

Le schéma départemental de l'Isère en faveur des personnes handicapées

LIVRE I

« INTRODUCTION » « ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP »

SOMMAIRE

L'édito du Président du Conseil général	4
La fiche « valeurs, fondement et principes d'actions » de la Vice-Présidente du Conseil Général	5
<u>I/ INTRODUCTION</u>	6
I.1. Le contexte réglementaire : le cadre juridique et les objectifs du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale	7
I.2. Le découpage du département en treize territoires	8
I.3. Organisation des travaux	9
I.4. Le champ d'intervention de l'Etat	11
<u>II/ ETAT DES LIEUX</u>	13
II.1. Bilan du premier schéma	14
II.2. Etude conjointe conduite par l'Etat et le Conseil général de l'Isère pour l'estimation des besoins pour les personnes lourdement handicapées	20
<u>III/ LES 6 AXES DE LA POLITIQUE EN DIRECTION DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES 2006-2010</u>	40
Axe 1 : <u>La citoyenneté</u>	
1.1. – Le respect des droits et libertés individuels et le consentement éclairé de l'utilisateur	42
1.2. – La lutte contre la maltraitance	43
1.3. – Les instances consultatives	44
1.4. – La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	44
<u>Fiche action 1.1.</u> – La citoyenneté MDPH	45
<u>Fiche action 1.2.</u> – Le projet de vie	47
<u>Fiche action 1.3.</u> – La culture	48
<u>Fiche action 1.4.</u> – Le bénévolat	49
<u>Fiche action 1.5.</u> – La reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille	51

Axe 2 : Le soutien à domicile

2.1. Le transport	
<u>Fiche action 2.1.1.</u> – Le transport à la demande	55
<u>Fiche action 2.1.2.</u> – L’accessibilité du réseau	57
2.2. Le logement adapté	
<u>Fiche action 2.2.</u> – Le logement adapté	59
2.3. Le sport adapté et les loisirs	
<u>Fiche action 2.3.1</u> – Développer la politique sportive	61
<u>Fiche action 2.3.2</u> – Favoriser l’accès aux loisirs	63
2.4. Les services de soutien à domicile : les services d’accompagnement et les services de soins infirmiers :	
<u>Fiche action 2.4.1.</u> – Les services d’accompagnement à la vie sociale	65
<u>Fiche action 2.4.2.</u> – Les services d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	67
<u>Fiche action 2.4.3.</u> – Les services de soins infirmiers à domicile	68
2.5. Les prises en charge spécifiques	
<u>Fiche action 2.5.1.</u> – La surdité sévère	70
<u>Fiche action 2.5.2.</u> – Les personnes handicapées avançant en âge	72

Axe 3 : Les modes d’accueil alternatif

<u>Fiche action 3.1.</u> – L’accueil familial	80
<u>Fiche action 3.2.</u> – L’hébergement temporaire	82
<u>Fiche action 3.3.</u> – L’accueil à la journée	84

Axe 4 : L’accueil en établissement pour adultes assurant l’hébergement

4.1. – L’offre d’hébergement en établissement pour adultes

<u>Fiche action 4.1.1.</u> – Accueil médico-social foyer d’hébergement/foyer logement	92
<u>Fiche action 4.1.2.</u> – Accueil médico-social foyer de vie/foyer d’accueil médicalisé	94

4.2. – L’offre en établissement médicalisé pour adultes

<u>Fiche action 4.2.</u> – MAS/FAM	96
------------------------------------	----

4.3 – L’approche qualitative

<u>Fiche action 4.3.1.</u> – Appel à projets	99
<u>Fiche action 4.3.2.</u> – Démarche qualité	101

Axe 5 : Le travail

5.1. – Les actions de l’Etat

<u>Fiche action 5.1.1.</u> – Milieu protégé	108
<u>Fiche action 5.1.2.</u> – Parcours d’insertion	110
<u>Fiche action 5.1.3.</u> – Plan de cohésion sociale et politique territorialisée de l’emploi	112
<u>Fiche action 5.1.4.</u> – Recrutement et maintien dans l’emploi dans les entreprises et dans les trois fonctions publiques	114

5.2. – Les actions du Département

<u>Fiche action 5.2.</u> - Assouplir les possibilités d’hébergement des travailleurs handicapés en milieu protégé et renforcer leur accompagnement social à domicile	116
--	-----

Axe 6 : L’organisation et la coordination territoriale

<u>Fiche action 6.1.</u> – Prendre en compte les enjeux de la territorialisation	120
<u>Fiche action 6.2.</u> – Mise en place d’un observatoire permanent départemental dans le champ du handicap	122

EDITO

VALEURS FONDEMENT ET PRINCIPES D' ACTIONS DU NOUVEAU SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP POUR LES ANNEES 2006-2010

C'est le résultat de deux années de démocratie participative, d'état des lieux, de réflexions, de préconisations pour entendre, tenir compte de l'évolution des besoins, des attentes, de l'expression de plus en plus affirmée des exigences nouvelles des personnes et de leur famille en terme de droits fondamentaux et de solutions adaptées à leur choix de vie.

Les participants aux groupes de travail du schéma (plus de 150), associatifs et professionnels sont à remercier très fortement pour leur assiduité et pour leur apport d'une grande richesse.

Cette démarche d'écoute, de travaux a nourri l'ensemble des fiches actions du schéma, les préconisations sont intégrées.

Des fondements transversaux ont prévalu à l'élaboration du schéma :

- Considérer la personne handicapée au centre de la politique en sa faveur, dans le respect de son choix de vie, de mode de vie, dans sa quotidienneté comme dans son parcours de vie.
- Apporter des réponses de proximité par l'information tout d'abord puis dans les solutions d'accompagnement ou d'accueil. La réforme de la territorialisation du département, de déconcentration des services, de création sur chaque territoire d'un service « autonomie » est un levier essentiel de cette action de proximité coordonnée et cohérente.
- Favoriser l'intégration interactive dans la cité dans tous les domaines de la vie de la personne.
- Veiller et garantir la bienveillance de la personne.
- Sensibiliser à la prévention pour garder son autonomie.
- Favoriser la participation citoyenne de l'utilisateur, de sa famille.

Le schéma départemental tel que nous le concevons et le proposons aujourd'hui respecte l'ensemble des travaux produits par tous les participants dans le but de faire progresser encore la qualité de vie des personnes en situation de handicap.

Gisèle Perez

CHAPITRE I

INTRODUCTION

I. 1. Le contexte réglementaire

Les nouveaux schémas d'organisation sociale et médico-sociale concernant les personnes âgées et personnes handicapées réalisés au cours de 2004 et 2005, pour la période 2006-2010, s'inscrivent dans un contexte législatif et réglementaire largement renouvelé :

- la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,
- la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,
- la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales,
- la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Sur le plan départemental, cet outil d'aide à la décision publique s'appuie sur une politique territorialisée du Conseil général de l'Isère recomposée et renforcée.

Enfin, la convergence initiée au niveau national autour des politiques gérontologique et du handicap par la mise en place notamment d'un droit à la compensation pour l'utilisateur (allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap ...) a conduit à privilégier, autant que faire se peut, des réponses de droit commun de proximité adaptées à la perte d'autonomie.

Néanmoins, le schéma départemental, tout en recherchant une amélioration de l'offre aménagée en milieu ordinaire, est aussi un outil de planification de création et/ou de restructuration des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les objectifs des schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Les objectifs premiers des schémas sont fixés par l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles :

- « 1° Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- 2° Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- 3° Déterminer 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 relevant du titre IV du livre IV ;
- 4° Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;
- 5° Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas ».

Le schéma départemental est adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale selon les dispositions définies par l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

Les axes de développement prioritaires du schéma départemental du handicap doivent également s'inscrire en complémentarité des autres outils décisionnels de politique publique, notamment le troisième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III Rhône-Alpes) pour la période 2006-2010, le plan de santé mentale et le schéma départemental de l'Isère en faveur des personnes âgées dans la mesure où plusieurs problématiques et propositions autour de la perte d'autonomie de l'utilisateur convergeront avec le présent document.

Le schéma et ses recommandations évoluent aussi dans une dimension économique, en recherche d'équilibre et d'efficacité (rapport qualité/coût), au regard d'une complexification croissante des risques sociaux et médico-sociaux générant des processus d'exclusion de certains publics.

Les modes d'actions développés, malgré les contraintes financières et les évolutions liées à l'application de la loi du 11 février 2005, rechercheront à la fois à mieux répondre au besoin des personnes handicapées et de leurs proches, à réduire ou compenser leur perte d'autonomie, tout en garantissant leur dignité.

Des approches et des réponses convergentes

Le développement local de l'action sociale et médico-sociale du Conseil général se construit actuellement dans une approche plus large et transversale, dépassant la définition d'objectifs de politiques sectorielles par « public ».

Le cloisonnement traditionnel entre personnes âgées dépendantes et personnes handicapées se révèle donc de moins en moins pertinent et l'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en est la traduction législative la plus récente. La suppression des distinctions entre les personnes handicapées en fonction des critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux interviendra dans un délai maximum de 5 ans.

A cette fongibilité et transversalité des politiques publiques, se greffe une forme nouvelle de gouvernance locale qui se traduit notamment en Isère par la réorganisation et le redécoupage des territoires d'actions du Département.

Ces évolutions départementales de développement social non définitives permettront de mettre en place et de renforcer, y compris sur le handicap, une solidarité et une coordination de proximité.

Les schémas se sont élaborés dans cette perspective et ce malgré des résistances culturelles et techniques encore très présentes.

I.2. - Le découpage du département en treize territoires (territorialisation)

Dès 2003, le Département a lancé une vaste réorganisation de territorialisation de ses compétences d'action sociale. Parallèlement au redécoupage géographique, ces nouveaux territoires se sont vus confier une large délégation sur les compétences sociales des départements.

Ils doivent ainsi être confortés comme lieux ressources facilement identifiables pour les usagers, mais également pour les professionnels afin d'assurer une meilleure coordination des acteurs locaux de l'action sociale.

Lors de la session de décembre 2004, l'assemblée départementale a approuvé la création d'un nouveau découpage du Département en treize territoires pour les projets de territoire, la contractualisation avec les collectivités et l'organisation des services départementaux.

La mise en œuvre des projets de territoires s'appuie sur les contrats territoriaux et les maisons du département regroupant différents métiers du Conseil général afin de :

- rendre plus lisibles et plus accessibles les services départementaux aux usagers,
- améliorer la qualité de l'accueil et du service,
- offrir un interlocuteur privilégié aux acteurs du territoire.

I.3. - Organisation des travaux

L'élaboration des schémas s'est conduite dans le cadre d'une large concertation. Les travaux du schéma personnes handicapées ont débuté sur 2004 avec la constitution échelonnée de 5 groupes de travail propres au handicap, soit :

- personnes handicapées âgées
- accueil à la journée des personnes adultes handicapées
- accueil à la journée des enfants
- travail des personnes handicapées
- équipements médico-sociaux pour adultes lourdement handicapés

Concernant le schéma gérontologique, 9 groupes de travail ont été mis en place dont 5 spécifiques au secteur « personnes âgées » :

- Alzheimer et démences apparentées
- domicile
- outils de la communication
- vieillissement des populations immigrées
- établissements

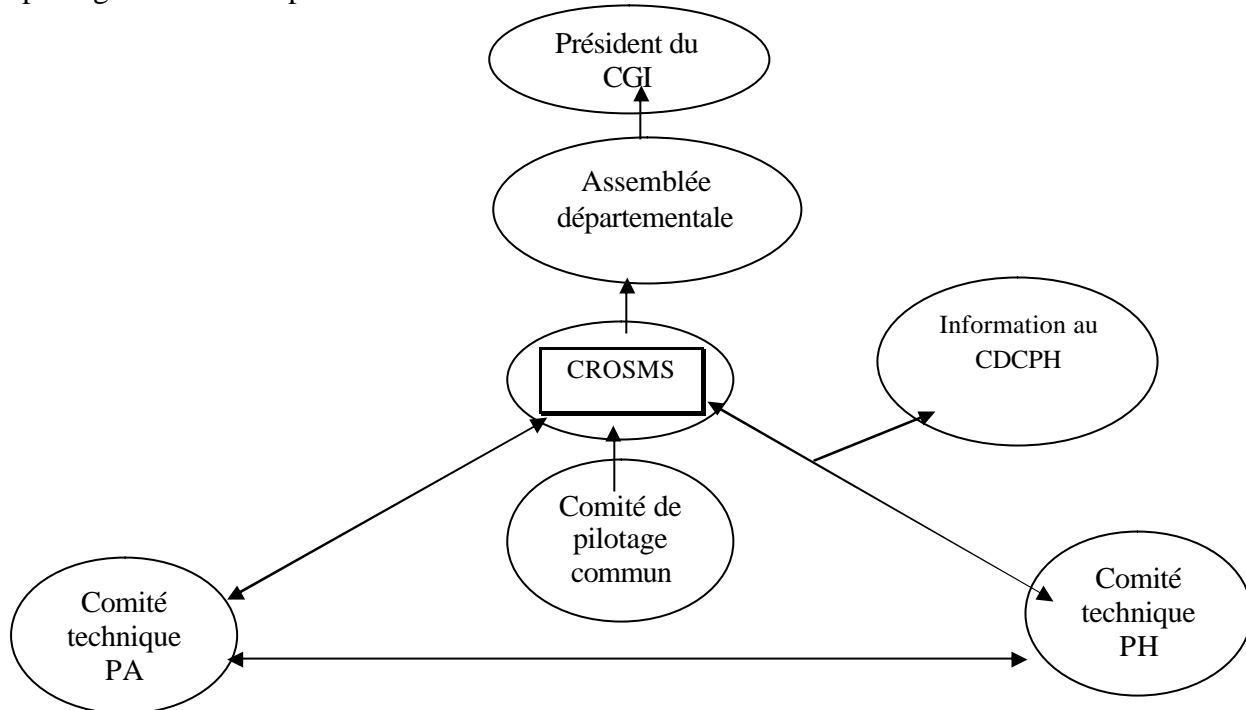
De plus, 4 groupes de réflexion communs aux secteurs des personnes âgées et du handicap, pilotés dans le cadre du schéma des personnes âgées ont été mis en place et concernent les thèmes transversaux suivants :

- logement
- bénévolat
- formation
- reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille

Les orientations du présent schéma sont présentées sous forme de fiches actions établies par les services de l'Etat et/ou du Conseil général intervenant sur le domaine concerné.

La numérotation des actions ne correspond pas à un classement par ordre de priorité.

L'organisation des travaux des deux schémas avec la présence de deux comités techniques et d'un comité de pilotage commun se présente comme suit :



9 groupes de travail

- Alzheimer et démences apparentées

(coord. : Pr FRANCO)

1. diagnostic et prise en charge des démences de type Alzheimer et apparentées
2. prévention et prise en charge des situations de crise
3. prise en compte des besoins spécifiques des patients et des familles

- domicile (coord. : M. ANCILLON)

1. modernisation des services prestataires d'aide à domicile (Mme DUPOND)
2. articulation entre secteur sanitaire et médico-social dans la prise en charge des personnes lourdement handicapées (Mme LEVY-NEUMAN)
3. complémentarité des secteurs gérontologique et du handicap autour des notions d'information, d'orientation et d'accompagnement (Mme DENAT)

- outils de la communication

(coord. : M. FAGES)

1. information en direction des personnes âgées, handicapées et des professionnels (Mme DEPLANTE)
2. partage d'informations entre professionnels (M. CUZIN)
3. mise en relation (lutte contre l'isolement (M. FAGES)

- vieillesse des populations immigrées

(Coord. : M. BALDOS)

- ##### - établissement (coord. : Mme CHEVAUX)
1. analyse du prix de journée (Mme CHESNE)
 2. personnel des établissements (Mme DUPERRON)
 3. logements foyers-DOCO-établissements Dénommés temporaires (Mme PLAS)
 4. alternatives à l'hébergement (Mme BLIN)
 5. investissements et leurs financements (M. AZZOPARDI)

4 groupes communs (pilotes dans le schéma PA)

- logement

(coord. : M. BONDA)

1. financements de l'adaptation (Mmes ABELLA et BACOUET)
2. du logement à son environnement (M. MALOT)
3. solutions intermédiaires entre logements diffus et établissements spécialisés (M. TILELT et Mme ROBANI)
4. maillage des territoires et des actions des secteurs de l'habitat et du médico-social (Mmes RUELLE et Mlle HILAIRE)

- bénévolat

(coord. : M. GIARD)

1. les associations du département
2. métiers et compétences requises
3. partenariats, travail en réseau et coordination

- formation

(coord. : M. BLANC et Mme BOCHIROL)

1. sens du travail auprès des PA et PH
2. métiers et compétences requises
3. partenariats, travail en réseau et coordination

- reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille (M. GIARD)

5 groupes de travail

- PH âgées

(coord. : Mmes PELLOUX et CANDELA)

- travail des PH

(coord. : MM. SENEBIER, JULO, PELLETIER)

- accueil à la journée des adultes

(coord. : M. GALATIOTO et Mme PEPIN)

- accueil à la journée des enfants

(DEF/DDASS)

- équipements pour PH avec handicap lourd

(coord. : MM. PEYRET et MOULLAN)

I.4. – Le champ d'intervention de l'Etat

Les contours des champs de compétence des acteurs principaux dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées se dessinent comme suit :

- Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire.

Cette caisse a un rôle de financement, de garantie d'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, d'expertise, d'information et d'animation en particulier en direction des maisons départementales des personnes handicapées.

- La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, a confié au Président du Conseil général la responsabilité d'arrêter le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale après avoir recueilli l'avis du Préfet du département sur les orientations de l'Etat sur les sujets entrant dans son champ de compétence.

L'objectif recherché est de proposer des références communes tant en matière d'évaluation que d'orientation du schéma en faveur des personnes handicapées.

L'Etat intervient pour partie dans ce dispositif, plus particulièrement dans les domaines de l'enfance, du travail, et de la médicalisation.

S'agissant des personnes lourdement handicapées, le représentant de l'Etat dans le département, conformément aux priorités du programme interdépartemental et dans un souci d'articulation de l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale, le représentant de l'Etat dans la région en liaison avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et les représentants de l'Etat dans les départements, proposent à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une répartition de la dotation régionale en dotations départementales limitées.

Les orientations de l'Etat à l'échelon national

A été fixé pour 2005-2007, un programme de création de places en établissements pour personnes handicapées ; en ce qui concerne les adultes, ces créations visent à augmenter le nombre de places en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé pour personnes lourdement handicapées (polyhandicapées, traumatisées crâniennes, autistes), les personnes handicapées psychiques et les personnes vieillissantes. L'objectif national est de 7 500 places sur trois ans, soit 2 500 par an. Des crédits sont également ciblés en direction des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Ce plan d'amélioration de la capacité des établissements sociaux et médico-sociaux pour adultes handicapés comporte par ailleurs un objectif de 5 000 places supplémentaires pour les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), afin de résorber les listes d'attente des adultes handicapés ayant obtenu une orientation par la COTOREP.

Le handicap dans le schéma régional d'organisation sanitaire III (SROS III)

Au-delà de la répartition territoriale régionale des activités de soins, le SROS a pour vocation d'organiser l'offre de soins hospitalière en complémentarité, et en continuité, avec la médecine ambulatoire et les dispositifs médico-sociaux et sociaux, en préservant et en anticipant ainsi au mieux les possibilités de retour ou de maintien au domicile.

Le SROS III, dans ses recommandations autour du handicap, cerne ses actions dans les domaines prioritaires de la psychiatrie et de la santé mentale autour de trois axes :

- les filières,
- les métiers
- les territoires

Il est souligné que la prise en charge des personnes dont l'état le nécessite, dans des conditions et des délais adaptés, et pour une durée correspondant à leurs besoins, est un enjeu majeur pour la psychiatrie.

Le bon fonctionnement des filières implique non seulement toutes les structures sectorisées et non sectorisées mais aussi l'ensemble de l'environnement de la psychiatrie et de la santé mentale. Leur fonctionnement nécessite une action à tous les niveaux : amont du soin, soin et aval du soin. Un des objectifs permettant d'y concourir est de favoriser la sortie de l'hospitalisation psychiatrique des personnes handicapées par la maladie mentale et d'organiser leur suivi extra-hospitalier grâce à la mise en place, sur chaque territoire, d'un programme de réhabilitation et de réinsertion.

Ce programme :

- peut comporter une unité intersectorielle de réhabilitation et de réinsertion,
- organise la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou dans leur famille,
- développe la réponse aux besoins en soins des personnes handicapées psychiques dans les structures médico-sociales et dans le cadre de «soins résidentiels ».

Le SROS consacre un chapitre au retour à domicile souvent difficile à organiser du fait de la dépendance importante des patients.

Constatant que les structures intermédiaires entre l'hôpital et les professionnels libéraux ne sont pas suffisamment développées, le SROS préconise de développer l'hospitalisation à domicile, des places en service de soins infirmiers à domicile ainsi que des réseaux de santé «retour et maintien à domicile ». Cette démarche appelle une convergence des différents schémas SROS et schémas départementaux gérontologique et du handicap. Un des objectifs prévu est de développer la concertation entre l'ARH et les conseils généraux.

CHAPITRE II

ETAT DES LIEUX

II.1. - Bilan du premier schéma

Le premier schéma d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées de l'Isère a été adopté conjointement par Monsieur le Préfet de l'Isère et Monsieur le Président du Conseil général pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 1999, après approbation par l'assemblée départementale le 14 décembre 1998.

Au regard du bilan intermédiaire présenté à l'assemblée départementale dans sa séance du 8 décembre 2000, et en accord avec Monsieur le Préfet de l'Isère, la validité triennale du schéma a été prorogée d'une année, jusqu'au 31 décembre 2002.

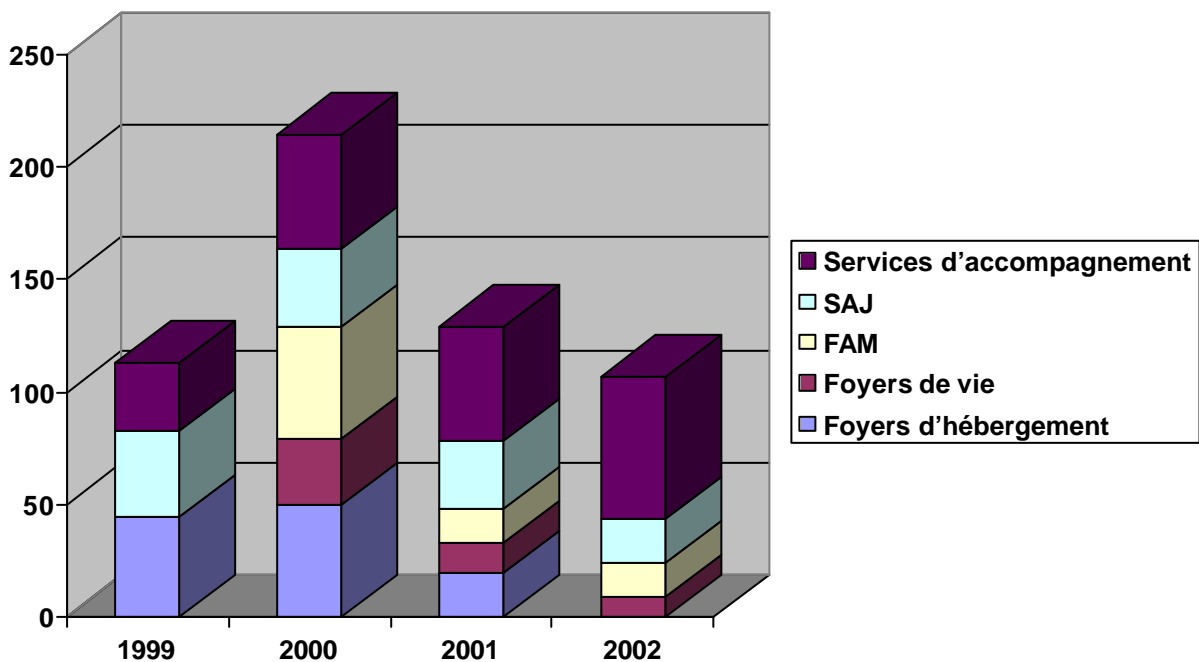
Fort de ses 17 recommandations, le premier schéma a permis d'engager une planification d'opérations renforçant les équipements en établissements et services accueillant des personnes handicapées.

POUR LE CONSEIL GENERAL

Sur les exercices 1999, 2000, 2001 et 2002, les programmations et réalisations de places pour adultes relevant des financements de l'aide sociale départementale ou de financements mixtes (Département/Assurance maladie) se sont établis comme suit :

	Program- mation 1999	Program- mation 2000	Program- mation 2001	Program- mation 2002	Cumul Program.	Réalisation de 1999 à 2004
Foyers d'hébergement	45	50	20	0	115	42
Foyers de vie	0	29	13	9	51	55
FAM	0	50	15	15	80	70
SAJ	38	35	30	20	123	130
Services d'accompagnement	30	50	51	63	194	205
	113	214	129	107	563	502

Programmation 1999-2002



Il convient d'ajouter à ces données, les opérations suivantes intervenues dans le cadre de la réalisation ou de la poursuite des préconisations du premier schéma :

- création en mai 2000, par l'association SAINTE AGNES, d'un service «ressource » pour personnes déficientes intellectuelles de plus de 55 ans dénommé DEFIAGE intervenant sur le Sud-Isère et la grande agglomération grenobloise ;
- mise en place en 2002 par l'association AFIPAEIM d'un service «ressource » pour personnes déficientes intellectuelles de plus de 55 ans dénommé HANDIAGE intervenant sur les secteurs Nord-Isère et Isère rhodanienne ;
- extension de 60 places de service d'accompagnement répartie sur 2003 et 2004 pour le SAVS de l'APAJH dans le cadre de l'élargissement de ses secteurs d'intervention par la création de son antenne à La Côte St André intervenue en 2002, pour le SAIS-AFIPAEIM, le SERDAC-ALHPI et le SCAPH-FSEF ;
- ouverture en mai 2004 d'un service d'activités de jour de 25 places pour adultes handicapés psychiques à Sassenage et Echirolles géré par l'ALHPI (association accompagner le handicap psychique en Isère) autorisé par arrêté de Monsieur le Président du Conseil général de l'Isère en mars 2004 ;
- ouverture en octobre 2004 d'un service d'activités de jour de 15 places pour adultes autistes à Echirolles géré par les Mutuelles de France Réseau autorisé par arrêté de Monsieur le Président du Conseil de l'Isère en juin 2004 ;
- ouverture en septembre 2005 du foyer d'accueil médicalisé « Le Vallon de Sésame » à St Pierre d'Allevard géré par l'association Sésame Autisme Dauphiné-Savoie d'une capacité de 30 places + 3 de dépannage autorisé en mai 2004 ;
- ouverture en 2005 de 45 places de foyers d'hébergement autorisées en juin 2003 aux foyers de l'agglomération grenobloise gérés par l'association AFIPAEIM dont 26 places à St Martin Le Vinoux et 19 places à Grenoble quartier Vigny Musset.

Le décalage entre les programmations annuelles du Conseil général de l'Isère pour les années 1999, 2000, 2001 ont concerné principalement les places de foyers d'hébergement. En effet, des différés de réalisation sont constatés en l'absence de concrétisation de projets par les associations, notamment liée à la pression foncière et financière sur le marché de l'immobilier sur l'agglomération grenobloise. Des projets de foyers d'hébergement présentés sur 2003 n'ont abouti qu'en 2005.

Les créations ont été les plus importantes et les plus rapides pour les services d'activités de jour et services d'accompagnement ne nécessitant pas de structures lourdes.

Les réalisations des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés, avec construction, autorisés dès 2000, ont abouti en fin d'année 2003, début 2004.

