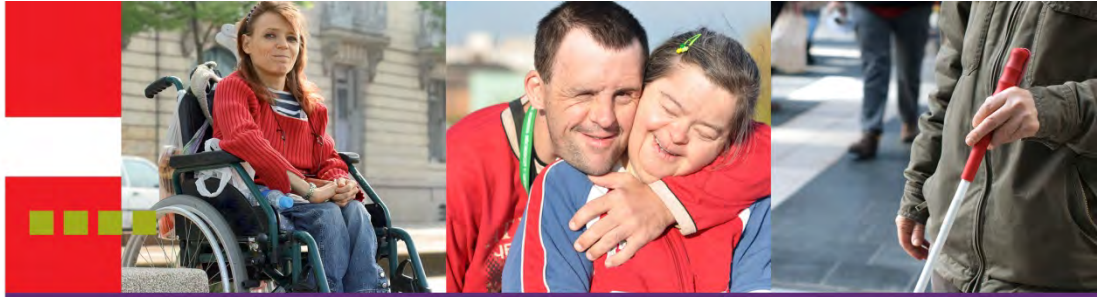
Les résultats de cette étude démontrent une grande variété de situations d'un département à l'autre, aucune réponse type ne pouvant cependant être dégagée pour répondre à cette problématique des absences pour convenance personnelle, en lien avec une solvabilisation accrue des retours à domicile par le biais de la Prestation de Compensation du Handicap.

Toutefois, ils confirment la nécessité de réfléchir à la question de l'occupation des places d'internat permanent en lien avec les besoins des personnes en attente d'une admission dans un établissement et service médico-social.

CE QU'IL FAUT RETENIR



- ➡ Un besoin de prise en compte du vieillissement de la population en situation de handicap.
- ➡ Un besoin de création de places de foyer de vie en lien avec l'analyse des besoins des personnes en attente d'admission et du nombre de jeunes sous statut d'Amendement Creton.
- ➡ Un besoin de prise en compte du handicap psychique.
- ➡ Un besoin de requestionner le fonctionnement des services d'accompagnement, notamment des SAVS, en vue de couvrir les besoins recensés.
- ➡ Un besoin de faire évoluer la question des absences dans les établissements en lien avec le développement de la Prestation de Compensation du Handicap.



Le plan d'actions

CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA HAUTE-SAVOIE

La phase de concertation multi-partenariale réalisée en septembre 2013 a permis à l'ensemble des acteurs représentés de formuler des propositions d'actions à mettre en œuvre dans le cadre du Schéma en faveur des personnes en situation de handicap 2014-2018.

A travers ces propositions, et en s'appuyant sur le bilan des actions du précédent schéma et le résultat des études réalisées, le Conseil Général a dégagé trois axes de travail principaux, autour desquels il souhaite organiser sa politique publique d'accompagnement des personnes en situation de handicap pour les cinq prochaines années.

C'est ainsi que le plan d'actions du Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap s'est construit autour de

3 orientations

ORIENTATION 1 → PROMOUVOIR L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LA VIE « ORDINAIRE »

ORIENTATION 2 → REAMENAGER ET COMPLETER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ACCUEIL POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'EVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEURS AIDANTS

ORIENTATION 3 → FAVORISER LA FLUIDITE DES PARCOURS DE VIE DES USAGERS ET DE LEURS AIDANTS

Chacune de ces **orientations est déclinée en objectifs** et chacun **des objectifs fait l'objet d'une fiche dédiée**, composée de cinq rubriques :

- Pilote(s) → Identification de l'(es) institution(s) garante(s) de la mise en œuvre de la fiche.
- Partenaire(s) ou service(s) associé(s) → Désignation des acteurs dont l'implication apparaît nécessaire pour la bonne mise en œuvre des actions de la fiche.
- Bénéfices attendus → Exposé de la plus-value que l'objectif et ses actions afférentes doivent permettre.
- Déclinaison opérationnelle → Les différentes actions devant permettre d'atteindre l'objectif de la fiche.
- Indicateurs d'évaluation → Précision des indicateurs à partir desquels il sera possible d'apprécier la mise en œuvre des actions et l'atteinte de l'objectif.

Dans l'esprit de la loi 2005-102 du 11 février 2005, qui promeut la citoyenneté et la participation des personnes en situation de handicap, la **première orientation du présent Schéma entend favoriser l'inclusion des personnes handicapées dans la vie de la Cité** et de manière générale dans la vie ordinaire.

S'approcher de cet objectif ambitieux, c'est d'abord et avant tout **faire évoluer le regard que chacun peut porter sur le handicap.**

En ce sens, il est primordial de réaffirmer la **notion d'usager citoyen et acteur.** Toute personne handicapée est avant tout une personne, un concitoyen qui a sa place dans notre société.

Depuis sa création, la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** de la Haute-Savoie a œuvré à faire évoluer le regard de tous sur le handicap, en particulier par des **actions d'information, de sensibilisation et de promotion des dispositifs.**

Le plan de communication qu'elle développe sous l'impulsion de la Commission Exécutive du Groupement d'Intérêt Public dans laquelle les associations du secteur sont pleinement impliquées, permet non seulement d'accroître la lisibilité de la structure et d'informer les usagers mais aussi de véhiculer une autre image du handicap et un réel message d'inclusion.

Le logo de la MDPH 74, son livret d'accueil, les supports qu'elle utilise ont pour objectif de valoriser l'humain, la différence, le vivre ensemble.



Pour promouvoir cette première orientation, **le Conseil général s'est fixé six objectifs**, au premier rang desquels, il souhaite affirmer sa volonté d'inclure dans toutes ses politiques propres la dimension du handicap.

Le renforcement de la coordination des politiques départementales sur le champ du handicap est un message fort que l'Assemblée Départementale adresse à ses propres services.

L'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux domaines « ordinaires » de la vie : soins, transports, loisirs, travail, logement doit être promue... Il s'agira de privilégier autant que possible **l'ouverture des dispositifs de droit commun** sur la mise en place de dispositifs spécifiques, afin de favoriser le vivre ensemble.

Objectif 1 : Intégrer la problématique du handicap dans toutes les politiques départementales

Action 1	Développer la connaissance mutuelle des dispositifs et missions de chaque Direction
Action 2	Organiser le travail en commun et en rendre compte

Objectif 2 : Promouvoir et élargir la palette de l'offre accessible et adaptée (loisirs, culture...)

Action 3	Améliorer la lisibilité de l'offre existante par des actions de recensement et de diffusion de l'information
Action 4	Sensibiliser les associations et clubs sportifs, culturels et de loisirs de droit commun à l'accessibilité de leurs activités

Objectif 3 : Favoriser la mobilité

Action 5	Optimiser l'utilisation de l'offre de transport existante
Action 6	Diversifier les solutions de transport

Objectif 4 : Renforcer l'adaptation des logements

Action 7	Renforcer le partenariat avec les acteurs de l'habitat en cohérence avec le Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD)
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Objectif 5 : Améliorer l'accès aux soins

Action 8	Favoriser le décroisement sanitaire/médico-social par la formation et les stages
Action 9	Capitaliser les résultats des expérimentations menées en Haute-Savoie
Action 10	Veiller à disposer d'une offre de soins adaptée à domicile (HAD, SSIAD et libéraux) dans une logique d'équité territoriale
Action 11	Favoriser l'accès des jeunes et adultes handicapés aux actions d'éducation à la santé et aux réflexions sur la vie affective et l'intimité

Objectif 6 : Accompagner le parcours professionnel des personnes handicapées

Action 12	Mobiliser les dispositifs d'insertion (en lien avec le Plan Départemental d'Insertion et de l'Emploi - PDIE)
Action 13	Promouvoir la valorisation des compétences des travailleurs handicapés
Action 14	Soutenir les entreprises du milieu ordinaire dans l'accueil de travailleurs handicapés
Action 15	Assurer un accompagnement permettant le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

En qualité de chef de file de l'action sociale et médico-sociale, le Département joue un rôle central dans la politique menée en faveur des personnes en situation de handicap (autorisation et financement des établissements et services médico-sociaux – versement de la Prestation de Compensation du Handicap...).

Toutefois, au-delà des compétences obligatoires mises en œuvre par la Direction de la Gérontologie et du Handicap, nombreuses sont les directions du Conseil général qui sont également amenées à intégrer, de manière directe ou indirecte, la problématique du handicap dans leurs interventions, nécessitant ainsi une approche transversale entre les différents services concernés ainsi qu'une communication sur la politique globale menée par le Conseil général en faveur du handicap.

PILOTE	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autres directions du Conseil général

BENEFICES ATTENDUS

- Diffuser une culture d'intégration de la dimension handicap dans tous les projets portés par le Conseil général.
- Permettre le partage d'expertise entre directions (complémentarité); articuler l'ensemble des financements mis en place par le Département (cohérence).
- Rendre plus visibles les compétences et capacités d'expertise de chaque direction.
- Identifier les possibilités d'articulation entre les politiques.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 1 → Développer la connaissance mutuelle des dispositifs et missions de chaque direction

- Réaliser un **état des lieux** de toutes les actions départementales ayant trait au handicap et formaliser un rapport d'activités commun.
- Identifier des **interlocuteurs ressources** au sein de chaque Direction, en capacité d'orienter les demandes émanant d'autres directions.
- Faire connaître les **possibilités de financement existantes** en faveur des personnes handicapées.
- **Sensibiliser** les agents du Conseil général au handicap, en lien avec la convention FIPHP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique) :
 - ↳ Organiser des événements de type « semaine de la mobilité ».
- Mettre en commun les **possibilités de formation existantes** en interne sur le domaine du handicap :
 - ↳ En particulier, assurer la formation des **accueillants familiaux, assistantes maternelles et parents adoptants**.

Action 2 → Organiser le travail en commun et en rendre compte

- **Mobiliser les compétences ad hoc disponibles** en interne, notamment sur les domaines suivants :
 - ↳ L'adaptation du logement et des bâtiments / la construction ;
 - ↳ L'accessibilité ;
 - ↳ La connaissance des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et entreprises adaptées ;
 - ↳ Le transport scolaire des élèves handicapés.
- Déterminer des **modes de collaboration transversaux systématiques** : fiches-navettes, binômes, réunions...
- Présenter annuellement aux élus de la Commission Enfance, Famille, Grand Age et Handicap, le rapport d'activité commun.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Réalisation de l'état des lieux des actions départementales ayant trait au handicap et rédaction d'un rapport d'activités commun.
- Mise en place des interlocuteurs ressources au sein de chaque Direction.
- Nombre d'événements de sensibilisation au handicap organisés en direction des agents du Conseil général.
- Nombre d'agents du Conseil général / accueillants familiaux / assistantes maternelles / parents adoptants formés au handicap.
- Mise en place de modalités de collaboration transversales et systématiques, et effectivité de cette collaboration.

Si un nombre de plus en plus important d'organismes sportifs ou sites touristiques proposent une offre adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap, des difficultés perdurent cependant d'une part, s'agissant du public visé (l'accessibilité pour certains types de handicap étant parfois méconnue. Ex : pour la déficience intellectuelle...) et d'autre part, s'agissant de la diffusion de l'information auprès du grand public

Les actions ci-dessous visent avant tout à améliorer l'accessibilité des personnes en situation de handicap dans le domaine des loisirs, du sport et de la culture.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction des Affaires Culturelles ▪ Direction des Sports, Tourisme et Montagne ▪ Direction de l'Aménagement, de l'Environnement et du Développement Rural ▪ Service des Affaires Européennes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Associations du Handicap ▪ Communes ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Professionnels de l'accompagnement (ESMS, travailleurs sociaux...) ▪ Ecoles de formation (sports, loisirs, culture...) ▪ Comité Départemental Olympique et Sportif et Comité Départemental de Sport Adapté

BENEFICES ATTENDUS

- Valoriser l'offre existante, porter à connaissance l'offre adaptée ou accessible aux personnes en situation de handicap en matière de sport, loisirs, culture, tourisme...
- Permettre aux personnes handicapées de bénéficier d'une offre plus diversifiée d'activités.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 3 → Améliorer la lisibilité de l'offre existante par des actions de recensement et de diffusion de l'information

- **Recenser les activités adaptées et accessibles :**
 - ↳ Faire appel aux associations du handicap pour favoriser un recensement le plus exhaustif possible ;
 - ↳ Mettre à contribution les usagers eux-mêmes via les sites dédiés de type jaccede.com ;
 - ↳ Sensibiliser les communes pour le recensement de l'offre locale.
- **Mobiliser les outils existants pour diffuser l'information** (guides, sites internet, manifestations, ...) **et les faire connaître auprès des acteurs de l'accompagnement** pour qu'ils se fassent le relais auprès des personnes handicapées :
 - ↳ Centraliser sur un site unique les informations et en assurer la promotion sur le site de la MDPH ;
 - ↳ S'inscrire dans les manifestations de type « Semaine de la santé mentale » pour diffuser ces informations au grand public ;
 - ↳ S'intégrer dans les actions du Plan Tourisme (label Tourisme et Handicap).

Action 4 → Sensibiliser les associations et clubs sportifs, culturels et de loisirs de droit commun à l'accessibilité de leurs activités

- **Sensibiliser les futurs professionnels (sports, loisirs, tourisme) via les écoles de formation.**
- **Poursuivre la formation à l'accueil des personnes handicapées en direction des clubs et associations** (de loisirs, sports, culture...) de droit commun (qui ne sont pas affiliés à des fédérations de sport adapté notamment) afin qu'ils ouvrent leurs activités aux personnes en situation de handicap, **en veillant à prendre en compte les personnes présentant un handicap « invisible ».**

INDICATEURS D'EVALUATION

- Mise en ligne actualisée des informations concernant l'offre existante sur un site unique, et relais effectif de ces informations sur le site de la MDPH.
- Nombre d'actions de sensibilisation en direction des écoles de formation.
- Nombre de formations à l'accueil de personnes handicapées en direction des clubs et associations.

Dans un département comme le nôtre, présentant des spécificités géographiques fortes, diversifier les solutions de transport contribue à lutter contre l'isolement des personnes en situation de handicap notamment en milieu rural et dans les zones de montagne.

Cette question cruciale pour les personnes handicapées mais également pour l'ensemble de la population aura, au cours des prochaines années, à trouver des réponses diversifiées en vue de développer, soutenir ou valoriser toute initiative tendant à améliorer l'offre de transport à destination des usagers dans le contexte environnemental et développement durable le plus approprié.

En effet, l'accessibilité des transports constitue un facteur de réussite majeur de l'inclusion des personnes handicapées en milieu ordinaire.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction des Transports ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Communes et Intercommunalités ▪ Etablissements et Services Médico-Sociaux ▪ Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public (ADPEP 74)

BENEFICES ATTENDUS

- Rendre lisible l'offre de transport départementale.
- Optimiser l'offre existante en matière de transport / véhicule adaptés.
- Développer les possibilités de transport pour les personnes en situation de handicap.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 5 → Optimiser l'utilisation de l'offre de transport existante

- **Tenir à jour une liste des transports à la demande mis en place sur les communes et intercommunalités** et en assurer la promotion sur le site de la MDPH.
- **Encourager la mutualisation de la flotte de véhicules adaptés** financés dans les structures d'accueil (par le biais de prêts ou de locations).
- Faire évoluer **le transport scolaire des élèves handicapés fréquentant un établissement scolaire ordinaire**, par un travail commun entre la DGH, la Direction des Transports (taxi / desserte collective), l'ADPEP 74, la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale.

Action 6 → Diversifier les solutions de transport (en coordination avec les orientations du Schéma départemental d'accessibilité)

- Expérimenter et encadrer le **covoiturage** en étudiant la possibilité de créer une « communauté Handicap » sur le site de covoiturage départemental (le terme « communauté » étant la dénomination retenue pour le site).
- Etudier la possibilité de mettre en place un **transport à la demande départemental** permettant de relier les différentes agglomérations.
- Penser les possibilités nouvelles selon la diversité des handicaps.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Liste actualisée des transports à la demande du département et relais effectif sur le site de la MDPH.
- Nombre de structures d'accueil ayant mutualisé leur flotte de véhicules adaptés.
- Création d'une « communauté Handicap » sur le site de covoiturage départemental.
- Mise en place d'un transport à la demande départemental.

Disposer d'un logement adapté constitue une condition première du maintien à domicile des personnes handicapées. Toutefois, l'adaptation du logement demeure une question complexe du fait de la multitude d'aides disponibles et d'acteurs œuvrant dans ce champ.

Cette problématique, au cœur des préoccupations des usagers et de leurs familles, a fait l'objet d'une mobilisation importante des acteurs concernés qui ont d'ores et déjà entamé un travail de meilleure connaissance réciproque. Ils se réunissent dans le cadre d'un groupe interdisciplinaire animé par la Direction de la Gérontologie et du Handicap et la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

S'agissant d'une compétence partagée entre l'Etat et les collectivités locales, la question du logement nécessite une coordination des différents partenaires permettant notamment de mettre en adéquation l'offre de logements locatifs adaptés avec les besoins des personnes.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Prévention et du Développement Social ▪ Direction de l'Aménagement, de l'Environnement et du Développement Rural Bailleurs ▪ Direction Départementale des Territoires ▪ Act-Habitat / PLS Adil 74 ▪ Associations et services du handicap ▪ Représentants des métiers du bâtiment ▪ Professionnels spécialisés (ergothérapeutes...) ▪ Intercommunalités

BENEFICES ATTENDUS

- Permettre aux personnes handicapées le souhaitant (et en ayant les capacités) de vivre en milieu « ordinaire ».
- Optimiser les aménagements effectués.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 7 → Renforcer le partenariat avec les acteurs de l'habitat en cohérence avec le Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD)

- **Poursuivre le groupe de travail interdisciplinaire** mis en place et promouvoir ses actions.
- **Travailler de manière plus proche avec les bailleurs** sur la question du handicap :
 - ↳ Dans la constitution des dossiers de financement (aides mobilisables...)
 - ↳ A la faveur de travaux de réhabilitation : renforcer la connaissance sur l'adaptation du logement aux différents types de handicap (apporter une expertise spécifique) Exemple : Expérimentation de coopération DGH / bailleurs à mener sur des opérations de réhabilitations ;
 - ↳ Pour la classification et le recensement de leur parc ;
 - ↳ Pour la sensibilisation du voisinage : s'appuyer sur les associations œuvrant dans le champ du handicap pour animer des réunions d'informations ad hoc à l'attention des voisins.
- Améliorer la **mise en relation de l'offre et de la demande** de logements adaptés :
 - ↳ Recenser l'offre adaptée pour répondre aux besoins individuels des personnes handicapées cherchant un logement adapté et pour faciliter la mise en relation avec le logement adapté lorsqu'il se présente ;
 - ↳ Favoriser la réutilisation des aménagements réalisés ;
 - ↳ Utiliser les outils existants (type bourse d'échanges).

INDICATEURS D'EVALUATION

- Nombre de réunions du groupe de travail interdisciplinaire et actions impulsées dans ce cadre.
- Actions d'accompagnement en direction des bailleurs.
- Nombre de logements adaptés recensés.
- Nombre de mises en relation réalisées.

A domicile ou en établissement, les personnes handicapées rencontrent encore des difficultés importantes d'accès aux soins en milieu ordinaire, soit par défaut d'offres de soins adaptées à certaines pathologies, soit par méconnaissance du handicap par les acteurs du champ sanitaire.

Si des efforts importants ont été faits en la matière dans le département ces dernières années, ceux-ci méritent d'être poursuivis en vue d'améliorer les conditions de l'accès aux soins des personnes présentant des pathologies lourdes ou un handicap spécifique.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Protection Maternelle et Infantile – Promotion de la Santé ▪ Professionnels de santé ▪ Instances professionnelles de santé ▪ Etablissements et Services Médico-Sociaux ▪ Handiconsult et Dendicap

BENEFICES ATTENDUS

- Diffuser une « culture d'accueil » des personnes handicapées dans le milieu « ordinaire » de soins.
- Répondre aux besoins de soins spécifiques des personnes handicapées lorsque celles-ci sont en difficulté dans le milieu ordinaire de soins.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 8 → Favoriser le décloisonnement sanitaire/médico-social par la formation et les stages

- **Renforcer l'accessibilité des lieux de soins :**
 - ↳ Sensibiliser les personnels administratifs et d'accueil ;
 - ↳ Proposer le référencement des cabinets « accessibles » au Conseil de l'Ordre.
- **Sensibiliser les professionnels de santé :**
 - ↳ S'appuyer sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaires ;
 - ↳ S'appuyer sur les instances professionnelles pour interagir sur l'information et la formation : le Conseil de l'ordre, les syndicats et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)... ;
 - ↳ Mettre en œuvre et renforcer le volet sensibilisation dans les conventions signées entre établissements et services médico-sociaux et hôpitaux (ex. échanges de personnels ; sessions de sensibilisation...) ;
 - ↳ Associer les personnes en situation de handicap à ces actions de sensibilisation.
- **Renforcer les possibilités de stages des professionnels du sanitaire dans le médico-social et vice versa.**

Action 9 → Capitaliser les résultats des expérimentations menées en Haute-Savoie

- Expérimentation Handiconsult.
- Prendre appui sur les actions du Schéma régional d'organisation médico-sociale de l'Agence Régionale de Santé pour ce faire.

