



Département des Ardennes

**Schéma départemental
pour la préservation de l'autonomie
des personnes âgées et des personnes handicapées
des Ardennes
Période 2008-2012**

Septembre 2007

EDITORIAL

Résultat d'une réflexion menée conjointement avec l'État et d'une large participation des acteurs des secteurs du handicap et gériatrique, ce schéma départemental pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées adultes et des personnes handicapées a l'ambition de déterminer les axes forts de la politique départementale pour les 5 ans à venir.

Les dispositifs issus de la loi du 2 janvier 2002 et de la loi du 11 février 2005, le vieillissement des personnes handicapées, l'allongement de l'espérance de vie, les conséquences en terme de santé publique et l'évolution des relations familiales et sociales amènent les décideurs publics à modifier leur regard et à positionner, aussi, les personnes dépendantes en tant qu'acteurs de cette nouvelle politique.

Partant de constats objectifs tirant les conséquences de projections démographiques à moyen terme, inspirés par des valeurs communes à tous les acteurs, les choix sont fondés sur :

- la proximité, en organisant des réponses territorialisées,
- la contractualisation d'objectifs, afin de mutualiser les moyens mis à disposition et de faire évoluer les pratiques institutionnelles,
- le renforcement du soutien à domicile,
- l'accroissement et l'adaptation de l'offre d'accueil en structures spécialisées.

L'ambition de ce schéma est de catalyser la dynamique en faveur d'un meilleur accompagnement, dans le respect de la dignité de la personne en perte d'autonomie, de sa place et de son rôle dans la communauté.

Son élaboration a demandé un an de travail pour établir des orientations au plus près des souhaits et des attentes des personnes en perte d'autonomie et de leurs proches. Ces objectifs doivent également contribuer à la pérennisation et à la consolidation des réseaux et partenariats déjà présents sur le territoire ardennais.

Que tous les participants à l'élaboration de ce schéma soient ici remerciés et que notre coopération soit encore favorisée dans la mise en œuvre de ces orientations.

SOMMAIRE

1. CADRE JURIDIQUE ET METHODOLOGIE	7
1.1. Le cadre juridique	7
1.2. La méthode d'élaboration du schéma	8
1.2.1. Les différentes étapes de l'élaboration	8
1.2.2. Les structures de travail et les outils de suivi	9
2. PRINCIPES ET OBJECTIFS PARTAGES	12
3. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC.....	15
3.1. Les principaux déterminants de l'environnement ardennais.....	15
3.1.1. Une répartition hétérogène de la population.....	15
3.1.2. Une croissance démographique ralentie	16
3.1.3. Une population vieillissante	16
3.1.4. Une situation économique peu favorable	19
3.1.5. Une carence de l'offre de soins libérale.....	20
3.1.6. L'offre de soins hospitalière	21
3.2. Les personnes âgées	22
3.2.1. Les personnes âgées allocataires	22
3.2.2. L'offre d'accueil des personnes âgées dans les Ardennes.....	23
3.2.2.1. L'accueil en institution.....	23
3.2.2.2. L'accompagnement à domicile	26
3.2.3. L'offre d'accueil pour les personnes souffrant de la maladie d'alzheimer et de pathologies apparentées	26
3.3. Les personnes handicapées.....	29
3.3.1. Les personnes handicapées allocataires.....	29
3.3.2. L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les Ardennes	29
3.3.2.1. L'accueil en institution.....	29
3.3.2.2. L'accompagnement à domicile	32
3.3.3. Les enfants handicapés.....	34
3.3.4. Les adultes handicapés.....	34
3.3.5. L'effort social et medico-social des financeurs	36
4. LES RESULTATS DES ENQUETES MENEES AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES A DOMICILE.....	38
4.1. Les personnes âgées	38
4.1.1 Le profil des personnes prises en charge par les établissements.....	39
4.1.2 L'activité des établissements.....	40
4.2. Les personnes handicapées adultes	41