Compte tenu des opérations abouties après l'année 2002, le nombre de places créées en direction des adultes handicapés en Isère, à ce jour, est à porter de 502 à **677** se répartissant comme suit :

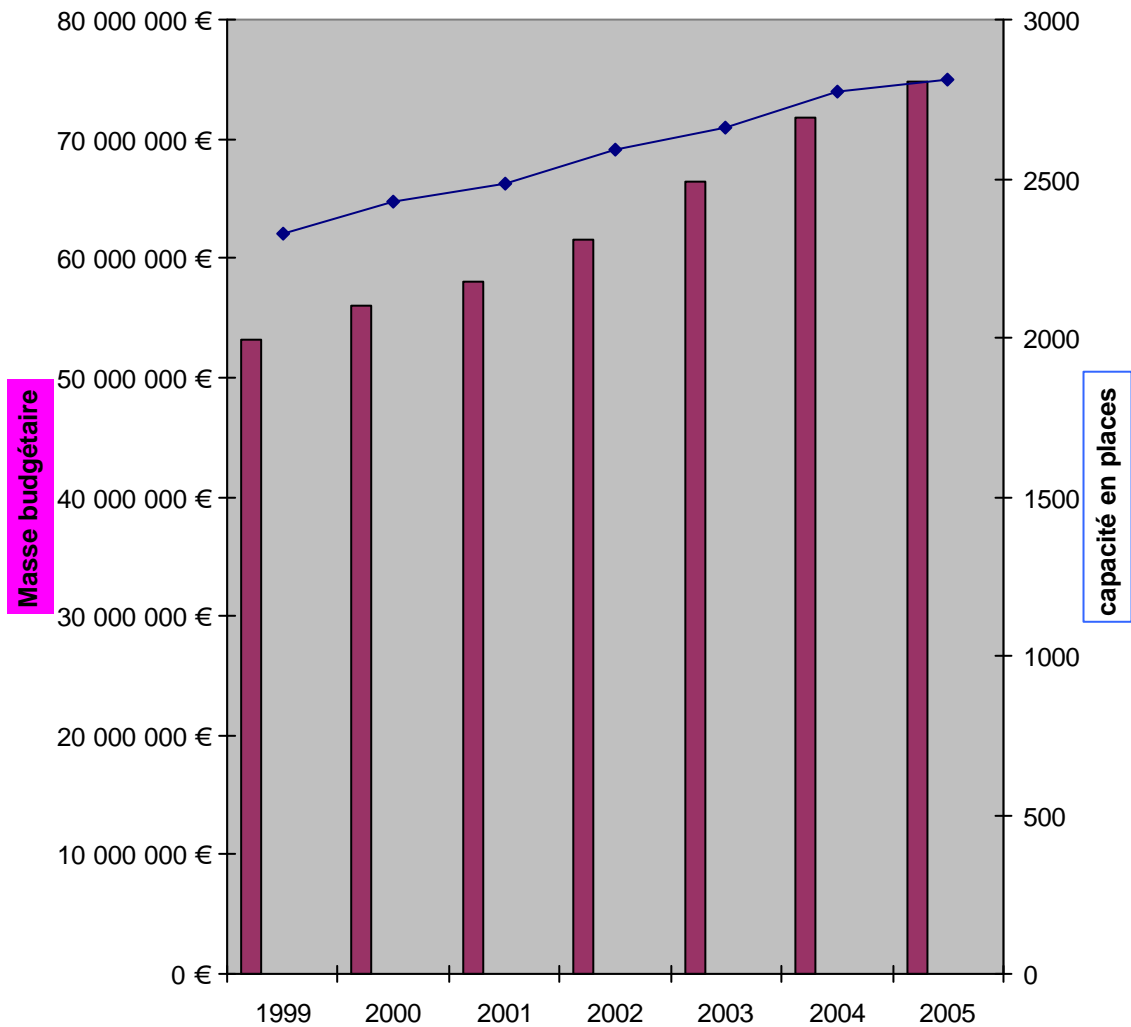
Foyers d'hébergement	87 places
Foyers de vie	55 places
FAM	100 places
SAJ	170 places
Services d'accompagnement	265 places

Les créations de SAJ et SAVS s'élèvent à 435 places, soit 64,2 % de l'évolution de l'offre en équipements pour adultes ; ce résultat démontre que l'effort départemental des créations s'est plutôt traduit durant ces dernières années sur des places d'accueil à la journée (SAJ) ou de services ambulatoires d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les progressions des masses budgétaires allouées par le Département aux établissements et services pour personnes handicapées se présentent comme suit, au regard des réalisations qui se sont échelonnées de 1999 à 2005 :

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Capacités totales	2 327	2 425	2 482	2 590	2 661	2 771	2 810
Masses en €	53 113 983	56 007 979	57 986 233	61 631 789	66 418 685	71 853 191	74 872 037
Progression par rapport à l'exercice précédent		5,4 %	3,5 %	6,3 %	7,8 %	8,2 %	4,2 %
Réalisation de places (total de 677)	136	110	69	107	70	110	75

N.B. La réalisation des places « schéma » peut ne pas correspondre à la variation de capacité d'une année sur l'autre en cas de suppression ou de variations de capacités inhérentes à des redéploiements de capacité au sein des établissements.



A la suite de ce bilan concernant l'évolution des équipements médico-sociaux pour adultes handicapés, il convient de situer l'Isère par rapport aux autres départements de la région Rhône-Alpes ; le tableau ci-après, établi au 1^{er} janvier 2004, à partir des places installées en établissements pour adultes handicapés, fait apparaître un taux d'équipement isérois (3,27) inférieur au taux d'équipement régional (3,65).

**Taux d'équipement en places installées des établissements accueillant des adultes handicapés
au 01/01/04.**

(Hors services d'accompagnement à la vie sociale et hors accueil familial agréé)

Le taux d'équipement est le nombre de places pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans.

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Foyers d'hébergement	2,00	1,98	2,05	1,43	1,37	1,58	1,71	1,32	1,59
Foyer de vie et occupationnels + accueils de jour	0,61	1,33	1,63	1,43	1,19	1,52	0,62	0,78	1,23
Maison d'accueil spécialisées	0,52	1,89	1,08	0,13	0,51	0,22	0,53	0,47	0,46
Foyers d'accueil médicalisés	0,7	0,09	0,42	0,28	0,42	0,4	0,47	0,17	0,37
Taux d'équipement global	3,83	5,29	5,18	3,27	3,49	3,72	3,33	2,75	3,65

Sources: Bilan DRASS / DDASS / FINESS

Le taux d'équipement isérois se rapportant aux foyers de vie et services d'activités de jour (1,43) est supérieur au taux régional (1,23). Par contre, les taux d'équipements médicalisés sont très nettement inférieurs aux taux régionaux soit 0,28 contre 0,37 pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et 0,13 contre 0,46 pour les maisons d'accueil spécialisées.

En ce qui concerne des comparaisons au niveau national, les résultats de l'enquête conduite par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évolution et des statistiques) n° 419 d'août 2005, sur une période d'analyse décembre 1997/décembre 2001 montrent que le Département de l'Isère présente, comme un quart des départements français, un taux d'équipement inférieur à 57 places pour 10 000 habitants, alors que le taux médian se situe à 68 places pour 10 000 habitants âgés de 20 à 59 ans.

En excluant de l'étude nationale, les centres d'aide par le travail, foyers d'hébergement et foyers de vie ; les foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil médicalisées en 2001, comme en 1997, connaissent la répartition territoriale d'équipement la plus hétérogène.

L'étude montre, sur la même période, une variation négative du taux d'équipement de - 4,7 pour l'Isère confirmant que le nombre de places offertes pour les adultes handicapés en rapport à la population iséroise en augmentation connaissait effectivement un ratio offre/population en diminution.

POUR L'ETAT

Historique de l'offre établi par les services de l'Etat (extrait du rapport annexé à la lettre de Monsieur le Préfet de l'Isère en date du 28 décembre 2005)

Le précédent schéma fixait 17 orientations en déclinant des actions destinées à y répondre. Les résultats en ce qui concerne les objectifs pour lesquels les services de l'Etat étaient concernés sont les suivants :

1 – Débloquer les attentes issues des conséquences du dispositif des jeunes adultes en aménagement Creton

2 – Répondre graduellement sur le déficit de prise en charge et aux déséquilibres territoriaux par redéploiement, réduction des écarts de coûts et créations nettes

Pour cela, il était prévu entre autres actions l'ouverture de places en foyers, SAJ, FAM et CAT, l'Etat étant concerné par les deux derniers types de structures.

Bilan

Nombre de places créées en CAT

170 entre 2000 et 2005

Nombre de places créées en MAS

Une autorisée pendant la durée du schéma et ouverte en 2005 : 48 places mais par redéploiement de lits sanitaires (42 lits de psychiatrie du CHU de Grenoble), donc 6 places nouvelles seulement.

Nombre de places créées en FAM

228 places entre 1999 et 2005 :

- . 25 places de FAM créées dans l'établissement public départemental du Perron (Centre Isère), pour malades mentaux chroniques (ouverture en 1999 pour 20 places et 2003 pour 5 places),

- . 10 places de FAM créées à Vinay pour déficients intellectuels profonds (ouverture 2002, gestion AFIPAEIM),

- . 120 places de FAM créées à l'hôpital de St Laurent du Pont (reconversion de lits ULSD réservées à des chroniques mentaux) sur deux structures de 60 places chacune (l'une : handicap psychique, l'autre : handicap mental profond avec troubles associés)

- . 20 places de FAM sur le Nord-Isère sur 2 structures de l'établissement Camille Veyron (5 places au FAM Pierre Louve et 15 places au FAM Pré Pommier),

- . 20 places à La Tour du Pin pour polyhandicapés et autistes (FAM Bernard Quetin, gestion AFIPAEIM),

- . 30 places permanentes et 3 places de dépannage à St Pierre d'Allevard pour autistes (vocation inter-régionale avec la Savoie qui de son côté accueille des personnes autistes à la MAS de St Baldoph).

A noter par ailleurs le FAM Jean Jannin aux Abrets autorisé en 2005 par transformation partielle d'un foyer de vie. La médicalisation a été en partie seulement réalisée en 2005 et doit se poursuivre en 2006 et 2007.

3 – Mettre en place un réseau entre sanitaire (psy) public et médico-social associatif en direction des polyhandicapés et des autistes

Bilan

Cet objectif n'a pas été atteint en ce qui concerne le polyhandicap (mis à part les liens entre le CHU et la MAS de St Ismier). Pour l'autisme, il faut noter la mise en place du CADIPA (Centre alpin du diagnostic précoce) installé au CHS de St Egrève et d'un réseau établi entre les associations et le secteur psychiatrique hospitalier non encore agréé au niveau régional mais qui devrait être officialisé au cours du présent schéma.

4 – Participer à la création d'un lieu ressource départemental d'information du handicap et favoriser la réalisation d'actions de sensibilisation

Bilan

Ouverture du Centre Handicap Info 38 cofinancé à titre de structure innovante par l'Etat et le département ; cette structure est appelée à rejoindre la maison départementale des personnes handicapées au 1^{er} janvier 2006.

5 – Expérimenter des dispositifs de soutien à domicile des personnes lourdement handicapées

Bilan

- Développement du dispositif pour la vie autonome (aides techniques et aménagement logement). Ce dispositif rejoindra la MDPH au 1^{er} janvier 2006.
- Création d'un service commun APF et Mutuelles de France Réseau (Handiservice) incluant un service d'auxiliaires de vie et un SSIAD expérimental.

6 – Créer des liens entre secteur médico-social et secteur sanitaire en s'appuyant sur les orientations du SROS II

Bilan

- Mise en place d'un réseau (RÉHPI) ayant pour objectifs :
 - . l'évaluation mixte sanitaire et médico-sociale des besoins des personnes handicapées psychiques,
 - . la continuité de la prise en charge et l'élaboration de réponses adaptées dans le cadre du parcours d'insertion,
 - . l'information, la formation des aidants, la prévention et l'éducation thérapeutique.
- Création d'équipes mobiles pour cérébro-lésés (32 places) et mise en place du réseau Espoir.

En résumé

Au cours du premier schéma, des places nouvelles en structures médico-sociales ont permis ou vont permettre une meilleure qualité de prise en charge pour les personnes jusque-là accueillies dans les services hospitaliers : c'est le cas avec la MAS St Ismier, les FAM du Perron et de St Laurent du Pont ; mais les créations nettes, même si elles sont réelles avec un très léger rééquilibrage sur le Nord-Isère restent très insuffisantes par rapport aux besoins, comme l'indique l'enquête de 2005.

En ce qui concerne les personnes handicapées à domicile, l'Isère a été novatrice et a anticipé sur la loi du 11 février 2005 en créant :

- une structure d'information : Handicap Info 38
- un dispositif pour la vie autonome
- un dispositif expérimental pour un meilleur accès aux soins infirmiers pour les personnes très lourdement handicapées vivant à domicile.

La notion d'évaluation du handicap et des besoins de la personne est déjà bien intégrée dans le département.

Elle a également vu se développer des réseaux dans divers domaines et notamment le RÉHPI et le réseau Espoir pour la prise en charge des personnes cérébro-lésées.

II.2. – Etude conjointe conduite par l’Etat et le Conseil général de l’Isère pour l’estimation des besoins pour les personnes lourdement handicapées

En Isère, le premier schéma (1999-2002) avait initié dans ses recommandations un rapprochement en matière d’évaluation des besoins en établissements entre la commission technique d’orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et la commission départementale d’éducation spéciale (CDES), par la mise en place d’une équipe technique conjointe.

De plus, afin d’optimiser l’offre disponible en faveur des personnes lourdement handicapées et plus particulièrement les situations d’amendement Creton, une procédure particulière commune à l’Etat et au Conseil général de l’Isère avait été installée en mettant en place le signalement par les établissements des places vacantes dans les foyers de vie, foyers d’accueil médicalisé et maisons d’accueil spécialisé.

Néanmoins, cette approche commune d’évaluation a trouvé ses limites dans la mesure où les systèmes d’information (CDES-OPALE et COTOREP-ITAC) sont incompatibles.

Par ailleurs, malgré des réalisations issues du premier schéma, l’offre actuelle ne recoupe pas la demande en matière de prise en charge sociale et/ou médico-sociale des adultes lourdement handicapés via notamment les établissements spécialisés que sont les foyers de vie, les foyers d’accueil médicalisés et les maisons d’accueil spécialisé.

En complément de la réflexion conduite par le groupe de travail « équipements médico-sociaux pour personnes lourdement handicapées », il s’est avéré nécessaire de mener une étude détaillée afin d’apporter une aide à la décision publique de l’Etat et du Département pour conduire une meilleure programmation des projets de création, d’extension ou de rénovation d’établissement.

A partir de la description des personnes handicapées en terme d’âge, de sexe, de type de déficience, de capacités de communication, de besoins en soins, de nursing ou en terme de médicalisation, le nombre de places en établissements a pu être estimé.

Le résumé de l’étude conjointe Etat-CGI, finalisé en octobre 2005, est le suivant.

Estimation des besoins en établissements en Isère pour les personnes « lourdement » handicapées
--

**CONSEIL GENERAL DE L’ISERE
DIRECTION SANTE AUTONOMIE**

Julien Bayart

Prospective et éducation pour la santé

Dr Agathe Billette de Villemeur

Médecin épidémiologiste

Chef de Service

Prospective et éducation pour la santé

Jacques Carton

Chef de Service

Action médico-sociale pour les personnes handicapées

Dr Frédérique Lefèvre

Médecin départemental du handicap

DDASS de l’Isère

Dr Chantal Trénoy

Médecin inspecteur de santé publique au service des actions de santé publique

Dr Claire Rougé

Médecin CDES

Marie-Paule Robin

Inspectrice hors classe service médico-social

Maryse Léoni

Inspectrice service médico-social

Introduction

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales ont renforcé le pilotage et la portée des Départements en matière d'aide et de décision publique dans le domaine de l'action médico-sociale. Ces dispositions législatives nouvelles combinées avec la loi « handicap » du 11 février 2005 et l'installation de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) posent une exigence renforcée de programmations pluriannuelles dans le cadre de l'élaboration des schémas (sur cinq années).

Le Conseil général de l'Isère et l'Etat doivent donc préalablement réaliser l'analyse des besoins en institutions sociales et médico-sociales pour personnes handicapées. Cette programmation permettra à terme de définir les orientations budgétaires du Département et les crédits relevant de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) par l'Etat dans le cadre du PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie).

Une enquête a été menée au printemps 2005 en Isère ayant pour but d'estimer le besoin en établissements médico-sociaux pour personnes lourdement handicapées.

L'objectif était d'évaluer le nombre de places, manquantes quantitativement ou/et inadaptées qualitativement, pour des adultes lourdement handicapés en Isère (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %), sur les cinq années à venir.

Les demandes de réorientations de l'ensemble de la population des établissements médico-sociaux de l'Isère ont été prises en compte.

Une attention particulière a été portée à l'analyse des situations les plus urgentes, à l'analyse des jeunes en « situation d'amendement Creton » et au vieillissement des personnes handicapées.

I – Les équipements isérois

Les équipements médico-sociaux dans le champ de la présente étude sont structurés principalement autour de l'accueil et l'hébergement des adultes lourdement handicapés (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés, maisons d'accueil spécialisées).

Néanmoins, ce travail s'appuie également sur une investigation auprès d'établissements d'hébergement qui conjuguent soit de l'accueil à la journée (SAJ), ou/et du travail en milieu protégé (CAT).

L'étude couvre également les équipements médico-sociaux pour enfants tels que les IME (instituts médico-éducatifs) et leurs sections spécialisées, ainsi que les SESSAD (services d'éducation spéciale et de soins à domicile).

L'admission dans un des établissements médico-sociaux est précédée par une décision d'orientation de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) pour les adultes et la Commission départementale d'éducation spéciale (CDES) pour les enfants. A compter du 1^{er} janvier 2006, cette mission d'orientation relèvera de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de sa commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées.

Les personnes handicapées peuvent également se situer dans des établissements pour personnes âgées.

Les structures sanitaires accueillent également une part des personnes handicapées adultes. (longs séjours chroniques, établissements psychiatriques, services de rééducation).

Enfin, les personnes handicapées peuvent vivre à domicile et être en attente ou non d'une place dans un établissement.

Pour rappel, les différents types d'établissements se définissent comme suit :

- Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Financée par l'assurance maladie, elle accueille des patients très lourdement handicapés, nécessitant une surveillance et des soins constants.

- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Il accueille des adultes handicapés lourds ne justifiant pas la prise en charge complète par la sécurité sociale, mais néanmoins une médicalisation. L'hébergement est à la charge du Département au titre de l'aide sociale et le soin à la charge de l'assurance maladie.

- Foyer de vie (FV)

Il accueille de façon permanente des personnes adultes gravement handicapées qui disposent d'une autonomie réduite ne justifiant pas leur admission en structure médicalisée de type MAS ou FAM, mais qui ne sont pas aptes à exercer un travail productif. Le financement est à la charge du Département.

- Foyer d'hébergement (FH) et foyer logement (FL)

Le foyer d'hébergement accueille en fin de journée et en fin de semaine, les personnes handicapées travaillant en établissement de travail protégé ou accueillies en service d'activités de jour. Il peut prendre la forme d'un foyer logement pour les personnes handicapées de meilleur niveau pouvant tendre vers une plus grande autonomie.

- Service d'activités de jour (SAJ)

Il accueille, pendant la journée, des personnes adultes handicapées qui ne peuvent pas ou qui ne peuvent plus (fatigabilité par exemple) se soumettre au rythme de travail d'un centre d'aide par le travail (CAT). Il propose des activités individuelles et collectives permettant le maintien des acquis et une ouverture sociale et culturelle. Le financement est assuré par le Département.

- Etablissement ou service d'aide par le travail (ESAT)+ - Centre d'aide par le travail (CAT)

Grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, il permet à des personnes handicapées ne pouvant exercer une activité professionnelle dans le secteur de production ordinaire, d'accéder à une vie sociale et professionnelle. Le financement de ce type de structure se compose d'un compte social, alimenté par l'Etat, destiné à la rémunération des personnels et aux activités sociales et d'un compte commercial alimenté par l'activité économique du centre, finançant les salaires directs des travailleurs handicapés, les matières premières ...

- Institut médico-éducatif (IME)

Etablissement spécialisé financé par l'assurance maladie qui comporte généralement une section d'éducation et d'enseignement pour les jeunes de 6 à 12-14 ans et une section de formation professionnelle pour ceux de 12 à 18-20 ans.

- Service d'éducation spéciale et de soin à domicile (SESSAD)

Ce type de service participe à l'intégration en milieu scolaire d'enfants et d'adolescents handicapés. Ils ont aussi une mission de soin, d'aide et d'accompagnement auprès des familles.

II - Présentation de l'étude

II - 1 - Objectifs, choix de méthode, calendrier

Il s'agit **d'estimer le nombre de places, manquantes quantitativement ou inadaptées qualitativement, pour les adultes lourdement handicapés en Isère, pour les cinq années à venir.**

Il s'agit de dénombrer

- Les ressortissants isérois en attente de place,
- Les personnes orientées par défaut dans une structure,
- Les enfants et jeunes adultes en établissement d'éducation spécialisée qui seront en attente d'hébergement adulte entre 2005 et 2010 (durée du schéma).

Il s'agit d'une enquête nominative où les doubles comptabilisations doivent être évitées : une demande a donc été déposée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Si les commissions CDES et COTOREP sont les mieux placées pour connaître exactement les personnes en attente de placement dans l'Isère, vu le délai imparti à l'étude, plusieurs ministères ne pouvaient techniquement être sollicités.

L'enquête a donc été proposée **depuis les institutions** de l'Etat (DDASS) et du Conseil général. Il s'agit d'une coupe **transversale descriptive par questionnaire** à destination des professionnels. Le traitement a été fait sur des données anonymisées après élimination des doublons.

Les discussions du groupe de travail du schéma, multi-partenariales, se sont déroulées de juin à novembre 2004. Elles ont été suivies de réunions techniques (onze) de novembre 2004 à mai 2005. Deux présentations ont été exposées aux membres représentant le comité technique du schéma du handicap.

Le protocole et le premier questionnaire ont été conçus dès décembre 2004, pour être envoyés à la CNIL, après un premier test en janvier 2005. Après accord de la CNIL, le premier questionnaire a été envoyé le 8 mars 2005. La saisie s'est terminée au 15 août 2005.

II - 2 - Populations

La population cible est donc actuellement âgée de 15 ans et plus. Ne peuvent être connues que des personnes actuellement handicapées. S'agissant de programmation de structures « lourdes », la définition du handicap est stricte, avec une exigence de taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, comme précisée dès la lettre de mission.

Quatre questionnaires ont été adaptés aux différentes populations, avec des chapitres communs, concernant le type de déficiences et les soins nécessaires pour le nursing et les soins médicaux.

- Le premier questionnaire « **établissements** » était destiné aux structures d'hébergement iséroises pour adultes handicapés. L'approche est exhaustive : chaque résident devait faire l'objet d'un questionnaire.
- Le deuxième questionnaire « **enfants** » concerne les enfants de 15 ans et plus.
- Le troisième questionnaire « **hors département** » est destiné à analyser la situation de personnes handicapées qui dépendent de l'aide sociale iséroise, mais qui sont hébergées dans un établissement médico-social hors de l'Isère.
- Enfin le questionnaire « **domicile** » interroge cinq sources de données différentes, pour retrouver des personnes à domicile et en recherche d'établissement
 - les associations non gestionnaires,
 - les services de soins de suite et réadaptation,
 - les établissements isérois, pour évaluer leur liste d'attente,
 - les services d'accompagnement -avec mission d'évaluer toutes les personnes dont le taux d'incapacité dépasse 80%- ils comptent 800 places en tout,
 - et le coordonnateur du dispositif soins infirmiers et grande dépendance.

Environ 4 500 questionnaires étaient attendus lors de la préparation de l'étude : 3 400 issus des établissements pour adultes (863 en FH et FL, 537 en FV, 174 en FAM et 80 en MAS, 398 en SAJ (avec ou sans FH), 800 en SAVS et environ 500 personnes en liste d'attente), 200 questionnaires hors Isère et environ 1 000 enfants dont 80 amendements Creton recensés.

Les établissements pour personnes âgées (PA) n'ont pas été sollicités. Pour la part qui concerne les dérogations d'âge en milieu PA « classique », les réorientations sont rares et les critères de handicap médiocrement partagés. Pour la part qui concerne les « long-séjours chroniques », le plan de santé mentale doit interroger les placements.

La participation à l'enquête des institutions psychiatriques iséroises (milieu spécialisé des CHS et celui des CMP) a fait objet de débats.

Les institutions ont ainsi considéré que ces besoins seraient appréhendés dans le cadre du plan de santé mentale dans un temps différent. Le questionnaire n'a ainsi pas été adapté à ces populations.

L'étude du flux sortant a fait l'objet d'une demande au service de l'aide sociale en charge du paiement des établissements. A priori, peu de décès pour les années 2003 (2 décès) et 2004 (0 décès) et peu de changements de département ; les professionnels de la COTOREP estiment également un faible taux de sortie, au maximum trois à cinq par an pour les établissements « lourds » de type FV, FAM ou MAS. Ces données restent à contrôler.

II - 3 - L'anonymat et la saisie en pratique

Chaque directeur d'établissement ou de service a reçu protocole, affichette destinée à information et questionnaires. Chacun des questionnaires a été complété avec les éléments à disposition. Comme une personne peut être inscrite sur plusieurs listes d'attente, et bénéficier d'aides diverses, ces questionnaires ne pouvaient être anonymes.

Les questionnaires complétés ont été reçus par les médecins du handicap en charge des situations individuelles survenant dans les établissements ou structures sous leur compétence, c'est-à-dire le médecin inspecteur de la DDASS pour les enfants et le médecin départemental pour les autres questionnaires. Un code numéroté par ordre d'arrivée a été attribué à chaque questionnaire. La liste de correspondance est sous la responsabilité des médecins et est protégée conformément aux instructions de la CNIL.

Transmis ensuite au service prospective et éducation pour la santé, la saisie anonyme est faite. Les variables d'identité se résument alors à l'âge, exprimé par l'année de naissance, et au sexe.

II - 5 - Définitions des différentes variables construites

En 1980, l'OMS a adopté le triptyque de la classification de Wood qui décrit déficiences (perte de substance, altération structurelle ou fonctionnelle) incapacités résultantes (activités impossibles) et désavantages (empêchant un rôle social normal).

La CIH2 (Classification Internationale du Handicap) aborde l'invalidation dans une trajectoire de vie comme une interaction. Le sujet est en « situation de handicap », nouvelle conceptualisation.

La classification internationale nécessite d'analyser les dossiers médicaux ou de pratiquer un examen clinique détaillé. Dans cette étude, les déficiences sont fournies de manière déclarative par les professionnels médico-sociaux. L'objectif de l'étude est une estimation des besoins en places, les déficiences définies prennent en compte la nécessité de prise en charge.

Nous décrivons ci-dessous les définitions utilisées dans l'étude.

A - Les groupes de déficiences (ou déficiences non spécifiques)

Pour chacun des questionnaires, une personne peut avoir plusieurs déficiences associées mais une seule déficience principale. L'ensemble des personnes a été classé d'une part sur le plan des « déficiences non spécifiques » d'autre part sur le plan des déficiences « spécifiques ». Ces listes sont deux classements différents non superposables.

Une personne collectée dans un groupe de déficience non spécifique ne peut appartenir qu'à un groupe et ainsi n'appartiendra pas à un autre groupe de déficience non spécifique.

Une notion de priorité est donnée avec la gravité des déficiences. La présentation se fait ici en définissant en fin les handicaps les plus graves.

Handicap psychologique (conditions nécessaires) :

- Déficience psychique principale ou associée.
- Ou Déficience autistique.
- Ou Avec des troubles du comportement (déficience associée).
- Ou Difficultés de positionnement dans un groupe (moyen ou profond)
 - Ou Difficultés (moyennes ou profondes) de distance équilibrée dans une relation.
 - Ou Difficultés de réactions adaptées face aux dangers (moyennes ou profondes).

Handicap moteur (conditions nécessaires) :

- Déficience motrice principale ou associée.
- Ou Avec tout type d'appareillage (léger (chaussures orthopédiques, corsets), lourd (fauteuils de tous types) et autre (lève personne ...)).

Handicap intellectuel (conditions nécessaires) :

- Déficience intellectuelle principale ou associée.
- Et Cette déficience codée obligatoirement en moyenne ou profonde.

Handicap moteur+ handicap psychologique (conditions nécessaires) :

- Handicap moteur.
- Et Handicap psychologique.

Handicap intellectuel+ handicap moteur (conditions nécessaires) :

- Handicap intellectuel.
- Et Handicap moteur.

Handicap intellectuel+ handicap psychologique (conditions nécessaires) :

- Handicap intellectuel.
- Et Handicap psychologique.

Handicap intellectuel + handicap moteur + handicap psychologique (conditions nécessaires) :

- Handicap intellectuel.
- Et Handicap moteur.
- Et Handicap psychologique.

Plurihandicapé (conditions nécessaires) :

- Personne notée plurihandicapée.
- Ou Personnes avec une déficience intellectuelle profonde.
- Et Avec un nursing lourd.

- Et une ou plusieurs des trois possibilités :
Avec appareillage moyen avec une déficience motrice.
- Ou Avec une déficience psychique.
- Ou Avec des problèmes graves sensoriels (cécité, surdité).

Polyhandicapé (conditions nécessaires) :

- Personne notée polyhandicapée.
- Ou Déficience intellectuelle profonde.
- Et Avec une nursing lourd.
- Et Appareillage lourd.

Autres : Les personnes n'appartenant à aucun groupe seront placées dans le groupe « autre ». C'est le cas des **maladies évolutives**, sans déficience ni intellectuelle, ni motrice ni psychologique, mais également de quelques déficiences sensorielles isolées.

La notion de **polyhandicap** est légalement définie ; celle du **plurihandicap** est plus empirique. Certaines personnes définies par un handicap cumulé (intellectuel + moteur + psychologique) peuvent être vues comme plurihandicapés, cependant la condition de déficience profonde et de nursing lourd est indispensable pour le plurihandicap.

La notion de **Handicap psychologique** correspond à un ensemble disparate qui peut être analysé dans ses différentes composantes et correspond à une nécessité, pratique d'une part pour le maniement des tableaux, mais surtout, dans le concret des établissements, à une nécessité de savoir-faire.