Action 10 → Veiller à disposer d'une offre de soins adaptée à domicile (HAD, SSIAD et libéraux) dans une logique d'équité territoriale

Action 11 → Favoriser l'accès des jeunes et adultes handicapés aux actions d'éducation à la santé et aux réflexions sur la vie affective et l'intimité

- Poursuivre les actions engagées au bénéfice du public handicapé en collaboration avec la Direction de la Protection Maternelle et Infantile – Promotion de la Santé.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Référencement des cabinets « accessibles » (sous réserve de faisabilité).
- Nombre d'actions de conseil-formation proposées par les Maisons de Santé Pluridisciplinaires.
- Nombre d'actions de conseil-formation réalisées par Handiconsult et Dendicap.
- Nombre de conventions signées entre ESMS et hôpitaux prévoyant le renforcement du volet sensibilisation - formation des conventions.
- Nombre de stagiaires professionnels de santé accueillis au sein des ESMS.
- Evaluation, renforcement et extension des concepts Handiconsult et Dendicap à d'autres centres hospitaliers du département (sous réserve de pertinence après évaluation de l'expérimentation).

L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire n'est pas une problématique nouvelle et fait l'objet depuis plusieurs années d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics.

Le recrutement à la MDPH d'un référent insertion professionnelle témoigne de cette volonté de placer l'emploi au cœur du parcours de vie des personnes.

Toutefois, la multitude des dispositifs et des acteurs du droit commun couplée aux nouvelles exigences concernant l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés nécessitent de poursuivre les efforts engagés ces dernières années dans ce domaine et de mieux coordonner les différentes politiques publiques.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées de Haute-Savoie ▪ DIRECCTE 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Prévention et du Développement Social ▪ Conseil Régional ▪ Pôle emploi ▪ Centres de formation ▪ Etablissements et services médico-sociaux (en particulier les ESAT) ▪ CAP EMPLOI ▪ Associations du Handicap

BENEFICES ATTENDUS

- Faciliter l'accès à l'emploi et l'insertion dans le milieu « ordinaire » de travail.
- Faciliter les passerelles entre milieux ordinaire et protégé.
- Adapter les réponses à l'évolution des besoins et aptitudes des travailleurs handicapés.
- Permettre un maintien durable dans l'emploi.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 12 → Mobiliser les dispositifs d'insertion prévus au Plan Départemental d'Insertion et de l'Emploi – PDIE

- **Mobiliser les dispositifs de l'insertion existants** pour faciliter l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés : mesure d'accompagnement à l'emploi, bilans socio-professionnels, lieux ressources Insertion, structures d'insertion par l'activité économique.

Action 13 → Promouvoir la valorisation des compétences des travailleurs handicapés

- **Favoriser la réalisation d'un état des lieux de l'offre de formation disponible sur le département** en partenariat avec les centres de formation.
- **Accompagner l'évaluation des capacités** en privilégiant une approche globale de la situation de la personne (professionnelle / sociale / résidentielle / sanitaire ...) :
 - ↳ Evaluer les expériences des ateliers de diagnostic professionnel et des accueils de jour à visée professionnelle (en vue d'une éventuelle modélisation) ;
 - ↳ S'appuyer sur les compétences des ESAT dans l'évaluation des capacités des travailleurs.
- **Accompagner la valorisation des compétences :**
 - ↳ Expérimenter un dispositif de type « clubhouse » (expérience anglo-saxonne) sur le modèle des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), mais ciblé sur l'insertion professionnelle ;
 - ↳ Créer un outil de type « livret de parcours » permettant de valoriser les expériences et compétences professionnelles des travailleurs handicapés.

Action 14 → Soutenir les entreprises du milieu ordinaire dans l'accueil de travailleurs handicapés

- **Faire connaître les aides existantes** en direction du secteur privé : RLH (Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap) et Tutorat notamment.
- **Promouvoir l'existence d'un interlocuteur unique** sur lequel l'entreprise pourra s'appuyer pour toute question relative à la situation du travailleur handicapé dans l'entreprise.
- **Mobiliser les associations du Handicap** pour former et sensibiliser le personnel, et ainsi favoriser une véritable intégration de la personne dans l'entreprise.

Action 15 → Assurer un accompagnement permettant un maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

- **Réaffirmer le rôle des SAVS-SAMSAH** dans l'accompagnement de la personne au travail et envisager une orientation de type séquentiel à activer en tant que de besoin.
- Dans le milieu ordinaire : **renforcer l'information sur les dispositifs de maintien dans l'emploi** existants (cellule de maintien dans l'emploi, Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés...) notamment en mobilisant les guides disponibles.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Réalisation d'un état des lieux de l'offre de formation disponible sur le département.
- Evaluation (et éventuellement modélisation) des ateliers de diagnostic professionnel et des accueils de jour à visée professionnelle.
- Expérimentation d'un dispositif de valorisation des compétences (de type « clubhouse ») et mise en place d'un outil dédié (type « livret de parcours »).
- Possibilité effective d'orientations séquentielles pour l'accompagnement durable des travailleurs handicapés.

ORIENTATION 2



REAMENAGER ET COMPLETER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ACCUEIL POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'EVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEURS AIDANTS

Conformément aux mutations en cours dans notre société, **les attentes et les besoins des personnes en situation de handicap ont fortement évolué.**

On observe en effet **une évolution des modes de vie, largement centrée sur le domicile**, impliquant de repenser l'intégration des personnes handicapées dans tous les domaines de la vie ordinaire (orientation n°1) mais également l'offre médico-sociale, traditionnellement davantage tournée vers l'hébergement en structure collective.

Parallèlement, la dichotomie entre le domicile et l'établissement s'estompe pour laisser place à une plus grande **individualisation des réponses et une palette de plus en plus diversifiée de lieux de vie**, correspondant au degré d'autonomie de chacun.

En outre, la population handicapée, tout comme l'ensemble de la société, **connait un allongement de son espérance de vie**, impliquant d'adapter les dispositifs existants aux effets du vieillissement, et de tisser davantage de liens avec le secteur gériatrique.

C'est dans ce contexte que **l'orientation n°2 du présent Schéma a pour objet de réaménager l'offre d'accompagnement et d'accueil**, afin de mieux prendre en compte la diversité des besoins des **personnes handicapées mais également des proches aidants**, qui détiennent un rôle essentiel dans l'accompagnement réalisé au quotidien.

Ce réaménagement est d'autant plus nécessaire que **l'accroissement quantitatif des besoins** conduit à devoir compléter l'offre existante. Pour que **le Conseil général puisse continuer à s'engager dans le développement de l'offre** (sur la base du résultat des études menées dans le cadre de l'élaboration du Schéma), il est impératif, dans un contexte financier contraint qui s'impose à tous les financeurs, d'optimiser l'ensemble des moyens mis au service de cette politique publique et d'imaginer de nouvelles réponses.

8 objectifs contribueront à mettre en œuvre cette orientation, au premier rang desquels s'impose l'amélioration de la connaissance des besoins.

ORIENTATION 2



REAMENAGER ET COMPLETER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ACCUEIL POUR MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'EVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEURS AIDANTS

Objectif 1 : Améliorer la connaissance des besoins

Action 16	Mettre en place un dispositif structuré « Evaluation et analyse des besoins »
Action 17	Associer davantage les usagers et leurs aidants

Objectif 2 : Faciliter le soutien à domicile

Action 18	Accompagner les Services d'aide à domicile dans leur approche du secteur du Handicap
Action 19	Faire évoluer l'intervention des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et des Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés
Action 20	Innover grâce notamment à l'utilisation des nouvelles technologies

Objectif 3 : Renforcer et diversifier les solutions de soutien et de répit proposées aux aidants

Action 21	Renforcer l'information auprès des aidants et des professionnels sur les solutions existantes en matière de soutien et de répit
Action 22	Diversifier les solutions de répit en lien avec le schéma gérontologique
Action 23	Renforcer le soutien et la formation des aidants

Objectif 4 : Diversifier les solutions d'habitat

Action 24	Expérimentation de solutions d'habitat semi-autonomes
-----------	-------------------------------------------------------

Objectif 5 : Accompagner l'adaptation des structures « classiques » à l'évolution des besoins

Action 25	Analyser et développer, le cas échéant, l'accueil temporaire
Action 26	Mener une réflexion sur le temps partiel en Etablissements et Services d'Aide par le Travail et les modalités d'accompagnement afférentes
Action 27	Renforcer l'intervention du secteur sanitaire au sein des établissements et services médico-sociaux et du domicile

Objectif 6 : Renforcer et compléter l'offre en établissement

Action 28	Compléter l'offre existante en lien avec les études de besoins réalisées
-----------	--------------------------------------------------------------------------

Objectif 7 : Accompagner l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées

Action 29	Favoriser les rapprochements entre les secteurs du handicap et de la gérontologie
Action 30	Programmer le développement d'une offre spécifique adaptée aux personnes handicapées vieillissantes

Objectif 8 : Réfléchir à la mise en œuvre de réponses adaptées aux publics en situation de précarité

Action 31	Mener une étude de besoins sur la Haute-Savoie
Action 32	Recenser les expérimentations existantes en Haute-Savoie mais également dans d'autres départements
Action 33	Sensibiliser les gestionnaires de structures à cette question et proposer des formations aux personnels pour mieux comprendre les spécificités de ces publics

Les nouvelles exigences en termes de programmation issues de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires nécessitent de disposer d'outils pertinents en vue d'analyser et d'actualiser les besoins des personnes handicapées sur un territoire donné. Or, aujourd'hui, l'éparpillement et la diversité des informations à disposition est telle, qu'il est difficile d'apprécier au plus juste les besoins des personnes handicapées.

Une fonction d'observatoire devient donc incontournable et ne sera possible qu'avec un traitement informatique et systématique des données disponibles auprès de différents partenaires (orientations CDAPH, listes d'attente des établissements et services médico-sociaux...) ainsi que par une meilleure connaissance des besoins des personnes encore méconnues des différents dispositifs, un point de vigilance étant à apporter concernant le repérage des personnes handicapées isolées.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de l'Informatique et des Télécommunications ▪ Centres communaux d'action sociale ▪ Etablissements et services médico-sociaux ▪ Usagers et aidants

BENEFICES ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disposer d'une connaissance plus précise des besoins afin de mieux orienter les choix en termes de création ou de redéploiement de l'offre. ▪ Reconnaître l'expertise des usagers et des familles, favoriser les retours d'expérience dans une perspective d'amélioration continue des prestations.

DECLINAISON OPERATIONNELLE
<p>Action 16 → Mettre en place un dispositif « Evaluation et analyse des besoins »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualiser le suivi de l'effectivité des orientations MDPH en lien avec la mise en place d'un logiciel spécifique au sein de la MDPH permettant de remplir cet objectif. ▪ Créer un dispositif de suivi et d'actualisation en temps réel des listes d'attente des structures d'accueil et d'accompagnement. ▪ Actualiser le recensement des « inadéquations ». ▪ Engager un travail avec les centres communaux d'action sociale pour repérer les besoins non exprimés à domicile (personnes non issues des filières médico-sociales ; non connues des dispositifs).
<p>Action 17 → Associer davantage les usagers et leurs aidants</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organiser des temps d'échange dédiés entre professionnels et les usagers ou leurs représentants. ▪ Favoriser les modes d'expression et de représentation des usagers dans les établissements et services médico-sociaux pour le domicile. ▪ Assurer la remontée des besoins identifiés localement.

INDICATEURS D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place d'un logiciel spécifique au sein de la MDPH permettant de suivre l'effectivité des orientations. ▪ Mise en place d'un dispositif de suivi actualisé des listes d'attente des établissements et services médico-sociaux. ▪ Structuration du travail sur les besoins non exprimés à domicile avec les centres communaux d'action sociale. ▪ Nombre de conseils de vie sociale (ou tout autre lieu d'expression et de représentation des usagers au sein des établissements et services médico-sociaux) créés.

Avec la mise en œuvre de la Prestation de Compensation du Handicap, le nombre d'intervenants au domicile des personnes handicapées s'est multiplié ces dernières années, mettant en lumière la nécessité de se connaître mutuellement, de mieux se coordonner et se compléter par un échange réciproque de savoir-faire et d'expertises, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et éviter les ruptures dans l'accompagnement.

Cette multiplicité des acteurs implique également, le cas échéant, de repositionner les services d'accompagnement dédiés à la prise en charge d'adultes handicapés, les SAVS et les SAMSAH, afin qu'ils apportent soutien et appui aux différents acteurs du domicile.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Association du Handicap ▪ Etablissements et services médico-sociaux (en particulier les Services d'aide à domicile, les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et les Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés)

BENEFICES ATTENDUS

- Améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile.
- Renforcer les compétences des Services d'aide à domicile sur le champ du handicap.
- Réduire les risques de maltraitance pour les usagers et les risques psychosociaux pour les aides à domicile.
- Fluidifier les places de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés et harmoniser les pratiques des services.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 18 → Accompagner les Services d'aide à domicile dans leur approche du secteur du handicap

- Organiser des **formations professionnalisantes** sur le thème du handicap en direction des aides à domicile et **encourager les échanges de pratiques / de regard avec les structures du handicap** :
 - ↳ S'appuyer sur les associations du Handicap et les structures « ressources » ;
 - ↳ Soutenir les Services d'aide à domicile dans l'organisation de ces formations et dans leur financement le cas échéant, envisager l'élaboration d'un plan de formation départemental ;
 - ↳ Privilégier des formations pratiques favorisant le partage d'expériences (sur le handicap mais aussi sur le rôle de l'aidant) et favoriser la mixité des personnels au sein de ces formations ;
 - ↳ Favoriser les « stages d'immersion » réciproques des aides à domicile et des professionnels des établissements et services médico-sociaux.
- **Renforcer le soutien collectif et individuel aux aides à domicile** :
 - ↳ Former l'encadrement intermédiaire des Services d'aide à domicile au handicap et aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes handicapées, et encourager les temps d'échanges entre aides à domicile et encadrement intermédiaire sur les situations rencontrées ;
 - ↳ Renforcer les temps d'analyse de la pratique permettant aux aides à domicile d'évoquer les difficultés.
- **Valoriser la place des aides à domicile dans l'accompagnement** :
 - ↳ Sensibiliser les bénéficiaires via le livret d'accueil (précisant le rôle et les fonctions de l'aide à domicile) ;
 - ↳ Mettre en place une communication sur les sites internet d'information (MDPH, Conseil général...) mettant en valeur le métier.
- **Mettre en place des gardes itinérantes de nuit et/ou réfléchir à l'amplitude horaire des SAAD** (en lien avec le Schéma gérontologique « Bien Vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017).
- **Améliorer la connaissance mutuelle et la coordination des différents services du domicile**, notamment par la réalisation d'un livret de présentation des différents services.

Action 19 → Faire évoluer l'intervention des SAVS-SAMSAH

- **Poursuivre le groupe de travail** entre le Conseil général et les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale / les Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés et acter les évolutions souhaitées – intégrer l'ARS dans le groupe de travail.
- **Actualiser le RDAS** (règlement départemental d'aide sociale) document cadre de référence.
- **Conventionner avec les gestionnaires afin de :**
 - ↳ Décliner le document cadre ;
 - ↳ Formaliser les rôles et missions attribués et préciser les éventuelles spécificités.

Action 20 → Innover grâce notamment à l'utilisation des nouvelles technologies

- **Assurer une veille technologique sur tous les dispositifs** qui pourraient être mobilisés au profit des personnes handicapées.
- **Modéliser les dispositifs expérimentés** dans le champ des personnes âgées (géolocalisation par exemple) dans certaines situations spécifiques.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- Elaboration d'un plan de formation départemental sur la thématique du handicap, en direction des Services d'aide à domicile.
- Nombre d'heures de formation au handicap et d'analyse de la pratique par aide à domicile au sein des Services d'aide à domicile.
- Nombre moyen d'heures de formation au handicap par responsable de secteur au sein des Services d'aide à domicile.
- Nombre de Services d'aide à domicile proposant des gardes itinérantes de nuit ou ayant élargi leur amplitude horaire (sous couvert de besoins locaux exprimés).
- Actualisation du site internet de la Maison Départementale des Personnes Handicapées pour présenter le métier d'aide à domicile.
- Livret de présentation des différents services du domicile.
- Actualisation du RDAS sur la partie régissant le fonctionnement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés.
- Elaboration de conventions avec chacun des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés.
- Utilisations des nouvelles technologies de l'information et de la communication au profit des personnes handicapées.

Le rôle des aidants, et plus largement de l'entourage familial et social, dans la prise en charge quotidienne d'une personne handicapée, n'est plus à démontrer. Cette problématique se situe aujourd'hui au centre des politiques publiques et fait l'objet d'actions spécifiques inspirées pour une large part du domaine gérontologique.

Pour autant, malgré ces initiatives, les aidants familiaux restent parfois éloignés des différents dispositifs d'aide existants, soit que l'offre soit peu lisible, soit qu'il soit nécessaire de les accompagner vers l'acceptation d'une aide. En effet, les aidants n'ont pas toujours la conscience de la nécessité d'être aidés ou n'anticipent pas suffisamment les situations de rupture qui pourraient se produire.

L'objectif des actions visées ci-dessous est de prévenir les difficultés rencontrées par les aidants en leur apportant soutien et accompagnement.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Professionnels et établissements de santé (notamment centres de rééducation et hôpitaux) et des établissements et services médico-sociaux œuvrant dans le champ du handicap ▪ Associations du Handicap

BENEFICES ATTENDUS

- Accroître la lisibilité de l'offre.
- Mieux orienter les aidants vers les dispositifs existants.
- Proposer des possibilités de répit et les faire connaître.
- Offrir un soutien psychologique aux aidants afin d'éviter les ruptures et les phénomènes d'épuisement.
- Renforcer les compétences des aidants afin d'améliorer continuellement l'accompagnement des personnes handicapées.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 21 → Renforcer l'information auprès des aidants et des professionnels sur les solutions existantes en matière de soutien et de répit

- **Améliorer le repérage des aidants :**
 - ↳ S'appuyer sur les professionnels lors de la mise en place de l'accompagnement ;
 - ↳ Utiliser le projet personnalisé de la personne pour « explorer » le rôle de l'aidant ;
 - ↳ Identifier les périodes les plus « sensibles » pour les aidants (éviter les ruptures dans le parcours).
- **Communiquer auprès des aidants sur les aides existantes :**
 - ↳ S'appuyer sur les professionnels (au domicile mais également le personnel médical) afin de proposer les solutions disponibles et de travailler à « déculpabiliser » les aidants ;
 - ↳ Favoriser la diffusion des guides existants (référence : site MDPH) ;
 - ↳ Mettre à disposition la documentation adéquate dans les lieux pouvant toucher les aidants : centres de rééducation, hôpitaux...

Action 22 → Diversifier les solutions de répit en lien avec le Schéma gérontologique

- Expérimenter le **baluchonnage**.
- Développer les **gardes itinérantes de nuit** (en lien avec l'objectif 2).
- Mieux utiliser les possibilités existantes (places momentanément vacantes dans les établissements) pour proposer des solutions de répit, en lien avec le développement de l'accueil temporaire.
- Renforcer les **partenariats avec les structures gérontologiques pour développer les possibilités d'accueil séquentiel** (en lien avec le schéma Bien vieillir 2013-2017, *action 15* : « Optimiser la mobilisation de l'offre séquentielle de prise en charge », qui prévoit de développer l'accès aux formules de répit pour les personnes handicapées vieillissantes).

Action 23 → Renforcer le soutien et la formation des aidants

- **Proposer des formations aux aidants :**
 - ↳ Faire appel aux associations de familles ;
 - ↳ S'appuyer sur les aidants eux-mêmes pour dispenser les formations (devenus « experts »).
- **Soutenir les solutions de soutien aux aidants mises en place par les associations de famille :**
 - ↳ Adapter les solutions de soutien à la diversité des besoins et reconnaître la personne au-delà de son statut d'aidant ;
 - ↳ Plateforme d'écoute ; Cafés des aidants / des familles ; Groupes de parole...

INDICATEURS D'EVALUATION

- Diffusion de guides en direction des aidants sur le site de la MDPH.
- Expérimentation du baluchonnage.
- Nombre de partenariats conclus avec les structures gérontologiques afin de développer les possibilités d'accueil séquentiel pour personnes handicapées.
- Nombre de formations et solutions de soutien aux aidants mises en place par les associations de familles soutenues par le Conseil général et/ou l'Agence Régionale de Santé.

A la faveur du précédent schéma, un effort conséquent de création de places dans des structures d'hébergement dites classiques et dans des services d'accompagnement a été produit afin de renforcer l'offre existante.

Toutefois, les évolutions sociétales de ces dernières années ainsi que les incidences d'une meilleure prise en compte de la compensation par le biais de la Prestation de Compensation du Handicap, ont modifié les habitudes de vie des usagers et rendu possible des parcours en semi-autonomie nécessitant d'imaginer des solutions d'habitat nouvelles entre domicile et structure classique.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé ▪ Direction Départementale de la Cohésion Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associations du Handicap ▪ Etablissements et services médico-sociaux ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées

BENEFICES ATTENDUS

- Proposer des solutions intermédiaires / alternatives, entre domicile et établissement, afin de répondre à la diversité des besoins des personnes handicapées en termes de lieu de vie.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 24 → Expérimentation de solutions d'habitat semi-autonomes

- **Réfléchir à des solutions d'accueil pour certains publics nécessitant un accompagnement en semi-autonomie :**
 - ↳ S'inspirer (en les adaptant au territoire) des solutions semi-autonomes mises en place dans d'autres départements... après avoir au préalable évalué la pertinence de ces dispositifs ;
 - ↳ Travailler aux conditions de fonctionnement de ces solutions.
- **Accompagner le projet expérimental d'hébergement adapté à la prise en charge des personnes avec autisme autorisé par l'Agence Régionale de Santé.**
- **Tirer les enseignements du fonctionnement des premières unités de vie de l'association Amitié Avenir et programmer les ouvertures autorisées.**

INDICATEURS D'EVALUATION

- Etude comparative de solutions d'accueil semi-autonomes expérimentées dans d'autres départements.
- Elaboration d'un cahier des charges permettant d'encadrer la/les solution(s) souhaitée(s).
- Expérimentation d'une ou de plusieurs solution(s) d'habitat semi-autonomes.