4.2.1.	Le profil des personnes prises en charge par les établissements et services	42
4.2.2.	L'activité des établissements et services	44
4.2.3.	La vie institutionnelle des établissements et services	45
4.2.4.	Les projets des établissements et services	46
4.2.5.	Synthèse	48
5.	LES ENTRETIENS REALISES.....	50
5.1.	Les entretiens menés auprès des personnes âgées à domicile.....	50
5.2.	Les entretiens menés auprès des personnes handicapées et des familles	52
5.3.	Les entretiens menés auprès des professionnels du secteur du handicap	55
6.	LE BILAN DES PRECEDENTS SCHEMAS	57
6.1.	Le précédent schéma en faveur des personnes âgées.....	57
6.2.	Le précédent schéma en faveur des personnes handicapées adultes.....	66
7.	LES ORIENTATIONS DU SCHEMA 2008-2012 EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES ADULTES DES ARDENNES.....	69
7.1.	Accompagnement à domicile	70
7.1.1.	Renforcer l'adaptation de la prise en charge à domicile aux besoins de la personne âgée	72
7.1.2.	Développer l'offre d'accompagnement des personnes handicapées à domicile	73
7.1.3.	Adapter les logements aux besoins des personnes dépendantes	75
7.1.4.	Renforcer et soutenir les aidants naturels auprès des personnes dépendantes	77
7.1.5.	Développer l'accueil familial des personnes dépendantes	79
7.2.	Accueil en institution.....	81
7.2.1.	Diversifier les modalités de prise en charge des personnes âgées en établissement	83
7.2.2.	Harmonisation des ratios d'encadrement en personnel dans les établissements pour personnes âgées.....	85
7.2.3.	Mutualiser les moyens au service des personnes âgées entre établissements .	86
7.2.4.	Poursuivre et renforcer l'adaptation des structures d'accueil des personnes handicapées	87
7.2.5.	Organiser les complémentarités entre acteurs et fluidifier les parcours des personnes handicapées	89
7.2.6.	Adapter la prise en charge des personnes handicapées aux besoins de médicalisation.....	91
7.3.	Handicap et parcours professionnels	93
7.3.1.	Adapter les rythmes de travail des personnes handicapées en développant le travail à temps partiel	95
7.3.2.	Poursuivre le développement des stages des personnes handicapées au sein des établissements.....	97

7.3.3.	Développer les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire du travail...	99
7.3.4.	Favoriser la reconnaissance des compétences acquises par les travailleurs handicapés	101
7.4.	Information, coordination et réseaux	103
7.4.1.	Structurer la coordination gérontologique.....	104
7.4.2.	Améliorer la gestion des parcours des personnes âgées.....	105
7.4.3.	Structurer la coordination des intervenants à domicile pour le bien être de la personne handicapée.....	107
7.4.4.	Améliorer la circulation de l'information auprès des personnes dépendantes et entre professionnels	109
7.4.5.	Poursuivre les coordinations franco-belges autour de la prise en charge des personnes dépendantes.....	111
7.5.	Publics spécifiques	112
7.5.1.	Anticiper les changements de situation des personnes handicapées vieillissantes à domicile	113
7.5.2.	Adapter le dispositif d'accueil aux besoins évolutifs de la personne handicapée vieillissante	115
7.5.3.	Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques.....	117
7.5.4.	Identifier les besoins de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées.....	119
7.5.5.	Informers les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches..	120
7.5.6.	Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées	121
7.5.7.	Organiser la prise en charge de l'urgence pour les personnes dépendantes ..	122
7.5.8.	En réponse à des situations particulières, mettre en place des dispositifs complémentaires de coordination pour les personnes handicapées	123
7.5.9.	Adapter la prise en charge des personnes âgées présentant des problématiques particulières	125
7.6.	Evolution des pratiques professionnelles	126
7.6.1.	Optimiser les savoir-faire et les ressources mises au service des personnes dépendantes.....	127
7.6.2.	Développer et mutualiser les formations de l'ensemble des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes	129
7.6.3.	Développer le soutien psychologique auprès des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes	131
7.6.4.	Mettre en place des conférences tout public	133
7.6.5.	Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes dépendantes et pérenniser la bientraitance	134
7.6.6.	Evaluer la dépendance des personnes âgées.....	135