Le choix de la construction des variables a été ici pragmatique et pensé pour un accueil en établissement. Dans tous les cas, ont été conservés les trois « grands types » de déficiences. Pour les déficiences motrices, par exemple, même si tous les établissements doivent développer leur accessibilité, le stock des fauteuils dans un établissement nécessite un espace important. Pour les déficiences psychiques, où la fluctuation dans le temps est importante, un regard spécialisé est indispensable afin d'estimer la part thérapeutique utile au quotidien. Enfin, si sont groupées, sans être mêlées, les différentes difficultés de relation à l'autre, c'est que la frontière est souvent complexe pour le monde éducatif.

La situation d'une personne handicapée, même abordée en huit pages, ne se résume pas à des variables de médicalisation, de dépendance et de déficiences.

B - Les déficiences spécifiques

Les types de déficiences spécifiques et non spécifiques doivent être analysés **indépendamment** car une personne peut avoir une déficience non spécifique et une, voire plusieurs déficiences spécifiques. Aucune déficience n'est priorisée ici.

Autiste (conditions nécessaires) :

Déficience autistique principale ou associée.

Cérébro-lésé (conditions nécessaires) :

Déficience « cérébro-lésée » principale ou associée.

Epilepsie active (conditions nécessaires) :

- Déficience « épilepsie active » principale ou associée.
- Ou Nombre de crises supérieur à une par trimestre.
- Ou Crises moindres mais avec un traitement de deux antiépileptiques au moins.

Maladies s'aggravant (conditions nécessaires) :

- Déficience principale « autres ».
- Ou Evolution de la maladie en aggravation.
- Et Déficience motrice (déficience principale ou associée).
- Ou tout type d'appareillage.

Surdité + cécité (conditions nécessaires) :

- Déficience principale « cécité » avec une déficience associée de surdité moyenne ou profonde.
- Ou Déficience principale « surdité » avec une déficience associée de cécité moyenne ou profonde.

Malvoyant ou aveugle (conditions nécessaires) :

- Déficience « cécité » principale ou associée.

Malentendant ou sourd (conditions nécessaires) :

- Déficience « surdité » principale ou associée.

Somatique (conditions nécessaires) :

- Déficience « somatique » en associée
- Ou Problèmes somatiques lourds.

Si une personne n'appartient à aucun des groupes de déficiences spécifiques alors elle sera automatiquement placée dans le groupe « **autre groupe** ».

C - Les groupes de nursing

L'estimation du temps de prise en charge est schématisée par un score qui est bâti sur la sélection d'activités de la vie quotidienne considérées comme essentielles. Il s'agit ici de manger seul des aliments préparés, de se laver, de s'habiller, de « faire ses transferts » (entrer et sortir de son lit ou s'asseoir et se lever d'une chaise), de se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, et enfin de contrôler ses selles et ses urines.

Cette dépendance se définit dans différentes grilles. Le développement de la grille d'évaluation du certificat médical COTOREP pour les données d'exonération (deux lignes, urinaire et fécale au lieu d'une seule), ou les fausses-routes s'est fait par estimation de la prise en charge, notable, en temps ou en attention du personnel.

Il s'agit donc d'estimer une nécessité de prise en charge par les équipes, ainsi une personne qui sait effectuer une activité reste à zéro pour l'item, quand une personne qui doit bénéficier d'aide totale marque 2. De ce fait le score du nursing varie alors de 0 à 18, et trois groupes peuvent être définis :

Nursing léger qui correspond aux personnes ayant un score compris entre 0 et 2 c'est-à-dire à une faible prise en charge dans les activités de la vie quotidienne : exemple aide partielle pour la toilette et l'habillage, a priori moins d'une heure par jour.

Nursing moyen pour un score compris entre 3 et 8 c'est-à-dire à une prise en charge notable dans les activités de la vie quotidienne (de 1 heure à 4 heures).

Nursing lourd score compris entre 9 et 18 c'est-à-dire à une prise en charge lourde dans les activités de la vie quotidienne. Par exemple, une personne nécessitant une aide totale pour la toilette et l'habillage, ne se déplaçant pas à l'extérieur mais montrant aussi une incontinence totale se compterait à 10 et appartiendrait au groupe de nursing lourd. Ce nursing correspond à peu près à une prise en charge journalière de plus de 4 heures.

En cas d'absence d'une donnée, la personne est considérée comme étant capable d'effectuer les activités.

D- Une variable FAM/MAS (de médicalisation)

Une personne est à médicaliser s'il y a :

- 1/ Soins infirmiers nocturnes.
- 2/ Ou Soins spécifiques telles les gastrostomies.
- 3/ Ou Soins infirmiers moyens (1/semaine) ou profonds (3/semaine).

Associés à une des 6 possibilités ci-dessous

Soit Consultations psychiatriques importantes (≥ 1 /mois).

Et Symptômes psychiatriques moyens ou profonds.

Ou Troubles du comportement lourds.

Soit Consultations somatiques lourdes (≥ 1 /mois).

Et Problèmes somatiques dépassant l'offre de soins de l'établissement.

Soit Autres soins et rééducations moyens ou lourds (> 1 /mois/ > 3 /mois).

Soit Consultations psychiatriques « moyen ».

Et Consultations somatiques « moyen ».

Et Symptômes psychiatriques lourds :

Ou Troubles du comportement lourds.

Ou Problèmes somatiques lourds.

Soit Nombre de crises d'épilepsie supérieures à une crise par trimestre.

Et Traitement antiépileptiques supérieur de deux antiépileptiques.

Soit Polyhandicapé nécessitant :

Et Autres soins et rééducations moyens (> 1 /semaine).

Ou Autres soins et rééducations lourds (> 3 /semaine).

Ou Plurihandicapé nécessitant :

Et Autres soins et rééducations moyens (> 1 /semaine).

Ou Autres soins et rééducations lourds (> 3 /semaine).

Ou Malade évolutif, nécessitant :

Et Autres soins et rééducations moyens (> 1 /semaine).

Ou Autres soins et rééducations lourds (> 3 /semaine).

Globalement ont été définies personnes « à médicaliser »

-> les personnes qui nécessitent des soins infirmiers constants (nocturnes et gastrostomisés).

-> les personnes régulièrement soignées qui restent symptomatiques.

E - Une variable MAS (de type établissement médicalisé)

Une MAS (maison d'accueil spécialisée) est un « établissement destiné à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants »

Un FAM (foyer d'accueil médicalisé) accueille des adultes handicapés lourds ne justifiant pas la prise en charge complète par la Sécurité Sociale, mais néanmoins une médicalisation. L'hébergement est à la charge du Département au titre de l'aide sociale et le soin à charge de l'assurance maladie (forfait soins).

Ainsi, nous définirons que pour bénéficier d'une MAS, il faudra présenter :

Une médicalisation nécessaire (variable précédente)

Par Soins infirmiers nocturnes.

Ou par Soins spécifiques telles les gastrostomies.

Ou Associer à cette médicalisation un score de nursing lourd (entre 9 et 18).

D'où, pour être dans un FAM, il faudra présenter une variable de médicalisation qui ne représente pas des soins infirmiers constants et un score de nursing moyen ou léger (entre 0 et 8).

F – Variable de réorientation

- Pour la population **en établissements médico-sociaux**, les personnes susceptibles d'engager une procédure d'orientation sont sélectionnées par :
 - L'âge : être âgé de 55 ans et plus.
 - Ou La demande : la personne ou la famille demande réorientation, ou bien l'équipe, ou encore les deux.
 - Ou L'inadaptation : l'équipe pense que le type d'accueil nécessaire est différent du type d'accueil en place.
- Pour les questionnaires **concernant des situations de domicile**,
 - > l'intégration vers un établissement médico-social est demandée, et ce, **ou** par la famille **ou** par les professionnels
 - > la prise en charge est dite inadaptée ou fragile (ou par la famille ou par les professionnels)
 - > ou encore, il y a une réponse (quelconque) à propos du degré d'urgence du placement.
- Tous les **enfants** en établissement spécialisé sont à prendre en compte à 15 ans ou plus.

Après avoir décrit la population globale des personnes handicapées, puis par établissements adultes, enfants et pour les personnes à domicile, nous avons vérifié la validité de nos critères de définition et proposé une aide à la décision avec comme définition :

G – Type d'établissement préconisé

Pour une personne « à orienter », le choix de l'orientation se fera à partir de quatre variables : âge, nursing, médicalisation, l'avis de l'équipe.

Selon son questionnaire :

La personne est d'abord définie par son âge : à 55 ans et plus, son orientation ou réorientation est à prévoir en direction d'une structure pour personnes âgées. Cette même réorientation est à prévoir, quel que soit l'âge, si telle est la demande de l'équipe.

L'analyse de ces réorientations est à développer afin d'estimer la lourdeur de ces structures.

Pour les personnes de moins de 55 ans, si la personne est définie comme étant « à médicaliser » et conforme à la demande de l'équipe, l'avis est suivi. Si un foyer de vie est demandé, une médicalisation est proposée.

Pour les personnes à médicaliser pour lesquelles l'avis des équipes est celui de nécessité d'hébergement à temps partiels (FH/FL/SAJ), l'avis des équipes est suivi, en considérant que

Soit la médicalisation est temporaire (l'étude est une analyse transversale)

Soit la médicalisation peut être externalisée.

Pour les personnes de moins de 55 ans pour lesquelles le questionnaire ne fait pas apparaître de nécessité de médicalisation :

Soit le nursing est léger, et l'avis des équipes est suivi pour ce qui concerne les SAJ/FL/FH.

Si la demande est signifiée en FV, la personne est proposée pour un FH ; si elle est proposée en FAM ou MAS, la proposition est celle d'un FV.

Si le nursing nécessaire est lourd (sans médicalisation) ; les avis des équipes sont quand même suivis pour ce qui concerne les SAJ/FL/FH, en considérant comme précédemment que ce nursing est temporaire, ou que l'externalisation est possible (SAJ, FL). Si l'avis est celui d'un FV, cet avis est normalement suivi. Si la demande est celle d'une MAS ou d'un FAM, la proposition reste en FV.

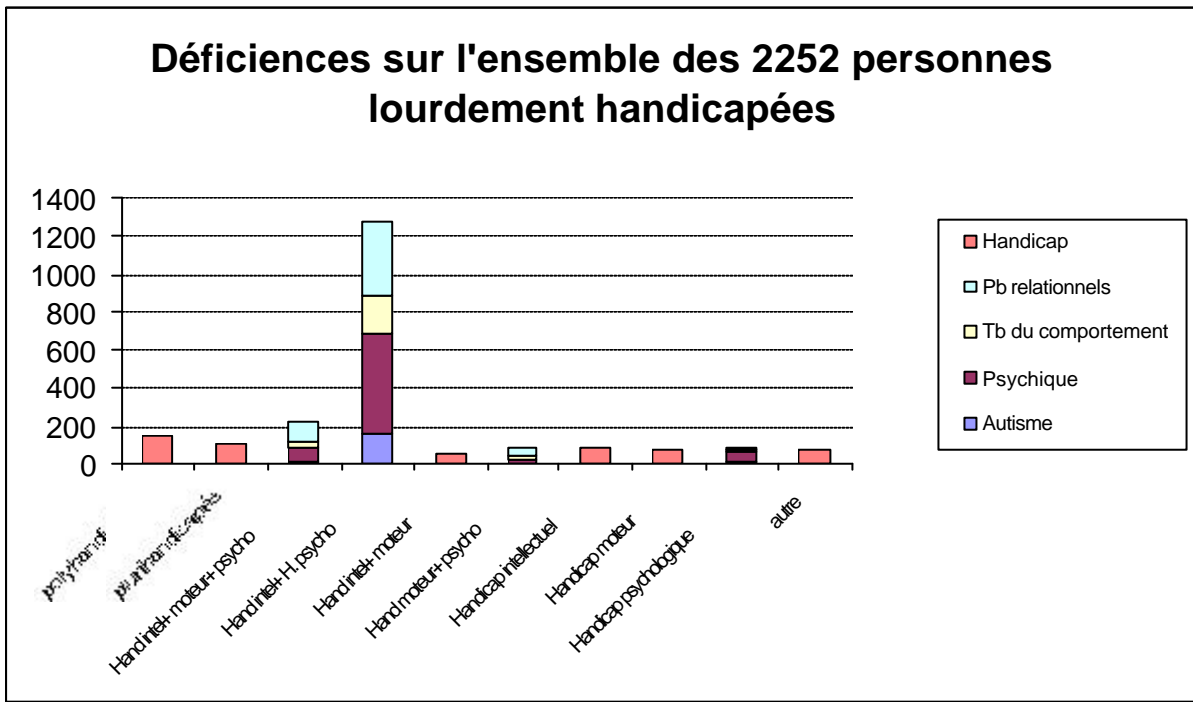
III – Résultats

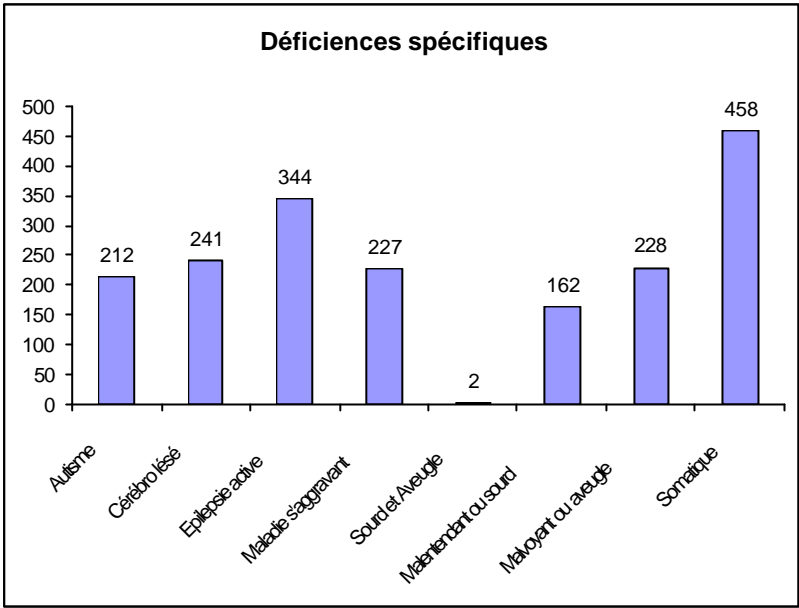
Nous avons reçu 2919 questionnaires :

- 1703 questionnaires correspondant aux établissements isérois pour adultes,
- 172 questionnaires correspondant aux établissements hors isérois pour adultes,
- 515 questionnaires correspondant aux enfants en établissements médico-éducatifs,
- 529 questionnaires « domiciles ».

Sur ces 2 919 questionnaires, nous avons 175 doublons.

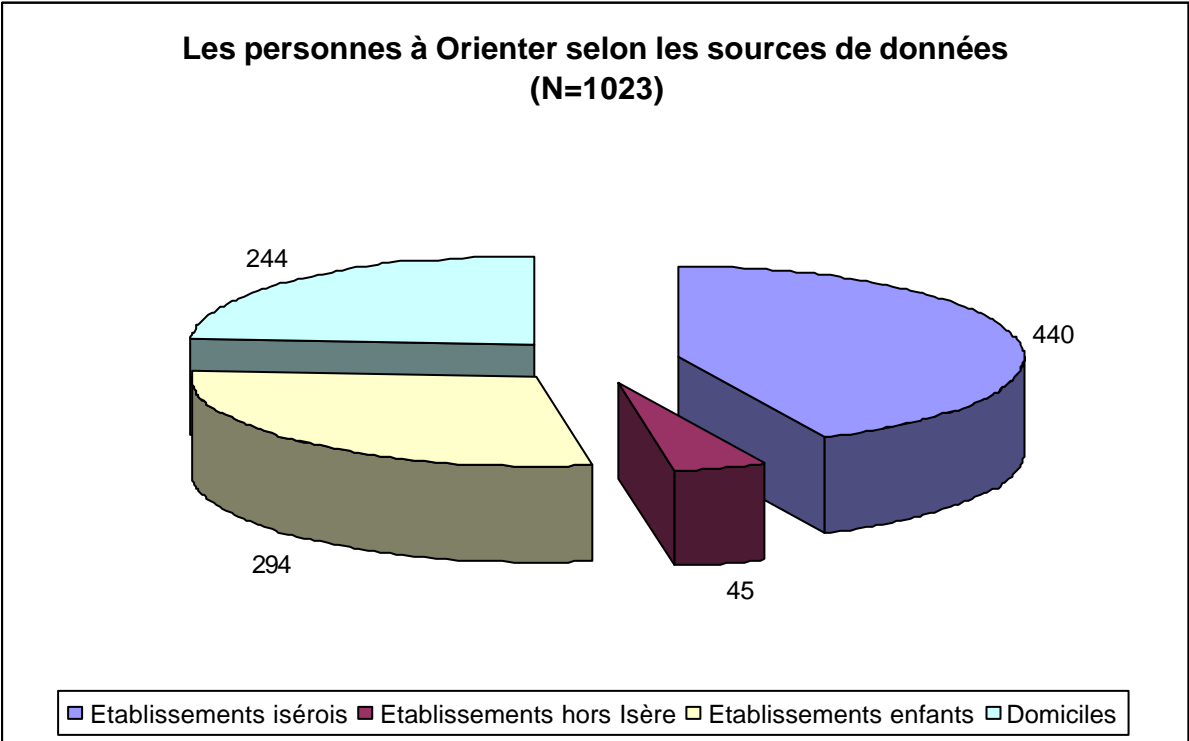
Sur ces 2 744 questionnaires (2 919-175 doublons), nous retenons que les personnes avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %, l'effectif de l'analyse est alors de 2 252 personnes. Le taux d'incapacité n'est pas connu pour 101 enfants.





IV - Aide à la décision en matière d'orientation en établissement

Pour toutes les personnes définies comme « orientables », soit pour raison d'âge (55 ans et plus, 15 ans et plus), soit suite à une demande, soit encore suite à une inadéquation du placement selon l'avis de l'équipe, il doit être proposé une orientation à la personne et un classement vers un type d'établissement. Au total, 1023 personnes handicapées nécessitent une orientation ou une réorientation d'ici cinq ans.



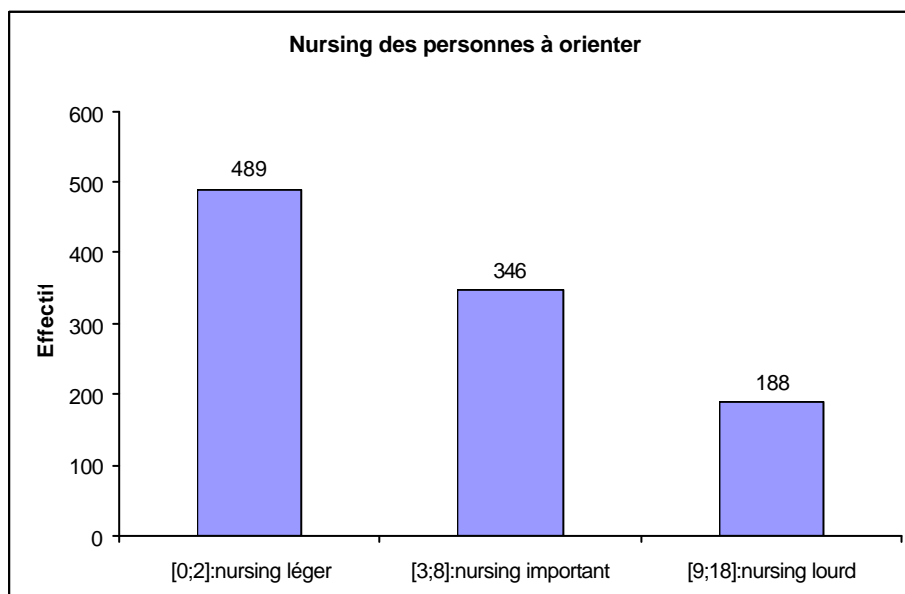
Répartition par déficience des 1023 personnes à orienter

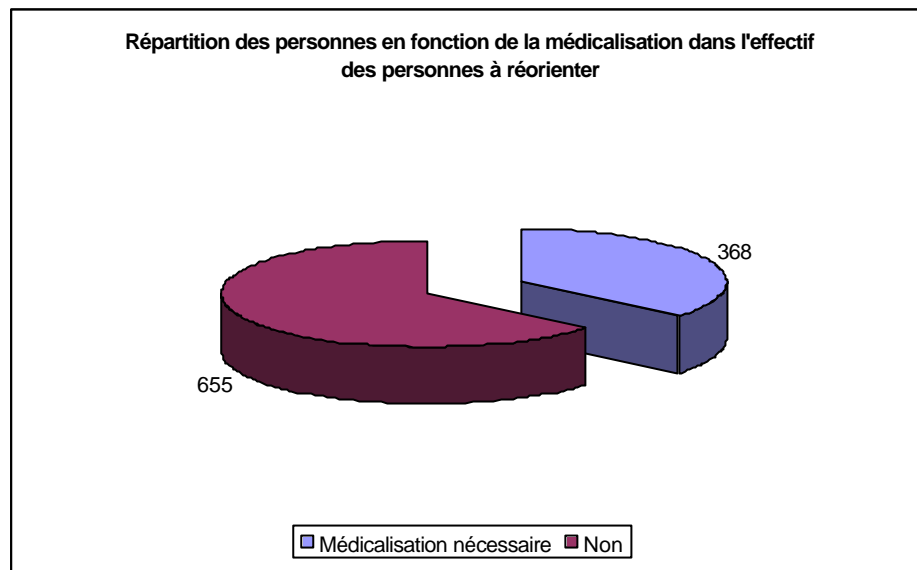
<i>GROUPES DE DEFICIENCES</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>
Polyhandicapés	69	6,7
Plurihandicapés	71	6,9
Intellectuelle + motrice + psychologique	101	9,9
Intellectuelle + psychologique	536	52,4
Intellectuelle + motrice	16	1,6
Motrice + psychologique	50	4,9
Intellectuelle	47	4,6
Motrice	47	4,6
Psychologique	42	4,1
autre (évolutif)	44	4,3
Total	1023	100

Répartition par déficience spécifique des 1023 personnes à orienter.

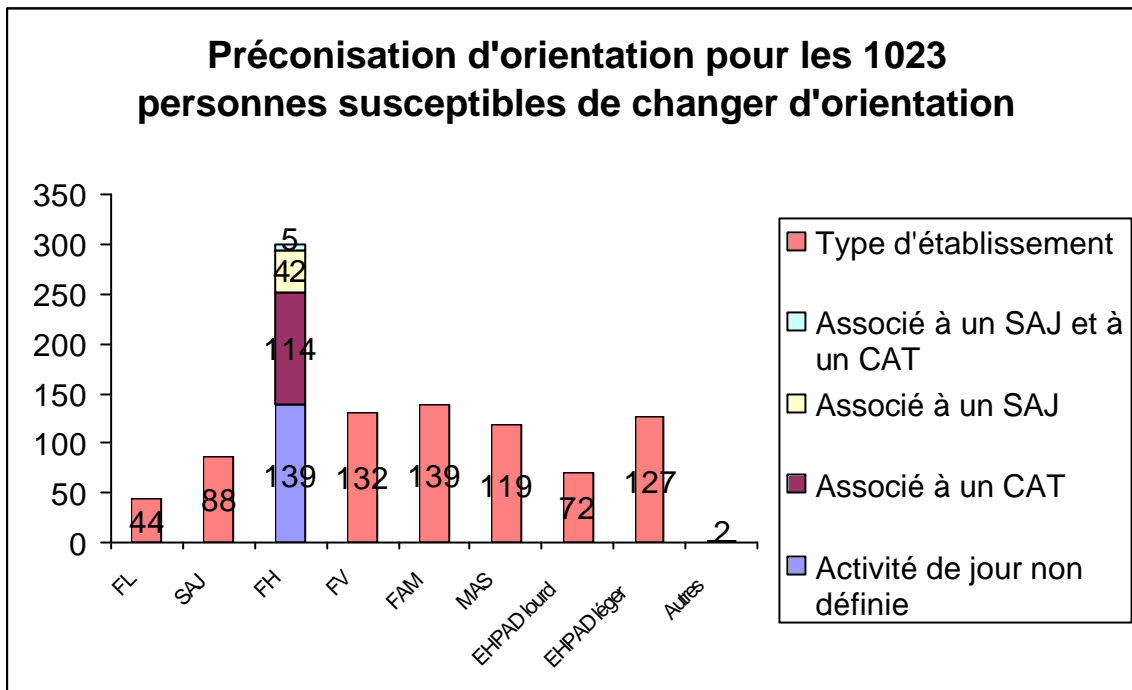
<i>Déficiences Spécifiques</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Autisme	80	7,8
Cérébro lésé	116	11,3
Epilepsie active	154	15,1
Maladie s'aggravant	124	12,1
Sourd et aveugle	2	0,2
Malentendant ou sourd	74	7,4
Malvoyant ou aveugle	113	11,2
Somatique	229	22,4
Sans Déficience Spécifique	498	48,7

La proportion des personnes à orienter nécessitant une médicalisation est de 36% et celles du nursing important (33,8%) et lourd (18,4%) ont permis la préconisation d'orientation après avis des équipes





<i>Etablissement préconisé</i>		<i>personnes susceptibles de changer</i>				<i>Total</i>
		<i>en établissement</i>	<i>HI</i>	<i>Enfants</i>	<i>à domicile</i>	
FL	Effectif	29	0	3	12	44
	Pourcentage	65,9	0,0	6,8	27,3	100,0
SAJ	Effectif	5	1	68	14	88
	Pourcentage	5,7	1,1	77,3	15,9	100,0
FH	Effectif	86	9	82	123	300
	Pourcentage	28,7	3,0	27,3	41,0	100,0
FV	Effectif	62	8	39	23	132
	Pourcentage	47,0	6,1	29,5	17,4	100,0
FAM	Effectif	72	8	39	20	139
	Pourcentage	51,8	5,8	28,1	14,4	100,0
MAS	Effectif	31	2	61	25	119
	Pourcentage	26,1	1,7	51,3	21,0	100,0
EHPAD très médicalisée	Effectif	51	9	0	12	72
	Pourcentage	70,8	12,5	0,0	16,7	100,0
EHPAD peu médicalisée	Effectif	104	8	0	15	127
	Pourcentage	81,9	6,3	0,0	11,8	100,0
Autres	Effectif	0	0	2	0	2
	Pourcentage	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Total	Effectif	440	45	294	244	1023
	Pourcentage	43,0	4,4	28,7	23,9	100,0



Les besoins par type d'établissement peuvent se lire dans le précédent tableau, mais en admettant que le flux soit réalisé, un certain nombre de places se libèreraient des établissements actuels. Le tableau suivant permet de lire, le mouvement, dont il faut déduire le mouvement interne à un type d'établissement (mutation géographique d'un foyer de vie à un autre par exemple): 28 places de FL se libèrent mais pour quatre personnes actuellement dans un FL, nécessitant une réorientation nous préconisons un accueil type FL, donc 24 places de FL seraient libérées.

Accueil préconisé		Accueil actuel						Total
		SAJ	FL	FH	FV	FAM	MAS	
FL	Effectif	0	4	6	19	0	0	29
	Pourcentage	0,0	13,8	20,7	65,5	0,0	0,0	100,0
SAJ	Effectif	4	0	1	0	0	0	5
	Pourcentage	80,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	100,0
FH	Effectif	12	9	57	7	1	0	86
	Pourcentage	14,0	10,5	66,3	8,1	1,2	0,0	100,0
FV	Effectif	20	4	19	10	6	3	62
	Pourcentage	32,3	6,5	30,6	16,1	9,7	4,8	100,0
FAM/MAS	Effectif	4	3	9	56	15	16	103
	Pourcentage	3,9	2,9	8,7	54,4	14,6	15,5	100,0
EHPAD très médicalisée	Effectif	0	1	5	27	13	5	51
	Pourcentage	0,0	2,0	9,8	52,9	25,5	9,8	100,0
EHPAD peu médicalisée	Effectif	5	7	46	45	1	0	104
	Pourcentage	4,8	6,7	44,2	43,3	1,0	0,0	100,0
Total	Effectif	45	28	143	164	36	24	440
	Pourcentage	10,2	6,4	32,5	37,3	8,2	5,5	100,0

<i>Type d'établissement</i>	<i>Besoin</i>	<i>Sorties</i>	<i>NECESSAIRE</i>
Service d'activités de jour	88	41	47
Foyer-Logement	44	24	20
Foyer d'hébergement	300	86	214
Foyer de vie	132	154	- 22
Foyer d'accueil médicalisé	139	21	118
Maison d'accueil spécialisée	119	8	111

Pour les FH, nous pouvons préciser l'activité journalière parmi les 300 besoins en places de FH :

- 139 places de FH avec une activité journalière non déterminée
- 114 places en FH associées à un CAT
- 42 places en FH associées à un SAJ
- 5 places en FH associées à un SAJ et à un CAT.