La définition des structures au sens de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles paraît de moins en moins adaptée à l'évolution des attentes et besoins des usagers, nécessitant ainsi d'assouplir les modalités d'accueil classiques en vue de fluidifier les parcours de vie.

Ainsi, en va-t-il de la dichotomie foyer d'hébergement / foyer de vie liée à l'aptitude ou non au travail, des demandes de plus en plus fréquentes d'accueil séquentiel que ce soit au travail ou en hébergement ou encore de la nécessité de mieux articuler la logique inhérente au fonctionnement d'un foyer de vie avec des éléments de médicalisation...

Dès lors, il semble essentiel de s'interroger sur ce que l'on attend aujourd'hui des structures classiques et d'inciter les gestionnaires à faire évoluer les projets d'établissements ou de services, en vue d'apporter la réponse la plus adaptée possible aux nouveaux besoins recensés.

PILOTES

- Direction de la Gérontologie et du Handicap
- Agence Régionale de Santé

PARTENAIRES ASSOCIES

- Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Etablissements et services médico-sociaux
- Etablissements et réseaux sanitaires
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie

BENEFICES ATTENDUS

- Diversifier les modes d'accueil en vue de s'adapter aux retours à domicile de plus en plus fréquents et optimiser les places d'accueil permanent.
- Répondre au besoin de répit des aidants et/ou préparer les entrées en établissement.
- Répondre aux besoins de certains types de handicaps et des personnes handicapées vieillissantes pour lesquels des difficultés au travail peuvent apparaître (fatigabilité...).
- Améliorer le volet « soins » de la prise en charge des personnes handicapées, hébergées dans un établissement ou accompagnées à domicile, et renforcer le lien entre les professionnels de santé, les établissements et les familles, afin d'éviter autant que possible les hospitalisations.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 25 → Analyser et développer, le cas échéant, l'accueil temporaire

- **Poursuivre le travail effectué au sein de l'observatoire de l'accueil temporaire**, afin de mieux cerner les besoins dans ce domaine et de mieux comprendre et analyser les difficultés de remplissage observées dans certains établissements.
- **Accroître la visibilité des places disponibles :**
 - ↳ Mettre en place un système de gestion des places en temps réel (en s'appuyant sur l'expérience du Conseil général dans le domaine de la gérontologie).
- **Envisager d'utiliser les places vacantes en établissement lors des absences de résidents** notamment pour compléter le dispositif d'accueil temporaire existant :
 - ↳ Formaliser, en concertation avec les gestionnaires, les critères pouvant donner lieu à des prêts de chambres laissées vacantes (notamment durant les vacances), avec le consentement du résident, de sa famille et de l'association.

Action 26 → Mener une réflexion sur le temps partiel en ESAT et les modalités d'accompagnement afférentes

- **Envisager de faciliter le travail à temps partiel lorsque nécessaire.** Pour ce faire, différents points sont à étudier :
 - ↳ Encadrer les possibilités de travail à temps partiel en distinguant les situations de temps partiel choisies des situations de temps partiel nécessaires (dues au handicap de la personne, à son âge...).
 - ↳ Définir un temps de travail minimum ;
 - ↳ Définir des critères spécifiques exigeant un travail temps partiel ;
 - ↳ Définir des orientations (de moyen ou long terme) sur lesquelles la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pourrait s'appuyer.

- **Questionner la pertinence du lien traditionnel entre hébergement et travail** (Foyer d'hébergement-ESAT) et étudier les différentes voies d'évolution possibles pour s'adapter aux besoins des usagers.
- **Repenser l'accompagnement des personnes concernées sur une partie des temps non travaillés :**
 - ↳ Etudier la faisabilité de sections annexes (Section adaptée du centre d'aide par le travail) en lien avec l'existence des Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés.
 - ↳ Etudier la possibilité de mutualiser les équipes et les lieux d'accueil (entre foyer d'hébergement, foyer de vie, ... d'un même territoire) ou de faire appel aux groupes d'entraide mutuelle pour proposer des activités aux personnes sur les temps non travaillés.

Action 27 → Renforcer l'intervention du secteur sanitaire au sein des établissements et services médico-sociaux et du domicile

- **Renforcer les partenariats avec le secteur psychiatrique :**
 - ↳ Encourager un rôle de conseil – régulation des équipes psychiatriques auprès des équipes d'accompagnement en établissements et services médico-sociaux ;
 - ↳ Encourager la signature de conventions avec les établissements et services médico-sociaux.
- Faire vivre, les conventions entre établissements et services médico-sociaux et hôpitaux.
- **Réfléchir à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, notamment la téléconsultation en établissements d'accueil en veillant à respecter des règles éthiques et le consentement des personnes.**
- **Favoriser l'intervention d'équipes mobiles en établissements et services médico-sociaux et au domicile :**
 - ↳ S'inspirer, voire étoffer, les équipes mobiles existantes avec comme points d'attention :
 - éviter l'empilement des dispositifs
 - identifier les spécialités répondant à des besoins « prioritaires » en établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées
 - ↳ Etudier la possibilité de créer une équipe mobile en appui des foyers de vie (sous réserve d'une programmation par l'Agence Régionale de Santé).
- **S'appuyer sur les réseaux du sanitaire :**
 - ↳ Notamment favoriser l'intervention du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), du CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), du CLAN (Comité de Liaison en Alimentation Nutrition) au sein des établissements et services médico-sociaux.
- **Développer les actions de prévention – dépistage :**
 - ↳ Mieux connaître et faire connaître l'offre existante ;
 - ↳ Pour les structures non médicalisées et le domicile : renforcer et accompagner les actions de dépistage pour qu'elles soient plus fréquentes ;
 - ↳ Sensibilisation – formation du personnel des structures non médicalisées.
 - ↳ Coordination avec Handiconsult / équipes mobiles ;
 - ↳ Inciter à la prévention des risques infectieux : vaccination des résidents et du personnel.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Bilans annuels et évolution des outils créés par l'observatoire de l'accueil temporaire.
- Elaboration d'un système de gestion des places d'accueil temporaire en temps réel.
- Définition de critères encadrant le prêt de chambres lors d'absences de résidents.
- Définition de critères encadrant les possibilités de travail à temps partiel donnant lieu à une prise en charge sur les temps non travaillés et élaboration d'une grille commune d'évaluation.
- Evolution des taux d'équipement en HAD, SSIAD et infirmiers libéraux sur chacun des territoires.
- Nombre de conventions signées entre le secteur psychiatrique et/ou les hôpitaux et les établissements et services médico-sociaux.
- Création d'équipes mobiles à domicile et/ou en établissement.
- Nombre d'interventions de réseaux du sanitaire (CLIN, CLUD, CLAN...) au sein des établissements et services médico-sociaux.
- Nombre d'actions de prévention – dépistage au sein des ESMS non médicalisés.

Si les cinq dernières années ont été marquées par un nombre important de places nouvelles créées sur l'ensemble du département (plus de 400 places en établissements et dans les services d'accompagnement), la forte croissance démographique observée en Haute-Savoie implique de poursuivre l'effort engagé en complétant l'offre dans des structures où des besoins non couverts ont été recensés.

Il s'agira de répondre prioritairement d'une part, aux besoins de jeunes adultes maintenus sous le statut d'amendement CRETON dans des établissements pour enfants et d'autre part, à la nécessité de proposer des solutions adaptées à des personnes présentant un handicap spécifique.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Etablissements et services médico-sociaux

BENEFICES ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Répondre aux besoins d'hébergement non satisfaits, émanant notamment des personnes en situation d'amendement Creton (en attente d'une place en secteur adulte). ▪ Anticiper l'augmentation du nombre de personnes handicapées ayant des besoins d'accompagnement (en lien avec les projections démographiques réalisées à l'occasion du présent schéma).

DECLINAISON OPERATIONNELLE
<p>Action 28 → Compléter l'offre existante en lien avec les études de besoins réalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer des places de foyer de vie pour personnes déficientes intellectuelles : <ul style="list-style-type: none"> ↳ en priorité par « extension non importante » ; ↳ réfléchir au calibrage d'un appel à projets (en référence notamment au nombre de personnes en situation d'amendement Creton). ▪ Actualiser les besoins d'hébergement en Foyer d'accueil médicalisé et en foyer de vie des personnes handicapées psychiques, en lien avec l'Agence Régionale de Santé ▪ Envisager le redéploiement de places de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés pour mieux répondre aux besoins recensés au plan territorial et redéfinir leurs modalités de fonctionnement. ▪ Réfléchir aux modalités d'accompagnement et d'hébergement des personnes en situation de handicaps spécifiques.

INDICATEURS D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de places en établissement créées. ▪ Nombre de redéploiements de places d'établissements ou de services. ▪ Evolutions du dispositif Services d'Accompagnement à la Vie Sociale - Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés.

Le vieillissement des personnes handicapées constitue un enjeu majeur des politiques publiques pour les prochaines années. En effet, l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées vieillissantes est un signe indéniable de progrès qui implique la nécessité d'adapter le contenu de l'accompagnement à la perte d'autonomie des usagers pour éviter les ruptures dans les parcours de vie (ex : un travailleur handicapé d'ESAT qui « perd » son droit à l'hébergement lorsqu'il est accueilli en foyer...).

Ceci conduit à réfléchir aux nécessaires passerelles à prévoir vers des prises en charges de droit commun mais également à imaginer la mise en place de solutions plus spécifiques.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etablissements et services médico-sociaux des secteurs de la gérontologie et du handicap ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées

BENEFICES ATTENDUS

- Favoriser l'échange et le partage d'expertises entre les secteurs du handicap et de la gérontologie.
- Proposer des solutions adaptées aux personnes handicapées vieillissantes, en lien avec le schéma « Bien Vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017 (et notamment l'action 14 : « *Enrichir la palette de l'offre d'hébergement entre le domicile et l'EHPAD* », qui prévoit notamment de développer des solutions intermédiaires non-médicalisées destinées aux personnes handicapées vieillissantes).

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 29 → Favoriser les rapprochements entre les secteurs du handicap et de la gérontologie

- **Assurer la participation des acteurs du handicap au sein de toutes les filières gérontologiques du département :**
 - ↳ Favoriser les échanges d'expertise (formation, sensibilisation, connaissance mutuelle, ...). Cette collaboration doit permettre de travailler à une culture commune, au-delà même de la question des personnes handicapées vieillissantes ;
 - ↳ Articuler les actions à mener avec le schéma « Bien Vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017 (Action 18 : « *Renforcer l'information auprès du public et des professionnels* », qui prévoit notamment de renforcer l'information en direction des personnes handicapées vieillissantes).
- **Faciliter l'accès des personnes handicapées aux solutions de droit commun (EHPAD, EHPA) en s'appuyant sur l'offre à destination des personnes âgées, en lien avec l'action 16 du schéma « Bien Vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017 :**
 - ↳ Adapter les prises en charge dans les structures gérontologiques et prévoir une préparation en amont et un suivi en aval ;
 - ↳ Préciser le dispositif Services de préparation de transition et de suivi (SPTS) dans le RDAS ;
 - ↳ Favoriser les prises en charge mixtes, les séjours d'essai temporaires ou à temps partiel... ;
 - ↳ Etudier la pertinence de formaliser ces échanges par des conventions entre structures et services ;
 - ↳ Poursuivre l'évaluation du dispositif Alouette (au sein de l'Ehpad « la Bartavelle ») et, le cas échéant, envisager d'étendre cette expérimentation.

Action 30 → Programmer le développement d'une offre spécifique adaptée aux personnes handicapées vieillissantes

- **Evaluer la réponse apportée par les FAM accueillant des personnes handicapées vieillissantes** et envisager une couverture départementale.
- **Questionner le dispositif Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés**, en articulant ce point avec la question du temps partiel en ESAT (objectif 5, action 5.2.).
- **Réfléchir à la création de solutions d'habitat semi-autonome, type foyer logement**, en cohérence avec les dispositions du schéma « Bien Vieillir en Haute-Savoie » 2013-2017.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- Participation effective et régulière des acteurs du handicap au sein de toutes les filières gérontologiques du département.
- Nombre de conventions signées entre les structures du handicap et de la gérontologie.
- Nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies dans une solution d'hébergement de droit commun (EHPAD, EHPA).
- Nombre de places d'habitat semi-autonomes créées.
- Evaluation (voire modélisation) du dispositif Alouette.
- Nombre de personnes handicapées vieillissantes ayant bénéficié du Service de préparation de transition et de suivi (SPTS).

Les personnes handicapées peuvent connaître des situations de précarité sociale ou socioculturelle (personnes sans domicile fixe, migrants...) qui nécessitent de la part des pouvoirs publics une réflexion sur leurs besoins spécifiques en vue d'apporter une réponse adaptée ainsi qu'une politique de sensibilisation des différents acteurs œuvrant dans le champ du handicap.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gériatrie et du Handicap ▪ Direction de la Prévention et du Développement Social ▪ Direction Départementale de la Cohésion Sociale ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Protection Maternelle et Infantile – Promotion de la Santé ▪ Associations du secteur caritatif

BENEFICES ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lutter contre l'isolement et l'exclusion des personnes handicapées en situation de précarité.

DECLINAISON OPERATIONNELLE
<p>Action 31 → Mener une étude de besoins sur la Haute-Savoie</p>
<p>Action 32 → Recenser les expérimentations existantes en Haute-Savoie mais également dans d'autres départements</p>
<p>Action 33 → Sensibiliser les gestionnaires de structures à cette question et proposer des formations aux personnels pour mieux comprendre les spécificités de ces publics</p>

INDICATEURS D'EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réalisation d'une étude de besoins et recensement des expérimentations. ▪ Nombre d'actions de sensibilisation menées.

Au-delà de l'adaptation des dispositifs aux besoins (orientation n°2), il s'agira **d'améliorer leur articulation afin de favoriser la fluidité des parcours** des personnes en situation de handicap.

La continuité d'un projet de vie se mesurant par l'absence de rupture, il sera essentiel **de travailler à mieux anticiper les changements, de développer les passerelles entre les différents dispositifs et de faciliter les transitions tout au long de la vie des personnes**, et particulièrement aux moments charnières que constituent l'entrée dans l'âge adulte et le passage à la retraite.

En outre, à l'heure où le contexte budgétaire impose une rationalisation et une priorisation des dépenses publiques, il sera de plus en plus demandé aux gestionnaires des établissements et services médico-sociaux d'inscrire leurs actions en cohérence avec cette exigence en recherchant de nouvelles formes de coopération et de mutualisation.

Par ailleurs, de nombreuses situations, « complexes » ou « critiques »¹, ne peuvent trouver de solution que dans le **partage d'informations et d'expertises entre acteurs**, incitant à une coordination accrue.

C'est ainsi que **l'orientation n°3 du Schéma vise à une organisation plus intégrée des acteurs locaux**, qu'ils relèvent des champs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, dans le domaine du handicap mais aussi de la gérontologie.

Pour ce faire, il appartiendra au Conseil général et à la Maison Départementale des Personnes Handicapées d'assurer, au travers des lieux de représentation et de consultation en place, une **gouvernance partenariale de la politique du handicap associant l'ensemble des acteurs** et permettant la collaboration des associations du secteur.

¹ Selon la définition donnée par la circulaire du 22 novembre 2013, les situations « critiques » sont des situations :

- dont la complexité de la prise en charge génère pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ;
- et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques.

**ORIENTATION
3**



**FAVORISER LA FLUIDITE DES PARCOURS DE VIE DES USAGERS
ET DE LEURS AIDANTS**

Objectif 1 : Mieux coordonner l'intervention des différents acteurs de l'accompagnement

Action 34	Renforcer l'interconnaissance des différents acteurs de l'accompagnement et de leurs rôles respectifs
Action 35	Encourager les partenariats, mutualisations et échanges d'expertises entre établissements et services
Action 36	Mieux accompagner les hospitalisations, notamment en urgence, ainsi que les sorties d'hôpital

Objectif 2 : Renforcer, accélérer et accompagner les mutualisations et coopérations entre les établissements et services médico-sociaux

Action 37	Analyser les champs de coopération et de mutualisation (achats groupés, ressources humaines, comptabilité...) / Gestion des établissements et services médico-sociaux et les supports juridiques retenus
Action 38	Rechercher des solutions pour éviter l'isolement de certaines structures mono-établissements

Objectif 3 : Améliorer la gestion des situations complexes et des phases de transition

Action 39	Mettre en place des modalités d'observation, de concertation et de résolution adéquates
Action 40	Améliorer le partage d'information entre les directions sociales du Département, et avec les autres acteurs
Action 41	Articuler les protocoles de signalement
Action 42	Faciliter le passage au monde adulte pour les jeunes de 16-25 ans

OBJECTIF**1****MIEUX COORDONNER L'INTERVENTION DES DIFFERENTS ACTEURS DE L'ACCOMPAGNEMENT**

La multiplicité des acteurs œuvrant dans plusieurs champs (sanitaire, médico-social, social) couplée à la grande variété des dispositifs de prise en charge des personnes handicapées peuvent entraîner des difficultés de coordination entre les différents intervenants et des ruptures de parcours dommageables aux personnes.

La qualité de l'accompagnement passe donc nécessairement par la capacité des différents acteurs à articuler leurs actions et à assurer la transmission des informations pour assurer une meilleure continuité des prises en charge.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées ▪ Etablissements et services médico-sociaux ▪ Hôpitaux

BENEFICES ATTENDUS

- Mieux connaître les missions et limites de chaque acteur (entre et au sein même des secteurs social, médico-social et sanitaire).
- Faciliter les transitions tout au long du parcours afin d'en assurer la fluidité (passerelles entre structures enfants et adultes, autonomisation, passage hébergement-domicile, passage SAVS/SAMSAH, passage à la retraite, ...).

DECLINAISON OPERATIONNELLE**Action 34 → Renforcer l'interconnaissance des différents acteurs de l'accompagnement et de leurs rôles respectifs**

- Recenser et s'appuyer sur **les initiatives et outils existants**.
- Elaborer un **livret des missions de chacun** et le mettre en ligne sur le site de la MDPH.
- Mieux identifier les lieux, services, structures ressources en capacité de répondre aux demandes d'information des acteurs du droit commun ainsi que des professionnels.
- Poursuivre les actions **d'information collective** délivrée par la MDPH (sensibilisation – information sur les dispositifs) :
 - ↳ Organiser des rencontres ou « Journées départementales » d'information ;
 - ↳ Enrichir le site internet de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Action 35 → Encourager les partenariats, mutualisations et échanges d'expertises entre établissements et services

- **Evaluer et développer, le cas échéant, les expérimentations de type plateformes de services (coordination d'une palette diversifiée sur un territoire donné) et les conventions de partenariat :**
 - ↳ Recenser les expériences existantes ;
 - ↳ Définir précisément les objectifs de ces plateformes / partenariats et encadrer leurs modalités de fonctionnement ;
 - ↳ Développer les interventions inter établissements et à domicile ;
 - ↳ Optimiser l'utilisation des plateaux techniques disponibles, favoriser les éclairages et les orientations sur certaines situations
- **Faire connaître et mutualiser les compétences et équipements spécifiques des ESMS et du sanitaire :**
 - ↳ Favoriser les évaluations pluridisciplinaires.
- **Assurer une meilleure coordination entre SSIAD et SAAD et plus largement entre les acteurs du domicile.**
- **Encourager les projets de recherche et les faire connaître :**
 - ↳ Notamment le projet « *Epidémiologie du vieillissement des personnes handicapées et élaboration d'un dispositif de prévention du vieillissement pathologique* ».

Action 36 → Mieux accompagner les hospitalisations, notamment en urgence, ainsi que les sorties d'hôpital

- Renforcer la connaissance des **fonctionnements respectifs** des services hospitaliers, des établissements d'accueil et des services d'accompagnement à domicile, et la connaissance de l'offre par les usagers :
 - ↳ Favoriser les échanges entre professionnels ;
 - ↳ Annuaire des missions de chaque partenaire (informatisé), à diffuser sur le site internet de la MDPH 74 ;
 - ↳ Adapter l'information et la communication auprès des usagers (photos, pictogrammes, visites virtuelles...).
 - ↳ Recenser, harmoniser et développer les outils permettant de **faciliter la communication** entre les différents intervenants, et les intégrer dans le plan départemental de développement des NTIC : Ex. Fiches liaison mises en place via les conventions entre ESMS et hôpitaux.
- Faire connaître le **dispositif « Patient Remarquable »** pour faciliter l'accompagnement au moment de l'admission.
- Réfléchir à des « **Cellules Ressources Handicap** » au sein des hôpitaux : s'appuyer sur les équipes mobiles spécialisées intra hospitalières, sur le dispositif Handiconsult au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy...
- Faciliter les **transitions à la sortie** d'hospitalisation :
 - ↳ Mobilisation de l'accueil temporaire (orientation par les assistantes sociales des hôpitaux) ; des soins de suite (à adosser à un projet de sortie) ; places de Services d'Accompagnement Médico-social pour les Adultes Handicapés dédiées à la prise en charge précoce et rapide en sortie d'hôpital... ;
 - ↳ Faire connaître les dispositifs dédiés (ex. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, dispositif Interface/MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) dans le domaine de la gérontologie.