7.6.7.	Renforcer l'éducation et la prévention sur le bien-vieillir	136
7.6.8.	Développer le bénévolat au bénéfice des personnes âgées et handicapées...	137
7.7.	Maintien du lien social	138
7.7.1.	Favoriser les échanges entre générations et entre personnes âgées et handicapées	139
➤	Réflexions connexes	141
8.	LA PLANIFICATION DES BESOINS	143
8.1.	Personnes âgées.....	143
8.2.	Personnes handicapées adultes	150
8.2.1.	L'évaluation des besoins des personnes handicapées	150
8.2.2.	La planification des besoins par territoire	152
9.	L'ECHEANCIER DES ACTIONS	159
10.	LE SUIVI ET L'EVALUATION DU SCHEMA.....	168
10.1.	Le pilotage du schéma.....	168
10.1.1.	Comité de pilotage.....	168
10.1.2.	Comité technique de projet.....	168
10.2.	Le pilotage des actions	168
10.2.1.	Le pilote de l'action	168
10.3.	Le suivi des actions et de la planification.....	169
10.3.1.	Le suivi des actions	169
10.3.2.	Le suivi de la planification.....	169
11.	ANNEXES	170
	Annexe 1 : Composition du Comité de pilotage	170
	Annexe 2 : Orientations de l'Etat transmises par Mme la Préfète	171
	Annexe 3 : Diagnostic des besoins et de l'offre actuelle	171
	Annexe 4 : Enquêtes menées auprès des établissements et services	171
	Annexe 5 : Entretiens menés auprès des personnes handicapées	171
	Annexe 6 : Entretiens menés auprès des professionnels	171
	Annexe 7 : Bilan du précédent schéma en faveur des personnes handicapées.....	171
	Annexe 8 : Bilan du précédent schéma en faveur des personnes âgées	171
	Annexe 9: Fiches d'identité territoriales	171
	Annexe 10 : Enquête auprès des directeurs d'établissements	171
	Annexe 11 : Enquête auprès des personnes âgées en établissement	171
	Annexe 12 : Enquête auprès des personnes âgées à domicile	171
12.	GLOSSAIRE	172

1. CADRE JURIDIQUE ET METHODOLOGIE

Le présent schéma en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées définit les perspectives et les objectifs de développement de l'offre d'accompagnement sur le département des Ardennes, au regard des besoins spécifiques identifiés et objectivés.

Conformément aux dispositions de l'article L312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui prévoient que « Le représentant de l'Etat fait connaître ... au Président du Conseil Général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services ... », Mme la Préfète a transmis au Département les orientations de l'Etat. Elles sont annexées au schéma départemental (annexe 2). A noter que ces orientations comportent un volet spécifique consacré aux enfants et adolescents handicapés sur le département, dont les orientations ont été définies dans le cadre de réflexions pilotées par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et auxquelles le Conseil Général a été associé.

Les deux démarches de schéma « personnes âgées » et « personnes handicapées » ont été menées en parallèle, et certaines orientations communes aux deux schémas ont ainsi pu être identifiées.

1.1. Le cadre juridique

- La **loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale précise le cadre dans lequel les schémas d'organisation sociale et médico-sociale doivent être adoptés. Ces dispositions ont été codifiées aux articles L.312-4 et L.312-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles, précisant que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis pour une période de cinq ans.
- Le schéma départemental s'inscrit aussi dans le cadre de la **loi n°2004-809 du 13 août 2004** relative aux libertés et responsabilités locales, précisant qu'il revient au Département d'adopter les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

- Le contenu et la vocation de ces schémas ont été clarifiés par la **loi n°2002-2 du 2 janvier 2002**.

Ils ont ainsi pour objet :

- ✓ d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- ✓ de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- ✓ de 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 ;
- ✓ de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme ;
- ✓ de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Par ailleurs, une programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux devant être créés, transformés ou supprimés peut être annexée aux schémas.

- Enfin, sur le fond, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées doit également prendre en compte les dispositions :
 - ✓ de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, précisant les droits des malades et des usagers dans le secteur sanitaire et médico-social
 - ✓ de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, loi qui confie notamment aux Départements la responsabilité de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

1.2. La méthode d'élaboration du schéma

1.2.1. LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ELABORATION

Le schéma départemental pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a été élaboré sur la période de septembre 2006 à juin 2007 par le Conseil Général, avec l'appui du cabinet ENÉIS Conseil (volet personnes âgées) et du cabinet SANESCO (volet personnes handicapées), et en collaboration avec les services concernés de l'État (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Il est à noter qu'en ce qui concerne l'organisation médico-sociale relative aux enfants et adolescents handicapés, les services déconcentrés de l'État ont piloté leur propre démarche en y associant les services départementaux.

Les démarches de schéma des personnes âgées et handicapées, similaires sur les 2 volets, ont été conduites en 3 phases :

- ✓ **Une première phase** consacrée à la **réalisation d'un diagnostic quantitatif et qualitatif** visant à identifier, d'une part, les besoins de la population âgée et handicapée du département, actuels mais aussi à venir, et, d'autre part, à évaluer les dispositifs actuels d'accompagnement et de prise en charge sur le département. Cette première phase de travail a permis de repérer les forces et faiblesses du dispositif en place.