Pour les cinq ans à venir, nous aurions donc un besoin de :

- 47 places en service d'activités de Jour
- 20 places en foyer logement
- 214 places en foyer d'hébergement
- Il y aurait 22 places vacantes en foyer de vie
- 118 places en foyer d'accueil médicalisé
- 111 places en maison d'accueil spécialisée
- 146 places en EHPAD peu médicalisé
- 53 places en EHPAD très médicalisé

Groupe de déficiences par type d'établissements préconisés

		<i>établissement préconisé</i>							<i>Total</i>	
		<i>FL</i>	<i>SAJ</i>	<i>FH</i>	<i>FV</i>	<i>FAM/MAS</i>	<i>EHPAD très médicalisée</i>	<i>EHPAD peu médicalisée</i>		<i>Autres</i>
Polyhandicapés	N	0	2	0	8	51	8	0	0	69
	%	0,0	2,9	0,0	11,6	73,9	11,6	0,0	0,0	100,0
Plurihandicapés	N	0	3	5	8	47	6	0	2	71
	%	0,0	4,2	7,0	11,3	66,2	8,5	0,0	2,8	100,0
Intellectuel + Moteur + psycho	N	4	2	20	17	37	14	7	0	101
	%	4,0	2,0	19,8	16,8	36,6	13,9	6,9	0,0	100,0
Intellectuel + psycho	N	13	63	196	74	65	28	97	0	536
	%	2,4	11,8	36,6	13,8	12,1	5,2	18,1	0,0	100,0
Intellectuel + moteur	N	2	0	7	1	3	1	2	0	16
	%	12,5	0,0	43,8	6,3	18,8	6,3	12,5	0,0	100,0
Moteur + psycho	N	8	2	1	5	26	4	4	0	50
	%	16,0	4,0	2,0	10,0	52,0	8,0	8,0	0,0	100,0
Intellectuel	N	2	11	25	1	2	2	4	0	47
	%	4,3	23,4	53,2	2,1	4,3	4,3	8,5	0,0	100,0
Moteur	N	9	2	4	5	17	6	4	0	47
	%	19,1	4,3	8,5	10,6	36,2	12,8	8,5	0,0	100,0
Psycho	N	6	1	10	6	9	3	7	0	42
	%	14,3	2,4	23,8	14,3	21,4	7,1	16,7	0,0	100,0
Autre	N	0	2	32	7	1	0	2	0	44
	%	0,0	4,5	72,7	15,9	2,3	0,0	4,5	0,0	100,0
Total	N	44	88	300	132	258	72	127	2	1023
	%	4,3	8,6	29,3	12,9	25,2	7,0	12,4	0,2	100,0

Pour l'ensemble de la population à orienter (1023 personnes), les poly et pluri handicaps doivent être dirigés vers un établissement médicalisé.

Les déficients intellectuels, seuls ou associés à une autre déficience peuvent aller en FH.

Groupe de déficiences spécifiques par type d'établissements préconisés

		<i>établissement préconisé</i>								<i>Total</i>
		<i>FL</i>	<i>SAJ</i>	<i>FH</i>	<i>FV</i>	<i>FAM/MAS</i>	<i>EHPAD très médicalisée</i>	<i>EHPAD peu médicalisée</i>	<i>Autres</i>	
Autisme	N	0	5	9	28	34	0	3	1	80
	%	0,0	6,3	11,3	35,0	42,5	0,0	3,8	1,3	100,0
Cérébro- lésé	N	9	2	14	8	61	9	11	2	116
	%	7,8	1,7	12,1	6,9	52,6	7,8	9,5	1,7	100,0
Epilepsie active	N	2	7	18	19	91	8	7	2	154
	%	1,3	4,5	11,7	12,3	59,1	5,2	4,5	1,3	100,0
Maladie s'aggravant	N	2	3	3	13	80	16	5	2	124
	%	1,6	2,4	2,4	10,5	64,5	12,9	4,0	1,6	100,0
Sourd et aveugle	N	0	0	0	1	1	0	0	0	2
	%	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Malentendant ou sourd	N	6	2	12	12	21	10	9	2	74
	%	8,1	2,7	16,2	16,2	28,4	13,5	12,2	2,7	100,0
Malvoyant ou aveugle	N	8	5	12	15	46	15	10	2	113
	%	7,1	4,4	10,6	13,3	40,7	13,3	8,8	1,8	100,0
Pb somatiques	N	2	10	32	28	95	32	30	0	229
	%	0,9	4,4	14,0	12,2	41,5	14,0	13,1	0,0	100,0
Aucune déficience spécifique	N	28	60	220	51	52	18	69	0	498
	%	5,6	12,0	44,2	10,2	10,4	3,6	13,9	0,0	100,0

Les personnes ayant des déficiences spécifiques devraient être orientées en établissement médicalisé. Les épilepsies actives et les maladies s'aggravant représentent des effectifs importants (respectivement 91 et 80) qui devraient être dans un FAM ou une MAS.

Conclusion

Cette étude, menée dans le cadre du schéma départemental du handicap, permet de mieux cerner les besoins en établissements et services médico-sociaux pour les cinq années à venir.

L'analyse de données recueillies sur 2919 questionnaires, donne une «photographie» des personnes handicapées avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 %, en établissement pour adultes en Isère et hors Isère, des enfants de plus de 15 ans en institutions. Elle permet d'aborder la situation des personnes handicapées adultes à domicile.

La population des personnes handicapées est décrite à partir des données d'âge, de sexe, de types de déficience, des besoins en soins d'hygiène et de vie (nursing) et des besoins en terme de médicalisation, les appareillages et les possibilités de communication.

Ces données descriptives ont permis d'une part l'analyse des éventuelles réorientations pour les personnes adultes en établissements isérois où elles sont accueillies afin de leur donner une réponse plus adaptée, d'autre part, de proposer pour les jeunes en établissement de l'éducation spécialisée les réponses préconisées dans le secteur adulte, et enfin de prendre en compte les adultes à domicile.

Dès aujourd'hui, l'enquête confirme de réels besoins en établissements médico-sociaux pour personnes lourdement handicapées et propose le développement de structures médico-sociales, pour les cinq ans à venir. Deux hypothèses, basse et haute, sont ci-dessous présentées :

Hypothèse basse en nombre de places

- Si les personnes handicapées, actuellement hébergées dans différents établissements peuvent être réorientées, le besoin s'établirait ainsi :
 - 47** places en service d'activités de jour
 - 20** places en foyer logement
 - 214** places en foyer d'hébergement (dont certaines associées à un CAT ou à un SAJ)
 - 118** places en foyer d'accueil médicalisé
 - 111** places en maison d'accueil spécialisée
 - 146** places en EHPAD (étab. hébergeant des personnes âgées dépendantes) peu médicalisé
 - 53** places en EHPAD très médicalisé

Hypothèse haute en nombre de places

- Si les réorientations ne sont pas effectuées, le nombre est majoré pour atteindre une autre projection, soit :
 - 88** places en service d'activités de jour
 - 44** places en foyer logement
 - 300** places en foyer d'hébergement (dont certaines associées à un CAT ou à un SAJ)
 - 132** places en foyer de vie
 - 139** places en foyer d'accueil médicalisé
 - 119** places en maison d'accueil spécialisée
 - 127** places en EHPAD peu médicalisé
 - 72** places en EHPAD très médicalisé

Ces hypothèses ne tiennent pas compte des questionnaires qui auraient pu arriver après l'analyse des données ni des 101 jeunes handicapés de 15 ans et plus, pour lesquels le taux d'invalidité n'est pas encore connu.

CHAPITRE III

LES SIX AXES DE LA POLITIQUE DEPARTEMENTALE EN DIRECTION DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES

2006-2010

AXE 1 – La citoyenneté

Selon la définition du Larousse : « Dans l'antiquité, le citoyen était une personne qui jouissait du droit de cité. C'est une personne membre d'un Etat, considérée du point de vue de ses droits et de ses devoirs ».

Permettre la citoyenneté des personnes handicapées constitue un des grands axes du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Ce principe demeure présent dans tous les axes de réflexion du schéma et concerne toutes les personnes atteintes de handicap quel que soit leur âge.

1.1. – Le respect des droits et libertés individuels et le consentement éclairé de l'utilisateur

- La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié largement les dispositions du code de l'action sociale et des familles, principalement en ce qui concerne les établissements sociaux et médico-sociaux en réformant la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales : catégories d'établissements, schémas d'organisation, coordination et coopération, évaluation, autorisations et habilitations, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, tarification ... Elle a précisé les objectifs poursuivis par l'action sociale et médico-sociale et les droits des usagers.

Elle a défini (article L. 311-3 du CASF) sept garanties dont bénéficient toutes les personnes prises en charge par un établissement ou un service social ou médico-social au titre de l'exercice des droits et libertés individuels reconnus à tout citoyen :

- respect de la dignité, intégrité, vie privée, intimité, sécurité,
- libre choix entre les prestations adaptées,
- prise en charge et accompagnement individualisés,
- confidentialité des informations,
- information sur la prise en charge,
- information sur les droits fondamentaux,
- participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement la concernant.

Parmi ces droits, figure le principe novateur de l'individualisation de la prise en charge et de l'accompagnement qui doit s'incarner dans un instrument « le contrat de séjour » qui définit pour chaque usager les prestations dont il bénéficie, les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement.

L'action sociale et médico-sociale doit considérer chacun des usagers comme une personne singulière et rechercher son consentement éclairé chaque fois qu'il est possible notamment dans l'élaboration de son projet de vie.

La loi précise les outils mis à disposition des usagers pour faire valoir leurs droits (articles L. 311-4 à L. 311-6 du CASF) :

- le livret d'accueil
- la charte des droits et libertés de la personne accueillie
- le règlement de fonctionnement
- le contrat de séjour
- la personne qualifiée
- le conseil de la vie sociale

A l'instar de la démarche des états généraux de la gérontologie, des groupes de travail communs aux deux schémas « personnes âgées » et « personnes handicapées » ont été mis en place tel que le groupe de travail piloté dans le cadre du schéma gérontologique « reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille » reprenant notamment la mise en œuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002, insistant sur l'importance de la place des familles dans le fonctionnement des institutions et la qualification des professionnels (formation, analyse des pratiques, écoute).

Les services d'aide à domicile relèvent de dispositions particulières, compte tenu notamment de leur nature ambulatoire. Une large concertation engagée par l'Etat a permis de dégager un consensus autour d'un cahier des charges commun à toutes les structures d'aide et d'accompagnement à domicile, qu'elles soient gérées par des CCAS, des associations ou des entreprises.

Il constitue une synthèse de la loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de la norme AFNOR des services aux personnes. Ce cahier des charges consacre notamment au niveau réglementaire la notion de contractualisation, de proposition individualisée d'intervention, de contrôle interne et d'évaluation du service rendu auprès de l'utilisateur.

- 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 prévoit que « la personne handicapée a droit à 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 besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis ».

1.2. – La lutte contre la maltraitance

Prévenir tout risque de maltraitance de la personne lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social est une garantie prévue dans la loi du 2 janvier 2002.

La prise en charge des situations de maltraitance au sein des établissements sociaux et médico-sociaux nécessite donc une vigilance permanente.

Les manifestations de la maltraitance sont variées. La classification suivante n'est pas exhaustive (source Alma) :

- violences physiques, sexuelles, meurtres, coups, viols ...,
- sévices psychologiques, menaces, cruauté mentale, langage grossier ...,
- exploitation financière : vols, rétention de pension,
- violation des droits du citoyen : abus de tutelles juridiques,
- violences médicamenteuses : privation de médicaments, acharnement thérapeutique,
- négligences actives : enfermement, ligotage,
- négligences passives : oublis.

Les actions mises en œuvre se situent à différents niveaux :

- obligation des responsables de structures par la mise en place :
 - . de dispositifs de prévention des situations de maltraitance ou d'abus sexuels validés par les instances de l'établissement et de l'organisme gestionnaire,
 - . de vérification à l'occasion des recrutements,
 - . de procédures de signalement des situations de maltraitance,
 - . de protocoles de soutien aux victimes,
 - . du respect de la protection juridique des personnes ayant procédé à un signalement ou à un témoignage,
 - . de sensibilisation à ce problème dans le cadre de la formation continue.

- contrôle des institutions et services :

La circulaire du 30 avril 2002 renforce les procédures de traitement des signalements envers les enfants et adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales. Dans le cadre de leur mission de surveillance des établissements et de protection des personnes qui y sont accueillies, les directions départementales des affaires sanitaires et sociales doivent, d'une part, veiller à ce que les institutions prennent les dispositions qui s'imposent dans de telles situations et, d'autre part, fournir à l'administration centrale l'ensemble des informations nécessaires au suivi du traitement des signalements.

- au niveau local, l'association Alma Handicap 38 s'est créée afin d'assurer l'écoute de la maltraitance des personnes handicapées. Des écoutants bénévoles, restant anonymes, assurent l'écoute et transcrivent les renseignements obtenus. Les fiches sont ensuite transmises à des professionnels de la santé, du droit ou du secteur social qui prennent le relais.

Dans le cadre de la maison départementale des personnes handicapées de l'Isère, seront assurées la réalisation et la diffusion d'un livret sur la lutte contre la maltraitance en vertu des dispositions prévues par la loi du 11 février 2005.

1.3. - Les instances consultatives

Le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH)

Un bref exposé de l'état d'avancement des travaux du schéma en direction des personnes handicapées enfants et adultes a été présenté au CDCPH, le 25 novembre 2005, par les services de l'Etat et du Département.

Une nouvelle réunion du CDCPH sera organisée après le dépôt du dossier et avant la présentation au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

Le comité de suivi du schéma

Le suivi des conditions de réalisation du schéma du handicap sera assuré par le comité technique (COTECH) du schéma « personnes handicapées » qui se réunira à partir de septembre 2006 à un rythme restant à définir.

Ce comité à vocation technique restituera ses travaux de suivi à l'instance de pilotage (COFIL) des schémas dans un souci de parallélisme de la méthodologie appliquée pour l'élaboration des schémas.

1.4. – La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Afin de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leurs familles, la loi du 11 février 2005 a créé la maison départementale des personnes handicapées dont l'objectif est d'offrir un accès unique aux droits et prestations aux personnes handicapées et de leur ouvrir toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services.

Fiche action 1.1. :

Citoyenneté : une nouvelle forme de service public à créer autour de la maison départementale des personnes handicapées de l'Isère (MDPHI)

L'évolution

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées prévoit la création, dans chaque département, d'une maison départementale des personnes handicapées.

La maison départementale des personnes handicapées de l'Isère (MDPHI) permet un accès unique aux droits et prestations prévues pour les personnes handicapées. Elle est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre le Département, l'Etat, et les organismes locaux d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales. D'autres organismes peuvent demander à en être membres, sous réserve de contribuer au fonctionnement de la structure (apport financier ou mise à disposition de personnel).

La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle reçoit le dépôt de toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

La MDPHI met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire chargée notamment d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie, et de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap. La maison départementale assure l'aide nécessaire à la personne handicapée et à sa famille pour formuler son projet de vie. L'équipe pluridisciplinaire peut, sur proposition du coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire, faire appel à des tiers pour contribuer à l'expertise de l'équipe pluridisciplinaire.

La MDPHI gère le fonds départemental de compensation du handicap, chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation.

La MDPHI établit une liste de personnes qualifiées pour proposer des mesures de conciliation lorsqu'une personne souhaite faire appel à une décision prise par la commission pour les droits et l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Cette procédure de conciliation suspend les délais de recours.

Les constats

La convention constitutive du groupement d'intérêt public a été cosignée par les membres de droit du GIP le 20 décembre 2005. La maison départementale des personnes handicapées de l'Isère est donc juridiquement créée. L'installation physique s'effectuera par étape, au fur et à mesure des travaux d'adaptation du site d'Europole.

Les objectifs du Département seront donc de mettre en œuvre les recommandations techniques de la CNSA, établis après concertation avec les associations, pour l'amélioration du service rendu aux usagers. A ce titre, le Département sera amené à mobiliser les services ambulatoires existants, ainsi que les moyens humains supplémentaires créés dans les territoires.

Les actions

Action n° 1

Assurer rapidement et efficacement auprès de l'utilisateur et de sa famille la diffusion de l'information relative à la MDPHI et à la nouvelle prestation de compensation du handicap.

Action n° 2

Garantir la qualité de l'accueil (efficacité, accessibilité, confidentialité) en tenant compte des spécificités des différents types de handicap.

Action n° 3

Assurer une écoute permettant la libre expression de la personne handicapée et/ou de son représentant légal et la formalisation de son projet de vie en lien avec les cadres autonomie et les équipes médico-sociales des territoires dans un souci d'intégration de la personne dans la cité. Assurer la réalisation d'un livret sur la lutte contre la maltraitance.

Action n° 4

Garantir l'évaluation des demandes et l'élaboration des plans personnalisés de compensation permettant la notification des décisions motivées dans les délais légaux, en lien avec l'installation des chefs autonomie sur les territoires.

Action n° 5

Garantir le suivi de l'adéquation et de l'effectivité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie, par le biais des chefs de service autonomie sur chaque territoire.

Action n° 6

Limiter le recours aux procédures contentieuses, en développant les procédures de conciliation et de médiation prévues par la loi en nommant notamment des conciliateurs.

Les moyens

- installation et mise en fonctionnement de la MDPHI,
- mise en place des procédures entre MDPHI et territoires CGI,
- prise en compte des conclusions de l'enquête menée par le CPDG, commune aux personnes âgées et personnes handicapées,
- édition de documents d'information et de sensibilisation.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

MDPHI

CGI/DSA/Territoires

Services de l'Etat

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public.

Evaluation des objectifs

Les indicateurs seront établis en partenariat avec la CNSA. A titre transitoire, les indicateurs seront les suivants :

- nombre de supports d'information diffusés, consultation du site de la MDPHI, fréquentation quotidienne moyenne de la MDPHI
- nombre de personnes reçues, nombre d'appels téléphoniques reçus et traités,
- nombre de projets de vie aidés par la MDPHI ou par les SAVS conventionnés,
- nombre d'évaluations médico-sociales transmises hors-délais à la MDPHI par territoire, nombre de décisions rendues hors délais par type de décision
- proportion des personnes suivies par un SAVS ou par les chefs de service autonomie, comparatif par territoire.
- nomination effective des personnes qualifiées, part des contestations abandonnées suite à l'intervention de la personne qualifiée.

**Fiche action 1.2. :
Aide à la formulation du projet de vie**

L'évolution

Le projet de vie, initialement cantonné au travail éducatif d'accompagnement assuré par les structures médico-sociales, se voit consacré par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Toute personne handicapée a droit, si elle le souhaite, d'exprimer son projet de vie lors de l'examen de ses droits dans ses relations avec la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les constats

Toutes les personnes handicapées ne souhaitent pas nécessairement formaliser leur projet de vie, notamment si elles estiment ne pas souffrir d'exclusion sociale. L'absence de projet de vie ne doit donc pas faire obstacle à l'examen des droits.

Toutefois, les usagers qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier de l'aide d'un tiers pour les aider à la formalisation. Ce tiers doit disposer d'une bonne connaissance du secteur médico-social, dans la mesure où l'élaboration du projet de vie doit permettre d'adapter au mieux le plan personnalisé de compensation aux attentes de l'utilisateur.

Les actions

Action n° 1

Assurer une écoute sur tous les territoires permettant la libre expression de la personne handicapée et la formalisation de son projet de vie.

Action n° 2

Mettre en place un dispositif de qualité pour l'aide à la formulation, appuyé sur les pôles autonomie des territoires (chefs de service autonomie – services d'accompagnement à la vie sociale).

Les moyens

- garantir la mise en place du dispositif d'aide à la formulation du projet de vie en s'appuyant sur les pôles d'autonomie et les SAVS.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

MDPHI
CGI/DSA

Principaux partenaires

SAVS
Secteurs associatif, mutualiste et public
Services de protection

Evaluation

- nombre d'entretiens d'aide à la formulation du projet de vie réalisés dans les pôles autonomie (chefs de service autonomie – SAVS) et au niveau de la MDPHI,
- nombre de projets de vie formalisés (avec ou sans aide).

Fiche action 1.3. : Culture
--

Les constats

Des besoins très peu exprimés par les personnes handicapées et des réponses balbutiantes pour les quelques besoins exprimés

Les actions**Action n° 1**

L'accueil doit être pris en charge par des professionnels de la culture.

Action n° 2

Mettre en place une communication permettant de faire savoir aux personnes handicapées que les pratiques artistiques et la culture leur sont accessibles.

Action n° 3

Affirmer en particulier que les enfants et les adolescents ont un droit d'accès aux enseignements artistiques et que ce droit sera inscrit dans le schéma départemental des enseignements artistiques en cours de rédaction.

Action n° 4

Assurer une information et une formation pour les structures d'enseignement artistique tant pour le personnel d'accueil que pour les enseignants.

Les moyens

- s'assurer que l'accueil par les professionnels de la culture est adapté pour les personnes handicapées,
- assurer l'information auprès des personnes handicapées sur les pratiques artistiques et la culture,
- formation adaptée pour des personnels de l'enseignement artistique.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/Direction de la culture et du patrimoine, avec appui de la DSA si nécessaire.

Principaux partenaires

- professionnels de la culture et de l'enseignement artistique.

Evaluation des objectifs

- suivi et évaluation dans le cadre du dispositif mis en place pour le schéma départemental des enseignements artistiques
- évaluation des actions suivies par le service culture et lien social se fera dans le cadre du comité de suivi du schéma départemental pour les personnes handicapées

Fiche action 1.4. :
Conforter le bénévolat pour renforcer l'accès à la citoyenneté des personnes handicapées

L'évolution

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a redéfini les fondements de l'action sociale et réaffirmé les droits des usagers. Elle introduit également de nouvelles exigences de fonctionnement pour les politiques publiques, qui pourrait amener les bénévoles, fondement de l'action associative, à se sentir exclus de l'action sociale et médico-sociale.

Toutefois, parallèlement à ces nouvelles exigences concernant « l'exécution » des missions d'action sociale, la loi du 2 janvier 2002 ainsi que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances a réaffirmé la légitimité du bénévolat dans la médiation (établissements, puis maisons départementales des personnes handicapées) et dans le pilotage de l'action sociale (rôle du CDCPH dans la commission exécutive de la MDPH, nouvelles règles de représentation associative à la commission des droits et de l'autonomie).

Les constats

Le bénévolat constitue une richesse. Il joue un rôle important dans notre société et renforce des liens entre personnes, le sentiment d'utilité sociale, le rôle de prévention, d'innovation et d'expérimentation.

Les bénévoles isérois ont exprimé un besoin de reconnaissance de leur action, et une attente en terme de soutien, de structuration, de formation.

Le bénévolat rencontre des difficultés de recrutement, de renouvellement des responsables.

En prenant en considération les différentes formes et modes de fonctionnement du bénévolat, il est nécessaire d'identifier une réponse qui pallie l'attente des bénévoles, des personnes handicapées et de leurs familles. Il convient de tenir compte de la complémentarité professionnels-bénévoles dans les différents champs d'intervention, de valoriser les nouvelles missions qui ne peuvent être assurées que par des bénévoles.

Les actions

Action n° 1

Améliorer la formation et l'information des bénévoles et des responsables d'associations.

Action n° 2

Favoriser et encourager le rôle ressources et conseil de l'ODPHI (office départemental des personnes handicapées de l'Isère) auprès des associations de bénévoles. Aider l'ODPHI à apporter des réponses inter-associatives de soutien sur chaque territoire du département.

Action n°3

Encourager les candidatures à la fonction de conciliateur en lien avec la mise en place de la MDPHI (voir fiche MDPHI) et soutenir leur formation.

Action n°4

Appel à candidatures et nomination à la fonction de personne qualifiée à laquelle toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits.

Les moyens

- organisation de formations et informations spécifiques en direction de bénévoles,
- assurer la nomination des personnes qualifiées.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- suivi de l'activité conseil et information en lien avec l'ODPHI,
- nombre de conciliateurs MDPHI nommés,
- nombre de personnes qualifiées établissements nommées,
- nombre de séances de formation (externalisées, assurées par la MDPHI ou par l'ODPHI) organisées à l'attention des bénévoles.

Fiche action 1.5. :
La reconnaissance de l'usager et de sa famille

L'évolution

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a redéfini les fondements de l'action sociale et réaffirmé les droits des usagers avec la mise en place d'outils : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la personne qualifiée, le conseil de la vie sociale.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instaure notamment la prestation de compensation réformant l'allocation compensatrice pour tierce personne et la création, dans chaque département, d'une maison départementale des personnes handicapées (MDPH). La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Les constats

La mise en place des outils en application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 a pris du retard pour un nombre important d'établissements.

Les familles ont besoin d'être rassurées, informées, soutenues, écoutées.

Le personnel est demandeur de formation au « prendre soin » et à l'écoute et les relations familles-professionnels doivent être confortées.

Les actions

Action n° 1

Veiller à la mise en place de la totalité des outils de la loi du 2 janvier 2002 dans les structures existantes en assurant un recensement des documents fournis, en exigeant leur production à l'occasion du renouvellement des conventions aide sociale. Cette application réglementaire devra contribuer aussi à changer le regard du grand public sur le handicap.

Action n° 2

Exiger la production des outils de la loi du 2 janvier 2002 dans tout dossier de projet de création de structure.

Action n° 3

Valoriser le rôle des familles et organiser leur information (cf fiche action citoyenneté MDPH prévoyant notamment la diffusion de l'information relative à la MDPH et à la nouvelle prestation de compensation auprès de l'usager et de sa famille ainsi que l'écoute permettant la libre expression de la personne handicapée et/ou de son représentant légal).

Action n° 4

Développer les procédures de conciliation et de médiation (cf fiche action citoyenneté MDPH) et procéder à la nomination de personnes qualifiées auxquelles les personnes handicapées ou leur représentant légal (parents pour un mineur) peuvent faire appel en vue de faire valoir leurs droits (cf fiche bénévolat)

Action n° 5

Prévoir, dans le cadre des projets d'établissement, des espaces permettant des rencontres entre les personnes accueillies et leur famille ainsi que des réunions professionnelles associant les résidents et leurs familles.

Action n° 6

Prendre en compte dans les plans de formation de personnel la sensibilisation à l'écoute des personnes accueillies et de leurs familles, et d'autre part, sensibiliser le grand public par des actions territorialisées.

Les moyens

- vérification régulière de la mise en place de la totalité des outils de la loi du 2 janvier 2002,
- mise en place de la MDPH assurant l'information (cf. fiche action citoyenneté MDPH),
- mise en place de la MDPH assurant l'écoute de la personne handicapée et/ou de son représentant légal sur tous les territoires (cf. fiche action citoyenneté MDPH),
- nomination des personnes qualifiées (cf. fiche bénévolat),
- sensibilisation du personnel dans le cadre de la formation continue,
- mise en place d'outils de sensibilisation et communication.

Référents institutionnels chargés de la mise en œuvre

CGI – DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Gestionnaires de structures

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- taux de mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002 par type de document,
- nombre de supports d'information diffusés par la MDPH (cf. fiche action citoyenneté MDPH),
- nomination des personnes qualifiées (cf. fiches actions citoyenneté MDPH et bénévolat).

AXE 2 – Le soutien à domicile

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les obligations des pouvoirs publics pour garantir la compensation du handicap dans tous les domaines de la vie quotidienne.

Le soutien à domicile dépasse la seule question de l'aide aux actes essentiels de la vie courante et prend donc une définition plus large d'accompagnement en milieu ouvert et d'égal accès aux services publics, conformément à l'esprit de la loi du 11 février 2005 qui vise à assurer une politique de compensation à domicile dans sa globalité.

En matière d'accessibilité, l'action du département s'orientera donc dans trois directions prioritaires :

- La poursuite d'une politique volontariste de non discrimination dans l'accès aux transports départementaux ;
- Un accompagnement des personnes handicapées vers le logement adapté ;
- Un soutien au sport adapté et la reconnaissance des loisirs.

En matière de planification de l'offre de services, le handicap se distingue du secteur personnes âgées par un recours plus fréquent à l'emploi direct. Ainsi, l'évolution de l'offre en prestataire, notamment, est dictée par les politiques gérontologie. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile ne sont toutefois qu'un type de services ambulatoires parmi d'autres, à côté des services d'accompagnement à la vie sociale, des services de soins infirmiers à domicile et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Enfin, certains publics attendent des réponses spécifiques. Il en est ainsi, par exemple, des personnes atteintes de surdité sévère dont le droit à compensation a été enfin juridiquement reconnu et qui ne repose plus uniquement sur des politiques facultatives.

**Fiche action 2.1.1. :
Organiser le transport à la demande**

L'évolution

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit la mise en accessibilité des réseaux de transport public dans un délai de 10 ans, avec l'obligation de mettre en œuvre des solutions de substitution dans un délai de 3 ans. Outre ce cadre législatif, il en va du confort et de l'intégration de tous.

Si dans ce cadre, à moyen terme, la politique du Conseil général est la mise en accessibilité de l'ensemble des lignes structurantes et pour lesquelles l'accessibilité est techniquement possible, des solutions intermédiaires doivent être envisagées dès aujourd'hui.

Les contraintes budgétaires afférentes au développement de l'accessibilité dans les transports sont accentuées par le désengagement de l'Etat du financement des investissements et du fonctionnement des réseaux de transport. Cette contrainte oblige les autorités organisatrices de transport à étaler leur effort dans le temps et à chercher les solutions économiquement les plus avantageuses.

Les constats

Parmi ces solutions, le transport à la demande sous ses différentes formes semble être la plus évidente. En effet les systèmes de ce type – utilisant de petits véhicules – sont l'une des solutions à envisager très sérieusement dans les années à venir :

- matériel roulant plus mobile et plus ergonomique,
- prestataires qualifiés,
- meilleures disponibilité et sensibilisation des personnels.