INDICATEURS D'EVALUATION

- Elaboration d'un livret standardisé des missions de chaque acteur sur le secteur du Handicap et mise en ligne sur le site de la MDPH.
- Nombre de réunions d'information collective délivrées annuellement par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.
- Evaluation des expérimentations de type plateformes de services et des conventions de partenariat entre établissements et services médico-sociaux (et développement le cas échéant).
- Nombre d'hôpitaux ayant mis en place une « Cellule Ressources Handicap ».

**OBJECTIF
2**

**RENFORCER, ACCELERER ET ACCOMPAGNER LES MUTUALISATIONS ET COOPERATIONS
ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX**

PILOTES

- Direction de la Gérontologie et du Handicap
- Agence Régionale de Santé

PARTENAIRES ASSOCIES

- Etablissements et services médico-sociaux

BENEFICES ATTENDUS

- Favoriser les économies d'échelle et rationaliser les dépenses de fonctionnement des établissements, en vue de dégager des marges financières pour mener à bien de nouveaux projets répondant aux besoins constatés sur le département.
- Favoriser le partage de savoir-faire et d'expertise entre établissements et services médico-sociaux et notamment consolider la fonction « gestion financière » des structures pour faire face aux exigences de rigueur et aux enjeux liés aux investissements (construction de programmations pluriannuelles d'investissements, maîtrise des incidences financières...).
- Valoriser voire modéliser certaines expériences menées sur certains territoires (mutualisation des fonctions supports, transport...) Cf action 1.2.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 37 → Analyser les champs de coopération et de mutualisation (achats groupés, ressources humaines, comptabilité...) / gestion des ESMS et les supports juridiques retenus

Action 38 → Rechercher des solutions pour éviter l'isolement de certaines structures mono-établissements

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- Nombre et type de mutualisations expérimentées.

Les notions de bientraitance, de parcours de vie sont au cœur des préoccupations des personnes handicapées et de leurs familles, et font l'objet de la part des pouvoirs publics d'une attention particulière.

Les événements récents démontrent, s'il en est encore besoin, la nécessité de prendre en compte la situation des personnes dans leur globalité et de parvenir à des modalités de coopération et de partage des savoir-faire et des expertises de tous les acteurs intervenant autour d'une même personne.

PILOTES	PARTENAIRES ASSOCIES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction de la Gérontologie et du Handicap ▪ Agence Régionale de Santé ▪ Maison Départementale des Personnes Handicapées 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction PMI-Promotion de la Santé (PMI-PS) ▪ Direction de la Protection de l'Enfance (DPE) ▪ Direction de la Prévention et du Développement Social (DPDS) ▪ Direction Académique de Services de l'Education Nationale ▪ Centres communaux d'action sociale ▪ Etablissements et services médico-sociaux

BENEFICES ATTENDUS

- Assurer une résolution rapide des situations complexes en mobilisant les expertises adéquates.
- Améliorer la connaissance des publics « doubles », notamment par le partage des informations (dans le respect de l'éthique, des règles du secret professionnel et de l'accord de la personne) et l'articulation des protocoles saisis en parallèle.
- Faciliter les passerelles entre dispositifs / secteurs.
- Eviter en particulier les ruptures, notamment entre les structures enfants et adultes.

DECLINAISON OPERATIONNELLE

Action 39 → Mettre en place des modalités d'observation, de concertation et de résolution adéquates

- Actualiser le **recensement des situations inadéquates, en lien avec l'ARS.**
- Mettre en place une **commission en charge de la gestion des situations critiques** au sein de la MDPH, en référence aux dispositions de la circulaire du 22 novembre 2013, afin :
 - ↳ d'anticiper et de rechercher des solutions concrètes ;
 - ↳ de les recenser (observatoire) et d'en retirer des « bonnes pratiques ».
- **Pour les jeunes relevant des secteurs de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et du Handicap :**
 - ↳ Systématiser l'échange pour les jeunes pris en charge au titre de l'ASE et relevant d'une orientation dans le secteur du handicap adulte, dans l'année précédant les 18 ans ;
 - ↳ Organiser la concertation adéquate pour les situations complexes des jeunes handicapés sortant de l'ASE (18-20 ans).

Action 40 → Améliorer le partage d'information entre les directions sociales du Département et avec les autres acteurs

- Développer des **outils d'échange communs au niveau de la Direction Générale Adjointe en charge de l'Action Sociale et de la Solidarité** : site intranet propre, armoire numérique pour y déposer les outils existants (si possible en les harmonisant sur le plan formel).
- Travailler à la **question du partage d'information, dans le respect de l'éthique et du secret professionnel** :
 - ↳ Formaliser le fonctionnement des équipes et définir les informations qu'elles sont en capacité de délivrer ;
 - ↳ Améliorer la formation et l'information des accueils et secrétariats (cf. outils numériques communs).

Action 41 → Articuler les protocoles de signalement

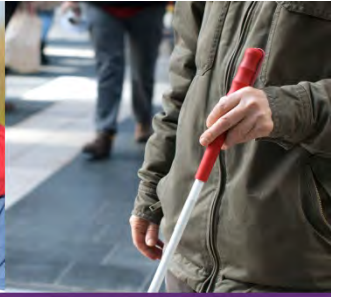
- Organiser des **sessions d'information et de formation mutuelles** sur la connaissance des dispositifs entre Directions.
- **Actualiser les guides et les protocoles de signalement** (DPDS/DGH/...) et les faire valider par la Direction des affaires juridiques.
- Généraliser les **instances d'évaluation pluridisciplinaires**.
- Articuler les **dispositifs Comité Technique de Lutte contre la Maltraitance et Cellule Enfance en Danger**, par exemple en invitant une personne de la Cellule Enfance en Danger à une partie du Comité Technique de Lutte contre la Maltraitance pour les situations concernant des mineurs.
- **Privilégier systématiquement les protocoles de droit commun à ceux relevant du droit « spécifique ».**

Action 42 → Faciliter le passage au monde adulte pour les jeunes de 16 à 25 ans

- **Se rapprocher de l'ARS pour travailler sur l'évolution des formations professionnelles des jeunes**
 - ↳ Renforcer l'interconnaissance entre Instituts Médico-Professionnels et établissements et services d'aide par le travail, notamment en cas de gestionnaire unique et proposer en Instituts Médico-Professionnels une panoplie de métiers diversifiée, correspondant à celle proposée ensuite en établissements et services d'aide par le travail;
 - ↳ Partager les outils existants et développer les ateliers d'apprentissage dans les établissements et services d'aide par le travail pour les Instituts Médico-Professionnels (ainsi que les collèges), en organisant préalablement les moyens des établissements et services d'aide par le travail et des Instituts Médico-Professionnels pour rendre possible ces passerelles ;
- **Proposer la systématisation des stages dès l'âge de 16 ans.**
- **Envisager un accompagnement spécifique au handicap pour les contrats d'apprentissage** (contrats aidés en général) en milieu ordinaire.

INDICATEURS D'ÉVALUATION

- Mise en place d'une commission en charge de la gestion des situations critiques au sein de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et nombre de situations examinées.
- Détermination de modalités de concertation adéquates entre la Direction de la Gérontologie et du Handicap et la Direction de la Protection de l'Enfance pour les situations complexes des jeunes handicapés sortant de l'ASE (18-20 ans).
- Formalisation d'outils communs au niveau de la Direction Générale Adjointe en charge de l'Action Sociale et de la Solidarité et définition des informations que les équipes sont en capacité de fournir aux autres Directions.
- Nombre de sessions d'information et de formation mutuelles organisées annuellement entre directions sociales départementales.
- Actualisation effective des protocoles de signalement des directions de la Direction Générale Adjointe en charge de l'Action Sociale et de la Solidarité.
- Nombre d'établissements et services d'aide par le travail proposant des ateliers d'apprentissage pour les Instituts Médico-Professionnels et les collèges
- Réalisation d'une étude des possibilités juridiques de stages pour les jeunes n'étant pas suivis par un établissement et service médico-social.



Les annexes

CONSEIL GÉNÉRAL
DE LA HAUTE-SAVOIE

1

LES INSTANCES DE SUIVI ET DE PILOTAGE DES TRAVAUX

L'élaboration du schéma a été suivie par deux instances : le comité de pilotage et le comité technique de suivi.

A Rôle et composition du comité de pilotage

Le comité de pilotage est composé des membres suivants :

- Vice-président délégué à l'Enfance, la Famille, au Grand Age et au Handicap
- Elus de la Commission Enfance, Famille Grand Age et Handicap
- Directeur Général des Services
- Directeur Général Adjoint en charge de l'Action Sociale et de la Solidarité
- Directrice de la Gérontologie et du Handicap
- Directrice de la MDPH

Il s'agit à la fois d'un espace de débats et de définition des orientations stratégiques et d'un lieu d'arbitrage des propositions d'évolution.

Ce comité s'est réuni à quatre reprises, en août, octobre, décembre 2013 et avril 2014.

B Rôle et composition du comité technique de suivi

Le comité technique de suivi, piloté par la Directrice de la Gérontologie et du Handicap, est composé des membres suivants :

- la Directrice de la MDPH
- 3 représentants du Comité des Associations
- 3 représentants du C.T.D.E.S.I et des Directeurs généraux des associations gestionnaires
- 2 représentants de l'aide à domicile
- des représentants de la D.D.A.R.S de Haute-Savoie
- 1 professionnel de la MDPH
- 1 représentant des directions sociales du Conseil Général
- des représentants de la D.G.H

Ce comité a constitué un espace de propositions, de discussions et de coordination pour garantir la gestion du projet et la cohérence d'ensemble des travaux.

Ce comité s'est réuni à trois reprises au cours de la démarche : à son lancement (juillet 2013), après la concertation pour revoir les actions proposées (octobre 2013) et enfin pour valider le plan d'actions (janvier 2014) proposé au plan technique.

Ce comité sera par ailleurs chargé du suivi de la mise en œuvre du schéma et sera réuni à cet effet au minimum une fois par an.

A

Etat des lieux

Le travail autour de **l'état des lieux de l'accompagnement des personnes en situation de handicap** a donné lieu à :

- **Un bilan des actions réalisées dans le cadre du précédent schéma** départemental 2007-2012, présenté publiquement lors d'une réunion plénière de lancement des travaux de renouvellement, en juillet 2013 (cf annexe).
- **Un recueil de données** exhaustif qui a abouti à un atlas des équipements et services médico-sociaux sur chacun des 4 territoires départementaux (Annecy, Genevois, Chablais, Vallée de l'Arve) ainsi qu'à une cartographie des bénéficiaires de prestations.
- **Un travail de comparaison** des taux d'équipement et de pénétration des prestations avec les départements de la région Rhône-Alpes et la France métropolitaine.
- **Une étude sur les SAVS-SAMSAH**, qui a consisté en trois ateliers de travail avec les services afin de faire un point sur leurs modalités de fonctionnement et envisager une évolution de ces dispositifs afin de répondre aux besoins recensés.
- **Un appel à contributions écrites** en direction des associations gestionnaires et représentants des personnes en situation de handicap, visant à recueillir les propositions de chacun pour le présent schéma (cf annexe).

B

Etudes

Parallèlement, la Direction de la Gérontologie du Handicap a mené avec la MDPH **plusieurs études à visée interne**, ayant pour objectif de **mieux connaître les besoins de la population handicapée** haut-savoiarde et d'orienter les choix de la collectivité :

- **Une étude démographique** visant à estimer l'évolution de la population handicapée à horizons 2017 et 2025, par l'application de taux de prévalence nationaux par type de handicap aux projections démographiques de l'INSEE.
- **Une étude prospective des besoins en hébergement et services**, qui a mené au déploiement de l'enquête « Handiregard » auprès des établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes en situation de handicap.
- **Un travail sur les listes d'attente des ESMS** afin de mieux objectiver les besoins.
- **Une étude comparative** des règles en vigueur concernant les absences des personnes accueillies en établissement.
- **Une étude sur les SAVS et SAMSAH** visant à réinterroger les modalités de fonctionnement de ces services, en vue de répondre plus largement aux besoins repérés.

Afin d'impulser une dynamique participative, une phase de concertation multi-partenaire a également été organisée, dans le but de dégager collectivement des propositions au regard des problématiques identifiées lors de la phase d'état des lieux.

Cette phase de travail s'est déroulée en **deux temps** :

- Un temps de **concertation interne au Conseil général**, qui a donné lieu à deux groupes de travail :
 - ~ Un premier avec les représentants des Directions intervenant dans le secteur social (Direction de la Gérontologie et du Handicap, Direction de la Protection de l'Enfance – Direction de la Prévention et du Développement Social – Protection Maternelle et Infantile / Promotion de la Santé).
 - ~ Un deuxième avec les représentants des Directions thématiques intervenant de manière plus ponctuelle dans le champ du handicap : Direction des Transports, des Affaires Culturelles – Office Départemental d'Animation Culturelle – Direction des Sports, Tourisme et Montagne – Direction des Ressources Humaines – Direction de l'Aménagement, de l'Environnement et du Développement Durable – Service des Affaires Européennes – Savoie Biblio – Direction de la Construction et des Services Généraux.

- Un temps de **concertation externe, avec les différents partenaires œuvrant dans le champ du handicap**, qui a mené à la mise en place de quatre groupes de travail du 23 au 26 septembre 2013 autour des thématiques suivantes :
 - ~ Favoriser et faciliter le soutien à domicile des personnes handicapées.
 - ~ Permettre l'accès et le maintien au travail des adultes handicapés.
 - ~ Coordonner, compléter et adapter l'offre médico-sociale par des dispositifs souples prenant en compte l'évolution des besoins et les besoins spécifiques non satisfaits.
 - ~ Renforcer les partenariats, notamment avec le champ sanitaire.

Ce temps d'échange a réuni 170 personnes.

Les différents groupes ont ainsi émis des **propositions d'actions qui ont servi de base à l'élaboration des orientations du présent Schéma**.

A la fin de cette semaine de groupes de travail, une **séance de restitution des productions** des groupes, ouverte à tous les acteurs du champ médico-social (participants ou non aux groupes de travail), a été organisée le 27 septembre 2013 afin de partager les propositions d'actions ainsi formulées.

Annexe 2

CONTRIBUTIONS ECRITES

Des contributions écrites ont été produites par les associations, groupements et organismes suivants :

APAJH Haute-Savoie

APEI de Thonon-les-Bains et du Chablais

APF 74

**Association de Réadaptation et de Réinsertion pour
l'Autonomie des Déficients Visuels**

Autisme Avenir 74

Association Amitié & Avenir

Association Autisme Eveil

**Association EPI (accompagnement des adultes Epileptiques
dans leur Progression et leur Intégration)**

ATMP 74

CFDT : Santé Sociaux 74

Comité des Associations pour le Handicap 74 :

- ~ ADIMC 74
- ~ ADMR
- ~ AFM Téléthon
- ~ APF
- ~ Association Autisme Eveil
- ~ AFTC 74
- ~ UDAPEI Haute-Savoie
- ~ Association Valentin Haüy
- ~ Défis74
- ~ ATMP 74
- ~ APAJH Haute-Savoie
- ~ UNAFAM
- ~ ANAPEDYS
- ~ FNATH
- ~ CADA 74

UDAPEI Haute-Savoie :

- ~ APEI du Pays du Mont-Blanc
- ~ AFPEI des Vallées de l'Arve et du Foron
- ~ APEI Les Narcisses
- ~ APEI de Thonon-les Bains et du Chablais
- ~ AAPEI d'Annecy et ses environs
- ~ Association Amitié&Avenir
- ~ ATMP 74
- ~ APEI du Centre Arthur Lavy
- ~ Sésame autisme Suisse Romande et Haute-Savoie

UNAFAM



Qu'ils soient remerciés de leur apport à l'élaboration de ce schéma.




SCHEMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP / 2007-2012




**NOUVEAU SCHEMA DÉPARTEMENTAL
EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

Les étapes de la concertation

- **Juin 2013 :** Lancement des travaux
- **Mai à août 2013 :** Analyses et études
- **Septembre 2013 :** Journées de concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires
- **1^{er} semestre 2014 :** Adoption du Schéma départemental par le Conseil Général

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-SAVOIE

Direction Générale Adjointe Action Sociale et Solidarité
Direction de la Gériatrie et du Handicap
26, avenue de Chevère
CS 42220 - 74023 ANNECY CEDEX
Tél. 04 50 33 22 00
www.cg74.fr

Pendant la période du schéma départemental 2007-2012, un effort sans précédent a été réalisé au bénéfice de nos concitoyens handicapés, tant en termes de création d'établissements qu'en termes d'offre de services nouveaux. Ainsi, les concertations de nos associations handicapées, et qui concernaient les grandes orientations de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette plaquette présente la diversité des réalisations conduites par notre collectivité avec l'aide de ses partenaires. Tous nos remerciements vont aux associations, collectivités, organismes, services, structures, professionnels médico-sociaux, de santé, qui œuvrent au bénéfice des personnes handicapées de notre département.

L'engagement de tous est nécessaire à l'heure d'enclencher la préparation du nouveau schéma départemental qui guidera la poursuite de notre action jusqu'en 2017.

Christian Montell
Président du Conseil général de la Haute-Savoie

Quelques chiffres au 1^{er} janvier 2013

- 1199 places d'hébergement (internat et accueil de jour) financées par le Conseil Général, dont 405 financées conjointement avec l'Agence Régionale de Santé
- 684 places de service dont 185 financées conjointement avec l'Agence Régionale de Santé
- 37 places d'accueil temporaire
- Bénéficiaires de la PCH à domicile = 1953 adultes (703 bénéficiaires en 2008) et 393 enfants concernés

haute savoie
Conseil Général

DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE ACTION SOCIALE ET SOLIDARITÉ
DIRECTION DE LA GÉRIATRIE ET DU HANDICAP

BILAN DU SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP / 2007-2012

Quatre axes forts

- Territorialiser l'offre médico-sociale départementale afin de permettre une prise en charge adaptée de la personne handicapée sur son bassin de vie.
- Améliorer le soutien à domicile des personnes en situation de handicap par la mise en place d'accompagnements adaptés en termes d'accès aux aides et aux soins mais également d'accès à la vie sociale et à la cité.
- Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés, en favorisant la notion de parcours professionnel et en soutenant plus particulièrement le passage d'adolescent à adulte dans le domaine de l'emploi.
- Poursuivre l'effort de développement de l'offre d'hébergement, notamment par la prise en compte des situations spécifiques.

Bilan des 8 orientations

Pour les 8 orientations retenues, de nombreuses actions ont été menées au nombre desquelles, les plus significatives sont présentées dans ce document.

> ORIENTATION N° 1 : ADOPTER UNE APPROCHE GEOGRAPHIQUE POUR ORGANISER LES REPONSES MEDICO-SOCIALES

- En privilégiant la notion de bassin de vie : création de places nouvelles de service ou d'hébergement pendant la durée du Schéma ayant permis d'améliorer l'offre et d'apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées sur chaque territoire du Département.
- Réalisation significative : création conjointe par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Général de places de Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sur chacun des cinq territoires.
- En développant la complémentarité entre les structures : mise en place de plusieurs instances composées d'acteurs locaux de proximité permettant des échanges et des concertations sur différents thèmes.
Ex : partenariat des services de la Vallée de l'Arve - Elaboration de conventions de partenariat entre EMSMS et secteur sanitaire...



> ORIENTATION N° 2 : AMELIORER LA QUALITE DE VIE A DOMICILE

- En développant l'offre de services et l'aide à domicile.
- 112 places nouvelles de Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et 105 places de SAMSAH ont été créées pendant la durée du Schéma. Création par l'ARS de 33 places nouvelles de Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile professionnel (SESSADpro) dédié aux 16-25 ans pour 12 places.
- En assurant la compensation du handicap par la mise en place de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) : 1953 dossiers adultes et 332 dossiers enfants au 1^{er} janvier 2013.

- En améliorant l'accès au logement et son adaptation : la journée départementale organisée par le Conseil Général et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) le 30 novembre 2012 a constitué le temps fort de la sensibilisation des professionnels concernés institutionnels, acteurs de l'habitat et de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées... qui a réuni 100 participants.

- En soutenant les aidants :
 - Création de 32 lits ou places d'accueil temporaire pendant la période du Schéma
 - Expérimentation de groupes de parole communs aux aidants de personnes âgées et handicapées dans la Vallée de l'Arve.

> ORIENTATION N° 3 : DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE. AMELIORER LES CONDITIONS DE SOCIALISATION DES PERSONNES HANDICAPÉES

- En favorisant le lien social pour rompre la solitude des personnes handicapées : ouverture de deux Clubs de Soutien Mutuel sur les bassins de vie d'Annecy et du Chablais, inspirés du dispositif des Groupements d'Entraide Mutuelle (G.E.M.).
- Un observatoire départemental des Clubs de Soutien Mutuel et des G.E.M. a été mis en place en 2012.