Ce diagnostic a été réalisé par l'intermédiaire de :

- ▲ L'analyse de l'ensemble des **données** disponibles sur le département (rapports, enquêtes, études, documentation...),
 - ▲ La réalisation d'**enquêtes** auprès des établissements et services,
 - ▲ La réalisation d'**entretiens sur site** auprès des **professionnels** et auprès d'usagers vivant en institution ou à domicile.
-
- ✓ **Une seconde phase de concertation et d'identification des enjeux prioritaires** devant faire l'objet de groupes de réflexions dans le cadre du schéma. Des thématiques prioritaires ont ainsi été identifiées et des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués sur chacune d'entre elles.
-
- ✓ **La troisième phase ayant pour objectif d'élaborer des propositions d'actions** pour les cinq prochaines années. Sur chaque thématique, il s'agissait ainsi pour les groupes de travail de mener une phase de concertation et d'échanges, afin de définir les objectifs de développement du dispositif départemental, et de les décliner en plans d'actions. A partir des orientations proposées par les groupes de travail, le Département a ensuite procédé aux arbitrages nécessaires afin de retenir *in fine* les orientations relevant de ce schéma et présentées sous forme de plans d'action opérationnels.

1.2.2. LES STRUCTURES DE TRAVAIL ET LES OUTILS DE SUIVI

Ce schéma a été élaboré de manière concertée tout au long de la démarche. Trois structures de travail ont contribué à son élaboration : un comité de pilotage, un comité technique de suivi et des groupes de travail ad hoc.

Pour les volets « Personnes Handicapées Adultes » et « Personnes Agées » :

- ✓ **Un Comité de Pilotage** composé de représentants des élus de l'Assemblée Départementale, des différents services du Conseil Général, de la DDASS, des gestionnaires d'établissements et des

usagers¹. Le comité de pilotage s'est réuni lors de l'initialisation et à la fin de chaque phase pour la présentation et la validation des résultats.

- ✓ **Un Comité Technique de Suivi** composé des responsables des volets Personnes âgées – Personnes handicapées au Département et dans les services déconcentrés de l'Etat. Ce comité, garant de la méthodologie suivie et de l'avancée des démarches, a suivi l'ensemble du déroulement de la mission et a été le référent des consultants.

- ✓ En ce qui concerne le volet Personnes Handicapées Adultes, **six groupes de travail** ont été mis en place sur les six thématiques identifiées à l'issue du diagnostic et validées par le comité de pilotage. Leur composition a été ajustée en fonction des thèmes, mais la pluridisciplinarité a toujours été recherchée. Chacun de ces groupes, constitués d'une quinzaine de participants environ, s'est réuni à deux reprises, en présence d'un consultant SANESCO. Le dernier groupe a été commun avec le Schéma départemental en faveur des personnes âgées.

Les thèmes traités par les groupes de travail portaient sur :

- *Groupe 1 : La prise en charge à domicile*
- *Groupe 2 : La prise en charge en institution*
- *Groupe 3 : Handicap et parcours professionnels*
- *Groupe 4 : Accès à la ville, à la communication et à la citoyenneté*
- *Groupe 5 : Coordination, information et liens entre acteurs*
- *Groupe 6 : Handicap et Vieillesse.*

- ✓ En ce qui concerne le volet Personnes Âgées, **six groupes de travail** ont également été mis en place, selon les mêmes procédés cités plus haut (validation du diagnostic et des thématiques par le comité de pilotage). Chacun de ces groupes, constitués d'une quinzaine de participants, s'est réuni à deux, voire trois reprises, en présence d'un consultant ENÉIS Conseil. Le dernier groupe a été commun avec le volet en faveur des personnes handicapées.

Les thèmes traités par les groupes de travail portaient sur :

- *Groupe 1 : Le maintien du lien social à domicile et en établissement*
- *Groupe 2 : La vie en établissement*
- *Groupe 3 : Le soutien à domicile*
- *Groupe 4 : La prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées*
- *Groupe 5 : Information et coordination*

¹ Composition précise en Annexe 1 du document.

- *Groupe 6 : Handicap et Vieillessement.*

Pour le volet « Enfants et Adolescents Handicapés » piloté par les services de l'Etat

- ✓ **Quatre groupes de travail** ont également été mis en place par la DDASS. Chacun de ces groupes, constitués d'une quinzaine de participants, s'est réuni à deux, voire trois reprises, en présence d'un représentant de la DDASS.