La réponse aux difficultés des personnes à mobilité réduite est l'une des raisons qui ont poussé le Département à faire du développement des transports à la demande l'un de ses 38 projets de mandature.

Pour l'heure, 3 lignes de transport à la demande exploitées avec des véhicules accessibles font l'objet d'une expérimentation en Isère.

Une centrale de réservation portant sur trois sites a été créée. C'est sur ce dispositif que l'ensemble des transports à la demande relevant de la compétence du Conseil général s'appuieront à terme. L'objectif est de permettre la réservation de véhicules accessibles.

Des efforts restent à mener en vue d'une desserte spatiale fine (porte-à-porte pour les personnes à mobilité réduite par exemple).

Les actions

Action n° 1

Création d'une centrale de réservation unique pour l'ensemble des futurs services TAD (transport à la demande) départementaux.

Action n° 2

Pour toute création de nouveaux TAD, apport de garantie sur leur accessibilité et recherche de connexion avec des infrastructures de transport collectif d'ores et déjà accessibles.

Action n° 3

Identification des principaux obstacles à l'accessibilité dans les services départementaux classiques, et mise en place lorsque nécessaire de services de substitution à base de TAD.

Action n° 4

Travail avec les territoires de projet (Pays notamment) et les territoires volontaires pour les études et le financement de transports accessibles à tous, en évitant les effets de frontière.

Action n° 5

Mise en service d'un outil informatique d'aide à l'exploitation de transports à la demande de type « zonal », c'est-à-dire non contraints par une ligne et une grille d'horaires fixes.

Les moyens

- mise en place d'une centrale de réservation unique,
- mise en service d'un outil informatique d'aide à l'exploitation de transports à la demande,
- recensement des obstacles à l'accessibilité dans les services départementaux classiques.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/Direction des transports avec appui de la DSA en cas de besoin.

CGI/Territoires

Principaux partenaires

Transporteurs

Intercommunalité

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

Etablir un bilan annuel de l'avancement des actions engagées :

- Transports à la demande créés
 - o Quelle accessibilité des véhicules ?
 - o Quelle ergonomie des tracés ?
 - o Quelle utilisation de l'accessibilité des véhicules ?
- Activité de la centrale
 - o Apporte-t-elle des services utiles aux personnes à mobilité réduite ?

Fiche action 2.1.2. :
Améliorer l'accessibilité du réseau départemental des transports en commun

L'évolution

L'accessibilité dans les transports est, à l'heure actuelle et probablement dans les prochaines années, un véritable défi, en particulier dans les réseaux interurbains. Il n'existe pas en effet aujourd'hui de véhicules interurbains accessibles, les industriels – équipementiers ayant du mal à s'entendre sur des normes communes et donc à proposer des véhicules adaptés.

Pourtant, l'article 45 de la loi du 11 février 2005 prévoit la mise en accessibilité des chaînes de déplacement (cheminements, infrastructures et réseaux de transport collectif) dans les 10 ans à venir.

La direction des transports a entrepris une étude préalable à la mise en accessibilité progressive du réseau de lignes régulières *Transisère*. Ce travail fait l'objet d'une consultation régulière des services concernés du Conseil général et des associations d'usagers.

Les constats

Les efforts portant sur l'accessibilité du cadre bâti des personnes handicapées ne doivent pas masquer l'incapacité actuelle des réseaux de transport interurbain à assurer dans des conditions de droit commun le transport de tous. Or, les cheminements et les transports conditionnent fortement le cadre de vie des personnes atteintes de handicaps.

De ce fait, il paraît urgent de mettre en place un système de transport en commun accessible en Isère pour que chacun puisse se déplacer en toute autonomie et en toute égalité.

La mise en accessibilité progressive du réseau *Transisère*, dans les zones fortement urbanisées, combinée à un système de transports à la demande en zone moins dense, devraient à terme permettre aux personnes handicapées de se déplacer sur l'ensemble du Département, et ainsi répondre aux exigences de la loi du 11 février 2005.

Les actions

Action n° 1

Un travail est mené en concertation avec les représentants associatifs du Département en matière de handicap en vue de la mise en accessibilité du réseau *Transisère* quelle que soit la nature du handicap.

Action n° 2

Identification de 7 lignes péri-urbaines test pour une mise en accessibilité (fréquentation importante).

Action n° 3

Diagnostic des 7 lignes péri-urbaines, comprenant les points d'arrêt et leurs cheminements. Ce diagnostic pourrait être complété par une concertation avec les communes concernées.

Action n° 4

Etablissement sous les trois ans d'un schéma directeur de l'accessibilité aux transports afin d'envisager la faisabilité technique de mise en accessibilité du réseau *Transisère*.

Action n° 5

Mise en place d'un recueil de plaintes en matière d'obstacles à la libre circulation des personnes, quel que soit leur handicap afin d'engager une démarche qualité.

Action n° 6

Intervention auprès des autorités compétentes pour faire évoluer la réglementation en termes d'arrimage des personnes en fauteuil roulant dans les transports en commun circulant sur des lignes péri-urbaines.

Action n° 7

Organisation d'une réflexion technique commune entre industriels, transporteurs, associations et Département sur un matériel roulant accessible en toute zone géographique

Action n° 8

Evolution du cahier des charges des marchés de transport dans un contexte de démarche qualité. L'objectif est d'améliorer l'accueil des personnes, quel que soit le handicap, à bord des transports en commun, par une formation spécifique du personnel.

Les moyens

- garantir l'établissement d'un diagnostic portant sur 7 lignes péri-urbaines pour la mise en accessibilité comprenant les points d'arrêt et leurs cheminements,
- modification du cahier des charges des marchés de transport en ce qui concerne les conditions de l'accueil des personnes, quel que soit le handicap, à bord des transports en commun.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/Direction des transports avec appui de la DSA en cas de besoin.
CGI/Territoires.

Principaux partenaires

Transporteurs, industriels, secteurs associatif, mutualiste et public, communes.

Evaluation des objectifs

L'évaluation des actions en vue de l'amélioration de l'accessibilité du réseau porte sur deux volets principaux, l'un opérationnel portant sur le court terme, l'autre allant dans le sens d'une plus grande efficacité à moyen terme :

- Volet opérationnel :
 - Identification de lignes potentiellement intéressantes pour une mise en accessibilité,
 - Faisabilité et avancement des diagnostics points d'arrêt.
- Volet études/développement :
 - Suivi et observation des lignes d'ores et déjà accessibles,
 - Etablir un bilan annuel de l'avancement des actions engagées.

Fiche action 2.2. :
Développer le logement adapté

L'évolution

La loi du 11 février 2005 dite loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées sensibilise les collectivités territoriales aux difficultés que rencontrent les personnes handicapées en matière de logement.

Il y a actuellement une pénurie de logement adapté ou adaptable dans le département :

- est considéré comme adaptable un logement qui intègre a priori la notion de handicap et qui permet de réaliser l'adaptation sans travaux conséquents,
- est considéré comme adapté un logement qui a fait l'objet d'aménagement spécifique en vu de son occupation par une personne identifiée.

Cette crise est d'autant plus grave que le logement constitue pour la personne handicapée un facteur de développement personnel et lui garantit ainsi une participation effective à la vie sociale.

Les constats

Cette pénurie s'explique de différentes façons :

- demande de logement adapté supérieure à l'offre disponible,
- multiplication des acteurs rendant les procédures administratives de plus en plus complexes,
- allongement des délais d'instruction et de décision,
- morcellement de l'information du public et des professionnels du secteur locatif,
- difficulté à obtenir des aides, manque de moyens financiers,
- contingence des moyens qui débouche sur une mise en concurrence d'éligibilité entre les différents publics sociaux.

Les actions

Action n° 1

Développer l'offre départementale de logement adapté, quel que soit le handicap et quel que soit l'âge.

Action n° 2

Créer un guichet départemental unique de l'offre et de la demande de logements adaptés dédiés afin de mettre en place un dispositif opérationnel durant la période d'application du présent schéma.

Action n° 3

Développer la communication autour du logement adapté ou adaptable grâce à la mise en place d'un guide méthodologique à destination des professionnels, des communes et des particuliers.

Action n° 4

Repenser l'évaluation du besoin de la personne et optimiser le financement de l'adaptation du logement au regard de la nouvelle prestation de compensation, en utilisant notamment les nouvelles compétences territorialisées en ergonomie au sein des équipes médico-sociales et de la maison départementale des personnes handicapées de l'Isère (MDPHI).

Action n° 5

Anticiper la demande et les besoins d'adaptation du logement par territoire.

Les moyens

- définir le logement adapté en travaillant avec les bailleurs sociaux, les partenaires du handicap et les territoires sur des objectifs qualitatifs et quantitatifs,
- élaboration d'un guide méthodologique,
- clarifier la mobilisation des financements.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

CGI/Territoires

MDPHI

Principaux partenaires

Bailleurs sociaux

Promoteurs immobiliers

PACT

CRAM

Secteurs associatif, mutualiste et public

Conseil régional

Communes et intercommunalité

UDCCAS

Evaluation des objectifs

- date de la mise en place du guichet unique départemental pour le logement adapté
- réalisation par le guichet départemental d'un tableau de bord annuel faisant apparaître :
 - l'offre existante de logements adaptés par territoire
 - la demande de logements adaptés ou la demande d'adaptation par territoire
 - le nombre de logements adaptés créés par territoire
 - les demandes d'adaptation satisfaites par territoire

Fiche action 2.3.1 :

Reconnaître et développer une politique sportive en direction des personnes handicapées

L'évolution

Depuis 1989, le Département a apporté un soutien financier en matière de sport adapté en faveur des enfants et adultes déficients intellectuels par l'inscription d'une participation dans les budgets de fonctionnement de foyers d'hébergement.

A partir de 2004 et afin de respecter les nouvelles dispositions réglementaires issues du décret financier du 22 octobre 2003, ces crédits ont été retirés des budgets de fonctionnement des établissements concernés afin d'identifier les moyens affectés au dispositif du sport adapté et de les attribuer sous forme de subvention au comité départemental du sport adapté.

Ainsi, une convention triennale (2004-2005-2006) a été établie entre le département de l'Isère et le Comité départemental de sport adapté (CDSA 38) avec notamment pour objectif de favoriser l'épanouissement des personnes en situation de handicap intellectuel avec ou sans troubles associés, grâce aux pratiques physiques et sportives.

Les constats

La convention a été établie en 2004 au titre de la politique d'action sociale « handicap ».

Il est apparu un manque de convergence entre le sport adapté subventionné sur la politique du handicap et les associations oeuvrant dans le domaine du handicap moteur telles que «handisport » subventionnées sur la politique du sport du Conseil général de l'Isère.

Dans un souci de renforcer la cohérence des politiques de sport de droit commun en faveur des personnes handicapées en Isère, il a été convenu de rattacher dès 2006 le dispositif du sport adapté à la politique du sport.

Les actions

Action n° 1

Transférer l'action médico-sociale du sport adapté sur la politique du sport du Conseil général de l'Isère afin d'apporter une cohérence départementale de politique sportive en faveur des personnes handicapées, quel que soit le handicap.

Action n° 2

Définition de critères communs pour le subventionnement des associations sportives quelle que soit la nature du handicap, dans le respect d'une coordination départementale des dispositifs sportifs.

Action n° 3

Développer des actions de sport adapté dans le droit commun en tenant compte des besoins spécifiques de la personne en situation de handicap.

Action n° 4

Harmoniser la demande et l'offre en matière de pratique sportive sur l'ensemble des territoires.

Les moyens

- regroupement du suivi des dispositifs sportifs au sein d'une même direction des services du département,
- établissement de conventions entre le sport adapté et Handisport avec les collectivités locales

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/Direction de l'éducation et de la jeunesse/DSA

Principaux partenaires

Secteur associatif

Collectivités locales

Jeunesse et sports

Evaluation des objectifs

- nombre de conventions établies.

Fiche action 2.3.2
Favoriser et développer l'accès aux loisirs

L'évolution

Le premier schéma prévoyait la promotion et le renforcement des possibilités d'accueil, d'activités et de loisirs à la journée des adultes handicapés en apportant des réponses de proximité géographique. A ce titre, des créations de services d'activités de jour ont été réalisées. Le cadre pour l'accueil dans les nouveaux SAJ a été assoupli en offrant la possibilité de fréquenter le service à temps partiel.

Les SAJ proposent des activités de type occupationnel. Il sont encouragés à se rapprocher des organismes de droit commun offrant des possibilités d'ouverture sur l'extérieur pour la pratique de certaines activités. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont réaffirmé les droits des usagers. Les fondements législatifs de l'action sociale et médico-sociale intègrent des actions contribuant au développement social et culturel.

Les constats

L'accès aux loisirs est un droit pour tous qui peut s'exercer de manière individuelle ou collective sans lien nécessaire avec une prise en charge par un établissement ou service social ou médico-social.

Le loisir peut être un facteur d'intégration, de socialisation et de prise de responsabilité. Il favorise l'épanouissement de la personne en « non-travail ».

Les loisirs sont à considérer, de façon distincte, par rapport aux activités médico-sociales de type occupationnel proposées par les SAJ.

Pour y accéder certaines personnes handicapées, enfants ou adultes de tous âges, peuvent nécessiter un accompagnement particulier.

Les actions

Action n° 1

Développer l'accès des personnes handicapées aux actions de loisirs de droit commun en tenant compte des besoins spécifiques de la personne en situation de handicap.

Action n° 2

Assurer l'information et développer des actions de formation des personnels des structures de loisirs de droit commun pour l'accueil des personnes handicapées de tous âges.

Action n° 3

Encourager les structures (par exemple SAJ ou foyers) à prendre en compte les opérateurs de droit commun dans les réponses apportées aux personnes handicapées en lien notamment avec les politiques culturelles et de loisirs des communes.

Action n° 4

Engager une réflexion sur l'accès aux structures de loisirs des personnes handicapées, quel que soit le handicap :

- en terme de solvabilité,
- les nécessités d'adaptations spécifiques (accessibilité ou aménagements, éventuel accompagnement complémentaire en personnel).

Action n° 5

Soutenir une action expérimentale inter-associative en tenant compte des besoins.

Les moyens

- mettre en place une communication en direction des personnes handicapées et des structures de loisirs
- développer des actions de sensibilisation au handicap et des formations pour les personnels des structures de loisirs de droit commun
- établir des conventions de partenariat entre des structures sociales ou médico-sociales et des structures de droit commun
- utilisation des travaux des groupes de réflexion conduits au sein de l'ODPHI

Référents institutionnels chargés de la mise en œuvre :

- CGI – DSA

Principaux partenaires:

- ODPHI
- gestionnaires de structures
- secteurs associatif, culturel
- collectivités locales
- jeunesse et sports
- caisses d'allocations familiales
- MDPHI

Evaluation des objectifs :

- communication réalisée
- formations suivies par les personnels de centres de loisirs
- nombre de conventions établies
- conclusions de l'étude départementale sur l'accès des personnes handicapées aux structures de loisirs

Fiche action 2.4.1. :
Services d'accompagnement à la vie sociale

L'évolution

Le département de l'Isère s'est posé en pionnier des réponses médico-sociales à domicile, à travers notamment les services d'accompagnement à la vie sociale (800 places) dont le cadre d'intervention a été formalisé le 10 avril 1997 par la signature d'une charte avec les organismes gestionnaires. Ces services à caractère éducatif permettent notamment à des personnes handicapées d'acquérir ou de conforter leur autonomie à domicile. Le département de l'Isère a souhaité développer une offre plurielle et diversifiée en développant des réponses à tous les types de handicap : déficience intellectuelle, mais également cérébro-lésés, handicap psychique, moteur et sensoriel.

Les services d'accompagnement à la vie sociale ont été reconnus comme des services sociaux et médico-sociaux à part entière par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Toutefois, leurs missions doivent être redéfinies au regard des nouvelles fonctions des services d'aide et d'accompagnement à domicile reconnues réglementairement et de la nouvelle politique territoriale du Conseil général de l'Isère.

Sur le plan réglementaire, l'Etat a également créé de nouvelles catégories de services ambulatoires pouvant cumuler un accompagnement social, une assistance à domicile et des soins infirmiers (SAMSAH et services polyvalents d'aide et de soins à domicile), cumulant plusieurs types de financement à l'image des foyers d'accueil médicalisés (voir fiche SAMSAH).

Par ailleurs, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est désormais compétente pour les orientations en SAVS.

Le Département, grâce à ces services largement implantés depuis de nombreuses années en Isère, peut garantir sur tous les territoires le suivi de la prestation de compensation et des projets de vie des adultes handicapés.

Les constats

L'organisation actuelle des services d'accompagnement à la vie sociale, structurée selon une réponse par pathologie, a montré ses limites :

- disparités territoriales selon les pathologies (pas de couverture départementale sur tous les types de handicap)
- prise en compte insuffisante des besoins émergents (notamment handicap psychique)

Par ailleurs, la nomination des chefs de service autonomie au 1^{er} janvier 2006 et le redécoupage territorial doivent permettre au département d'ancrer son action médico-sociale en direction des personnes âgées ou adultes handicapées dans la réalité des territoires, en lien avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées et notamment la mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap. Compte tenu de leur rôle clé dans l'accompagnement des personnes handicapées à domicile, les services d'accompagnement à la vie sociale ont vocation à s'inscrire dans cette logique de proximité.

A compter du 1^{er} janvier 2006, un seul service d'accompagnement est désigné référent par territoire, pour tous les types de handicap sans distinction de pathologie. Elle s'effectue sur la base des propositions des associations gestionnaires et en fonction de leur ancrage territorial ou de leur capacité à répondre à tous types de handicap.

Par ailleurs, l'accompagnement à domicile des personnes lourdement handicapées doit prendre en compte les besoins de la personne dans sa globalité.

Les actions

Action n° 1

Formaliser les procédures d'admission et d'orientation par rapport à la commission des droits et de l'autonomie.

Action n° 2

Finaliser la territorialisation des services d'accompagnement à la vie sociale par la mise en œuvre du suivi par les SAVS et le contrôle par les chefs de service autonomie en lien avec la MDPHI.

Action n° 3

Distinguer les interventions des services d'accompagnement à la vie sociale par rapport aux interventions des services d'aide et d'accompagnement à domicile, par un recentrage sur des publics lourdement handicapés et en développant les possibilités de cumul.

Action n° 4

Favoriser le travail en réseau avec les autres partenaires des territoires et les familles (santé, établissements, services de protection ...). L'emploi, au regard des prérogatives de l'Etat, sera à décliner en concertation avec les services insertion des directions territoriales.

Les moyens

- assurer la formalisation des procédures d'admission, d'orientation et de suivi,
- formaliser les réseaux de partenaires de proximité.

Référents institutionnels chargés de la mise en œuvre

CGI/DSA/Territoires
MDPHI

Partenaires

Associations gestionnaires

Evaluation des objectifs

L'évaluation de ces actions sera basée sur les items suivants :

- procédures d'admission et d'orientation formalisées,
- suivi statistique assuré par les chefs de service autonomie en lien avec le pôle d'observation de la MDPHI, niveau de dépendance des personnes suivies par les services d'accompagnement à la vie sociale.

Fiche action 2.4.2. : Développer les services d'accompagnement et de soins/SAMSAH
--

L'évolution

Le décret 2005-223 du 11 mars 2005 fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement des SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) en vue de prendre en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent non seulement une assistance, un accompagnement social et un apprentissage à l'autonomie (missions des services d'accompagnement à la vie sociale), mais aussi des soins réguliers et coordonnés et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Les constats

L'évaluation du précédent schéma montre que l'organisation actuelle des services d'accompagnement à la vie sociale, structurée selon une réponse par pathologies a montré certaines limites dont la prise en compte insuffisante des besoins émergents, notamment handicap psychique.

Les actions**Action n° 1**

Créer des places de SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) selon les besoins par type de handicap en complémentarité avec les services d'accompagnement à la vie sociale et services d'aide et d'accompagnement à domicile sur Grenoble, Vienne et Bourgoin Jallieu (cf. fiche action services d'accompagnement à la vie sociale).

Les moyens

- base de programmation de 20 places par an, sur trois ans, dans le cadre des crédits PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie),
- garantie des financements par les partenaires compétents.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-DDASS
CGI-DSA

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- nombre de place créées
- nombre de personnes suivies
- durée des suivis

Fiche action 2.4.3. :
Soutenir la prise en charge en soins infirmiers à domicile

L'évolution

La troisième recommandation du premier schéma visait la problématique de l'accès aux soins infirmiers à domicile pour des personnes lourdement handicapées.

Deux réalisations ont été conduites :

- le dispositif expérimental coordonné «pour un meilleur accès aux soins infirmiers des personnes handicapées » porté par les Mutuelles de France Réseau
- puis « handiservice », service expérimental associant un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) spécifique (Mutuelles de France Réseau) et un service d'auxiliaires de vie (APF) destinés à soutenir les situations les plus délicates.

Les constats

La prise en charge paramédicale du handicap lourd est souvent complexe et doit être différenciée de la mise en place des autres aides humaines ou techniques. L'intervention pluridisciplinaire à domicile nécessite une évaluation fine des différents besoins de la personne, une formation spécifique et une coordination des intervenants respectant le projet de vie de la personne.

Les dispositifs expérimentaux ont permis de mieux connaître les besoins et les réponses nécessaires. Ils ont aujourd'hui atteint leurs limites et doivent être renforcés.

Les actions

Action n° 1

Renforcer l'évaluation pluridisciplinaire des besoins des personnes, en soins et/ou en aides, en lien avec la MDPH dont l'équipe doit comprendre du personnel infirmier compétent dans le champ du handicap. En Isère, un partenariat par voie conventionnelle s'effectuera dès 2006 entre le réseau RÉSia et la MDPHI afin de réaliser cette démarche par une prestation externalisée.

Action n° 2

Organiser des réponses en soins à domicile adaptées au projet de vie des personnes, à leurs besoins évalués. Ces réponses devront être articulées avec l'ensemble des intervenants.

Action n° 3

Développer l'identification ou la création de places spécifiques « handicap » au sein des SSIAD du département.

Action n° 4

Compléter la filière des soins infirmiers à domicile en créant une structure permettant des prises en charge particulièrement lourdes et complexes (transformation du SSIAD en MAS externalisée).

Action n° 5

Accompagner la transformation du dispositif expérimental en «réseau de santé » (projet RÉSia 38) afin de :

- mieux répondre aux besoins des personnes très dépendantes,
- accompagner les professionnels dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans ces prises en charge, (relais, coordination, formation, référentiels...)
- prévenir les hospitalisations évitables ou inutilement prolongées

- soutenir le retour des hospitalisations en lien avec l'ensemble du dispositif

Les moyens

- intégrer du temps de personnel infirmier dans l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH,
- mise en place de plans d'aides adaptés aux besoins des personnes avec une coordination des intervenants,
- tarification adaptée des SSIAD pour les populations les plus lourdement handicapées,
- reconnaissance du projet RéSia 38 (dossier CROSMS), financement de ce réseau (URCAM) et conventionnement avec la MDPH.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-DDASS-URCAM

Principaux partenaires

Gestionnaires de SSIAD

Secteurs libéral, mutualiste, associatif

MDPHI

**Fiche action 2.5.1. :
Compensation de la surdité sévère**

L'évolution

La politique publique de compensation de la surdité sévère est de construction récente.

Le décret du 19 décembre 2005 a ouvert le bénéfice de la prestation de compensation du handicap aux personnes adultes atteintes de surdité :

« Sans préjudice des moyens [en interprétariat] dont la mise en place incombe aux services publics [...], les personnes atteintes d'une surdité sévère, profonde ou totale, c'est-à-dire dont la perte auditive moyenne est supérieure à 70 dB, et qui recourent au dispositif de communication adapté nécessitant une aide humaine, sont considérées remplir les conditions qui permettent l'attribution, pour leurs besoins de communication, de l'élément de la prestation [de compensation du handicap] lié à un besoin d'aide humaine de 30 heures par mois sur la base du tarif fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées. »

Par ailleurs, en application de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, les activités d'interprétariat en langue des signes relèvent désormais de l'agrément qualité, en vertu du décret du 29 décembre 2005 :

*"Les activités de services à la personne à domicile [...] au titre desquelles les associations et les entreprises sont agréées en application de l'article L. 129-1, sont les suivantes : [...] 10o Assistance aux personnes handicapées, y compris les **activités d'interprète en langue des signes, de technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété**" ;*

Ces services sont soumis à un cahier des charges, qui pose notamment une exigence d'accompagnement social.

Les constats

Le groupe de travail « surdité » de l'office départemental des personnes handicapées de l'Isère a présenté un pré-projet de création de centre ressource, avant la publication du nouveau cadre réglementaire. Ce projet soulève une double attente des personnes handicapées : l'accès à des prestations d'interprétariat pour accéder à la citoyenneté, et un accompagnement professionnel adapté à leur handicap sensoriel.

La construction de réponse se heurte à plusieurs difficultés :

- une connaissance statistique encore insuffisante au niveau départemental
- des formations longues en interprétariat en langue des signes ou pour technicien de l'écrit et de codeur en langage parlé complété (le plus souvent dispensées à un niveau maîtrise)

Par ailleurs, la possibilité d'offrir aux usagers un dispositif de communication adapté est une obligation légale pour les services publics, à la charge exclusive des institutions qui ont la responsabilité de la gestion de ces services. A ce titre, le Département doit faire en sorte que la maison départementale des personnes handicapées de l'Isère, premier service public pour la compensation du handicap, soit exemplaire en termes d'accessibilité au handicap sensoriel.

Les actions

Action n° 1

Améliorer la solvabilité de la demande par le biais de la prestation de compensation du handicap qui peut apporter une aide financière supplémentaire.

Action n° 2

Favoriser le développement de l'offre en services de communication adaptés avec agrément sur l'ensemble du département, en lien avec les facilités offertes par le plan pour le développement des services aux personnes.

Action n° 3

Favoriser l'accès aux métiers de la communication adaptée (interprétariat en langue des signes, écrit et codage en langage parlé complété), par le suivi statistique de l'offre.

Action n° 4

Optimiser le nombre d'heures mensuelles des bénéficiaires de la prestation de compensation en maîtrisant les tarifs proposés aux usagers, notamment par le biais des exonérations de charges patronales.

Action n° 5

Garantir l'accessibilité aux personnes sourdes de la MDPHI par des solutions de communication adaptées aux besoins des personnes atteintes de surdité.

Les moyens

- mise en place de plans d'aides adaptés à la surdité,
- reconnaissance et agrément pour les services compétents,
- mise en relation de la MDPH (étude statistique) et des organismes de formation et leurs financeurs,
- mise en place des services adaptés dans le cadre de l'accueil à la MDPH.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Délégué territorial de l'ANSP

Secteurs associatif, mutualiste et public

Collectivités locales

Evaluation des objectifs

- Volet opérationnel :
 - Exonérations de charges patronales obtenues ;
 - Services prestataires ou mandataires créés (évaluation en lien avec la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle).
- Volet études/développement :
 - Identification du nombre de personnes atteintes de surdité sévère par le biais du nombre de bénéficiaires de la PCH ;
 - Etablir un bilan à mi-parcours sur la couverture des besoins à l'échelle du territoire, en lien avec Vivial-ESP38 et le correspondant départemental de l'agence nationale des services aux personnes.

Fiche action 2.5.2. :
Améliorer et diversifier l'offre d'accueil et d'accompagnement pour
les personnes handicapées vieillissantes et âgées

L'évolution

Les recommandations et actions découlant du premier schéma départemental ont permis de réduire les clivages et favoriser des réponses initiant des décloisonnements institutionnels et culturels entre le handicap et la gérontologie.

Ainsi, par délibération en juin 2003, le Conseil général de l'Isère a permis par des mécanismes incitatifs, financiers et tarifaires de soutenir la création d'unités adaptées pour personnes handicapées âgées en EHPAD (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes).

La création en 2001 des services expérimentaux DEFIAGE et HANDIAGE a également contribué à mieux connaître les besoins des personnes handicapées vieillissantes en milieu ordinaire et institutionnel, et par des préparations et accompagnements relais vers des structures et services gérontologiques, d'identifier des réseaux opérationnels entre les acteurs départementaux du handicap et de la gérontologie.

Ces mêmes services se sont appuyés sur les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) et les antennes du dispositif Handicap Info 38 afin de renforcer le maillage territorial et transversal de leurs interventions.

Les constats

Néanmoins, ces dispositifs restent quantitativement insuffisants au regard de l'accroissement notable de l'espérance de vie des personnes handicapées.

L'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit par ailleurs que :

« Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation de handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ».

Nonobstant des missions dévolues actuellement aux SAVS pour personnes handicapées, cette convergence des dispositifs existants trouve également écho au titre des nouvelles compétences des conseils généraux en matière d'autorisation et de tarification des services d'aide à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées, avec une solvabilité renforcée de l'utilisateur (APA et PCH) et la généralisation du plan d'aide individualisé.

En matière d'évaluation individuelle, les outils existants destinés avant tout à graduer le niveau d'autonomie de la personne handicapée dans les gestes essentiels de la vie courante (cf. grille AGGIR) s'avèrent peu opérants en psycho-gériatrie et dans les situations de personnes atteintes de déficiences intellectuelles.