Création de 400 places entre 2008 et 2012 :
- 230 places de service
- 170 places d'établissement

Un engagement du Conseil Général qui a quasiment doublé sur la durée du Schéma (de 40 à 73,5 M € entre 2007 et 2012)

> ORIENTATION N° 4 : AMELIORER LES CONDITIONS D'EMPLOI DES TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

- En favorisant les mutualisations entre les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) : un appel à projets lancé par l'ARS pour la création d'un ESAT dans le Chablais a été attribué à un groupement de trois associations locales pour 30 places.

- En créant un SESSADpro de 12 places pour les 16-25 ans avec pour objectif de travailler et de finaliser un projet professionnel lors du passage à l'âge adulte.
- En mettant en place un collectif des chargés d'insertion d'ESAT, afin notamment de permettre la fluidité des parcours des travailleurs handicapés.

> ORIENTATION N° 5 : AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DU VIEILLESSEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

- En favorisant les échanges entre le monde de la gérontologie et celui du handicap : organisation par le Conseil Général d'une journée départementale en 2008 sur cette thématique qui a réuni 200 partenaires des secteurs de la gérontologie et du handicap.

- En autorisant conjointement avec l'ARS 109 places de Foyer d'Accueil Médicalisés (FAM) dédiées aux personnes handicapées vieillissantes sur 3 bassins de vie.

- En expérimentant de nouveaux dispositifs : ouverture de l'Alouetta, unité expérimentale pour personnes handicapées vieillissantes au sein de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) La Bartavelle à Meythet, gérée par l'EP2A, en collaboration avec l'ADIMC74.

- En faisant une enquête dans la Vallée de l'Arve, ayant permis de disposer d'un état des lieux et de recenser les besoins à court, moyen et long terme.

- En intégrant progressivement cette problématique dans les travaux des filières gériatriques.

> ORIENTATION N° 6 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

- En favorisant, en collaboration avec l'ARS et le Centre Hospitalier de la Région Annécienne (CHRA) :
 - la mise en place du dispositif « HANDICONSULT » permettant l'accès aux soins des personnes handicapées et âgées en échec de soins dans le milieu ordinaire,
 - la création de l'association « DENTIDICAP » permettant de mieux prendre en charge les pathologies dentaires complexes du fait du handicap.

- En transformant 44 places de foyer de vie en FAM.

> ORIENTATION N° 7 : ADAPTER LES REPONSES POUR CERTAINES SITUATIONS DE HANDICAP

- En autorisant l'extension d'un FAM pour personnes handicapées psychiques à hauteur de 30 places.
- En autorisant la création de 75 places de FAM pour adultes lourdement handicapés.

- En autorisant la création de 27 places de FAM et extension de 6 lits de Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) pour adultes autistes.

- En autorisant la création d'une résidence à Villa-la-Grand regroupant 8 lits de foyer d'hébergement, 18 lits de foyer de vie et une place d'accueil temporaire pour adultes handicapés-physiques.

> ORIENTATION N° 8 : DEVELOPPER LES COMPETENCES PAR LA FORMATION

- En mettant en place le Comité Départemental de Lutte contre la Maltraitance et une cellule conjointe ARS/Conseil Général de traitement des plaintes et signalements et de sensibilisation /information auprès des ESMS.

- En allouant des crédits ponctuels chaque année dans les budgets des ESMS en vue de compléter l'offre de formation des personnels.

Pendant cette période, la MDPH a développé ses missions avec le soutien du Conseil Général



17/02/13 16:30

Programme annexe 2014-2018

Annexe 4

AVIS DU CONSEIL GENERAL SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE



Extrait du Registre des Délibérations de la
Commission Permanente

SEANCE DU 01 OCTOBRE 2012

n° CP-2012-0585

Sous la Présidence de : M. Christian MONTEIL, Président du Conseil Général

Présents :	Vice-Présidents :	M. MUDRY, M. de MENTHON, M. BARDET, Mme CAMUSSO, M. DUVERNAY, M. BOUCHET, M. MOGENET, M. HEISON, M. BAUD-GRASSET, M. RABATEL
	Autres membres :	M. PUTHOD, M. PEILLEX, M. BEL, M. AMOUDRY, M. MORAND, M. PITTET, M. ZORY, M. MARTIN, M. VIELLIARD, M. NEURY, M. GALLAND
Absent(s) Représenté(s) :		
Absent(s) excusé(s) :		M. CHAVANNE, M. EXCOFFIER, M. JEANTET, M. LOSSERAND, M. MIVEL, M. RIGAUT, M. SONNERAT

Membres en exercice :	29
Présents :	22
Adopté à la majorité	
20	Voix Pour
	Voix contre
2	Abstention(s)

OBJET : PROJET REGIONAL DE SANTE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES 2012/2017 - AVIS DU CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-SAVOIE

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dispose que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional, des objectifs de la politique nationale de santé, dans le respect des principes de l'action sociale et médico-sociale, d'une part, et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'autre part, conformément aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, l'ARS Rhône-Alpes a élaboré un Projet Régional de Santé (PRS) pour la période 2012/2017 destiné à répondre aux enjeux de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, de renforcement de l'égalité d'accès à la santé, et de l'amélioration de l'efficacité du système de santé. A cet effet, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), le représentant de l'Etat dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le PRS au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région, pour transmettre leur avis à l'ARS.

- certaines dispositions du PRS sont opposables, qu'il s'agisse du Schéma Régional d'Organisation des Soins, ou des zones déficitaires pour la médecine libérale (zones fragiles), ou bien encore du PRIAC qui est l'outil de programmation financière du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale notamment pour la réalisation de places nouvelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- certaines priorités du PRS en matière de programmation peuvent obliger le Conseil Général au plan financier dans le cadre des appels à projet conjoints, en particulier dans le domaine de l'accueil, de l'accompagnement et des soins en faveur des personnes adultes handicapées.

Il importe donc de veiller à la cohérence du PRS au regard des missions sociales et médico-sociales dont le Conseil Général assume la responsabilité, des priorités arrêtées dans ses schémas départementaux, et des besoins de la population haut-savoiarde sur un territoire départemental spécifique à bien des titres.

Tel était d'ailleurs le sens des observations formulées par les élus départementaux dans l'avis rendu par la Commission Permanente du 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) ; partir des réalités du terrain, se donner les moyens de son action, tenir compte de la dynamique et de la spécificité de chaque territoire.

A cet égard, l'examen des documents constitutifs du PRS devant la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement et la 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap, de même que la participation aux travaux de la CRSA et à ceux de la commission de coordination des politiques publiques de l'ARS, conduisent à formuler les réserves sur :

- le contenu et l'ordre des priorités du PRS ;
- les moyens humains nécessaires à leur mise en œuvre ;
- les moyens financiers disponibles pour leur réalisation ;
- la prise en considération des spécificités de la Haute-Savoie ;
- la coordination entre le sanitaire et le médico-social aux échelons régional et départemental.

*

• **Sur les priorités du PRS**

- Il est légitime de s'interroger d'emblée sur la possible mise en œuvre en 5 ans d'un projet qui contient 3 axes, 13 orientations, 18 priorités, et pas moins de 70 actions transversales déclinées en 270 sous-actions. Des priorités avec lesquelles chacun ne peut certes qu'être d'accord, qu'il s'agisse du développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux, de l'accès à une offre de santé adaptée et efficiente, et de la fluidité des prises en charges et accompagnements. Cependant, ces priorités, orientations et autres actions ne sont pas toutes mises sur le même plan, certaines relevant de la programmation ou de la prescription, quand d'autres sont l'expression d'un simple vœu. Si l'on ne peut que saluer l'effort pour favoriser une réponse globale à partir d'actions transversales, on ne retrouve pas dans le PRS leur traduction opérationnelle ni chiffrée.

- Se pose également la question de l'articulation entre le PRS et les nombreux plans nationaux en cours dans le domaine sanitaire et médico-social, en particulier pour les personnes âgées et handicapées (Plan psychiatrie et santé mentale, Plan solidarité grand âge, Plan Alzheimer, Plan autisme, etc.). C'est aussi le cas pour la petite enfance lorsque les orientations de l'ARS (accompagnements mis en place par les réseaux périnataux) et celles de la CPAM (dispositif PRADO) se superposent.

- Avant d'envisager de nouvelles actions, il eût été logique d'achever la mise en œuvre de ces plans et d'en dresser un bilan. De même pour le Schéma Régional d'Organisation des Soins, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS), et le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui existaient déjà. Or, dans le PRS, tel n'est pas le cas.

Ceci est particulièrement sensible en ce qui concerne le nouveau Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) institué par la loi HPST de 2009. Son contenu semble avoir été arrêté en fonction des moyens financiers prévus au PRIAC alors que le PRIAC devrait, au contraire, être la déclinaison financière des priorités du SROMS. A titre d'exemple, le PRS indique sans autre explication que la priorité sera donnée par l'ARS à l'offre sur les adultes handicapés alors que ce domaine relève plutôt de l'intervention du Département, principal prescripteur et financeur, tandis que la responsabilité première de l'Etat concerne les enfants porteurs d'un handicap. Le constat est identique pour les personnes âgées avec la confusion entre les enjeux sanitaires et médico-sociaux autour des lits de soins de suite et de rééducation (SSR) et des lits en unités de soins de longue durée (USLD).

• **Sur les moyens humains**

- La question de la mise en œuvre des nombreuses priorités et actions inscrites au PRS se pose avec d'autant plus d'acuité que la région Rhône-Alpes, en général, et le département de la Haute-Savoie, en particulier, se heurtent au manque de professionnels de santé.

C'est tout aussi vrai pour les infirmières (taux le plus bas avec 83,7 pour 100 000 dans le territoire Est contre 98,9 pour 100 000 en Rhône-Alpes), que pour les médecins généralistes (106 médecins généralistes pour 100 000 en Haute-Savoie, contre 107/100 000 en Rhône-Alpes, et 110/100 000 en métropole).

- Ça l'est plus encore pour les personnels soignants. Ainsi, dans les établissements sanitaires, la Haute-Savoie a le taux de vacance de postes sur le total des postes budgétés le plus élevé (10,9 % pour les infirmiers, 16,1 % pour les aides-soignants). C'est aussi le département dont les établissements de santé ont la part la plus importante de faisant-fonction d'aides-soignants sur le total des postes budgétés (17,86 %), et qui connaît le plus de départs vers la Suisse (77,57 % pour les infirmiers, 87,88 % pour les aides-soignants). En 2010, les départs vers la Suisse ont été la cause d'un tiers des postes vacants d'infirmiers en Haute-Savoie, et d'un poste vacant sur 10 d'aides-soignants.

Quant aux établissements médico-sociaux, la Haute-Savoie affiche le taux de vacance pour 100 lits le plus important de Rhône-Alpes (1,07 pour les infirmiers, 10,8 pour les aides-soignants) et compte le plus de faisant-fonction (10,44/100 lits pour les aides-soignants).

- C'est ainsi une part essentielle des missions médico-sociales du Conseil Général qui risque de s'en trouver pénalisée. En particulier pour ce qui concerne le soutien au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, priorité n° 1 du Département. De même pour l'autorité sanitaire contrainte de fermer des lits en EHPAD hospitaliers, comme ce fut le cas en 2011 à l'hôpital de SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS et sans réouverture depuis. Il y a donc urgence à agir.

Au-delà de l'augmentation des quotas de places en formation qui dépend non seulement de l'autorité sanitaire et de la Région, mais aussi de la capacité d'accueil en stage dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, la situation exceptionnelle de la Haute-Savoie appelle de la part de l'ARS des solutions exceptionnelles qui passent notamment par une évolution de la coopération franco-genevoise dans le domaine de la santé. Cette évolution doit concerner aussi bien les écarts de rémunération que les conditions de travail proposées aux professionnels de santé de part et d'autre de la frontière. Sans quoi il est à craindre qu'un projet comme celui de la reconstruction et de l'agrandissement de l'école d'infirmières d'ANNEMASSE vienne alimenter prioritairement les hôpitaux genevois ainsi que le futur établissement hospitalier annoncé près de LAUSANNE, plutôt que contribuer à une amélioration de la situation des établissements français.

- Quant à la démographie médicale, autre enjeu essentiel, il est préoccupant de constater que, à la lecture du SROS, les zones fragiles établies en nombre limité par l'ARS pour le territoire de la Haute-Savoie sont loin de couvrir la réalité des besoins dans un département dont la population progresse de 9 000 habitants par an. A fortiori avec l'importance des zones de montagne dont les habitants ont moins facilement accès aux soins. Sur ce point, l'Assemblée Départementale se prononcera prochainement sur la mise en œuvre d'un dispositif de soutien au développement de l'offre de soins de premier recours prenant en considération le zonage plus large établi en lien avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS) avec laquelle une convention de coopération a été signée.

• **Sur les moyens financiers**

- La mise en œuvre effective de ce PRS dépend également des moyens financiers disponibles. A fortiori, chacun en convient, dans le contexte de forte exigence budgétaire résultant de la crise économique sans précédent qui perdure. Dans cette perspective, l'inscription au PRIAC des seuls projets autorisés et financés marque un changement significatif.

- Toutefois, comment ne pas s'inquiéter devant le net écart entre les besoins constatés et les programmes envisagés, ainsi qu'en témoignent l'accueil, les soins et l'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes ?

Le taux d'équipement du Territoire Est s'avère inférieur à la moyenne régionale (124 places pour 1 000 habitants contre 139/1 000 au niveau régional) avec d'importantes disparités entre territoires (par exemple : la filière gériatrique des Hôpitaux du Mont-Blanc est notoirement sous-équipée avec un taux de 88,9/1 000). Or le cadrage budgétaire du PRIAC présenté par l'ARS fait ressortir une création de 391 places en EHPAD pour les 8 départements de Rhône-Alpes sur la période 2012/2016, dont 200 places déjà autorisées. A titre de comparaison, pour le seul département de la Haute-Savoie, 391 lits autorisés sont en attente de réalisation et le besoin était évalué à 819 lits supplémentaires dans le schéma départemental gérontologique 2008/2012. Soit une projection régionale bien éloignée de nos prévisions départementales dont l'ARS doit, selon la loi, tenir compte dans le PRS.

- Il convient également de souligner le risque de transfert de charges entre l'autorité sanitaire et le Département, à l'exemple des réponses à apporter aux personnes handicapées.

En maintes occasions, le Conseil Général a fait montre de volontarisme en apportant son concours financier et technique à la réalisation d'établissements, équipements et autres services dans le champ sanitaire. Et tout récemment encore en cofinçant avec l'ARS une structure expérimentale à LA ROCHE-SUR-FORON pour l'accueil et la prise en charge d'enfants souffrant de difficultés multiples et objets d'une mesure de protection. De même pour l'expérimentation de consultations spécialisées (gynécologie, bucco-dentaire) au Centre Hospitalier de la Région d'ANNECY (CHRA) pour les personnes en situation de handicap dans le cadre du nouveau dispositif « Handiconsult » qui aura vocation à s'étendre au reste du territoire dans le cadre d'unités mobiles.

Dans le cadre du PRS, il importe que l'autorité sanitaire prenne pleinement ses responsabilités dans les domaines d'action qui lui incombent en propre. Cela vaut pour l'enfance handicapée et l'ouverture de places en Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) pour lesquels les besoins sont avérés (128 enfants en liste d'attente en Haute-Savoie en 2011 alors que le PRS prévoit + 138 places à l'échelle du Territoire Est à l'horizon 2016).

En Haute-Savoie, il est également indispensable que le soutien aux Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) soit effectif et constitue une priorité pour l'ARS. Or, dans le PRIAC, seulement 9 places pour le Territoire Est sont annoncées en cours d'installation et aucun projet nouveau ne figure. Ceci alors que le taux d'équipement (0,89 ‰) est le plus bas de la région (moyenne à 1,40 ‰). Comme le démontre le rapport d'activités de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la situation en Haute-Savoie est préoccupante, avec une capacité totale de 84 places pour 10 admissions faites en 2010 et 22 enfants en attente, des orientations n'étant pas prononcées faute de places disponibles.

L'argument vaut tout autant à propos des Instituts Médico Educatifs (IME) pour lesquels le PRS ne prévoit, en tout et pour tout, que 3 places à réaliser pour tout Rhône-Alpes dans les cinq ans à venir. En Haute-Savoie, cette question est d'autant plus cruciale que, malgré les demandes réitérées du Département, l'offre d'hospitalisation publique en pédopsychiatrie est absente et que certains établissements médico-sociaux voire sociaux (Aide Sociale à l'Enfance), sont souvent contraints d'accueillir par défaut des enfants qui nécessitent une prise en charge sanitaire adaptée.

Enfin, une réponse doit être apportée au déficit de places en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) dans le Territoire Est. Celui-ci présente le ratio le plus bas (0,39 ‰ contre 0,62 ‰ en Région), avec une projection pour 2016 à 0,42 ‰ en fourchette basse (0,63 ‰ Région) et 0,44 ‰ en fourchette haute (0,64 ‰ Région). Même si les moyens annoncés (+ 65 places) devaient être entièrement mobilisés sur le Territoire Est, ceux-ci ne changeraient pas ou peu la donne actuelle. Le Territoire de santé Est, dont la Haute-Savoie fait partie, serait toujours déficitaire.

- **Sur les spécificités de la Haute-Savoie**

- Si le Territoire de santé Est est classé prioritaire dans le PRS, celui-ci ne permet pas de savoir ce qu'il pourrait advenir concrètement de la Haute-Savoie dans l'ensemble des axes, orientations et actions présentées. A raisonner à l'échelon régional à partir de territoires de santé englobant tout ou partie du territoire de plusieurs départements, le PRS manque de lisibilité, d'autant que les programmations ne sont pas individualisées département par département.

- Pour bâtir son PRS, l'ARS s'est fondée sur des indicateurs de taux d'équipement rapportés à une moyenne régionale et à une moyenne nationale qui ne prennent pas en compte de manière dynamique l'évolution des besoins sur le terrain. Ainsi le PRS ne mesure-t-il pas les spécificités des besoins de la Haute-Savoie :

- . avec le taux d'espérance de vie à la naissance le plus élevé de Rhône-Alpes (79 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes), ainsi que l'indice de vieillissement et le taux de mortalité les plus faibles de Rhône-Alpes ;

- . avec 9 000 habitants supplémentaires par an depuis le début des années 2000, soit une population haut-savoyarde (747 965 habitants) qui approchera le million d'ici à 25 ans ;

- . avec un niveau élevé et constant des naissances (plus de 9 500 naissances en moyenne ces 3 dernières années), soit au total 56 675 enfants de moins de 6 ans en Haute-Savoie, nécessitant une offre de soins et des modes de garde adaptés ;

- . avec le vieillissement de la population (+ 38,92 % d'habitants âgés de 75 ans et plus d'ici à 2020, soit deux fois plus vite que la moyenne régionale) justifiant de diversifier l'offre de soins et d'accompagnement médico-social ;

- . avec un flux migratoire qui explique l'arrivée en nombre d'une population jeune (essentiellement 25-40 ans avec enfants), soit autant de besoins en matière de prévention et de soins ;

. avec l'afflux régulier d'une population vacancière et saisonnière en Haute-Savoie qui est l'une des plus importantes destinations touristiques (une population de près d'1 million d'habitants en période de pointe, multipliée par 10 dans certaines communes) et la nécessité de soins de proximité de qualité dans les territoires de montagne ;

. avec l'urbanisation croissante du territoire (la population en secteur résidentiel a doublé en 30 ans, dont + 47 % dans les communes résidentielles et rurales) liée à l'afflux de population qui se heurte au manque et au surcoût du foncier et accroît le besoin de services publics.

- Cette dynamique démographique explique pourquoi, malgré l'effort considérable du Conseil Général depuis dix ans avec l'aide de l'Etat, la Haute-Savoie a un retard en équipements médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées). Si le PRS reconnaît que le Territoire Est doit être prioritaire dans les cinq ans à venir, ses annexes territoriales et les annexes des schémas régionaux n'indiquent pas comment la Haute-Savoie pourra être soutenue dans ce but.

- Or des besoins importants existent et concernent :

. le renforcement et la diversification de l'offre de soins hospitaliers avec la nécessité de développer des plateaux techniques et des soins de pointe qui évitent aux Haut-Savoyards d'être obligés d'aller se faire soigner à GRENOBLE ou à LYON, et de renforcer la mutualisation avec le CHU de GENEVE dont l'accès pour les Haut-Savoyards est pour l'instant limité ;

. le maintien d'une offre de soins de premier recours de qualité s'adossant à des filières de soins et d'accompagnement médico-social de proximité pour permettre aux Haut-Savoyards de se soigner près de chez eux et aux plus dépendants de continuer à vivre à leur domicile ;

. la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes correspondant aux besoins à couvrir par rapport aux estimations du futur schéma gérontologique 2013/2017 en cours d'élaboration. De même, le conventionnement avec l'ARS permettant le maintien de tarifs accessibles pour des personnes aux ressources souvent modestes, et la diversification des solutions de soutien au domicile qui passe par un accompagnement accru des aidants et le fléchage de places en Service de Soins Infirmiers au Domicile (SSIAD) ;

. la prise en charge des différents handicaps pour permettre aux personnes handicapées de choisir leur projet de vie, le développement de réponses innovantes aux personnes handicapées vieillissantes, et surtout le renforcement des moyens de la psychiatrie adulte préalable nécessaire à une bonne articulation des soins et de l'accompagnement médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique ;

. le développement d'une offre de soins qui fait actuellement défaut en Haute-Savoie pour l'hospitalisation complète en secteur public pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et pour la prise en charge en réanimation néonatale, de même que le renforcement de l'accompagnement pré et post-natal et des réseaux de prise en charge multifonctionnels, ainsi que la prise en charge ambulatoire pour les accompagnements psychologiques mères-enfants. Sans oublier un accompagnement éducatif adapté (ITEP, IME).