Les thèmes traités par les groupes de travail portaient sur :

- *Groupe 1 : Dépistage, prévention et prise en charge précoce*
- *Groupe 2 : Favoriser l'accès au milieu ordinaire de scolarisation*
- *Groupe 3 : Médicalisation de la prise en charge*
- *Groupe 4 : Structures innovantes.*

2. PRINCIPES ET OBJECTIFS PARTAGES

Les politiques de prise en charge de la dépendance ont connu au cours des cinq dernières années des évolutions considérables : innovations réglementaires, création de nouvelles prestations et allocations, évolution des modes de gestion et d'organisation, mise en œuvre de plans nationaux déclinés en régions et dans les départements. Deux axes principaux semblent guider ces démarches : réintroduire les personnes handicapées ou dépendantes au sein de l'espace social, d'une part, et assurer le respect du choix de la personne, d'autre part. Ces deux axes sont au cœur de la politique ardennaise d'aide aux personnes âgées et handicapées. L'élaboration d'un schéma départemental commun à ces deux publics témoigne de la volonté de rapprocher les réflexions sur la question de la perte d'autonomie. Si un certain nombre d'aspects sont, à l'évidence, spécifiques à chaque public, des enjeux, des dispositifs, voire des solutions gagnent à être envisagés de concert.

L'enrichissement mutuel des différents professionnels, le décroisement des différents secteurs, la mutualisation des moyens sont des points décisifs pour le Conseil Général et l'Etat, particulièrement attentifs à la continuité des parcours et des trajectoires des personnes.

Il ne fait pas de doute que l'objectif final de chacun est d'atteindre la meilleure qualité de prise en charge possible des personnes. Seuls, un travail véritablement en commun, une coordination et une coopération effective, et une attention particulière à la qualité du service, permettront de relever les défis qui se posent aux différents acteurs de la prise en charge.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, l'anticipation des conséquences du choc démographique à venir ont présidé aux réflexions engagées au cours de l'élaboration du schéma. Un aspect essentiel a émergé des travaux : celui de continuer d'offrir aux personnes âgées la possibilité de demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. Dès lors, les solutions envisagées ne doivent pas seulement leur garantir une prise en charge de qualité mais également assurer que tout soit mis en œuvre pour que le maintien à domicile soit réalisable dans les meilleures conditions.

Dans le même ordre d'idées, les réflexions des nombreux professionnels ayant contribué à l'élaboration du présent schéma se sont portées **prioritairement sur le recours à des solutions de prise en charge alternatives et la mise en place de structures innovantes** permettant d'éviter les ruptures brutales, les changements de lieux de vie et d'assurer le respect et la cohérence du projet de vie des personnes.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées, la souplesse et la continuité dans les parcours de prise en charge ont été le fil directeur des réflexions menées au cours de l'élaboration du schéma. Cette fluidité dans l'accompagnement concerne la personne handicapée à chaque étape de son projet de vie, du jeune adulte à la personne handicapée vieillissante, qu'elle puisse travailler ou non, qu'elle vive à son domicile ou dans un établissement spécialisé. Les besoins et la situation de la personne évoluent et son accompagnement doit alors s'adapter pour apporter les réponses à chaque moment. **Il convient ainsi d'assouplir les dispositifs, d'asseoir le décloisonnement des prises en charge, de développer les passerelles afin de favoriser un parcours de la personne handicapée qui soit fonction de l'évolution de son handicap, et non soumis à des trajectoires pré-établies.** Dans les Ardennes, au vu des spécificités locales et de la diversité des handicaps, il est apparu particulièrement important de valoriser la multiplicité des offres de prise en charge des personnes handicapées, dans le cadre d'une coordination globale garante de la continuité et de la qualité des prestations.

Enfin, et il s'agit là d'un point d'attention tout particulier de la part du Conseil Général, de l'Etat et de l'ensemble des professionnels, la rédaction d'un schéma commun aux deux publics permet de mieux réfléchir aux modalités de prise en compte des personnes handicapées vieillissantes, jusqu'à présent souvent situées à la marge de chacun des deux dispositifs.

Ce schéma a ainsi été élaboré en s'appuyant sur les principes suivants :

1. *Garantir le respect des droits et du choix de la personne et de son entourage*
2. *Placer la personne âgée ou handicapée au cœur du dispositif d'accompagnement*
3. *Travailler ensemble et de manière transversale, partager l'information*
4. *Organiser une politique de dépistage, de prévention et d'accompagnement précoce du handicap*
5. *Encourager l'ouverture et la souplesse des accompagnements pour répondre aux besoins évolutifs des personnes*
6. *Développer les passerelles et favoriser les parcours de vie*
7. *Développer l'insertion en milieu ordinaire et maintenir le lien social*
8. *Rééquilibrer les dispositifs au niveau territorial.*

Le cadre juridique et méthodologique ainsi que les principes et objectifs partagés étant précisés, le présent document est constitué :

1. Des éléments réunis et analysés par les Cabinets ENÉIS Conseil et SANESCO

- Chapitre 3. Etat des lieux et d'un diagnostic,
- Chapitre 4. Résultats des enquêtes menées auprès des établissements et services à domicile,
- Chapitre 5. Entretiens réalisés auprès des personnes âgées et handicapées et des professionnels,
- Chapitre 6. Bilan des précédents schémas.