Les référentiels nationaux font encore aujourd'hui défaut dans ce domaine particulier.

Les actions

Les personnes handicapées vieillissantes et âgées doivent pouvoir continuer à bénéficier à la fois par des moyens de compensation spécifiques et par un meilleur accès aux dispositifs de droit commun, d'un accompagnement et d'un accueil adaptés à leurs situations, leurs besoins, leurs choix.

Action n° 1

Renforcer, dans le cadre des nouvelles missions confiées à la MDPH et des compétences transférées de coordination gérontologique départementale, l'information dans chaque territoire de l'Isère.

Action n° 2

Installer au sein de la MDPH en coordination avec les équipes pluridisciplinaires de cette instance et les pôles autonomie du Département une évaluation et une observation départementale continue des publics handicapés vieillissants et âgés.

Action n° 3

Adopter au plan départemental, des items d'évaluation au regard des pathologies et des spécificités des personnes handicapées vieillissantes et âgées en complément et dans le respect des dispositions réglementaires en matière de normes d'évaluation individuelle et d'élaboration de plans personnalisés de compensation de l'utilisateur.

Action n° 4

Améliorer la coordination et le suivi de réalisation du plan de compensation individuel de la personne handicapée vieillissante et âgée à domicile par la désignation dès 2006 d'un service d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés référent dans chaque territoire d'action sociale du Département.

Action n° 5

Développer l'offre auprès des opérateurs sociaux et promoteurs associatif et public des réponses adaptées en EHPAD.

Action n° 6

Garantir une prise en charge médicale et sociale en établissement spécialisé (type MAS) pour les personnes handicapées les plus dépendantes et éloignées d'une offre gérontologique adaptée.

Action n° 7

Rechercher les mécanismes financiers et tarifaires les plus appropriés afin d'amener d'une part une convergence organisationnelle de moyens (humain et matériel) auprès de la personne handicapée âgée en établissement, et assurer d'autre part une cohérence d'action des services ambulatoires du handicap et de la gérontologie en milieu ordinaire.

Action n° 8

Faciliter et renforcer les formations à caractère polyvalent du personnel du secteur gérontologique (établissement et domicile) dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées âgées.

Les moyens

- identification d'un guichet unique « autonomie » d'accueil par territoire,
- sensibilisation des équipes pluridisciplinaires et des services à l'accompagnement du projet de vie des personnes handicapées vieillissantes et âgées,
- grille d'évaluation partagée adaptée au public handicapé vieillissant et âgé,
- désignation, dès 2006, d'un service d'accompagnement à la vie sociale pour personnes handicapées référent par territoire,
- création d'unités spécifiques pour personnes handicapées âgées en EHPAD.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Gestionnaires des établissements et services PA et/ou PH

Conseil régional pour la formation

Evaluation des objectifs

- taux d'équipements par territoire de l'offre adaptée d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées âgées,
- bilan d'activités annuel des contrats d'objectifs et de moyens des services d'accompagnements à la vie sociale référents et des services d'aide à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées,
- installation et phasage opérationnel des dispositifs d'information, d'évaluation, d'orientation et de suivi des personnes handicapées vieillissantes et âgées au sein de la MDPH,
- suivi du plan de formation du personnel des établissements et des services accueillant des personnes handicapées âgées,
- création de places de MAS pour permettre le maintien en MAS pour les personnes handicapées les plus dépendantes,
- tarification adaptée au vieillissement pour les types de prise en charge
- plan de formation des personnes d'accompagnement au vieillissement et à la meilleure connaissance du handicap.

AXE 3 – Les modes d'accueil alternatif

La loi du 2 janvier 2002 a élargi la palette de prise en charge des personnes handicapées. Depuis la loi de 1975, l'organisation du secteur médico-social est passée progressivement d'une logique d'équipement à une logique de projet individualisé qui consiste à adapter et articuler les moyens à disposition, sur un territoire donné, autour d'un projet éducatif singulier.

C'est dans cette perspective d'évolution que davantage de souplesse est à introduire dans le système de prise en charge en faveur des adultes handicapés en diversifiant les modes d'accueil notamment en accueil de jour, temporaire, séquentiel ...

Les modes alternatifs de prise en charge peuvent prendre des formes diverses pour répondre à des situations handicapantes et à des attentes différentes, soit :

- développer la vie sociale des personnes handicapées vivant à domicile en leur proposant des activités occupationnelles de jour,
- offrir une phase transitoire pour préparer un projet de vie,
- proposer un « répit » pour la personne handicapée, la famille ou les professionnels pour éviter des crises en prévoyant la possibilité de séjours de rupture,
- faire face à des situations d'urgence ...

Les modalités de ces formes d'accueil sont à définir de façon précise et ne doivent pas être utilisées par défaut en attente de places d'accueil permanent mieux adaptées. Les besoins d'écoute et de soutien des familles sont à prendre en compte.

Accueil familial

Ce dispositif présente l'intérêt de garder des liens tissés avec un environnement antérieur offrant un cadre familial sécurisant.

Accueil temporaire

Concernant l'hébergement temporaire, ce type d'accueil devra évoluer compte tenu de sa définition relativement récente établie par le décret du 17 mars 2004.

Ce type d'accueil correspond à une attente forte des usagers et de leurs familles et peut constituer dans le projet de vie de la personne, une prévention de l'institutionnalisation et aussi un facteur de développement.

Accueil à la journée en services d'activités de jour

Ce mode de prise en charge a été mis en place en Isère, au cours des années 1980 pour accueillir d'une part les personnes ne pouvant plus assumer le travail en établissement d'aide par le travail en raison de leur fatigabilité, leur âge ... et d'autre part, les jeunes adultes sortant d'instituts médico-éducatifs nécessitant un temps d'adaptation supplémentaire pour être admis en établissement d'aide par le travail.

L'accueil en SAJ est subordonné à une orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Depuis le 1^{er} janvier 2003, il ne donne pas lieu à constitution d'un dossier de demande d'admission à l'aide sociale. Les frais de fonctionnement de la structure sont financés par le département sous forme de dotations globalisées annuelles.

La personne handicapée accueillie en SAJ prend en charge ses frais de repas, de loisirs et de transport et en revanche, ne reverse aucune contribution au département.

Le département de l'Isère dispose à ce jour de 398 places de services d'activités de jour correspondant à une masse budgétaire 2005 d'environ 5 800 000 € intégrant le financement d'un effectif de personnel de l'ordre de 112 postes équivalent temps plein.

Les places se répartissent comme suit pour 2005 :

Agglomération grenobloise	194
Bièvre Valloire	20
Grésivaudan	
Haut Rhône Dauphinois	
Isère rhodanienne	50
Matheysine	17
Oisans	
Porte des Alpes	30
Sud Grésivaudan	
Trièves	
Vals du Dauphiné	37
Vercors	
Voironnais Chartreuse	50
Total	398

Afin de mieux cerner les conditions de fonctionnement des services d'activités de jour, le Conseil général de l'Isère a conduit sur 2004 dans le cadre du groupe de travail «accueil à la journée des personnes adultes handicapées» une enquête descriptive sur l'accueil en SAJ en Isère avec comme objectifs :

- description de la population fréquentant les SAJ en terme d'âge, de sexe, de domicile, d'environnement ...
- recenser les activités réalisées dans le cadre des SAJ, les besoins, les demandes et l'attente pour entrer en SAJ,
- la proximité géographique de la résidence et du SAJ,
- le voisinage des structures,
- connaître le parcours antérieur de la personne handicapée avant l'entrée en SAJ,
- apprécier les désirs d'évolution des personnes accueillies en SAJ, la place de cet accueil dans la vie d'une personne handicapée (c'est-à-dire, le SAJ vu comme une étape dans un parcours ou comme un objectif propre),
- classer la population accueillie selon des critères d'autonomie.

L'analyse a été conduite sur la base de questionnaires institutionnels pour chaque unité d'accueil et de questionnaires individuels.

A partir des questionnaires institutionnels, des caractéristiques ont été sélectionnées pour définir un critère qualité, soit :

- propositions d'activités diversifiées à l'intérieur et à l'extérieur du SAJ (avec le personnel et des prestataires extérieurs),
- moyens de transports variés et adaptés aux personnes accueillies dans les établissements,
- aucune contrainte de sécurité liée à l'exploitation du bâtiment (route, rivière à proximité de la structure),
- accessibilité aux fauteuils roulants,
- espaces extérieurs propres au SAJ.

Seules 3 structures remplissent tous ces critères.

Les questionnaires individuels se sont présentés en quatre parties concernant :

- les caractéristiques de l'individu et son évolution,
- la fréquentation du SAJ et l'emploi du temps quotidien de la personne handicapée accueillie ainsi que la nécessité éventuelle de sa réorientation,
- caractéristiques du handicap de la personne accueillie afin d'évaluer le type de handicap et le niveau d'autonomie,
- suivi médical de la personne interrogée (son handicap réel, les causes de ce handicap ...).

CONCLUSION DE L'ETUDE

Cette étude réalisée à partir de données recueillies auprès de 16 unités de services d'activités de jour du département de l'Isère, a permis de réaliser différents constats.

Tout d'abord, l'analyse du questionnaire institutionnel a fait ressortir peu d'unités présentant les 5 critères de qualité. Ce sont des établissements d'accueil de jour qui proposent des activités diversifiées, à l'intérieur du SAJ (activités artistiques, domestiques, techniques ...) et à l'extérieur (activités sportives, culturelles, de socialisation, avec animaux ...). Ils sont faciles d'accès puisque les transports sont variés et les locaux sont adaptés aux fauteuils roulants. De plus, il n'ont pas de contraintes de sécurité liées à l'environnement du bâtiment (route, rivière ...).

De l'examen des questionnaires individuels, il ressort que 42,9 % des personnes accueillies en SAJ sont lourdement handicapées, demandant une surveillance particulière de la part des éducateurs. Par ailleurs, le pourcentage de personnes autonomes s'élève à 11,1 %. Concernant la situation professionnelle des personnes accueillies en SAJ, la majorité est dans le hors travail (77 %), c'est-à-dire que ce sont des personnes qui ne se situeront probablement jamais dans le monde professionnel.

L'analyse croisée fait ressortir deux populations dans les SAJ, celles des personnes à « handicap lourd » et celle des autonomes. En effet, les personnes à soutenir fortement ont une capacité de déplacements extérieurs limitée alors que les autonomes sont plus à l'aise à l'extérieur.

En matière de « fausse route », 34 % des personnes lourdement handicapées sont exposées à ce risque alors que les personnes les plus autonomes sont très peu concernées.

Pour la prise des médicaments, la totalité des personnes lourdement handicapées doit être aidée pour la préparation et la prise. Par contre, 37 % des autonomes accomplissent cette tâche sans aide.

Néanmoins, 63 % des autonomes sont en nécessité éducative (éducation concernant des tâches courantes, quotidiennes).

Enfin, l'analyse de la lourdeur du handicap selon les SAJ a fait ressortir 2 types d'accueil principaux :

- un accueil de population homogène,
- un accueil polyvalent.

Par ailleurs, il convient de souligner la présence de deux types de fonctionnement de ces structures ; les plus anciennes accueillant les personnes 5 jours par semaine et les plus récentes proposant un accueil séquentiel représentant au minimum 2,5 jours.

Cette étude a permis de confirmer que les SAJ répondent à un réel besoin. Il ressort la nécessité d'adapter qualitativement l'offre compte tenu de la diversité des projets de vie personnalisés à prendre en considération pour répondre à tous types de handicap.

**Fiche action 3.1. :
Favoriser et adapter l'accueil familial à titre onéreux des personnes handicapées**

L'évolution

Dispositif alternatif entre le maintien à domicile et l'hébergement en établissement, l'accueil familial propose à la personne handicapée de maintenir des liens tissés avec un environnement antérieur tout en offrant un cadre familial sécurisant.

L'agrément des familles d'accueil relève au sens de l'article L 441-1 du code de l'action sociale et des familles de la compétence du Président du Conseil général de l'Isère.

Les missions qui en découlent sont assurées par les services administratifs du Conseil général ainsi qu'avec la participation de l'association de santé mentale de l'Isère pour l'office médico-social de réadaptation (ASMI-OMSR).

Pour rappel, le Conseil général de l'Isère disposait au 31/12/2005 de 107 familles d'accueil pour 123 personnes handicapées accueillies.

Les constats

Le dispositif de l'accueil familial à titre onéreux de personnes handicapées connaît des difficultés pour ajuster l'offre des accueillants agréés à la demande des personnes handicapées iséroises.

Les actions

Action n° 1

Développer l'accueil familial temporaire ou séquentiel sur l'ensemble du département.

Action n° 2

Développer la formation proposée aux accueillants familiaux de l'Isère afin de garantir l'efficacité du dispositif d'accueil familial social.

Action n° 3

Permettre aux accueillis de réaliser leur projet de vie avec le soutien de l'ASMI/OMSR et en collaboration avec les services territorialisés du Conseil général de l'Isère.

Action n° 4

Réformer la procédure d'enquête en mettant plus en évidence les conditions d'accueil et le profil de la famille d'accueil au titre du renforcement de la démarche qualité.

Action n° 5

Promouvoir le métier d'accueillant familial en relation avec les associations de familles d'accueil.

Action n° 6

Elargir la réflexion sur l'accueil familial pour personnes adultes au regard de la politique départementale d'accueil familial des enfants.

Les moyens

- conventionnement entre l'accueil familial et les établissements sociaux et médico-sociaux,
- programmation de la formation des accueillants dès 2006,
- rédaction de nouvelles fiches d'enquêtes sociales et médico-sociales définissant des normes-qualité et donnant une référence à la commission de retrait d'agrément,
- mise en place d'une fiche d'information sur le métier d'accueillant familial,
- organisation de la complémentarité entre l'association ASMI/OMSR et les nouveaux services autonomie des territoires CGI.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA/DEF

MDPHI

Principaux partenaires

Association ASMI/OMSR

Associations des familles d'accueil

Association d'usagers et de leur famille

Organismes de formation

Gestionnaires de structures

Evaluation des objectifs

- nombre de projets de vie mis en place
- nombre d'accueillants familiaux formés
- nombre de conventions conclues avec les établissements sociaux et médico-sociaux pour développer l'accueil familial temporaire ou séquentiel

Fiche action 3.2. :
Favoriser et adapter l'accueil temporaire pour les personnes adultes handicapées

L'évolution

L'accueil temporaire s'appuie sur l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il est défini par le décret n° 2004-231 du 17 mars 2004.

Par circulaire du 12 mai 2005, sont présentées les différentes formes que peut prendre l'accueil temporaire et leurs modalités de mise en œuvre.

Les constats

Certaines places d'hébergement temporaire ou de dépannage sont actuellement recensées dans les établissements d'hébergement pour adultes handicapés isérois.

Le règlement départemental d'aide sociale de l'Isère prévoit actuellement :

- « En cas d'hébergement temporaire d'une durée, consécutive ou non, inférieure à six mois par année civile, la procédure d'admission à l'aide sociale et les modalités de prise en charge sont les mêmes que pour un hébergement permanent. Toutefois, la commission d'admission à l'aide sociale peut, sur justificatifs, réduire la contribution du bénéficiaire pour tenir compte des charges qu'il continue à supporter à son domicile ».

- « Sont dénommées chambres de dépannage, les places réservées à l'accueil d'urgence ou à des stagiaires. L'admission et la prise en charge par le Département ne nécessitent ni orientation de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, ni décision de la commission d'admission : elles sont décidées par le Président du Conseil Général après avis du médecin conseil de l'aide sociale. La durée du séjour en chambre de dépannage est limitée à un mois renouvelable une fois. Aucune contribution n'est réclamée au résident pendant cette période. Toute place permanente vacante peut occasionnellement être utilisée comme place de dépannage ».

Ce mode de prise en charge innovant présenté comme une évolution de l'offre au sein du secteur médico-social peut être considéré comme une alternative à l'hébergement.

Les actions

Action n° 1

Redéfinir au plan départemental les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'accueil temporaire en apportant des modifications aux dispositions du règlement départemental d'aide sociale (RDAS) et en s'appuyant sur une analyse des attentes des usagers et de leurs familles.

Action n° 2

Développer des places d'accueil temporaire au sein des établissements d'accueil permanent en foyer d'hébergement, foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé (avec l'Etat) au vu de l'analyse des besoins et attentes effectuée en préalable.

Action n° 3

Clarifier les modalités de tarification de l'accueil temporaire.

Action n° 4

Définir au sein de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), les mécanismes décisionnels d'orientation en accueil temporaire.

Action n° 5

Réfléchir à un projet expérimental de structure d'hébergement spécialement dédiée à l'accueil temporaire en lien avec l'ODPHI (office départemental des personnes handicapées de l'Isère).

Les moyens

- identification des places d'accueil temporaire existantes,
- évaluation des besoins en places d'accueil temporaires,
- modification des dispositions règlement départemental d'aide sociale (RDAS),
- définition des mécanismes décisionnels d'orientation en accueil temporaire,
- définition des modalités de tarification.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Services de l'Etat (pour les structures médicalisées)

Principaux partenaires

ODPHI

Gestionnaires de structures

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- révision des dispositions du règlement départemental d'aide sociale.
- évolution du nombre de places d'hébergement temporaire.

**Fiche action 3.3. :
Améliorer l'accueil à la journée
des personnes adultes handicapées**

L'évolution

Le premier schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées a permis d'élargir l'accueil de jour à tous les types de handicap.

- Transformation d'un accueil de jour associatif en service d'activités de jour habilité à l'aide sociale pour tout type de handicap sur le territoire de Bièvre Valloire
- Création d'un service d'activités de jour sur le territoire de l'agglomération grenobloise pour handicapés psychiques réparti sur deux sites
- Création d'un service d'activités de jour sur le territoire de l'agglomération grenobloise pour handicapés physiques
- Création d'un service d'activités de jour sur le territoire de l'agglomération grenobloise pour personnes autistes

Les usagers de ces services ont par ailleurs bénéficié d'un cadre souple pour leur accueil, avec la possibilité de ne fréquenter le service qu'à temps partiel.

Les constats

La couverture géographique des services d'activités de jour reste encore inégale entre les différents territoires de l'Isère, alors que l'accueil à la journée est par nature une réponse de proximité.

Les ressortissants de certains territoires sont encore dépourvus de solution d'accueil de proximité à la journée, comme le Grésivaudan, Sud Grésivaudan (projet en cours). D'autres territoires disposent de services d'activités de jour, mais leur installation matérielle fait obstacle à l'accueil de certains usagers.

Par ailleurs, les nouveaux services d'activité de jour sont fréquemment en sous-activité, conséquence notamment de la souplesse dans les modes d'accueil. La sous-activité et l'absence d'outils de contrôle sur cette activité constituent un frein à la diversification des modes d'accueil.

Les actions

Action n° 1

Permettre aux services d'activités de jour existants de répondre à tous les types de handicap, notamment par la rénovation et la mise en accessibilité des locaux.

Action n° 2

Favoriser l'organisation d'activités sur des lieux externalisés ou dans les locaux disponibles en journée sur les foyers d'hébergement sans remettre en cause le mode de fonctionnement des foyers d'hébergement (de 17 heures à 9 heures en semaine, en continu en fin de semaines et sur les périodes de fermeture des établissements ou services d'aide par le travail).

Action n° 3

Répondre aux besoins non satisfaits des territoires dépourvus de service d'activités de jour.

Action n° 4

Développer l'accueil séquentiel notamment en assurant une pleine activité contrôlée des services d'activités de jour et encourager la démarche qualité de ces services.

Action n° 5

Prendre en compte les opérateurs de droit commun dans les réponses apportées aux personnes adultes handicapées ne nécessitant pas un service social ou médico-social et faciliter l'accès des personnes adultes handicapées à ces structures.

Action n° 6

Réinterroger dans le cadre du financement public de tarification du Conseil général de l'Isère et au regard de l'enquête départementale 2004 des services d'activités de jour, les associations et établissements publics gestionnaires de ces structures sur leur politique patrimoniale et architecturale.

Les moyens

- programmation des rénovations et des créations de structures sur les territoires non pourvus et au vu des besoins,
- établissement de conventions entre les SAJ et les opérateurs de droit commun,
- tableau de bord démarche qualité.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

Principaux partenaires

Gestionnaires de structures.
Secteurs associatif, mutualiste, public.
Prestataires de droit commun.

Evaluation des objectifs

- Nombre de places créées (ou redéployées) en services d'activités de jour.
- Evolution du taux d'occupation des services d'activités de jour.
- Nombre de conventions passées entre les services d'activités de jour et les opérateurs de droit commun sur un territoire identifié.
- Nombre de structures rénovées ou/et mises en accessibilité.

AXE 4 – L'accueil en établissement pour adultes

L'OFFRE

L'offre d'accueil en établissement pour personnes handicapées se répartit sur les types de structures suivants :

Foyer d'hébergement et foyer logement

Le foyer d'hébergement accueille en fin de journée et en fin de semaine, les personnes handicapées travaillant en établissement de travail protégé ou accueillies en service d'activités de jour. Il peut prendre la forme d'un foyer logement pour les personnes handicapées de meilleur niveau pouvant tendre vers une plus grande autonomie.

Foyer de vie

Il accueille de façon permanente des personnes adultes lourdement handicapées qui disposent d'une autonomie réduite ne justifiant pas leur admission en maison d'accueil spécialisée (MAS), mais qui ne sont pas aptes à exercer un travail productif. Cette structure n'est pas médicalisée.

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Il accueille des adultes lourdement handicapés ne justifiant pas la prise en charge complète par la sécurité sociale, mais néanmoins une médicalisation. L'hébergement est à la charge du département au titre de l'aide sociale et le soin à la charge de l'assurance maladie (forfait soins).

Maison d'accueil spécialisée (MAS)

Financée par l'assurance maladie, elle accueille des adultes très lourdement handicapés, nécessitant une surveillance et des soins constants.

L'ensemble de ces établissements représente un budget annuel 2005 de l'ordre de 63 millions d'euros intégrant le financement d'environ 1 200 postes équivalents temps plein pour l'hébergement relevant de la compétence du département (foyer d'hébergement, foyer logement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé) et de l'ordre de 14 millions d'euros pour 375 postes équivalents temps plein pour les soins relevant de la compétence de l'Etat (soins en foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisé).

Capacité 2005 des établissements assurant l'hébergement des personnes handicapées

Territoire	Foyer d'hébergement	Foyer logement	Foyer de vie	Foyer d'accueil médicalisé	MAS
Agglomération grenobloise	258	114	102	40	40
Bièvre Valloire	36		40	0	
Grésivaudan			28	30	48
Haut Rhône Dauphinois					
Isère Rhodanienne	109	19			40
Matheysine	39	17			
Oisans					
Porte des Alpes	75	6	13	35	
Sud Grésivaudan	13	26	132	35	
Trièves			38		
Vals du Dauphiné	93	10	69	44	
Vercors					
Voironnais Chartreuse	75	10	123	160	
Total	698	202	545	344	128

Les services de l'Etat ont fait connaître leurs orientations en matière d'accueil et d'hébergement par courrier de Monsieur le Préfet de l'Isère en date du 28 décembre 2005 adressé à Monsieur le Président du Conseil général de l'Isère retraçant notamment l'offre en 2005, soit :

Malgré les équipements réalisés au cours du schéma précédent et jusqu'à 2005, l'Isère connaît encore des taux d'équipements en structures pour adultes handicapés inférieurs à la moyenne régionale et nationale.

Pour les MAS et les FAM

2005	Taux d'équipement Isère	Taux Rhône Alpes	Taux national
MAS	0,16	0,48	0,51
FAM	0,36	0,45	1,46
MAS/FAM cumulé	0,92	1,15	

Le coût à la place de ces structures est plus élevé dans l'Isère qu'au niveau régional.

Pour les FAM

Coût à la place en Isère : 22 534 €(BP 2005)

Moyenne régionale : 20 000 €

A noter que l'Isère disposant de deux MAS seulement jusqu'en 2005, les FAM accueillent des personnes lourdement handicapées (comme le montre l'enquête de besoins réalisée en 2005 pour le présent schéma).

Pour les MAS

Jusqu'à l'ouverture en juillet 2005 de la MAS de St Ismier, l'Isère ne comptait que deux MAS qui accueillent des déficients mentaux avec troubles associés représentant 80 places pour tout le Département. L'ouverture en 2005 de la MAS de St Ismier destinée aux personnes lourdement handicapées prises en charge jusqu'alors par le secteur sanitaire (CHU de Grenoble), permet un hébergement de bien meilleure qualité et un accompagnement notamment éducatif beaucoup plus adapté. Le coût à la place en Isère est un des plus élevés de la région : 63 700 €pour une moyenne régionale 2005 de 61 000 €

Critique de l'existant

- Insuffisance des équipements par rapport aux besoins du fait d'un manque de porteurs de projets au cours des dernières années et d'une réelle difficulté dans le domaine du foncier (disponibilités inexistantes sur l'agglomération) ; les créations qui ont résulté de transformation de lits sanitaires, si elles ont permis une amélioration de la prise en charge, n'ont pas toujours entraîné un accroissement net des capacités.

- Inadéquation entre les agréments et les personnes accueillies ainsi que les moyens en place : paradoxalement, les FAM accueillent des personnes plus lourdement handicapées que les MAS et sont plus médicalisés. Certains foyers de vie mériteraient d'être médicalisés compte tenu des personnes accueillies ; par contre, les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés en CAT sont insuffisants.

- La part des personnes de plus de 60 ans dans les établissements pour adultes s'accroît du fait de l'absence de lieux d'accueil adaptés (les EHPAD ne correspondant pas à la prise en charge requise et de toutes façons ne disposent pas de places disponibles).

- Certains établissements ont une taille insuffisante pour garantir une prise en charge de qualité (exemple FAM de 10 places).

- Difficulté dans les zones limitrophes du département qui mériterait une approche interdépartementale des besoins (exemple autour de Vienne).
- Concertation insuffisante sur les secteurs entre structures pour enfants et structures pour adultes alors que les premières accueillent par dérogation des personnes de plus de vingt ans.

Les besoins, objectifs et préconisations sont pris en compte dans les fiches actions.

L'approche qualitative

Référentiel autisme

Avec une volonté de définir des « bonnes pratiques » et les conditions de qualité des projets d'établissements et services, le conseil général de l'Isère a conduit sur 2004-2005 un travail d'élaboration d'un référentiel pour la prise en charge des adultes autistes.

Ce document intégré dans les travaux préparatoires, élaboré avec l'appui du CREA Rhône-Alpes (centre régional d'étude et d'action sur les handicaps et les inadaptations), servira de base à l'élaboration de nouveaux projets d'établissements ou services à destination d'adultes souffrant d'autisme. Son utilisation sera étendue au domaine de l'accueil des personnes adultes lourdement handicapées en structures médico-sociales. Il pourra également servir de support à l'évaluation interne de la qualité des actions d'accompagnement et d'accueil des personnes atteintes d'autisme.

Cet outil tend vers les principes fondamentaux de la loi du 2 janvier 2002 avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins des usagers par une approche qualitative. Il est appelé à évoluer en s'enrichissant des expériences des usagers et des opérateurs de terrain.

En développant le partenariat avec l'ensemble des acteurs, associations et professionnels isérois de l'autisme dans un souci partagé de l'amélioration de l'offre et de l'accueil des personnes adultes souffrant d'autisme, le Département a initié une démarche qualité pouvant s'étendre à l'ensemble des structures d'accueil de personnes lourdement handicapées.

Appels à projets

Afin d'améliorer la transparence décisionnelle, le conseil général de l'Isère prévoit la mise en publicité d'appels à projets pour les créations d'équipements pour adultes lourdement handicapés, procédure qui pourrait aussi s'appliquer pour la création de structures d'hébergement de type foyer d'hébergement.

Sur la base de la programmation qui sera adoptée par le conseil général de l'Isère, des appels à projets seront lancés selon les modalités suivantes, restant en conformité au référentiel isérois construit pour l'accueil des adultes autistes :

- Principes généraux

Le candidat doit répondre à un cahier des charges en fonction de critères conditionnant la délivrance d'une autorisation de création ou d'extension pour un type d'établissement défini et une zone géographique concernée (un ou plusieurs territoires).

a) Un projet d'établissement garantissant la qualité de vie et le respect de la dignité de la personne

Le projet d'établissement doit promouvoir l'autonomie de la personne et favoriser le maintien des liens familiaux ou de proximité afin que la personne handicapée puisse exercer, autant que faire se peut, l'exercice de sa citoyenneté.

Le promoteur doit présenter un projet d'établissement qui aborde aussi bien la dimension collective qu'individuelle. Ce projet doit traiter, sur les plans collectif et individuel, les problématiques de l'accueil, de l'animation et du soin.

Les missions d'accompagnement et d'assistance dans les actes de la vie courante l'emportent sur la simple notion du gîte et du couvert.

Un projet de vie et de soin individuel doit être élaboré pour chaque résident. L'élaboration de ce projet implique une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs familles.

Il doit présenter par écrit les principes éthiques et déontologiques qui seront scrupuleusement respectés dans l'établissement afin de lutter contre tout phénomène de maltraitance.

Ce projet doit préciser les moyens mis en œuvre par l'établissement afin d'assurer les diverses fonctions complémentaires telles que l'information, le conseil, la prise en charge médicale, l'orientation, la formation, la médiation et la compensation du handicap.