- **Sur la coordination du sanitaire et du médico-social**

- L'ARS est dans son rôle en déclinant, à l'échelon régional, les objectifs de la politique nationale de santé. Ce PRS qui traduit une démarche descendante depuis LYON vers le terrain en est la concrétisation. Cependant, l'autorité sanitaire ne peut méconnaître le rôle ni la place du Département tels que la loi les a déterminés au travers des missions médico-sociales et sociales qu'elle lui a confiées. Pas davantage que l'ARS ne peut ignorer l'impact de certaines de ses décisions sur les propres actions du Département.

Ainsi, en privilégiant à l'avenir les ouvertures de places en FAM, la révision du ratio MAS (Maison d'Accueil Spécialisé avec financement Etat) / FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé avec cofinancement Etat/Conseil Général) ne sera-t-elle pas neutre pour les finances départementales. A fortiori lorsqu'il s'agit, par exemple, de développer les places en FAM pour adultes handicapés psychiques dans le but d'y accueillir les personnes hospitalisées par défaut en hôpital psychiatrique, du fait du manque de services ambulatoires. Au plan financier, la tarification à l'acte dans les hôpitaux (T2A) ne doit pas fournir le prétexte à orienter la demande vers le médico-social financé par le Conseil Général.

Il en va de même pour le développement du travail à temps partiel dans les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour les personnes handicapées vieillissantes, question dont l'ARS entend faire l'une de ses priorités dans son PRS. Le Conseil Général de la Haute-Savoie y souscrit d'autant plus volontiers qu'il s'est emparé de ce problème, voici plus de 10 ans, en créant des Service d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Vieillissants (SATTHAV). Alors que le manque de places en ESAT est avéré et que plusieurs fiches actions du PRS ont pour objectif de pallier cette difficulté, le manque de places en ESAT ne peut être résolu par un simple partage du temps de travail, à charge pour le Conseil Général d'occuper le temps non travaillé.

Qu'il s'agisse des places en ESAT ou en FAM envisagées dans le PRS, l'ARS ne peut et ne doit pas ignorer que leur ouverture s'accompagne de la création en nombre équivalent de places en foyer d'hébergement à la charge financière du Département. Devant les contraintes budgétaires qui appellent à une programmation pluriannuelle vigilante des investissements, il importe que l'ARS en tienne compte dans le lancement des appels à projets qui ne peuvent qu'être conjoints avec le Conseil Général.

- La seconde observation sera pour s'étonner de certaines orientations ou actions proposées dans le PRS sans tenir compte suffisamment des réalités du terrain ni des contraintes propres à l'action médico-sociale et sociale dans le département. Ainsi en est-il du PRAPS qui vise en priorité les habitants des quartiers prioritaires dans le cadre de la politique de la ville, les personnes sans domicile fixe, les migrants en difficulté. Une telle approche méconnaît de nombreuses autres personnes fragiles, à l'exemple des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active pour lesquels la loi a prévu un volet santé. Par ailleurs, d'autres populations méritent notre attention : les saisonniers, les migrants âgés, les personnes vivant en logement insalubre, les personnes âgées isolées, etc.
- Enfin, la révision générale des politiques publiques a eu pour conséquence de laisser les services sociaux et médico-sociaux du Département en première ligne, d'autant que les délégations territoriales de l'ARS n'ont reçu ni délégation de pouvoir, ni moyens humains suffisants. Dans ce contexte, à l'exemple de l'aide aux aidants, on ne peut qu'être surpris de certaines orientations du PRS qui relèvent du médico-social et pour lesquels l'ARS voudrait agir sans disposer de relais sur le terrain. Tout comme les actions pour lesquelles l'ARS envisage de prendre appui sur la MDPH et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) quand l'essentiel de leurs moyens relèvent du Conseil Général.

*

La 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap et la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement, consultées les 19 septembre et 26 septembre 2012, ont approuvé l'avis proposé dans le présent rapport.

Elles ont souligné la nécessité pour l'autorité sanitaire de prendre, dès à présent, en considération la situation spécifique de la Haute-Savoie, avec d'autant plus d'acuité que la remise en cause du droit d'option et l'obligation pour les travailleurs frontaliers de cotiser à l'assurance-maladie posera, quoi qu'il arrive, et au plus tard le 31 mai 2014, le problème de l'accès aux soins pour plus de 80 000 frontaliers résidant en Haute-Savoie, et, par conséquent, la question de la capacité des filières de soins à faire face aux besoins accrus dans notre département.

La Commission Permanente ayant reçu délégation générale de l'Assemblée Départementale, il est proposé d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes pour 2012/2017.

Après en avoir délibéré et enregistré les abstentions de MM. BEL et ZORY,

LA COMMISSION PERMANENTE,

à la majorité de 20 voix pour

PREND ACTE des réserves formulées.

APPROUVE l'avis proposé dans le présent rapport.

**Délibération télétransmise en Préfecture
le 03 octobre 2012.
Publiée et certifiée exécutoire
le 04 octobre 2012**
Pour le Président du Conseil Général,
Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET

Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET

Ainsi fait et délibéré,
Pour extrait conforme,

**Le Président du Conseil Général,
Christian MONTEIL**



R E S U L T A T S D E L ' E N Q U E T E
H A N D I R E G A R D

Table des matières

I. Les « inadéquations » actuelles

- A. Récapitulatif des inadéquations actuelles et ventilation des « inadéquats » par type d'hébergement jugé « adapté »
- B. Récapitulatif des inadéquations actuelles par catégorie d'âge
- C. Récapitulatif des inadéquations actuelles par catégorie de handicap
- D. Récapitulatif des inadéquations actuelles par type de déficience principale

II. Les « inadéquations » dans 5 ans

- A. Récapitulatif des inadéquations à venir et ventilation des « inadéquats » par type d'hébergement jugé « adapté »
- B. Récapitulatif des inadéquations à venir par catégorie d'âge
- C. Récapitulatif des inadéquations à venir par catégorie de handicap
- D. Récapitulatif des inadéquations à venir par type de déficience principale

I. Les « inadéquations » actuelles

A-Récapitulatif des inadéquations actuelles et ventilation des « inadéquats » par type d'hébergement jugé « adapté »

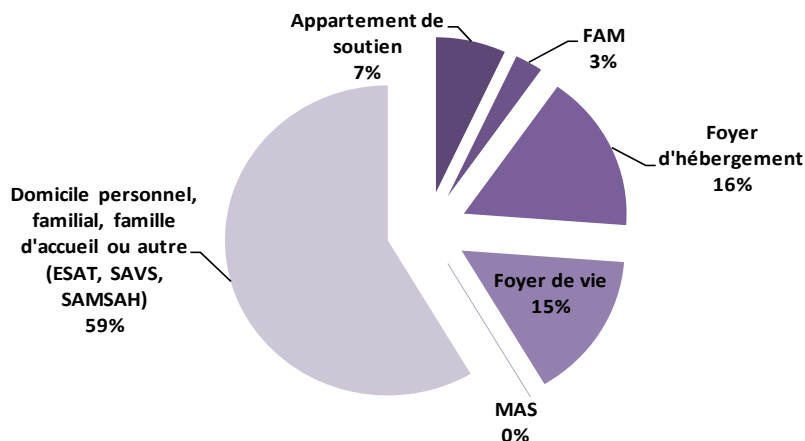
		Lieu d'hébergement jugé adapté en 2013												Part des réponses reçues	
		Appartement de soutien	Domicile personnel	Domicile familial	Famille d'accueil	FAM	Foyer d'hébergement	Foyer de vie	MAS	EHPAD / EHPA	Même type de structure mais spécialisé sur le handicap de la personne	Autre	NR		Total
Lieu d'hébergement actuel (jugé inadéquat)	Appartement de soutien	0	3	0	0	2	5	0	0	0	2	13	0	25	21%
	ESAT (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre)	20	17	1	2	8	42	16	0	0	0	5	5	116	17%
	FAM	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5	0	1	10	3%
	Foyer d'hébergement	3	9	0	0	24	1	14	0	1	4	2	1	59	17%
	Foyer de vie	0	0	0	1	41	2	0	4		5	1	1	55	21%
	MAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	SAMSAH (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre)	3	9	0	1	13	3	7	0	2	1	9	0	48	27%
	SAVS (domicile personnel, familial ou autre)	7	7	1	1	12	6	2	0	0	0	6	4	46	12%
	Total	33	45	2	6	101	59	40	5	3	17	36	12	359	15%
	Par rapport aux équipements actuels	26%	-	-	-	23%	17%	11%	4%	0,1%	-	-	-	-	-

Lecture du tableau en ligne : Où sont actuellement hébergés les « inadéquats » ?

Parmi les **2 451 fiches individuelles** renseignées par les 8 catégories d'ESMS interrogés, on dénombre **359 personnes dont le lieu d'hébergement actuel est jugé inadéquat, soit 15% des réponses**, se répartissant comme suit :

- 25 personnes en appartement de soutien ;
- 210 personnes à domicile (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre, et rattachées à un ESAT, SAMSAH ou SAVS) ;
- 10 personnes en foyer d'accueil médicalisé ;
- 59 personnes en foyer d'hébergement ;
- 55 personnes en foyer de vie.

Répartition des "inadéquats" par type d'hébergement actuel (2013)



Grille de lecture :

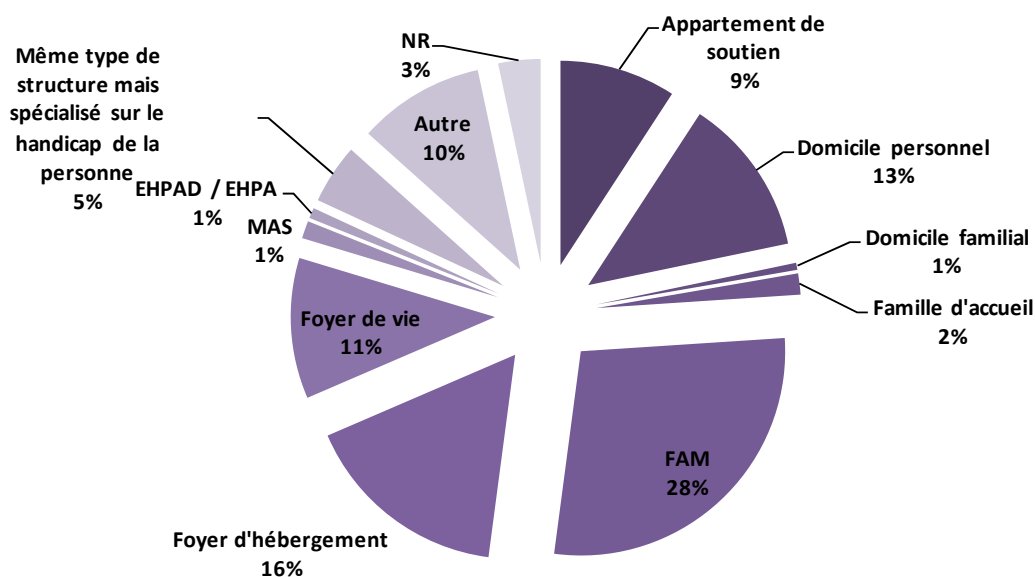
« 59% des inadéquats résident à domicile (personnel, familial, famille d'accueil ou autre) »

Lecture du tableau en colonne : Où « devraient » être actuellement les « inadéquats » ?

Le lieu d'hébergement jugé adéquat pour les 359 personnes dont le lieu d'hébergement actuel est jugé inadéquat serait :

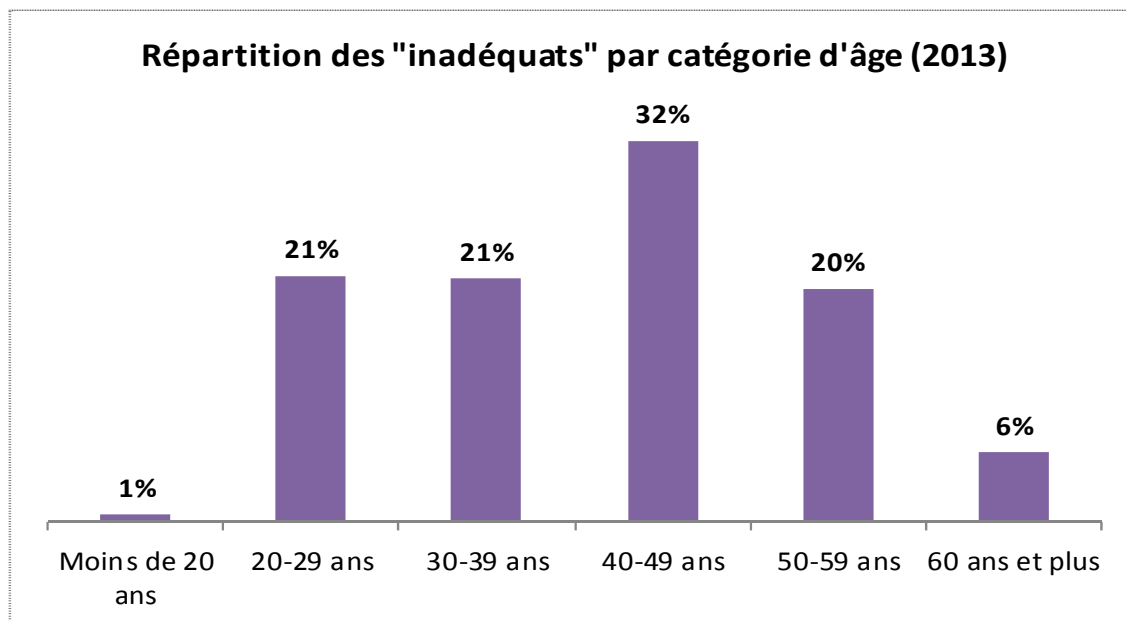
- L'appartement de soutien pour 33 personnes ;
- Le domicile personnel pour 45 personnes ;
- Le domicile familial pour 2 personnes ;
- La famille d'accueil pour 6 personnes ;
- Le foyer d'accueil médicalisé pour 101 personnes ;
- Le foyer d'hébergement pour 59 personnes ;
- Le foyer de vie pour 40 personnes ;
- La maison d'accueil spécialisée pour 5 personnes ;
- L'EHPAD ou EHPA pour 3 personnes ;
- Le même type de structure que le lieu d'hébergement actuel mais pour spécialisé sur le handicap de la personne pour 17 personnes ;
- Un autre lieu d'hébergement (dont les détails sont disponibles par type de structure) pour 36 personnes.
- (non réponse pour 12 personnes)

Répartition des "inadéquats" par type d'hébergement jugé adapté (2013)

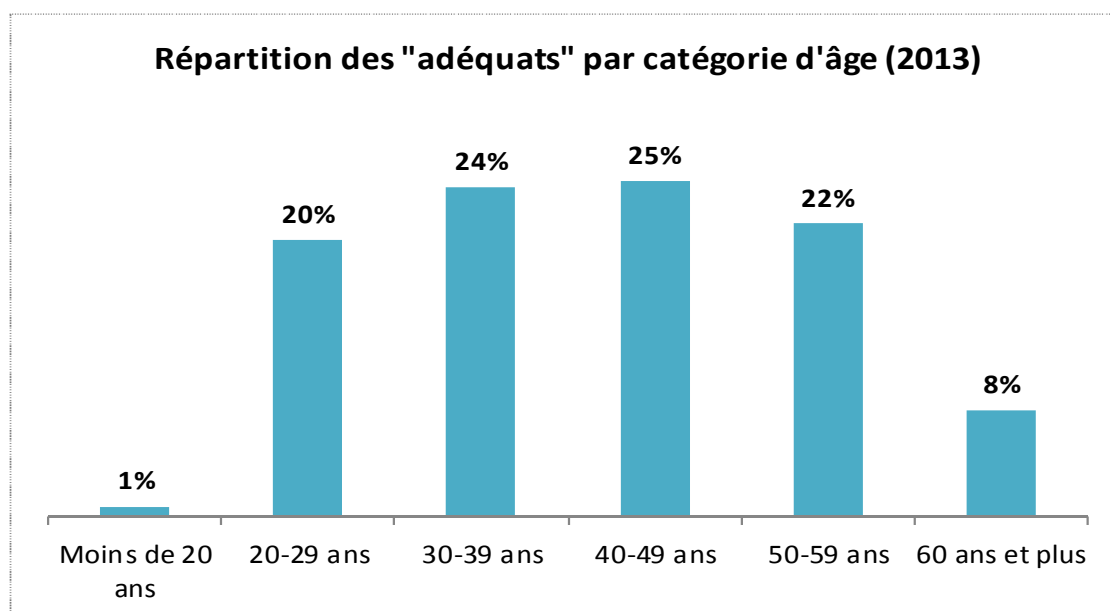


Grille de lecture : « 28% des inadéquats devraient résider en FAM »

B-Récapitulatif des inadéquations actuelles par catégorie d'âge



Grille de lecture : « 32% des inadéquats ont entre 40 et 49 ans »

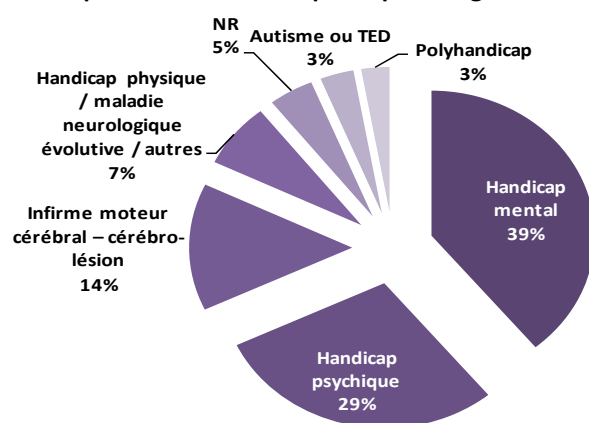


En 2013, les structures d'âge des « inadéquats » et des « adéquats » sont relativement similaires.

C-Récapitulatif des inadéquations actuelles par catégorie de handicap

Catégories de handicap des "inadéquats" (2013)	Nombre d'utilisateurs
Handicap mental	140
Handicap psychique	104
Infirme moteur cérébral – cérébro-lésion	51
Handicap physique / maladie neurologique évolutive / autres	26
NR	16
Autisme ou trouble envahissant du développement	12
Polyhandicap	10
Total	359

Répartition des "inadéquats" par catégorie de handicap (2013)



Grille de lecture :
« 39% des inadéquats relèvent d'un handicap mental »

D-Récapitulatif des inadéquations actuelles par type de déficience principale

Type de déficience principale des "inadéquats" (2013)	Nombre d'utilisateurs	Part
Déficience du psychisme - Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles	114	32%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental léger (QI entre 50 et 69 ou chez les adultes, âge mental de 9 à 12 ans)	68	19%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental moyen (QI entre 35 et 49 ou chez les adultes, âge mental de 6 à 9 ans)	44	12%
Déficience motrice	37	10%
Déficience du psychisme – Autre	22	6%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental sévère ou profond (QI < 34 ou chez les adultes, âge mental < 6 ans)	20	6%
Déficience intellectuelle et cognitive - Autre	19	5%
Pluri handicap	19	5%
Déficience du psychisme - Déficience de la conscience et de la vigilance (perte de conscience, coma ; désorientation temporo-spatiale, confusion mentale ; déficience intermittente de la conscience (épilepsie) ; autres déficiences de la conscience)	10	3%
NR	3	1%
Polyhandicap	2	1%
Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle	1	0%
Total	359	100%

Grille de lecture : « 32% des inadéquats relèvent d'une déficience du psychisme (troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles) »

II. Les « inadéquations » dans 5 ans

Nota Bene : Les résultats suivants présentent uniquement les inadéquations à venir des personnes pour qui le lieu d'hébergement actuel est jugé adapté. Les personnes pour qui le lieu d'hébergement actuel est d'ores et déjà jugé inadéquat n'ont pas été (ré)intégrés aux résultats.