2. Des orientations retenues pour les années 2008-2012 par le Conseil Général

- Chapitre 7 : Orientations du schéma 2008-2012 en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées adultes des Ardennes
- Chapitre 8 : La planification des besoins
- Chapitre 9 : L'échéancier des actions
- Chapitre 10 : L'évaluation et le suivi du schéma

3. D'annexes et d'un glossaire des sigles

3. ETAT DES LIEUX ET DIAGNOSTIC

Le diagnostic détaillé avec l'ensemble des illustrations est présenté en Annexe 2.

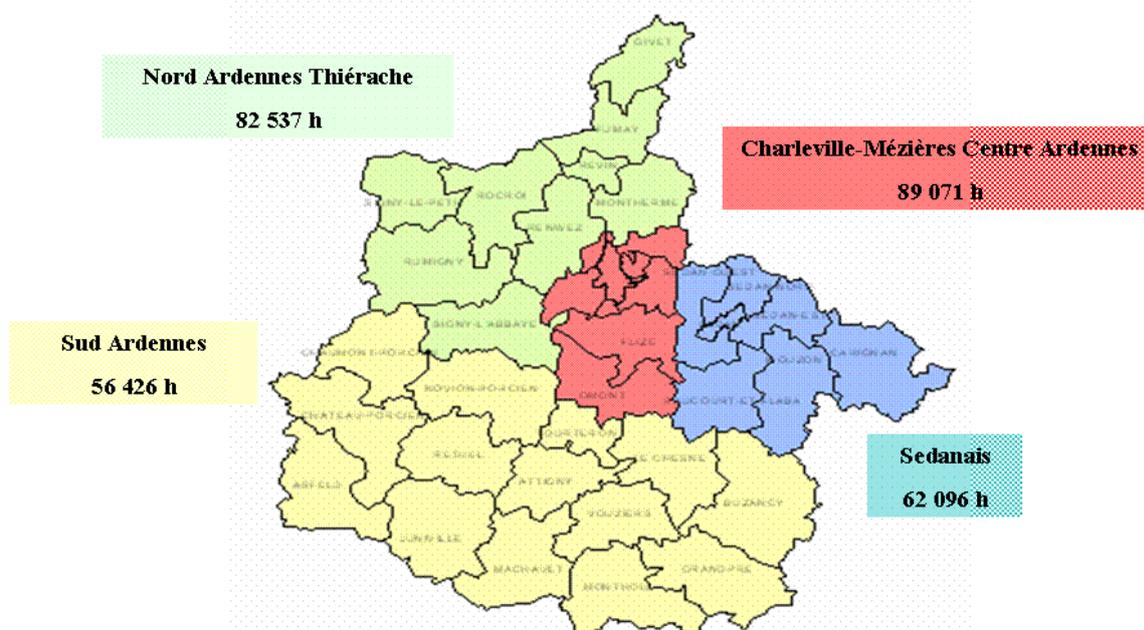
3.1. Les principaux déterminants de l'environnement ardennais

3.1.1. UNE REPARTITION HETEROGENE DE LA POPULATION

Avec moins de 300 000 habitants, le département des Ardennes est plutôt faiblement peuplé, avec une densité moyenne de 55 habitants au km², soit un taux nettement inférieur à la moyenne nationale (108 habitants au km²).

Il est observé une répartition inégale de la population sur le territoire avec une concentration logique vers Charleville-Mézières et Sedan : le Nord-Est des Ardennes regroupe en effet près de 152 000 habitants sur une petite superficie (Territoires d'action sociale Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et Sedanais) tandis que la partie Nord-Ouest et le Sud du département (Territoires d'action sociale Nord-Ardennes-Thiérache et Sud-Ardennes) comptent à l'heure actuelle un peu plus de 138 000 habitants pour une superficie nettement plus grande.