Ce projet doit également préciser les moyens mis en œuvre pour respecter la dignité des personnes, leur intégrité, leur vie privée, leur intimité et leur libre choix, tout en garantissant leur sécurité.

Il doit énoncer les règles mises en œuvre pour respecter la confidentialité des informations reçues et le libre accès à ces dernières pour l'usager.

Tous ces principes fondamentaux concourant à une prise en charge de qualité doivent être consignés dans les documents remis à la personne accueillie (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, charte des droits et libertés de la personne accueillie).

Un exemplaire de chaque document fait partie du dossier à remettre par le promoteur pour répondre à l'appel à projets.

Le promoteur doit préciser la façon dont il prévoit la constitution du conseil de la vie sociale.

b) Un établissement conçu pour mettre en adéquation la réponse aux besoins de la population accueillie avec les moyens qui lui sont alloués

Adéquation entre la population accueillie, le projet d'établissement et la catégorie d'établissement au titre de laquelle les moyens financiers sont prévus.

La définition de l'établissement et la population attendue au sein de la structure afin de répondre au présent critère est précisée dans la rédaction de l'appel à projets.

c) Un établissement conçu en unités de vie

Des projets spécifiques à la population accueillie doivent être mis en œuvre par unité de vie. Cette capacité d'unité de vie a vocation à s'intégrer dans une conception architecturale alliant capacité globale et équilibre économique du projet à rechercher.

Les projets individuels de vie et de soin doivent être compatibles entre eux au sein d'une même unité.

d) Un établissement répondant aux besoins de la population sur les plans architectural et de concept de vie

La structure doit faire preuve d'initiative et d'innovation afin de favoriser :

- le maintien du lien social entre la personne accueillie, sa famille, ses relations et l'environnement extérieur,
- l'intimité,
- le confort (insonorisation) ,
- la sécurité,
- l'hygiène,
- la séparation lieu de vie quotidienne/lieu d'activité,
- identification d'un lieu de contenance et d'un lieu de rassemblement,
- l'évolution possible du projet.

Sont à préciser, notamment, l'implantation de la structure, son accessibilité, son adaptation au handicap, sa capacité à développer toutes actions ou relations partenariales permettant de répondre aux besoins des personnes handicapées et au maintien de leur autonomie ou à leurs potentialités, l'organigramme de personnel prévu ...

La notion de développement durable est à prendre en compte.

e) Garanties présentées par le promoteur

Les références du promoteur, ses réalisations antérieures et la cohérence du projet présenté sont prises en considération.

Une évaluation des activités et de la qualité des prestations est prévue afin de lutter contre la maltraitance, de mettre en exergue les bonnes pratiques professionnelles et de s'assurer de la qualification des agents.

Le coût du fonctionnement doit être en proportion avec le service rendu. Ce coût doit être compatible avec les dotations limitatives de crédits. Le principe de convergence repris dans la délibération de l'assemblée départementale concernant les modalités de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux est à respecter pour les structures relevant de la compétence départementale.

f) Un établissement ouvert à la vie sociale

L'établissement doit participer à l'action sociale et médico-sociale de proximité et aux activités de droit commun sur le territoire en s'adaptant aux spécificités locales. La coordination avec les acteurs locaux est indispensable.

Des conventions sont à passer avec le secteur sanitaire pour garantir certaines prises en charge adaptées.

Le projet doit être en conformité avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il doit répondre aux règles de fonctionnement et d'organisation prévues par le code de l'action sociale et des familles.

L'attention du promoteur est appelée sur les droits des usagers, l'évaluation, le contrôle, la coordination, la coopération et les droits et obligations des services et établissements.

- Modalités d'exécution

Pour permettre la mise en œuvre de l'appel à projets :

- une publication sera réalisée dans les journaux spécialisés,
- un courrier sera adressé à l'ensemble des gestionnaires les informant de l'appel à projets,
- indication des dates pour retirer le dossier et répondre au cahier des charges,
- après expiration du délai, les projets sont analysés par un jury,
- après le délai réservé à l'examen par le jury, la programmation nominative sera arrêtée par l'assemblée départementale ou par la commission permanente, afin de soumettre les projets retenus à l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

- Présentation des projets

La présentation des projets devra être détaillée afin de permettre l'analyse exhaustive des demandes.

Les volets sont :

- les coordonnées de la personne physique ou morale,
- les réalisations antérieures,
- le montage juridique,
- le descriptif des principales caractéristiques du projet,
- le coût en investissement,
- le coût en fonctionnement,
- le bilan consolidé de l'organisme gestionnaire,
- les statuts.

Fiche action 4.1.1. :

Favoriser et adapter l'hébergement médico-social pour les personnes adultes handicapées en foyer d'hébergement et foyer logement

L'évolution

Dans le cadre de la mise en œuvre du premier schéma en direction des personnes handicapées, 87 places de foyer d'hébergement ont été créées.

La recommandation issue du premier schéma « répondre graduellement au déficit de prises en charge et aux déséquilibres territoriaux par redéploiements, réduction des écarts de coûts, créations nettes », reste d'actualité. En effet, l'évolution réglementaire instaurée par le décret du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux instaure l'utilisation d'indicateurs permettant la comparaison des coûts entre les établissements d'une même catégorie et le principe de convergence tarifaire. Cette approche comptable est à prendre en considération au regard de données qualitatives d'accueil médico-social.

La loi du 11 février 2005 concerne les établissements d'hébergement par les nouvelles exigences en matière d'accessibilité modifiant les dispositions du code de la construction et de l'habitation.

Les constats

L'enquête conjointe conduite sur 2005 pour l'évaluation des besoins en hébergement pour les personnes lourdement handicapées fait ressortir des besoins en places d'hébergement à hauteur de 214 en hypothèse basse, si des personnes actuellement hébergées en établissements peuvent être réorientées, et de 300 places en hypothèse haute si les réorientations ne sont pas effectuées. Une hypothèse médiane de places à créer est à prendre en compte pour établir des projections soit 257 places dont certaines associées à un accueil en établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) ou à un accueil en service d'activités de jour (SAJ).

Pour répondre aux nécessités de mises aux normes au regard des classements des établissements recevant du public et aux exigences des dispositions de la loi du 11 février en matière d'accessibilité, des travaux de restructuration s'imposeront dans certains établissements existants.

L'évolution du degré de dépendance des personnes accueillies sur les foyers d'hébergement peut conduire les gestionnaires à demander l'adaptation des projets de certaines structures en modifiant les amplitudes de prises en charge intervenant sur les foyers d'hébergement de 17 heures à 9 heures en semaine sur les périodes d'ouverture des ESAT et 24 heures sur 24 en fin de semaine et sur les périodes de fermeture des ESAT.

Les actions

Action n° 1

Programmer la réponse aux besoins recensés dans le cadre de l'enquête menée conjointement par l'Etat et le Conseil Général de l'Isère.

Action n° 2

Equilibrer l'offre de places en foyers d'hébergement et en foyers logement en fonction des lieux d'implantation des établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) et des services d'activités de jour.

Action n° 3

Encourager les associations gestionnaires d'établissements à définir ou redéfinir leur politique patrimoniale parallèlement aux appels à projets qui interviendront au niveau départemental pour la réalisation de nouvelles structures.

Action n° 4

Les projets de restructuration et de reconfiguration de certains bâtiments seront à élaborer en tenant compte des besoins recensés sur les territoires concernés, ce qui pourra correspondre à des dimensionnements d'établissements plus importants ou à des mutualisations avec des équipements déjà existants.

Action n° 5

L'organisation d'activités par les SAJ dans des locaux disponibles sur les foyers d'hébergement pourra être envisagée ponctuellement en maintenant le mode de fonctionnement «classique» des foyers d'hébergement pour les personnes accueillies en ESAT ou en SAJ.

Action n° 6

L'hébergement en établissement médico-social est à réserver en priorité aux personnes moins autonomes, les gestionnaires doivent favoriser le logement adapté en milieu ordinaire pour les adultes les plus autonomes pouvant bénéficier de l'intervention des services d'accompagnement à la vie sociale. Ces équipements seront donc à penser pour les personnes les plus fragiles et les plus éloignées du milieu ordinaire adapté.

Les moyens

- programmation de création de structures au regard des besoins,
- programmation de restructuration et reconfiguration de structures.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public.

Evaluation des objectifs

- nombre de dossiers concernant des foyers d'hébergement (FH) ou des foyers logements (FL) soumis à l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale durant la durée d'application du schéma 2006-2010.
- nombre de places nouvelles (FH, FL) autorisées pendant la durée d'application du schéma.
- nombre de places nouvelles installées pendant la durée d'application du schéma au titre de créations, de restructurations, de reconstructions.
- nombre de foyers d'hébergement accueillant des activités SAJ dans leurs locaux.
- comparer, par territoire, le nombre de places installées en foyers d'hébergement et foyers logement par rapport aux capacités des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et des services d'activités de jour (SAJ).

Fiche action 4.1.2. :
Favoriser et adapter l'hébergement pour les personnes adultes handicapées
en foyer de vie et en foyer d'accueil médicalisé

L'évolution

Dans le cadre de la mise en œuvre du premier schéma en direction des personnes handicapées, 55 places de foyer de vie et 100 places de foyer d'accueil médicalisé ont été créées.

Les recommandations issues du premier schéma «débloquer les attentes » et «répondre graduellement au déficit de prises en charge et aux déséquilibres territoriaux » restent d'actualité.

L'évolution réglementaire instaurée par le décret du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux instaure l'utilisation d'indicateurs permettant la comparaison des coûts entre les établissements d'une même catégorie et le principe de convergence tarifaire. Cette approche comptable est à prendre en considération au regard de données qualitatives d'accueil médico-social.

La loi du 11 février 2005 concerne les établissements d'hébergement par les nouvelles exigences en matière d'accessibilité modifiant les dispositions du code de la construction et de l'habitation.

Les constats

L'enquête conjointe conduite sur 2005 pour l'évaluation des besoins en hébergement pour les personnes lourdement handicapées fait ressortir des besoins en places de foyer de vie inexistantes en hypothèse basse, si des personnes actuellement accueillies en foyer de vie peuvent être réorientées, et de 132 places en hypothèse haute, si les réorientations ne sont pas effectuées.

Une hypothèse médiane de places à créer est à prendre en compte pour établir des programmations, soit 66 places en foyer de vie.

Pour les foyers d'accueil médicalisé, les besoins se situent à 120-140 places.

Le taux d'équipement de type FAM en Isère est de 0,28 pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans. Au plan régional, ce taux se situe dans la limite inférieure étant précisé que la moyenne est de 0,37.

Concernant les structures médico-sociales médicalisées, les crédits soins relèvent du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Pour répondre aux nécessités de mises aux normes au regard des classements des établissements recevant du public et aux exigences des dispositions de la loi du 11 février en matière d'accessibilité, des travaux de restructuration s'imposeront dans certains établissements existants.

Les actions

Action n° 1

La reconfiguration de foyers de vie existants devra tenir compte des besoins recensés dans le cadre de l'enquête conjointe, ce qui pourra correspondre à des dimensionnements d'établissements plus importants.

Action n° 2

La création de places de foyer de vie sera réalisée soit par extension d'équipements existants soit par la réalisation de nouvelles structures qui feront l'objet d'appels à projets.

Action n° 3

Analyser de façon régulière le profil de la population accueillie en foyer de vie afin d'évaluer les éventuelles nécessités de réorientations en structures médicalisées et/ou pour personnes âgées. Prévoir particulièrement l'examen des parcours des usagers afin de mieux aborder les périodes de transition et risques de ruptures dans les accueils. Cette démarche devra s'appuyer sur le projet de vie et le plan personnalisé de compensation de la personne handicapée.

Action n° 4

Programmer conjointement avec l'Etat, la réponse aux besoins recensés dans le cadre de l'enquête conduite en 2005, par la création de places de foyers d'accueil médicalisé (FAM) en réalisant de nouvelles structures qui feront l'objet d'appels à projets.

Action n° 5

Prévoir la rédaction d'un référentiel de bonnes pratiques d'établissement commun aux FAM.

Action n° 6

Un dimensionnement suffisant des structures, compatible avec une prise en charge de qualité, étant à privilégier pour permettre une programmation de l'ensemble des besoins, la possibilité de regrouper des places de foyer de vie et de foyer d'accueil médicalisé sur un même site peut être envisagée, ce qui favorisera la proximité entre établissements et familles.

Les moyens

- programmation de création de structures et de reconfiguration,
- programmation conjointe avec l'Etat pour les FAM,
- lancement d'appels à projets,
- rédaction d'un référentiel de bonnes pratiques.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA (en lien avec les services de l'Etat pour les FAM)

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public.
MDPH

Evaluation des objectifs

- nombre de dossiers concernant des foyers de vie ou des foyers d'accueil médicalisé (FAM) soumis à l'avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale durant la durée d'application du schéma 2006-2010.
- nombre de places nouvelles (Foyer de vie, FAM) autorisées pendant la durée d'application du schéma.
- nombre de places nouvelles installées pendant la durée d'application du schéma au titre de créations, de restructurations, de reconstructions.
- date d'élaboration d'un référentiel pour les FAM.

Fiche action 4.2. :
Renforcer les équipements médico-sociaux pour personnes lourdement handicapées
MAS/FAM

L'évolution

Conformément aux recommandations 1 et 2 du précédent schéma, plusieurs structures médicalisées ont vu le jour en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en maison d'accueil spécialisée (MAS) entre 1999 et 2005.

Les constats

Toutefois, ces places créées ont principalement permis un transfert de prise en charge du secteur sanitaire vers le secteur médico-social. Les créations nettes restent très insuffisantes au regard des besoins. Le renforcement des équipements est donc à poursuivre.

De l'étude de besoins conjointe Etat-CGI, réalisée dans le cadre du présent schéma, il ressort que :

- le déficit isérois porte notamment en équipements lourds (MAS et FAM).
- certains FAM mieux équipés et plus médicalisés que les MAS « anciennes » accueillent des personnes très lourdement handicapées.
Ainsi, le coût de médicalisation à la place pour les FAM isérois est supérieur à la moyenne régionale (source CRAM).

- En ce qui concerne les établissements médico-sociaux nécessitant une surveillance et des soins constants financés par l'assurance maladie (MAS), l'étude de besoins réalisée dans le cadre du présent schéma auprès des établissements et services médico-sociaux objective un déficit à hauteur de 120 places en maisons d'accueil spécialisées.

Ce manque de places se répercute sur les établissements pour enfants qui, en 2005, accueillent globalement 122 jeunes de plus de 20 ans au titre de l'amendement Creton.

Cette estimation apparaît cohérente au regard du taux d'équipement isérois comparé aux moyennes régionales : 0,13 places MAS / 1000 habitants de 20 à 59 ans en Isère contre 0,46 de moyenne pour la région Rhône Alpes.

Une enquête réalisée dans le cadre du plan régional de santé mentale et relayée par ailleurs dans l'avant-projet du schéma régional d'organisation sanitaire III 2006-2010 estime à 30 % environ le nombre des personnes hospitalisées en psychiatrie « par défaut » et relevant d'une prise en charge médico-sociale. Les besoins sont à affiner. Ils font l'objet de travaux connexes à ce schéma à la demande de l'UNAFAM de l'Isère et de l'ODPHI.

Ces travaux consistent en l'évaluation des besoins d'une part dans le domaine des soins et accueils thérapeutiques et d'autre part, dans le domaine des prises en charge et accueils médico-sociaux des personnes handicapées psychiques de l'Isère.

L'étude a été confiée par la DDASS et le CGI, par lettre de mission, au réseau RÉHPI.

- Les personnes nécessitant des soins importants mais non constants et une prise en charge éducative relèvent d'accueil de type FAM. Pour cette population, l'étude évalue les besoins d'équipement supplémentaires à 120 - 140 places.

Cette estimation concorde avec le déficit isérois observé au regard des moyennes régionales : le taux d'équipement est de 0,28 places FAM/ 1000 habitants de 20 à 59 ans en Isère contre 0,37 de moyenne en Rhône-Alpes.

Les actions

Action n° 1

Renforcer et améliorer l'offre en établissements de type MAS par la création, au minimum, de 120 places réparties géographiquement et harmonieusement au regard de l'offre territoriale actuelle en Isère, en tenant compte de l'équilibre entre les différentes pathologies pour un accueil de qualité.

Action n° 2

Compléter et réorganiser l'offre en places de FAM par la création de 120-140 places réparties de façon équilibrée sur le territoire départemental en tenant compte des différentes pathologies pour un accueil de qualité.

Action n° 3

Respecter des principes communs aux MAS et aux FAM.

Les moyens

- Créer des places et veiller à une répartition équitable de l'offre sur le département

Indépendamment des besoins qui restent à estimer dans le champ sanitaire, notamment psychiatrique, au minimum **120** places en maisons d'accueil spécialisées sont à créer. En l'état de l'analyse, trois lieux d'implantation prioritaires se dégagent:

- . agglomération grenobloise ou proximité, répondant aussi aux besoins du sud Isère et du Grésivaudan,
- . Nord Isère (Bourgoin, La Tour du Pin, Crémieu)
- . Bièvre Valloire ou proximité

La programmation de ces équipements devra tenir compte :

- . de la restructuration éventuelle des deux MAS les plus anciennes
- . et des réorientations éventuelles entre FAM et MAS

- Orienter cette offre vers les publics les plus prioritaires

Dans le cadre de cette programmation chaque MAS devra réserver :

- . la moitié de sa capacité à l'accueil de personnes IMC ou poly ou pluri handicapées pour lesquelles les besoins en soins sont importants
- . l'autre moitié à l'accueil de personnes nécessitant d'autres savoir-faire : particulièrement maladies évolutives (SEP, Chorées...) mais également handicaps psychiques lourds ou troubles du développement.

- Répartir les équipements FAM sur l'ensemble du département :

La répartition équilibrée de l'offre sur l'ensemble du département favorisera le rapprochement géographique avec les familles.

Les projets en cours représentent 50 places. La réponse aux besoins restant à satisfaire (70 places) fera l'objet d'un appel à projet (créations ou extensions).

- Veiller à la maîtrise des coûts de fonctionnement :

Chacun des établissements devra offrir une capacité d'accueil suffisante, le dimensionnement de ces structures permettant d'optimiser les moyens humains et techniques. Bien entendu, l'organisation et la subdivision de ces structures en unités ou pavillons à «taille humaine » devra d'emblée être conçue pour permettre un accueil de qualité.

- Articuler ces équipements avec les autres institutions sanitaires et médico-sociales du secteur environnant

Dans leur projet d'établissement, ces structures devront prévoir leur articulation avec les établissements sanitaires (court séjour et soins de suites, services de psychiatrie) ainsi qu'avec les autres établissements et services médico-sociaux, en vue d'offrir plus de fluidité aux parcours de soins des personnes, mettre en place des complémentarités entre les équipes et coordonner les actions

- Privilégier la diversité des prises en charge, notamment avec des places d'accueil temporaire et séquentiel.

- Rédiger un référentiel de pratiques communes

Les projets d'établissement et projets personnalisés, conçus en adéquation avec les problématiques des personnes accueillies, renvoient à des organisations où apparaissent forcément des points communs entre établissements ; pour exemples :

. le souci de bien-traitance des personnes ; l'attention portée aux familles par les directions et équipes des établissements ; la recherche de continuités éducatives ; les protocoles de gestion des situations de crise ; les dimensions explorées par le projet individuel ainsi que les délais de mises à jour de ces projets

. la mise en place de relations et de conventions avec les hôpitaux et autres équipes de soins ; la lisibilité des suivis médicaux

. les conditions de l'accueil médico-social et ses limites

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-DDASS

CGI/DSA (en lien avec DDASS pour les FAM)

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public.

Evaluation des objectifs

- Nombre de dossiers soumis à l'avis du CROSMS durant la durée d'application du schéma (pour FAM et MAS).

- Nombre de places nouvelles autorisées pendant la durée d'application du schéma issues de transferts et de créations nettes (pour FAM et MAS).

- Nombre de places nouvelles installées pendant la durée d'application du schéma issues de transferts, de restructurations et de créations nettes (pour FAM et MAS).

- Date d'élaboration du référentiel.

- Nombre de places identifiées en accueil temporaire.

- Nombre de conventions régissant les articulations inter-établissements.

Fiche action 4.3.1. :

Améliorer la transparence décisionnelle par la mise en publicité d'appels à projets de créations d'équipements sociaux et médico-sociaux pour adultes lourdement handicapés dans le Département

L'évolution

Sous l'effet de l'application des recommandations du premier schéma, l'offre départementale en matière d'équipements sociaux et médico-sociaux (établissements et services) pour les enfants et les adultes handicapés, s'est significativement renforcée (cf. évaluation et bilan du premier schéma), notamment sur les territoires identifiés comme déficitaires tel le Nord-Isère, mais aussi en direction des personnes atteintes de handicaps spécifiques tels que l'autisme ou le polyhandicap.

L'évaluation des besoins d'accueil pour personnes adultes lourdement handicapées en Isère (taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %), conduite dans le cadre des travaux du schéma avec l'Etat, amène les pouvoirs publics au titre de leurs compétences respectives à mettre en place une programmation pluriannuelle de créations d'établissements et de services adaptés à ces publics sur 5 ans.

Les constats

Force est de constater à la lecture du bilan du premier schéma que des différends importants de réalisations d'équipements lourds (foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée) pour adultes ont eu notamment pour conséquence de :

- perdre le bénéfice des crédits fléchés pour la réalisation de ces programmes,
- de renforcer l'effet cumulatif des jeunes adultes en situation d'amendement Creton et emboliser les IME,
- de maintenir certains déséquilibres dans l'offre des territoires,
- et enfin de conforter certains lobbyings associatifs d'opérateurs sociaux.

Pour ces raisons, les pouvoirs publics (Etat/Conseil général de l'Isère) ont convenu d'adopter au regard de la programmation quinquennale du présent schéma une démarche d'appel à projets pour les créations de foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée.

Les promoteurs sociaux public ou associatif candidats devront donc répondre à un cahier des charges définissant un ensemble de critères techniques médico-sociaux, immobiliers et architecturaux ainsi que financiers.

Les actions

Le projet d'établissement ou de service doit aborder aussi bien la dimension collective qu'individuelle et s'inscrire dans les pré-requis suivants :

- les missions d'accompagnement et d'assistance dans les actes de la vie courante l'emporteront sur la simple notion du gîte et du couvert,
- le projet de vie et de soin individuel devra être élaboré pour tous les résidents et impliquera une évaluation continue des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs familles,
- le projet devra aussi préciser les moyens humains et matériels mis en œuvre pour respecter la dignité des personnes, leur intégrité, leur sécurité et leur libre choix citoyen.

Ces principes fondamentaux se déclineront dans le cahier des charges à partir notamment du référentiel départemental des bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme adopté en juin 2005 par l'assemblée départementale.

Action n° 1

Instaurer dès 2006 avec les services de l'Etat (DDASS) la mise en place du cahier des charges d'appels à projets pour la création de structures médico-sociales pour adultes lourdement handicapés.

Action n° 2

Appuyer cette démarche de mise en publicité à partir des travaux départementaux déjà existants tel que le référentiel départemental des bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme.

Action n° 3

Adopter des critères financiers et budgétaires départementaux afin d'optimiser l'allocation des ressources publiques dans la réalisation de la programmation des équipements médico-sociaux.

Action n° 4

Ouvrir et coordonner la politique départementale de la programmation médico-sociale à l'ensemble des politiques territorialisées du Conseil général (transport, logement, éducation, sport adapté, culture, ...).

Action n° 5

En lien avec les services de la DDASS, de la DRASS et de l'ARH, renforcer l'inscription de ces projets d'équipement lourds avec les politiques sanitaires et les actions de santé publique déconcentrées (hôpitaux, services ambulatoires, sectorisation en santé mentale).

Les moyens

- mise en place du cahier des charges d'appels à projets,
- définition des critères financiers et budgétaires départementaux en relation avec les enveloppes régionales de soins.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Services de l'Etat

Evaluation des objectifs

- Respect et réalisation de la programmation de créations des équipements lourds.
- Nombre de conventions signées et opérationnelles de prestations entre le secteur hospitalier et les établissements médico-sociaux.
- Suivi des effectifs des personnes adultes en situation d'amendement Creton.
- Installation du pôle d'observation à la MDPH.
- Application systématique du principe de convergence tarifaire départementale par pathologie de handicap et nature juridique de l'établissement ou du service.

**Fiche action 4.3.2. :
Démarche qualité**

L'évolution

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a redéfini les fondements de l'action sociale et réaffirmé les droits des usagers. Les établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 doivent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques.

Les résultats de l'évaluation sont à communiquer tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation.

Le constat

Le Conseil général de l'Isère a conduit sur 2004-2005 un travail d'élaboration d'un référentiel pour la prise en charge des adultes autistes, avec la volonté de définir des « bonnes pratiques » et les conditions de qualité des projets d'établissements et services.

Ce document, joint en annexe, élaboré avec l'appui du CREAI Rhône Alpes (centre régional d'études et d'action sur les handicaps et les inadaptations), servira de base à l'élaboration de nouveaux projets d'établissements ou services à destination d'adultes souffrant d'autisme. Cet outil est appelé à évoluer en s'enrichissant des expériences des usagers et des opérateurs de terrain. Son utilisation sera étendue au domaine de l'accueil des personnes lourdement handicapées en structures médico-sociales.

Les préconisations d'une étude de PIPS menée par l'association de recherche et d'insertion sociale des trisomiques (ARIST) sur 2004-2005, visent la sensibilisation du monde ordinaire au handicap et de l'individualisation des parcours pour une insertion sociale et professionnelle.

Les actions

Action n° 1

Etendre la référence du document établi pour l'autisme à l'ensemble des établissements de compétence départementale accueillant des personnes lourdement handicapées

Action n° 2

Faire évoluer le référentiel en prenant en compte les expériences des usagers et des opérateurs de terrain.

Action n° 3

Renforcer les procédures de démarche qualité sur l'ensemble des établissements et services par type de prise en charge par l'évaluation notamment avec du personnel qualifié et formé à l'accueil des populations en cohérence avec les plans de formation du personnel, qu'il relève d'organismes gestionnaires publics et/ou privés.

Action n° 4

Encourager la formation des personnels en relation avec les financeurs concernés.

Action n° 5

Encourager la mutualisation et les échanges inter-structures ainsi que l'ouverture sur l'extérieur.

Les moyens

- référentiel identifié dans chaque établissement ou service,
- mise en place de formation adaptées aux populations accueillies,
- intégrer dans le référentiel les actions prises en compte dans la fiche « reconnaissance de l'utilisateur et de sa famille »,
- veiller pour l'ensemble des structures au respect des exigences intégrées dans l'appel à projets.

Référents institutionnels chargés de la mise en œuvre

CGI – DSA

Principaux partenaires

Gestionnaires de structures

Evaluation des objectifs

- nombre de référentiels élaborés par catégorie d'établissements

AXE 5 – Le travail

OFFRE

Dans le document annexé à la lettre de Monsieur le Préfet en date du 28 décembre 2005, les services de l'Etat retracent l'offre existante en 2005, pour les centres d'aide par le travail, soit :

Malgré les équipements réalisés au cours du schéma précédent et jusqu'à 2005, l'Isère connaît encore des taux d'équipements en structures pour adultes handicapés inférieurs à la moyenne régionale et nationale.

2005	Taux d'équipement Isère	Taux Rhône-Alpes	Taux national
CAT	2,94	3,20	3,03

Répartition des places par catégories de handicap :

. handicap moteur :	143 places
. handicap mental/psychique :	179 places
. déficience intellectuelle :	1 510 places

Le coût à la place de ces structures est plus élevé dans l'Isère qu'au niveau régional :

Coût Isère 2005 : 11 374 €

Coût Région : 10 803 €

Il conviendrait d'analyser l'impact du coût de la formation et de l'accompagnement en milieu ordinaire développés par certains CAT isérois, notamment pour handicapés moteurs, déficients intellectuels moyens, ou handicapés psychiques.

Au niveau de l'accès à l'emploi, le manque structurel de places en CAT a poussé les acteurs locaux à travailler différemment. Ainsi, le dispositif Opticat, auquel adhèrent les ESAT (établissements et services d'aide par le travail, ex. CAT) du département fédère toutes les structures de travail protégé, à la fois pour la recherche de marchés, pour établir des complémentarités mais aussi pour réfléchir à l'accompagnement des personnes, à leur formation, à leur sortie vers le milieu ordinaire.

Par ailleurs, dans certains CAT, un effort particulier a été fait en matière de formation et d'accompagnement dans l'emploi ordinaire des personnes qui en sortent. Ces modalités de suivi des parcours doivent après évaluation être pérennisés et étendus à l'ensemble des établissements.

Axe 5.1. – Les actions de l'Etat

Le thème du travail des personnes handicapées a été traité par les services de la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) et de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) :

Depuis le lancement du premier schéma, des améliorations sensibles ont été apportées au plan départemental : l'action conjointe des partenaires, oeuvrant en particulier dans le cadre du Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés a permis ces avancées qui restent néanmoins insuffisantes.