A-Récapitulatif des inadéquations à venir et ventilation des « inadéquats » par type d'hébergement jugé « adapté »

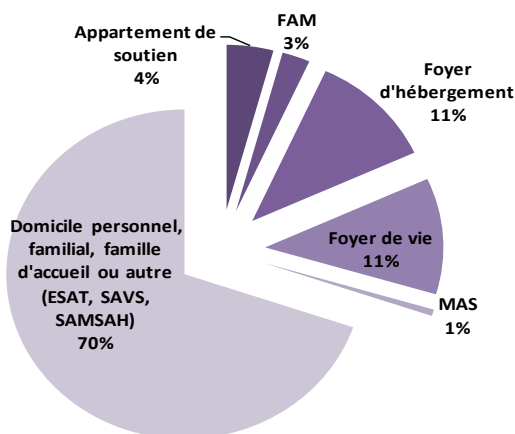
		Lieu d'hébergement jugé adapté en 2018												Part des réponses reçues (parmi les "adéquats" actuels)	
		Appartement de soutien	Domicile personnel	Domicile familial	Famille d'accueil	FAM	Foyer d'hébergement	Foyer de vie	MAS	EHPAD / EHPA	Même type de structure mais spécialisé sur le handicap de la personne	Autre	NR		Total
Lieu d'hébergement actuel (jugé adapté en 2018) mais inadéquat en 2018	Appartement de soutien	0	10	0	0	1	0	0	0	2	0	7	0	20	27%
	ESAT (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre)	17	44	9	0	11	34	9	0	2	1	3	12	142	27%
	FAM	0	1	0	0	0	0	2	1	6	2	0	0	12	3%
	Foyer d'hébergement	6	5	0	0	11	0	17	0	13	1	0	1	54	19%
	Foyer de vie	1	2	0	0	29	1	1	3	9	1	6	1	54	26%
	MAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	Non représentatif
	SAMSAH (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre)	1	35	3	1	10	2	3	0	6	0	5	2	68	52%
	SAVS (domicile personnel, familial ou autre)	1	62	0	1	5	3	4	0	13	1	10	20	120	36%
	Total	26	159	12	2	67	40	36	4	51	9	31	36	473	24%

Lecture du tableau en ligne : Où sont actuellement hébergés les « inadéquats » à venir ?

Parmi les 1 937 personnes dont le lieu d'hébergement actuel est jugé adapté, on dénombre **473 personnes pour lesquelles ce même lieu ne sera plus adapté en 2018, soit 24% d'entre elles**, se répartissant comme suit :

- 20 personnes en appartement de soutien ;
- 330 personnes à domicile (domicile personnel, familial, famille d'accueil ou autre, et rattachées à un ESAT, SAMSAH ou SAVS) ;
- 12 personnes en foyer d'accueil médicalisé ;
- 54 personnes en foyer d'hébergement ;
- 54 personnes en foyer de vie ;
- 3 en maison d'accueil spécialisée.

Répartition des "inadéquats" par type d'hébergement actuel (2018)



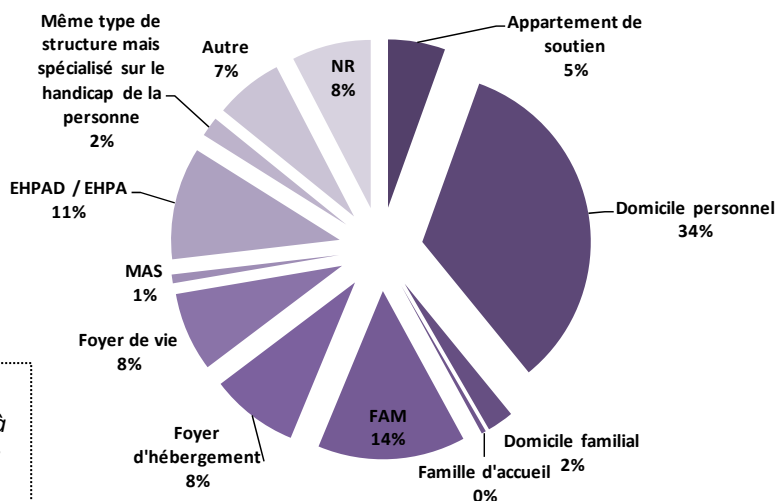
Grille de lecture :
« 70% des inadéquats à venir résident à domicile (personnel, familial, famille d'accueil ou autre) »

Lecture du tableau en colonne : Où « devront » être hébergés les « inadéquats » à venir ?

Le lieu d'hébergement jugé adéquat pour les 473 personnes dont le lieu d'hébergement actuel ne sera plus adapté en 2018 serait :

- L'appartement de soutien pour 26 personnes ;
- Le domicile personnel pour 159 personnes ;
- Le domicile familial pour 12 personnes ;
- La famille d'accueil pour 2 personnes ;
- Le foyer d'accueil médicalisé pour 67 personnes ;
- Le foyer d'hébergement pour 40 personnes ;
- Le foyer de vie pour 36 personnes ;
- La maison d'accueil spécialisée pour 4 personnes ;
- L'EHPAD ou EHPA pour 51 personnes ;
- Le même type de structure que le lieu d'hébergement actuel mais pour spécialisé sur le handicap de la personne pour 9 personnes ;
- Un autre lieu d'hébergement (dont les détails sont disponibles par type de structure) pour 31 personnes.
- (non réponse pour 36 personnes)

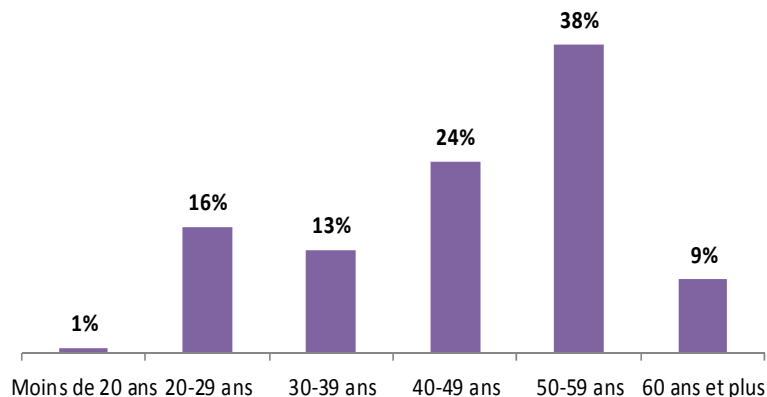
Répartition des "inadéquats" par type d'hébergement jugé adapté (2018)



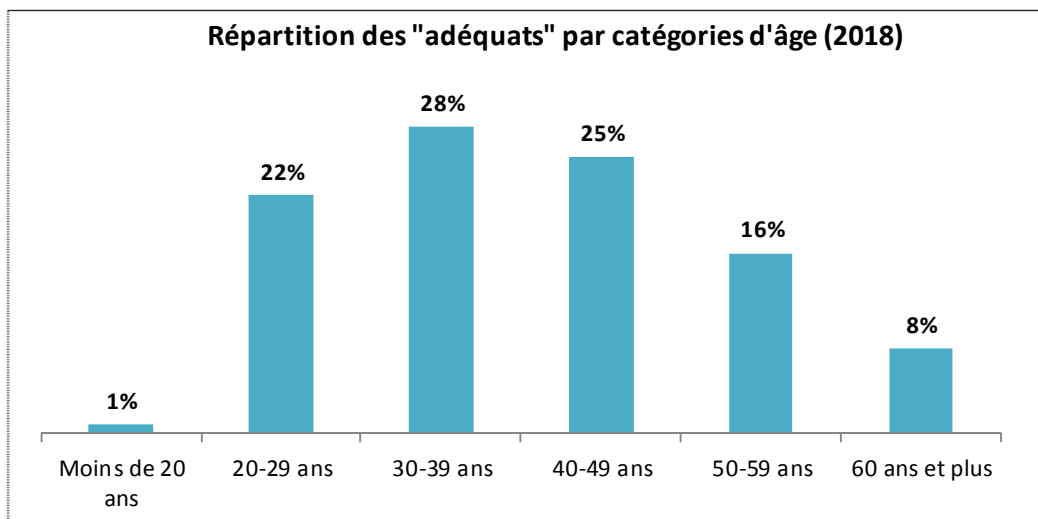
Grille de lecture :
« 34% des inadéquats à venir devront résider à domicile (personnel) »

B-Récapitulatif des inadéquations à venir par catégorie d'âge

Répartition des "inadéquats" par catégories d'âge (2018)



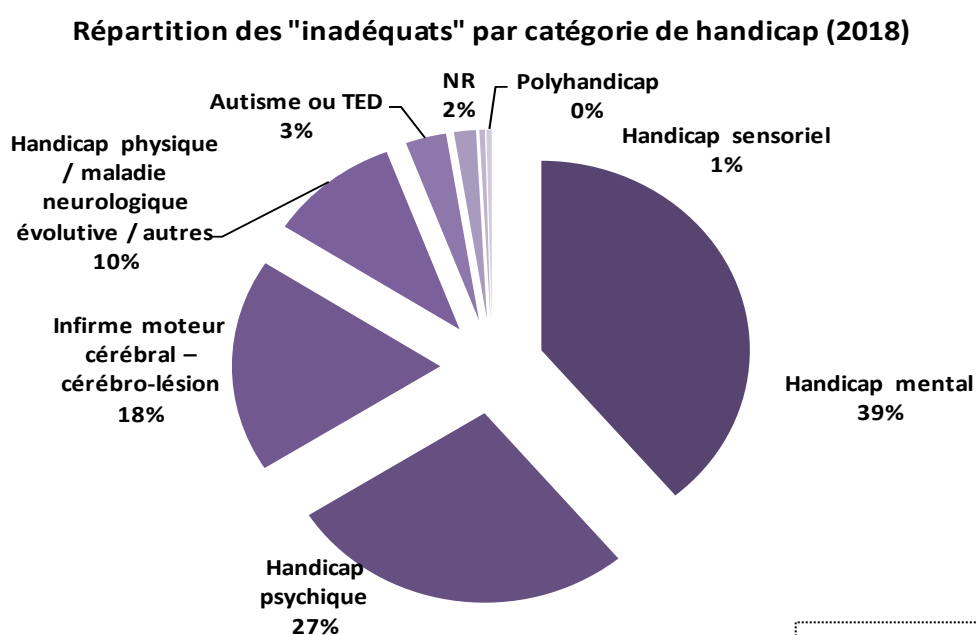
Grille de lecture :
« 38 % des inadéquats à venir ont entre 50 et 59 ans »



En 2018, les structures d'âge des « inadéquats » et des « adéquats » sont relativement différentes : on remarque notamment une avancée en âge bien plus marquée pour les inadéquats (47% de personnes de 50 ans ou plus) que pour les adéquats (24% de personnes de 50 ans ou plus).

C-Récapitulatif des inadéquations à venir par catégorie de handicap

Catégories de handicap des "inadéquats" (2018)	Nombre d'utilisateurs
Handicap mental	184
Handicap psychique	128
Infirmes moteurs cérébraux – cérébro-lésion	86
Handicap physique / maladie neurologique évolutive / autres	48
Autisme ou trouble envahissant du développement	15
NR	8
Handicap sensoriel	2
Polyhandicap	2
Total	473



*Grille de lecture :
« 39 % des inadéquats à venir relèvent d'un handicap mental »*

D-Récapitulatif des inadéquations à venir par type de déficience principale

Type de déficience principale des "inadéquats" (2018)	Nombre d'usagers	Part
Déficience du psychisme - Troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles	115	24%
Déficience motrice	81	17%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental moyen (QI entre 35 et 49 ou chez les adultes, âge mental de 6 à 9 ans)	71	15%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental léger (QI entre 50 et 69 ou chez les adultes, âge mental de 9 à 12 ans)	71	15%
Déficience intellectuelle et cognitive - Autre	45	10%
Déficience du psychisme – Autre	36	8%
Déficience intellectuelle et cognitive - Retard mental sévère ou profond (QI < 34 ou chez les adultes, âge mental < 6 ans)	18	4%
Pluri handicap	10	2%
Déficience du psychisme - Déficience de la conscience et de la vigilance (perte de conscience, coma ; désorientation temporo-spatiale, confusion mentale ; déficience intermittente de la conscience (épilepsie) ; autres déficiences de la conscience)	5	1%
Déficience intellectuelle et cognitive - Démence	5	1%
Déficience viscérale, métabolique, nutritionnelle	5	1%
NR	5	1%
Déficience auditive	2	0%
Déficience visuelle	2	0%
Etat végétatif chronique	1	0%
Polyhandicap	1	0%
Total	473	100%

Grille de lecture : « 24% des inadéquats à venir relèvent d'une déficience du psychisme (troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles) »

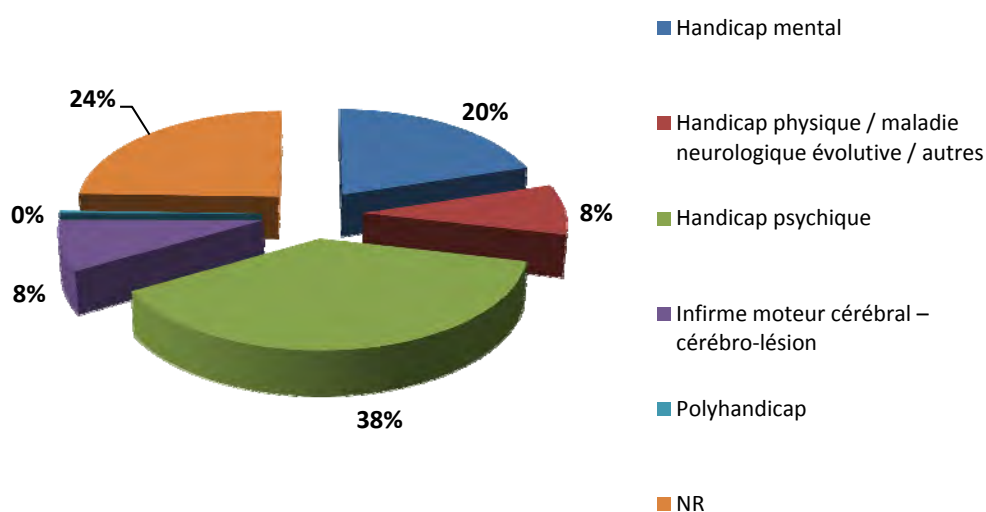
Annexe 6

RESULTATS DE L'ETUDE SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SAVS ET DES SAMSAH

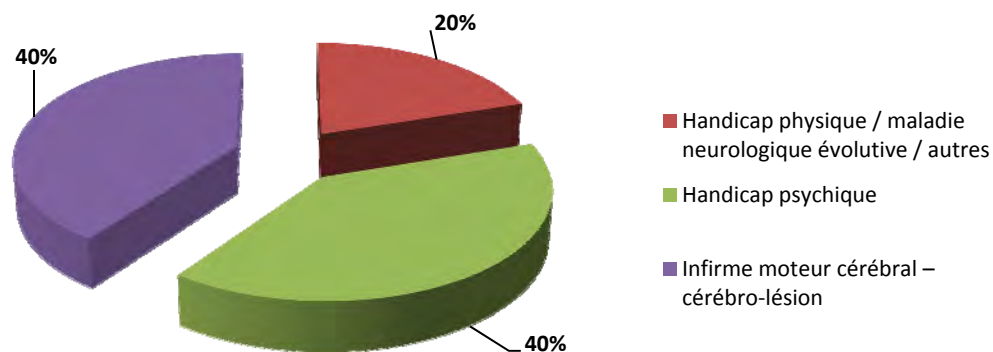
I. Profil des personnes accompagnées

Répartition par type de handicap

Répartition des usagers par type de handicap (SAVS)

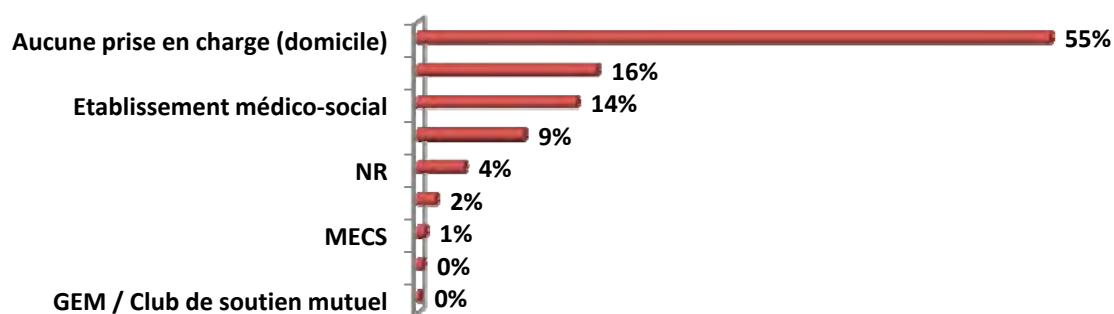


Répartition des usagers par type de handicap (SAMSAH)

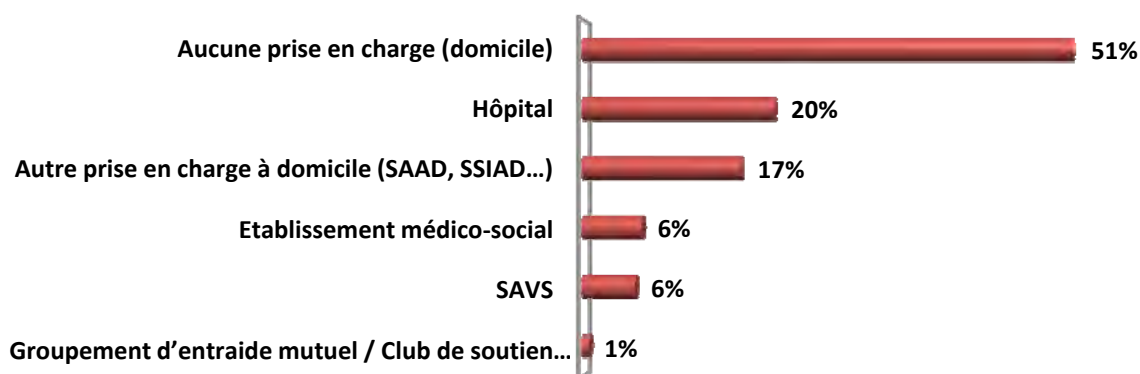


Situation antérieure

Situation antérieure des usagers (SAVS)

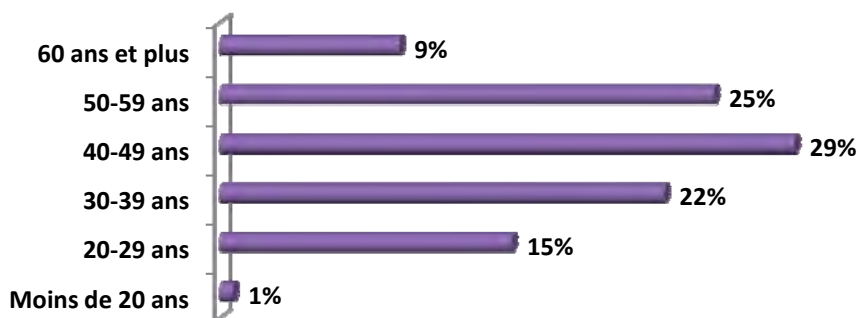


Situation antérieure des usagers (SAMSAH)

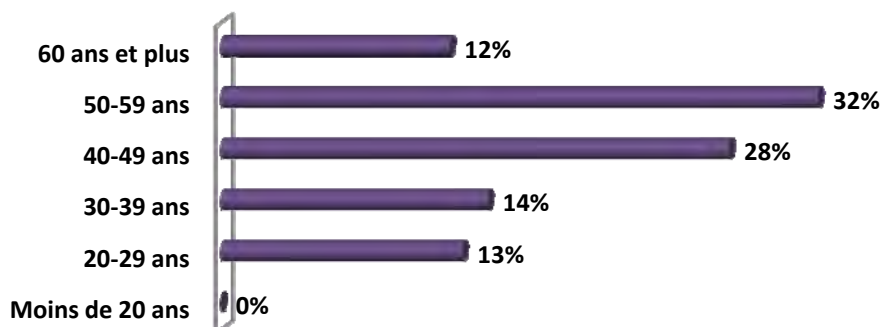


Age

Répartition des usagers par catégorie d'âge (SAVS)



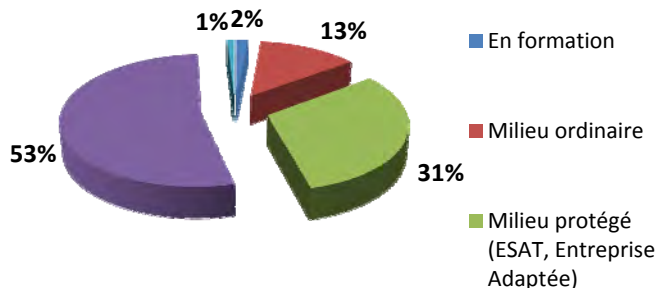
Répartition des usagers par catégorie d'âge (SAMSAH)



SAVS

- ❖ **Lieu d'hébergement** : domicile personnel (86%) ; familial (10%)
- ❖ **Présence d'un aidant naturel** : non (59%) ; oui (41%)
- ❖ **Mesure de protection** : curatelle (45%) ; aucune (38%)

Répartition des usagers selon la situation professionnelle (SAVS)

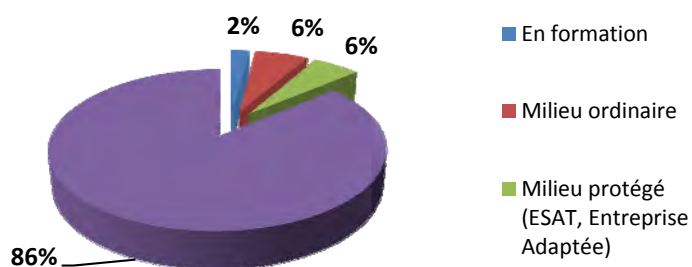


Source : Enquête auprès des 9 SAVS de Haute-Savoie, septembre 2013

SAMSAH

- ❖ **Lieu d'hébergement** : domicile personnel (74%) ; familial (18%)
- ❖ **Présence d'un aidant naturel** : non (46%) ; oui (54%)
- ❖ **Mesure de protection** : curatelle (41%) ; aucune (57%)