*Les Territoires d'action sociale du département des Ardennes :
Population résidente en 2004. Source : CG 08*



3.1.2. UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE RALENTIE

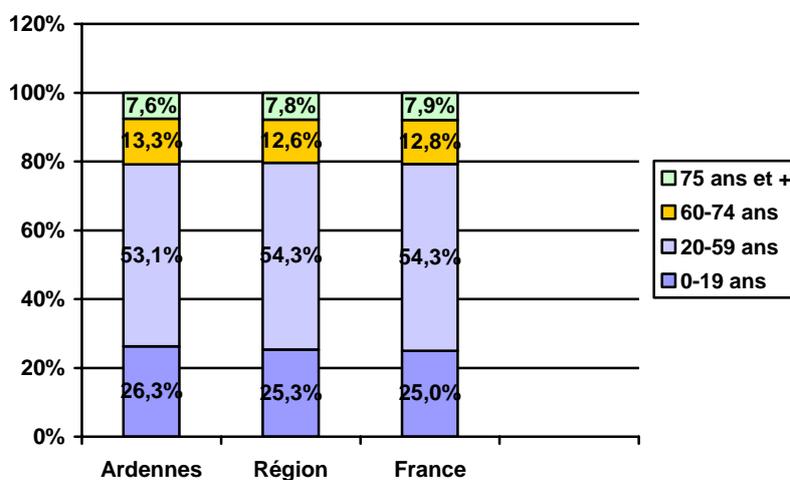
Depuis 1970, la population du département des Ardennes suit une tendance à la baisse avec un taux de variation annuel de - 0,11% entre 2000 et 2004. Cette évolution est liée en premier lieu à la diminution du taux d'accroissement naturel (baisse du taux de natalité). Les projections démographiques annoncent également la poursuite de la diminution globale du nombre d'habitants, avec une hausse annoncée du nombre de personnes âgées, conformément à la tendance nationale.

Depuis 1990, on compte environ 15 000 départs.

3.1.3. UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Le département des Ardennes présente une structure d'âges proche de celle observée à l'échelle nationale. L'indice de vieillissement du département des Ardennes au 1^{er} janvier 2004 est d'ailleurs favorable, puisqu'il fait apparaître 62,9 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, à comparer aux chiffres de 64,1 sur la région et 65,3 sur la France.

Répartition de la population des Ardennes par classe d'âge. Source : Insee



Concernant les personnes âgées, 21,36 % de la population ardennaise a plus de 60 ans, et 7,11 % plus de 75 ans. Le département des Ardennes est donc le second département le plus jeune de la Région Champagne-Ardenne, devant l'Aube et la Haute-Marne.

Nombre de personnes de 60 ans et plus	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Moyenne régionale
Population totale	290 930	292 131	565 229	194 873	
Part des plus de 60 ans	21,36%	22,26%	18,94%	23,31%	21,47%
Part des plus de 75 ans	7,11%	8,28%	6,76%	8,65%	7,70%

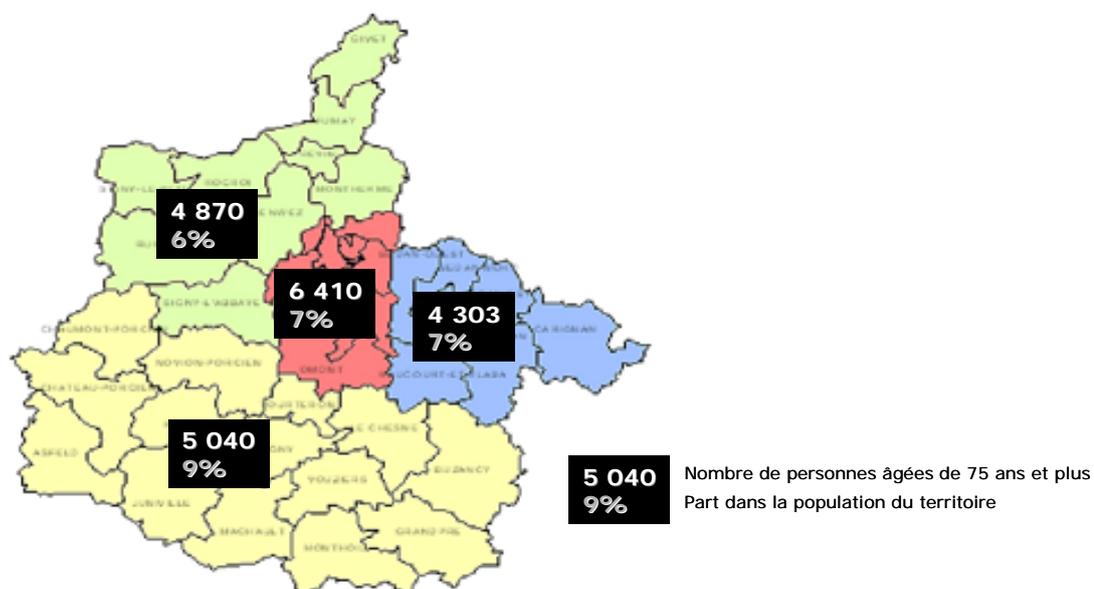
Source : Insee

La répartition territoriale des personnes âgées de plus de 75 ans recoupe celle de la population départementale. Le Nord-Ardennes-Thiérache et le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes concentrent plus de la moitié des plus de 75 ans, soit 11 280 personnes sur 20 623. Toutefois, en raison de la présence d'une importante population jeune, les plus de 75 ans représentent entre 6 % et 7 % de la population de ces deux territoires, soit un ratio inférieur à la moyenne nationale (7,7 %).