L'Etat, s'appuyant :

- d'une part sur le diagnostic et les recommandations du groupe de travail « le travail des personnes handicapées » mis en place à la demande du Préfet et piloté par la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle,
- d'autre part sur la loi du 11 février 2005, particulièrement les nouvelles missions de la Maison départementale des personnes handicapées et la déclinaison nouvelle de l'obligation d'emploi,

continuera de faire de l'emploi des personnes handicapées un axe fort de sa politique d'emploi et a retenu quatre axes prioritaires :

- 1- Permettre aux personnes handicapées de trouver leur place en milieu protégé et faciliter le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire de travail,
- 2- Construire de véritables parcours d'insertion, particulièrement pour les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi et les jeunes, bénéficiaires de la loi du 11 février 2005.
- 3- Élaborer un diagnostic et un plan d'action articulé avec le Plan de cohésion sociale, en lien avec la politique de la ville et les nouvelles maisons de l'emploi,
- 4- Poursuivre, au regard des modifications apportées par la loi du 11 février 2005, l'information, la sensibilisation et l'appui des entreprises dans leur démarche de recrutement et de maintien dans l'emploi, et initier cette démarche dans les 3 fonctions publiques.

Ces orientations générales seront annuellement déclinées et précisées dans le plan d'action départemental du service public de l'emploi et les plans d'actions des services publics de l'emploi locaux (SPEL).

L'évaluation des actions se fera au regard des objectifs quantitatifs et qualitatifs annuellement définis.

La démarche du groupe de travail « le travail des personnes handicapées » :

Le groupe a travaillé sur l'amont et sur l'aval du parcours professionnel ; 3 sous-groupes ont été constitués : évaluation du passage du milieu protégé au milieu ordinaire, identification des besoins transversaux communs à la réalisation des parcours d'insertion, accès et suivi dans l'emploi.

Le PDITH (programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés) a assuré la logistique des groupes de travail, la coordonnatrice ayant été chargée d'assurer la transversalité des thèmes, de faire le lien entre les trois sous-groupes et de rapporter l'avancée des travaux au niveau décisionnel.

Ce groupe de travail, élargi à l'ensemble de partenaires du service de l'emploi et de l'insertion s'est donné comme mission :

- d'émettre des propositions d'adaptation des structures aux problématiques actuelles des personnes handicapées,
- d'élaborer des recommandations permettant d'optimiser l'intégration et le maintien dans le milieu de travail des personnes handicapées.

La méthodologie suivante a été adoptée : réunions de professionnels sur les thématiques engagées (84 professionnels ont participé aux réunions des sous-groupes de travail avec en moyenne 5 réunions par groupe thématique), enquêtes auprès des usagers (104) auprès des structures de travail protégé (12 CAT et 3 ateliers protégés), des entreprises (18 entretiens), des professionnels de l'insertion (26 entretiens).

Cinq problématiques sont très fortement ressorties des thématiques abordées :

- l'articulation du milieu protégé et du milieu ordinaire de travail
- Les parcours d'insertion
- L'orientation
- La formation
- Les pré requis de l'accès et du maintien dans l'emploi

L'Etat, au vu du diagnostic et des recommandations fournis par le groupe de travail, en extrait les lignes de forces pour définir ses priorités d'action reprises dans les quatre fiches action 5.1.1., 5.1.2., 5.1.3., 5.1.4.

Axe 5.2. – Les actions du Département

En rapport avec le travail relevant de la compétence des services de l'Etat, le Conseil général de l'Isère vise à assouplir les conditions d'accueil des travailleurs handicapés en milieu protégé dans les structures d'hébergement et à renforcer l'accompagnement social à domicile des travailleurs handicapés (fiche action 5.2.).

Etude PIPS-ARIST

Une étude intitulée PIPS a été conduite sur 2004-2005 par l'association de recherche et d'insertion sociale des trisomiques (ARIST) concernant l'insertion sociale et professionnelle choisie et réussie du jeune adulte déficient intellectuel.

Ce travail a permis à l'association de répondre à différents objectifs :

- donner la parole aux usagers et à leurs familles,
- comprendre et connaître le paysage isérois de l'insertion à l'âge adulte,
- identifier les besoins et attentes en matière d'insertion sociale et professionnelle des personnes déficientes intellectuelles en Isère.

L'ARIST a conduit cette étude avec la participation des partenaires associatifs et institutionnels intervenant dans le domaine du handicap.

Les préconisations de l'ARIST établies en décembre 2005 sont portées dans les documents préparatoires aux travaux du schéma et ciblent principalement la sensibilisation du monde ordinaire au handicap et l'individualisation des parcours en générant des passerelles et la diversité, en donnant aux personnes la capacité d'exercer un choix et en permettant l'exercice de ces choix.

Fiche action 5.1.1. :

Développer et adapter le travail en milieu protégé et faciliter le passage en milieu ordinaire

Les constats

L'objectif est de permettre aux personnes handicapées de trouver leur place en milieu protégé et faciliter le passage du milieu protégé au milieu ordinaire de travail.

Le constat majeur est le manque de places en milieu protégé/adapté :

- l'enquête effectuée au sein des établissements de travail protégé et la COTOREP fait apparaître une liste d'attente estimée à 120 personnes.
- les services de l'emploi prennent en charge avec difficulté des personnes inscrites comme demandeurs d'emploi à l'ANPE, faute de place en milieu protégé.

En terme de sorties, 97 personnes ont libéré une place en 2004, alors que la COTOREP prononçait 1 121 orientations en milieu protégé, dont 45,1 % de premières demandes (80 % en CAT, 20 % en atelier protégé).

Le taux d'équipement en ESAT (2,94 %) en Isère est inférieur à la moyenne régionale (3,2 %) et nationale (3,03 %).

Seulement 9,5 % des personnes accueillies en milieu protégé travaillent à temps partiel, alors que cette catégorie représente 32,3% de la demande d'emploi des travailleurs handicapés (16,3 % des autres publics – source ANPE).

Les établissements de travail protégé de l'Isère adhèrent au dispositif OPTICAT, à la fois pour la recherche de marchés, pour établir des complémentarités, mais aussi pour réfléchir à l'accompagnement des personnes, à leur formation, à leur sortie en milieu ordinaire. Dans certains établissements, un effort particulier a d'ailleurs été fait en matière de formation et d'accompagnement dans l'emploi en milieu ordinaire.

Cependant, on note encore une insuffisance des sorties du milieu protégé vers le milieu ordinaire même si certaines structures du département ont des objectifs et des taux de sortie satisfaisants.

Par ailleurs les travailleurs du milieu protégé/adapté bénéficient encore peu de plans de formation, ce qui diminue d'autant leurs chances d'évoluer vers le milieu ordinaire.

Les actions

L'État souhaite répondre à la demande d'emploi en milieu protégé/adapté par la création de places et le développement du temps partiel et dynamiser le flux des travailleurs handicapés du milieu protégé vers le milieu ordinaire. Les jeunes doivent en particulier être préparés à la sortie des établissements par un accompagnement renforcé.

Action n°1

Augmenter principalement le nombre de places en ESAT et favoriser le temps partiel en ESAT et Entreprise Adaptée.

Action n° 2

Préparer les jeunes et les adultes à la sortie des établissements. Renforcer les liens entre les IME/IMPRO et les ESAT/EA dans l'optique d'un parcours d'insertion; soit en milieu protégé, soit en milieu ordinaire de travail.

Action n° 3

Démarche qualité dans les ESAT/IME/IMPRO visant à la mise en place d'un référent de parcours.

Les moyens

- création de places en ESAT,
- concernant les postes à temps partiel en ESAT et entreprise adaptée, fixation d'objectifs avec chaque établissement,
- renforcement de la formation des travailleurs handicapés du milieu protégé/adapté, particulièrement par la reconnaissance des savoir-faire professionnels,
- développement et pérennisation du dispositif « places SAS »,
- développement des stages liés au projet professionnel en ESAT et en entreprise,
- développement des stages des travailleurs handicapés en ESAT pour faciliter la mobilité vers d'autres espaces de travail,
- action AFPA « dispositif régional de reconnaissance des savoir-faire professionnels » : formation de référents au sein des ESAT de l'Isère suivie de prestations d'évaluation de savoir-faire professionnels en partenariat avec OPTICAT.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
Etat-DDASS

Principaux partenaires

Organismes de formation
Opticat
Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- nombre de places créées chaque année en ESAT,
- nombre de formations effectuées
- nombre de places SAS créées chaque année,
- nombre de stages effectués en ESAT et en entreprise (par les jeunes en IMPRO et les travailleurs handicapés en ESAT),
- nombre de référents formés au sein des ESAT.

**Fiche action 5.1.2. :
Construire des parcours d'insertion**

Les constats

L'objectif est de construire de véritables parcours d'insertion, particulièrement pour les personnes handicapées les plus éloignées de l'emploi et les jeunes, bénéficiaires de la loi du 11 février 2005 (Art L 323.3 du code du travail)

Un nombre croissant de demandeurs d'emploi de très longue durée, handicapés (reconnus ou non par la COTOREP), font des allers retours entre les services de l'emploi (ANPE, CLI, missions locales, services politique de la ville, Cap Emploi....) et mobilisent les mesures et les dispositifs sans trouver de solution durable.

Le public handicapé bénéficiaire du RMI est passé de 8 % en 2003 à 12.5% en 2005 sur le département de l'Isère, et atteint 16,2 % sur le bassin grenoblois.

16,6 % des demandeurs d'emploi handicapés ont + de 2 ans de chômage (20 % en catégories 1.2.3), et ils ont plus de probabilité d'y rester que les autres publics demandeurs d'emploi.

Le niveau de qualification des travailleurs handicapés est très inférieur à la moyenne (5, 5bis, CAP ou inférieur) et ne correspond pas aux besoins des entreprises.

Les plus de 50 ans représentent 24,5 % de la demande d'emploi des travailleurs handicapés, alors qu'ils sont seulement 13,7 % des autres demandeurs d'emploi (source ANPE).

Par ailleurs, dans le département de l'Isère, plus de 500 jeunes handicapés sont en errance dans les services de l'emploi, notamment les missions locales, sans qu'ils soient dotés d'outils pour définir et accompagner un parcours qualifiant au regard du handicap.

Ces jeunes rencontrent des difficultés caractérisées notamment par :

- Une déficience intellectuelle légère ou moyenne, avec troubles associés ou non,
- Des troubles de la conduite et/ou du comportement,
- Des déficiences physiques et/ou sensorielles,
- Des troubles ou difficultés d'apprentissage et d'acquisition dans le domaine scolaire provoquant des situations de retard et d'échec conséquent.

Ces difficultés s'expriment par un déni du handicap, détecté et administrativement reconnu, une volonté de rompre à l'issue de leur scolarité avec le dispositif qui les a accompagnés (spécialisé ou adapté) et enfin, une volonté de travailler sans projet professionnel, sans formation initiale.

Les actions

Il s'agira de prendre en compte les publics handicapés exclus de l'emploi en prenant les mesures nécessaires pour définir ou redéfinir des plans d'action adaptés permettant la qualification et l'emploi.

En particulier en direction des jeunes, l'Etat déclinera en Isère la charte régionale pour l'insertion durable des jeunes handicapés, signée entre la préfecture de Région, la DRASS, l'Éducation Nationale et l'AGEFIPH.

Action n°1

Renforcer sur les quatre bassins d'emploi les actions d'évaluation en direction des personnes handicapées très éloignées de l'emploi DELD, bénéficiaires du RMI et/ou du PLIE, pour établir un diagnostic approfondi au regard du handicap et de l'emploi afin de définir un plan d'action pertinent.

Action d'évaluation et d'orientation en direction des publics handicapés, DELD, bénéficiaires du PLIE et/ou du RMI. 70 places en 2006 sur le département.

Action n° 2

Mise en oeuvre en Isère d'un dispositif de soutien à l'insertion des jeunes en situation de handicap, notamment issus des établissements spécialisés (IME/IMPRO) ou de l'éducation adaptée (MGI), s'appuyant principalement sur le programme CIVIS, en collaboration avec Cap Emploi et l'ensemble des acteurs de l'insertion et de la formation des jeunes, autour de 9 fonctions identifiées : repérage, diagnostic, orientation, mise en oeuvre des solutions, formation, préparation et accès à l'Emploi, accompagnement et suivi dans l'Emploi, validation des projets, évaluation.

Les moyens

- vérification de la faisabilité de l'emploi en milieu ordinaire,
 - validation d'un projet professionnel adapté et si nécessaire,
 - définition d'un projet compatible de formation et propositions d'accompagnement social et/ou médical.
 - outil d'évaluation partagé avec les équipes du RMI et de la MDPHI.
- mise en place à partir de 2006 du dispositif jeunes 38 : 100 jeunes/an sur les 4 bassins d'emploi, évaluation et accompagnement dans le cadre du CIVIS (partenariat DDTEFP, DDASS, Éducation Nationale, Conseil Régional, AGEFIPH, ANPE).

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Etat-DDASS

Etat-DRASS

Etat-Education nationale

Conseil régional

CGI-DVS

MDPHI

Principaux partenaires

Instituts médico-professionnels

Secteurs associatif, mutualiste et public

CAP Emploi

AGEFIPH

ANPE

Evaluation des objectifs

- nombre de personnes handicapées insérées en milieu ordinaire par an,
- nombre de jeunes insérés chaque année par le dispositif Jeunes 38.

Fiche action 5.1.3. :
Plan de cohésion sociale et politique territorialisée de l'emploi

Les constats

L'objectif est d'élaborer un diagnostic et un plan d'action articulé avec le plan de cohésion sociale et territorialisé

Les professionnels comme les usagers notent le manque de lisibilité et de cohérence pour prendre en charge les personnes handicapées.

Les besoins des personnes handicapées ne sont pas suffisamment pris en compte dans les politiques territorialisées de l'emploi.

Les actions

L'État s'assurera que la problématique de l'emploi des travailleurs handicapés soit prise en compte dans l'élaboration des diagnostics et des plans d'action locaux. Les mesures pour l'emploi du plan de cohésion sociale seront particulièrement mobilisées.

Action n°1

Faire de l'emploi des personnes handicapées un axe fort du plan de cohésion sociale par la définition d'objectifs et de moyens annuels dans le plan d'action du SPED (service public de l'emploi départemental), s'assurer de la prise en compte des besoins dans les instances de diagnostic locaux, particulièrement la politique de la ville et les Maisons de l'emploi.

Action n°2

Mobiliser les mesures pour l'emploi et définir les besoins annuellement sur chaque territoire dans le cadre du SPED et des SPEL (service public de l'emploi local).

Objectifs de mesures du PCS (plan de cohésion sociale) mobilisées pour les DETH.

Action n°3

Mobiliser le secteur de l'insertion par l'activité économique dans sa mission de tremplin d'insertion en milieu ordinaire et non comme « un milieu protégé bis » ;

Les moyens

- plan d'action annuel pour l'emploi des travailleurs handicapés avec définition qualitative et quantitative des objectifs/moyens/résultats (partenariat DDTEFP, AFPA, ANPE, AGEFIPH, Conseil général, Conseil Régional),

- étude sur les entrées en structures d'insertion par l'activité économique, pour examiner la pertinence des orientations des personnes handicapées, conduite au bout de 6 mois, en accord avec l'ANPE

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

Etat-DDASS

Conseil régional

CGI

Principaux partenaires

AFPA

ANPE

AGEFIPH

Evaluation des objectifs

- nombre de travailleurs handicapés isérois en milieu ordinaire,
- prestations ANPE mobilisées pour DETH,
- nombre d'entrées et sorties en structure d'insertion.

Fiche action 5.1.4. :
Recrutement et maintien dans l'emploi dans les entreprises et dans les trois fonctions publiques

Les constats

L'objectif est de continuer, au regard des modifications apportées par la loi du 11 février 2005, d'informer, sensibiliser et appuyer les entreprises dans leur démarche de recrutement et de maintien dans l'emploi, et initier la démarche dans les 3 fonctions publiques.

Les travailleurs handicapés bénéficient peu de formation professionnelle continue dans leur entreprise.

De nombreux employeurs restent réticents à l'embauche de travailleurs handicapés : 24,5 % des entreprises assujetties en Isère n'emploient aucun bénéficiaire et n'ont pas recours à la sous-traitance.

La loi du 11 février 2005 applique la même obligation d'emploi aux trois fonctions publiques et renforce celle-ci dans le secteur privé.

Les entreprises volontaires pour embaucher des personnes handicapées rencontrent des difficultés à maintenir les salariés handicapés dans l'emploi.

Les actions

La convention ETAT/AGEFIPH renforce les actions en direction des entreprises pour l'élaboration d'une politique de recrutement des personnes handicapées, de formation et de maintien dans l'emploi ; ces actions seront élargies aux trois fonctions publiques pour leur permettre de faire face à leur obligation d'emploi dès 2006.

Action n°1

Appuyer les entreprises du secteur privé dans l'élaboration d'une politique d'embauche et de maintien dans l'emploi à long terme par un renforcement des actions de conseil et appuyer les entreprises publiques pour la mise en application de la loi du 11 février 2005.

Action n°2

Accompagner l'entreprise, à sa demande, dans l'intégration d'une personne handicapée.

Action n° 3

Mettre l'accent sur la formation/qualification des personnes handicapées.

Favoriser l'adaptation au poste de travail ou à l'emploi par la formation continue. Mettre en place des entretiens annuels avec la personne handicapée en emploi. Développer la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la Reconnaissance des savoir-faire professionnels (RSFP).

Les moyens

- dispositif ACORH : appui conseil auprès d'entreprises pour mener une politique d'embauche de travailleurs handicapés, particulièrement celles qui n'emploient aucun TH – AGEFIPH.
- club d'entreprises : club « entreprises et handicap », mission d'appui - conseil – AGEFIPH.

- action de sensibilisation d'entreprises ciblées n'employant aucun bénéficiaire conduite par l'ANPE en coopération avec Cap Emploi, l'AGEFIPH et le réseau des équipes professionnelles de l'ANPE.
- journées de formation/sensibilisation : séminaires de formation des responsables d'entreprises, au recrutement et au maintien dans l'emploi, dans le secteur privé et la fonction publique – DDTEFP/PDITH.
- conventions avec la FPTP et les chambres consulaires : missions handicap – AGEFIPH.
- cellule départementale de maintien dans l'emploi : en concertation avec les services de santé au travail, 500 prises en charge/an – AGEFIPH/FSE.
- mobilisation des réseaux et mesures d'appui tels que des aides humaines ou des aménagements de situations de travail,
- dispositif COACH : plate-forme d'ergonomie pour les aménagements de postes de travail – AGEFIPH.
- programme EGALITHE (FSE, Conseil Régional, AGEFIPH) de repérage des compétences,
- VAE,
- reclassement professionnel ; partenariat Cap Emploi – entreprises - OPCAREG; 125 places/an.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

Etat-Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
Conseil régional

Principaux partenaires

AGEFIPH
PDITH
FSE
Cap Emploi
ANPE
Entreprises
Secteurs associatif, mutualiste
Secteur public
OPTICAT

Evaluation des objectifs

- suivi du taux d'emploi des personnes handicapées en secteurs privé et public,
- nombre de prestations AGEFIPH d'accompagnement d'ans l'emploi et d'aide au tutorat,
- nombre de formations qualifiantes assurées.

Fiche action 5.2. :
Assouplir les possibilités d'hébergement des travailleurs handicapés en milieu protégé et renforcer leur accompagnement social à domicile

L'évolution

Le premier schéma départemental des personnes handicapées a élargi les possibilités d'accompagnement social des travailleurs handicapés, tant pour une prise en charge à domicile que pour un accompagnement vers la sortie du travail.

Ainsi, la capacité des services d'accompagnement à la vie sociale isérois a augmenté et les services ont diversifié leur prise en charge. En 2001, la création du SAVS SERDAC de l'association ALHPI, a offert un accompagnement pour les personnes handicapées psychiques dans l'agglomération grenobloise. En 2002, la création du SAVS de l'APAJH, pour tout type de handicap, a permis une couverture territoriale des SAVS plus importante.

Aujourd'hui, la capacité des services d'accompagnement en Isère s'élève à 800 places permanentes, couvrant une grande partie du territoire départemental.

En ce qui concerne l'accompagnement vers la sortie du travail, en 2000 la création des services expérimentaux DEFIAGE puis HANDIAGE ont permis l'accompagnement des travailleurs handicapés âgés déficients mentaux.

Parallèlement, l'offre de places en structures d'hébergement annexées au CAT a également augmenté.

Les constats

Malgré les augmentations de capacité, le maillage actuel de l'accompagnement social des travailleurs handicapés ne couvre pas tout le territoire départemental, qu'il s'agisse d'un accompagnement en structure ou d'un accompagnement à domicile.

De plus, le choix de vie à domicile du travailleur handicapé se heurte souvent à un déficit de réponse dans la prise en compte de ses besoins : logement inadapté, transport inadéquat, ou inaccessibilité des locaux.

Par ailleurs, des modes d'hébergement en structures permettant aux travailleurs handicapés issus du milieu protégé de diversifier les expériences et les essais doivent être favorisés. La circulaire de la DGAS du 12 mai 2005, relative à l'hébergement temporaire indique que l'accueil temporaire peut être un mode d'essai, d'expérimentation, ou d'observation des personnes dans un autre environnement.

Les actions

La prise en charge sociale des travailleurs handicapés, en structure d'hébergement ou à domicile, doit s'intégrer dans une prise en charge globale de la personne et de son environnement. L'accompagnement social du travailleur handicapé en milieu protégé doit pouvoir être effectué tout au long de son parcours professionnel.

Action n° 1

Instaurer dans chaque territoire départemental dès janvier 2006, un guichet unique pour l'accompagnement social permettant aux travailleurs handicapés de bénéficier de cet accompagnement quel que soit le territoire et d'avoir un seul référent.

Action n° 2

Répondre aux besoins d'hébergement en établissement des travailleurs handicapés en milieu protégé dans les territoires où l'offre n'est pas satisfaite.

Action n° 3

Sensibiliser les acteurs de droit commun et les acteurs locaux dans les réponses apportées aux logements, et aux transports des travailleurs handicapés, notamment à travers la mission de sensibilisation au handicap de la maison départementale des personnes handicapées.

Action n° 4

Développer des accueils temporaires en foyer d'hébergement pour permettre des essais, des stages et des échanges dans les services et établissements d'aide par le travail.

Les moyens

- mise en place d'un référent nique SAVS par territoire,
- renforcement de la programmation des places en foyer d'hébergement et foyer logement,
- renforcement de la politique locale en matière de logement et de transport,
- développement du dispositif accueil temporaire.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

MDPHI

Principaux partenaires

Secteurs associatif, mutualiste, public

Evaluation des objectifs

- taux d'équipements par territoire des structures d'hébergement
- nombre de suivis effectués par les SAVS sur prescription de la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, pour les accompagnements à domicile
- nombre d'accueil temporaire réalisé par territoire et par établissement pour les travailleurs handicapés

AXE 6 – L'organisation et la coordination territoriale

La territorialisation intervient dans le contexte d'un accroissement significatif de ses compétences du département liées à l'acte II de la décentralisation et à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

La réorganisation territoriale des services du Département de l'Isère répond à cinq objectifs majeurs dans le cadre des nouvelles compétences :

➤ **Cohérence**

13 territoires communs à tous les services et à toutes les politiques territoriales du Conseil général

➤ **Lisibilité**

les citoyens et les maires relèvent d'un même territoire quelles que soient leurs démarches

➤ **Simplicité**

les maisons du Département, guichet unique du territoire pour l'ensemble des services publics départementaux

➤ **Proximité**

13 directions territoriales polyvalentes couvrant mieux le territoire que les 11 territoires d'action sociale et les 10 subdivisions de l'Équipement dont le Département hérite

➤ **Qualité**

Un service public territorial renforcé par l'affectation dans les directions territoriales de 600 agents précédemment rattachés aux services centraux

Fiche action 6.1. : Prendre en compte les enjeux de la territorialisation
--

L'évolution

La territorialisation de l'action sociale départementale n'avait pas concerné les compétences départementales en faveur des personnes handicapées. En effet, jusqu'au 1^{er} janvier 2006, le département détenait un rôle clé dans le financement du maintien à domicile et la planification de l'offre médico-sociale. Il n'était pas en relation directe avec l'utilisateur, contrairement à ses autres domaines de compétences dans l'action sociale (contrats d'insertion RMI, aide sociale à l'enfance, etc...).

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées modifie cette limitation de compétence, en confiant au Conseil général le pilotage de la maison départementale des personnes handicapées de l'Isère et des fonctions d'accompagnement sociale et administratif, d'information et de coordination. Ces nouvelles compétences ouvrent la voie à une plus grande proximité des services publics et à l'ancrage du handicap dans la réalité territoriale.

Les constats

La création d'un lieu unique et identifié pour la maison départementale des personnes handicapées répond à une attente forte des associations, exprimée lors des concertations nationales autour de la loi du 11 février 2005. Le Département répond à cette attente en identifiant un lieu central et accessible dès 2006. Il doit également organiser des relais de proximité dans les territoires.

Les actions

Action n° 1

Assurer une coordination territoriale des interventions en milieu ouvert.

Action n° 2

Organiser des guichets de proximité autour des services autonomie du Conseil général de l'Isère dans les territoires pour les prestations relevant de la MDPHI

Action n° 3

Assurer une meilleure réactivité aux besoins des usagers par la déconcentration d'une partie de l'évaluation médico-sociale des demandes par les services autonomie territorialisés en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPHI.

Action n° 4

Garantir la coordination avec les référents de SAVS.

Les moyens

- installer les chefs de service autonomie dans leurs missions de coordination des dispositifs sociaux et médico-sociaux en milieu ouvert, en lien avec les réseaux de soins
- assurer la mise à disposition des formulaires de la maison départementale des personnes handicapées dans les directions territoriales et une assistance administrative de proximité

- raccourcir les délais de traitement

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI-DSA-Territoires

MDPHI

Evaluation des objectifs

- étude comparative sur les performances des territoires par rapport aux moyens alloués
- nombre de points de dépôt des formulaires de la MDPHI
- délais de traitement des demandes de PCH et de l'instruction médico-sociale des plans personnalisés de compensation.

Fiche action 6.2. :
Mettre en place un observatoire permanent départemental
dans le champ du handicap

L'évolution

Lors du premier schéma du handicap, la cinquième recommandation visait entre autres à soutenir le rôle des CDES et COTOREP dans l'observation départementale des publics.

Les constats

- La COTOREP et la CDES n'ont pu remplir ces missions d'observatoire que dans le cadre très contraint de leurs missions propres et de leurs moyens disponibles...
- Dans le champ de certains équipements, l'Isère apparaît sous dotée au regard des moyennes nationale et régionale.
- La mise en place de la MDPH et de la prestation de compensation passe par le renforcement de l'évaluation des besoins et capacités de chaque personne handicapée et doit aboutir à une orientation plus fine.
- L'enquête 2005 conduite conjointement par l'Etat et le Conseil général de l'Isère dans le cadre du présent schéma, confirme l'insuffisance de l'offre pour la prise en charge du handicap lourd par rapport aux besoins d'orientation et de placement de la COTOREP et de la CDES. Cependant, cette enquête ne renseigne pas à un même niveau l'ensemble des besoins du département, notamment dans le champ :
 - des personnes vivant à domicile
 - du handicap psychique.
- Il est donc nécessaire de mettre en place parallèlement aux dispositifs d'évaluation individuelle un système continu d'observation permettant d'analyser en temps réel l'état de l'offre, celui des besoins ainsi que les signalements et plaintes exprimées.
- Cette observation directe (offre/ besoins), est nécessaire pour les établissements aussi bien que pour les services ambulatoires de maintien à domicile dans l'objectif d'un meilleur service à l'utilisateur, à deux titres :
 - meilleure utilisation de l'ensemble des réponses possibles,
 - aide à la décision pour la planification départementale (ajustement offre/besoins)

Les actions

Action n° 1

Participer au sein de la MDPHI, en lien avec les partenaires départementaux (Etat-CGI-secteur associatif ...) avec l'aide technique de la CNSA à la recherche d'indicateurs et d'outils de recueil de données permettant d'évaluer la satisfaction des besoins des personnes.

Action n° 2

Organiser, conformément aux exigences de la CNIL et en accord avec les recommandations de la CNSA, un état des lieux des besoins et sa mise à jour régulière prioritairement pour les personnes institutionnalisées ou en attente de l'être.

L'état des lieux devra permettre de mesurer :

- les éventuelles disparités territoriales en fonction des types de handicap et de l'âge (situations CRETON).
- les demandes émergentes (accueils temporaire, partagé, séquentiel, de rupture, de stage).

Action n° 3

Contribuer, sur la base des informations recueillies, à élaborer des référentiels partagés entre les équipes de soins et les équipes médico-sociales.

Les moyens

- identification de l'observatoire au sein de la MDPHI,
- travail concerté Etat, CGI, MDPHI, secteurs associatif, mutualiste, public.

Référents institutionnels chargés de la mise en oeuvre

CGI/DSA

Services de l'Etat

MDPHI

Partenaires

Secteurs associatif, mutualiste et public

Evaluation des objectifs

- Date de mise en place du dispositif au sein de la MDPH.
- Nombre de conventions de prestations d'évaluation et d'objectifs passées entre la MDPH et d'autres partenaires (CHU, RHEOP, OSI, RéHPI ...).