Répartition des usagers selon la situation professionnelle (SAMSAH)

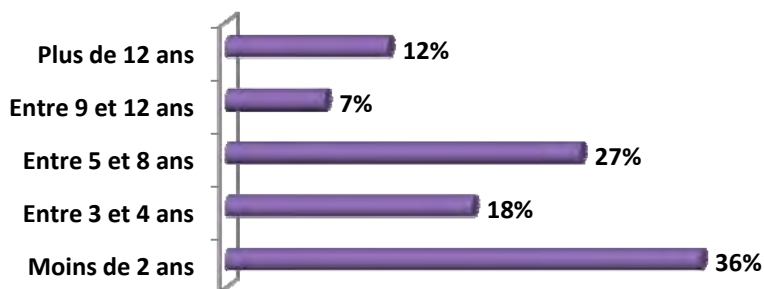


Source : Enquête auprès des 5 SAMSAH de Haute-Savoie, septembre 2013

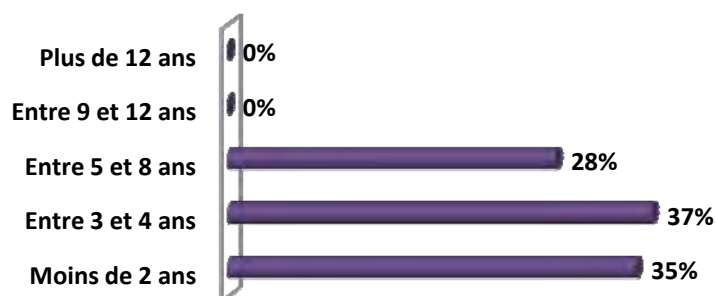
II. Type d'accompagnement proposé

Durée des accompagnements

Antériorité de l'accompagnement (SAVS)

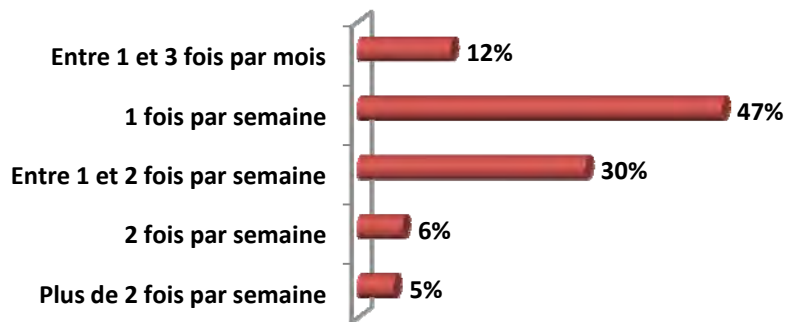


Antériorité de l'accompagnement (SAMSAH)

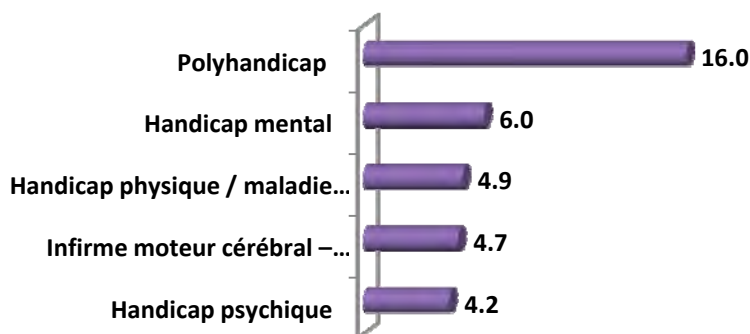


Fréquence des accompagnements

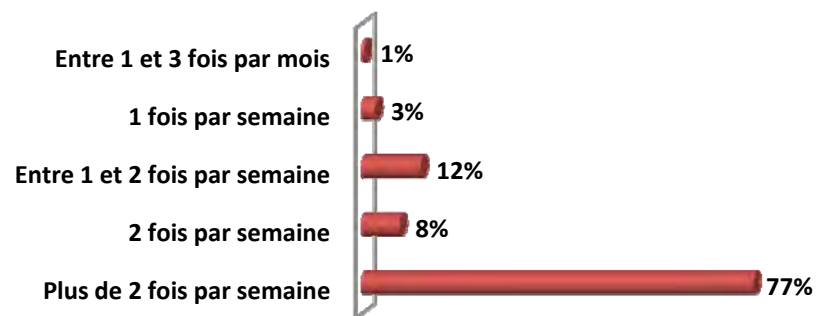
Fréquence des interventions (SAVS)



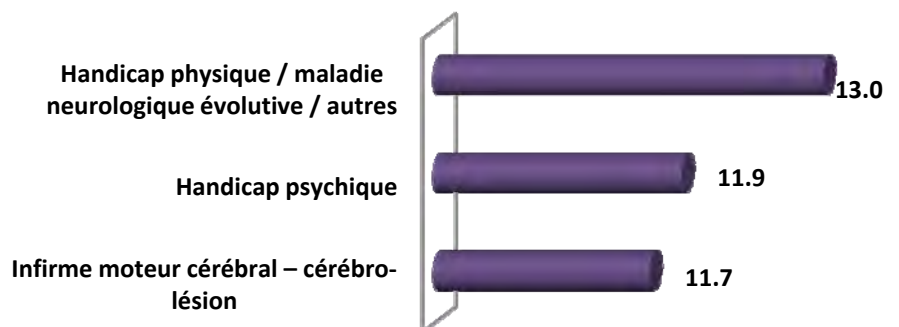
Fréquence mensuelle moyenne des interventions selon le type de handicap (SAVS)



Fréquence des interventions (SAMSAH)



Fréquence mensuelle moyenne des interventions selon le type de handicap (SAMSAH)



Entrées, sorties, file active

SAVS

- 467 places autorisées au 30/06/2013 (entre 20 et 163 places par service), pour 488 personnes accompagnées durant l'année 2012 (rapport de 1,04).
- 75 personnes sorties du service durant l'année 2012, soit 15 % des personnes accompagnées.
- 163 personnes sur liste d'attente au 30/06/2013 (notifiées), dont 83 rencontrées et en attente de suivi.
- Pour choisir l'entrée d'une personne sur liste d'attente, le critère le plus important est la situation de la personne (78 %) puis l'ancienneté sur la liste.

SAMSAH

- Aucun usager ne bénéficie d'une MASP ou d'une MAJ (18 % de non réponse).
- 49 % des usagers sont également accompagnés par une aide à domicile.
- Aucun usager n'est accompagné par un autre SAVS-SAMSAH.

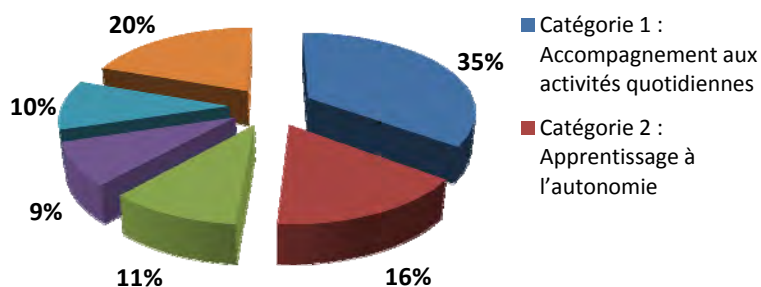
- ✓ **Entrée dans le service : processus de préadmission puis d'admission, évaluation des besoins/capacités de la personne**
- ✓ **Sortie du service : réflexions menées sur la question de la fin d'accompagnement et la notion de parcours**
- ✓ **Positionnement sur la notion de file active**

Rappel RDAS :

- Un bilan de situation devra être réalisé pour pouvoir juger de l'opportunité de poursuivre ou d'interrompre l'intervention du service (et envoyé à la CDA à chaque demande de renouvellement d'orientation).
- Type d'accompagnement « ne pas faire à la place de » / « assistance non quotidienne ».

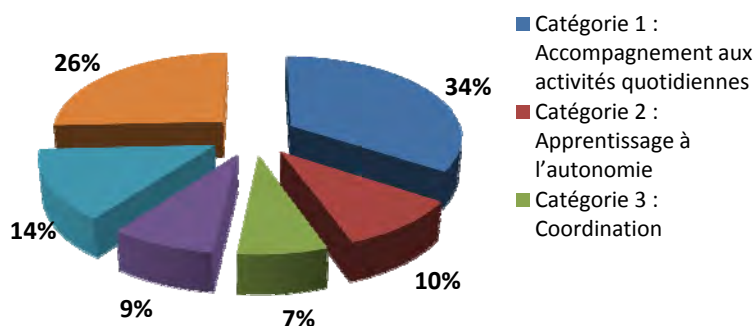
Nature des accompagnements

Répartition des interventions par catégorie d'actes (SAVS)



- Seules 3 personnes bénéficient également d'une MASP ou d'une MAJ.
- 25 % des usagers sont également accompagnés par une aide à domicile.
- Seuls 2 usagers sont également accompagnés par un autre SAVS-SAMSAH.

Répartition des interventions par catégorie d'actes (SAMSAH)

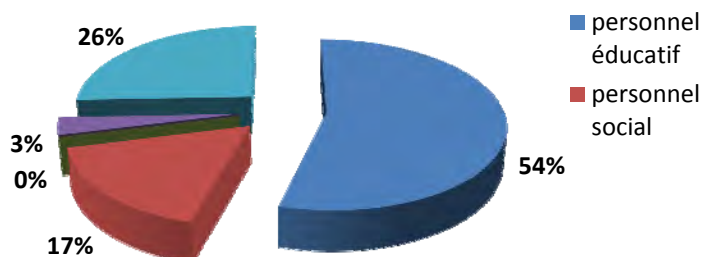


- Aucun usager ne bénéficie pas d'une MASP ou d'une MAJ (18 % de non réponse).
- 49 % des usagers sont également accompagnés par une aide à domicile.
- Aucun usager n'est accompagné par un autre SAVS-SAMSAH.

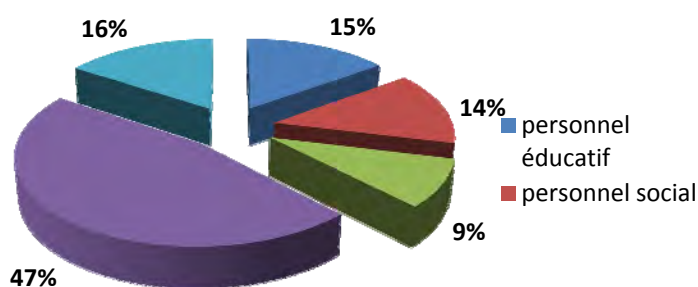
III. Les professionnels et la coordination

Catégories de personnel

Composition des SAVS par type de personnel



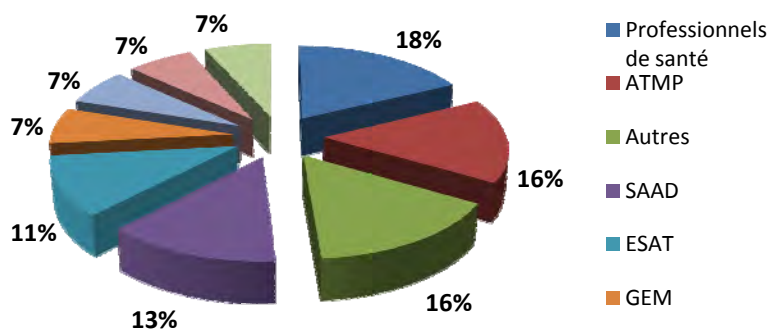
Composition des SAMSAH par type de personnel



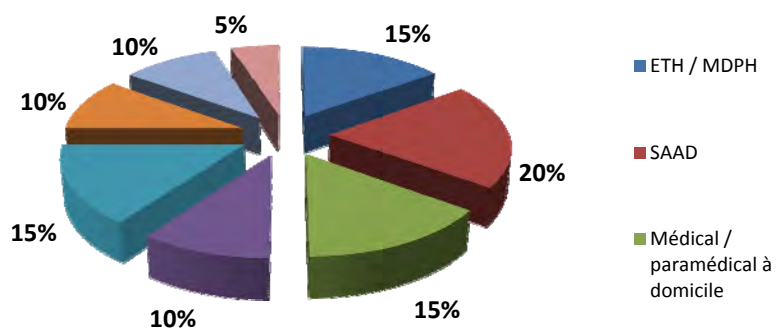
Partenariats mis en place

**Conventions signées
avec 18% des
partenaires cités**

Principaux partenaires (tous SAVS confondus)



Principaux partenaires (tous SAMSAH confondus)



**Conventions signées
avec 25% des
partenaires cités**

Ratios d'encadrement

	Nombre de places/ETP professionnels de terrain	Nombre d'usagers/ETP professionnels de terrain	Nombre de places/ETP total	Nombre d'usagers/ETP total
SAVS	9,06	9,46	6,73	7,04
SAMSAH	3,00	3,63	2,52	3,06

→ RAPPEL RDAS :

- Un référent pour 10 adultes suivis à domicile s'il s'agit d'un accompagnement simple ne nécessitant pas plus de 3 interventions ou de 5 heures de présence auprès de la personne par semaine ;
- Un référent pour 5 adultes suivis à domicile s'il s'agit d'un accompagnement renforcé nécessitant au moins 4 interventions ou plus de 5h d'accompagnement hebdomadaire.
 - *L'accompagnement renforcé pourra être temporaire ou durable et être dûment justifié*

Annexe 7

NOMBRE DE JEUNES ADULTES HANDICAPES MAINTENUS EN STRUCTURE POUR ENFANTS AU TITRE DE L'AMENDEMENT CRETON AU 31 / 12 / 2013

	Nombre de jeunes
En attente d'un FAM	7
En attente d'un FV	14
En attente d'un ESAT	17
En attente d'un ESAT et d'un foyer d'hébergement	19
En attente d'une MAS	6
TOTAL	63

Annexe 8

LES CHIFFRES CLES DE LA DIRECTION DE LA GERONTOLOGIE ET DU HANDICAP - 2013

La Direction de la Gérontologie et du Handicap, c'est :



- + **177 agents** relevant pour :
 - ~ 63 % de la filière administrative
 - ~ 37 % de la filière médico-sociale
- + **87 personnes** travaillent au siège de la direction (Avenue de Chevène – Annecy) et **90 personnes** qui œuvrent sur les territoires, au sein des Circonscriptions d'actions médico-sociales, au plus près de la population.

+ 2 002 places ont été tarifées et financées :



~ 77 établissements et services médico-sociaux :

8 foyers d'hébergement	=	345 places
7 Appartement de soutien	=	128
5 SAJ	=	38
5 SATTHAV	=	53
9 SAVS	=	452
1 SAVS + Unités de vie	=	9
6 SAMSAH	=	200
15 Accueil temporaire	=	41
8 Foyer de vie	=	289
13 FAM	=	447

~ 1 service conventionné

- + **82 nouvelles places** ont été mises en service en 2013

+ Nombre de personnes handicapées bénéficiaires d'une prestation :



- ~ Prestation de Compensation du Handicap → 1 974 adultes
425 enfants
- ~ Allocation Compensatrice → 260
- ~ Transport scolaire des élèves handicapés → 425
- ~ Prise en charge en établissements/services → 1 728



+ Les moyens financiers / Compte Administratif 2013 :

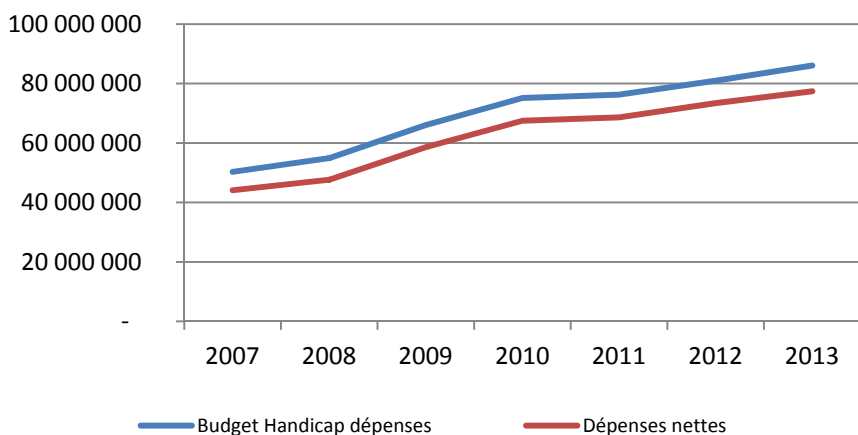
- ~ Dépenses de fonctionnement → 86 090 291,11 €
- ~ Recettes de fonctionnement → 8 675 129,72 €
- ~ Investissement → 1 020 063,00 €

A n n e x e 9

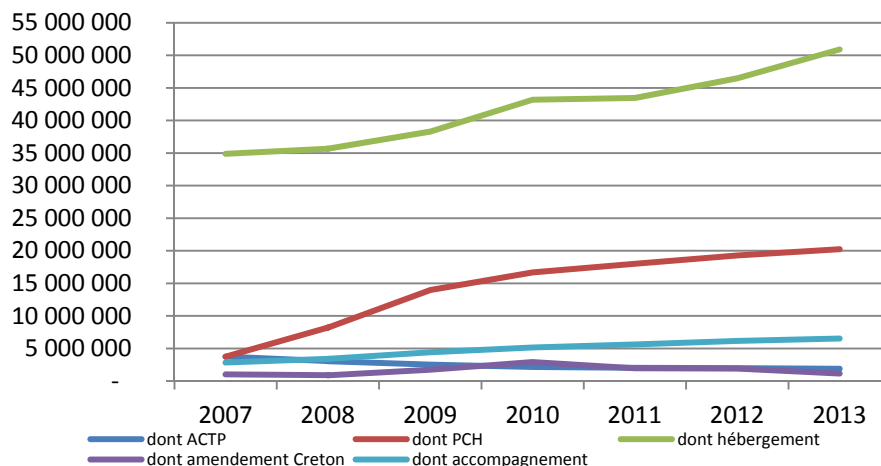
C R E D I T S D E D I E S A U H A N D I C A P P A R L E C O N S E I L G E N E R A L E V O L U T I O N D E S C A 2 0 0 7 A 2 0 1 3

	CA 2007	CA 2008	CA 2009	CA 2010	CA 2011	CA 2012	CA 2013
Budget Handicap dépenses	50 292 647	54 923 666	66 045 590	75 127 081	76 301 041	80 984 623	86 090 291
dont ACTP	3 743 171	3 039 775	2 519 261	2 163 674	2 026 267	1 976 448	1 887 784
dont PCH	3 729 285	8 199 997	13 979 808	16 684 936	17 990 374	19 285 769	20 239 077
dont hébergement	34 863 582	35 661 209	38 285 048	43 198 019	43 460 837	46 478 458	50 894 643
dont accueil familial	32 463	35 720	37 613	71 897	60 777	29 862	54 078
dont amendement Creton	1 000 098	884 458	1 736 962	2 924 154	1 964 051	1 906 358	1 132 755
dont accompagnement	2 838 072	3 394 387	4 402 771	5 161 267	5 610 904	6 167 226	6 525 176
Recettes CNSA	4 386 292	5 720 138	5 698 827	5 567 257	5 790 641	5 762 833	6 170 485
Autres	1 778 975	1 552 669	1 743 471	2 039 978	1 899 612	1 813 877	2 504 645
Dépenses nettes	44 127 380	47 650 859	58 603 292	67 519 846	68 610 788	73 407 913	77 415 161

Evolution des comptes administratifs de 2007 à 2013



Dépenses dédiées au handicap – Comptes administratifs de 2007 à 2013



Annexe 10

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adultes Handicapés
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAS	Centre Communal d'Action Social
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CG	Conseil Général
CHRA	Centre Hospitalier de la Région d'Annecy
CTDESI	Conseil Technique des Directeurs d'Établissements et Services pour Inadaptés
CTLM	Comité Technique de Lutte contre la Maltraitance
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DAEDR	Direction de l'Aménagement, de l'Environnement et du Développement Rural
DDARS	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé
DEAT	Dispositif Expérimental d'Accueil Transitoire
DGA ASS	Direction Générale Adjointe de l'Action Sociale et de la Solidarité
DGH	Direction de la Gérontologie et du Handicap
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DPDS	Direction de la Prévention et du Développement Social
DPE	Direction de la Protection de l'Enfance
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH	Foyer d'Hébergement
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique
FV	Foyer de Vie
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation à Domicile
IMPro	Institut Médico-Professionnel
MAJ	Mesure d'Accompagnement Judiciaire
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PDIE	Programme Départemental d'Insertion et d'Emploi
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RDAS	Règlement Départemental d'Aide Sociale
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SACAT	Section annexe aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
SAJ	Service d'Accueil de Jour
SAMETH	Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SATTHAV	Section d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Vieillissants

SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SPTS	Service de Préparation, de Transition et de Suivi
SROSMS	Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
ULIS	Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire



CONSEIL GÉNÉRAL DE LA HAUTE-SAVOIE

Direction Générale Adjointe Action Sociale et Solidarité

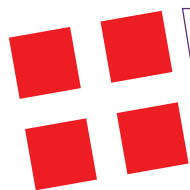
Direction de la Gérontologie et du Handicap

26 avenue de Chevène

CS 42220 - 74023 ANNECY cedex

tél : 04 50 33 22 00

www.cg74.fr



Suivez notre actualité :

www.cg74.fr



Dailymotion