En revanche, le Sud-Ardennes est le territoire qui vieillit le plus rapidement, cumulant en outre le plus fort ratio de personnes âgées de plus de 75 ans (9 %) et le plus faible nombre d'habitants.

Répartition territoriale des personnes âgées de 75 ans et plus.

Source : Insee



Cependant, les projections démographiques de l'INSEE prévoient une évolution susceptible d'entraîner, dans les territoires d'action sociale des Ardennes, une baisse significative de la population juvénile associée à une augmentation exponentielle de la population âgée d'ici les 30 prochaines années.

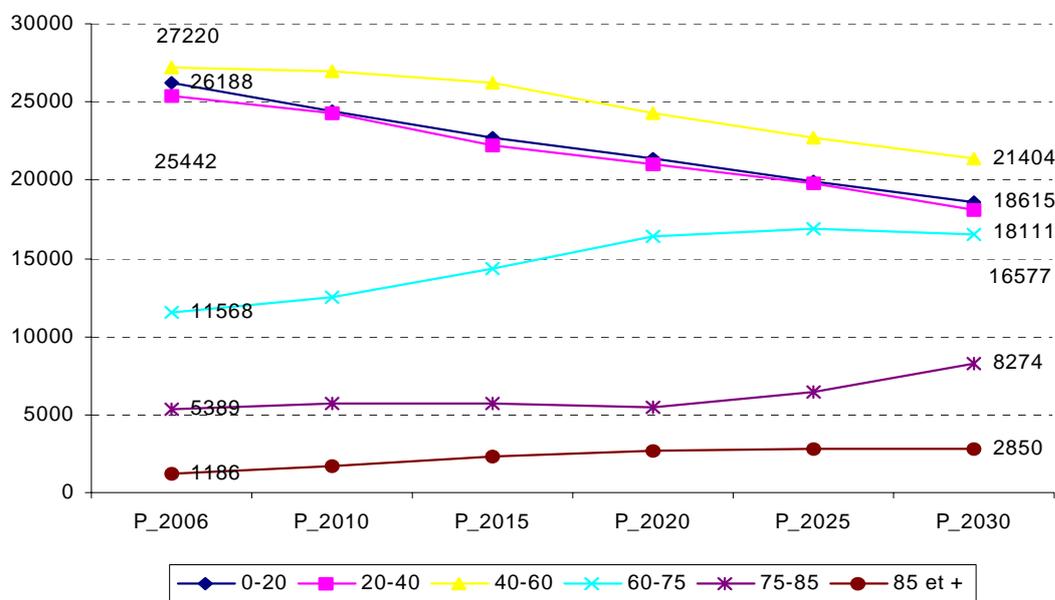
A titre d'exemple, sur le territoire de *Charleville-Mézières-Centre-Ardennes*, il est prévu, entre 2006 et 2030, une baisse globale de 11,5 % de sa population affectant particulièrement les 0-20 ans et les 20-40 ans (baisse prévisible de 28 %), avec, en parallèle, un accroissement estimé à plus de 140% des personnes âgées de 85 ans et plus.

Le Sedanais présente les mêmes dispositions avec la prévision d'une baisse de 17,7% de sa population globale induisant une diminution de 32% des 0-20 ans et des 20-40 ans et une hausse de 144 % des 85 ans et plus.

Sur le même intervalle de temps, le territoire *Sud-Ardennes* présente les mêmes problématiques d'évolution démographique, avec la prévision d'une baisse de 15,2% de la population globale entraînant une diminution de 31% des 0-20 ans et des 20-40 ans et une hausse de 115 % des 85 ans et plus.

Le territoire *Nord-Ardennes-Thiérache* verra décroître sa population globale, au cours des années 2006-2030, de 10,3 % avec un impact direct sur les 0-20 ans et les 20-40 ans (-32 %) et un accroissement des 85 ans et plus, estimé à 137%.

*Exemple des projections démographiques 2006-2030
pour le territoire d'action sociale de Charleville-Mézières . Source : INSEE Omphale*



3.1.4. UNE SITUATION ECONOMIQUE PEU FAVORABLE

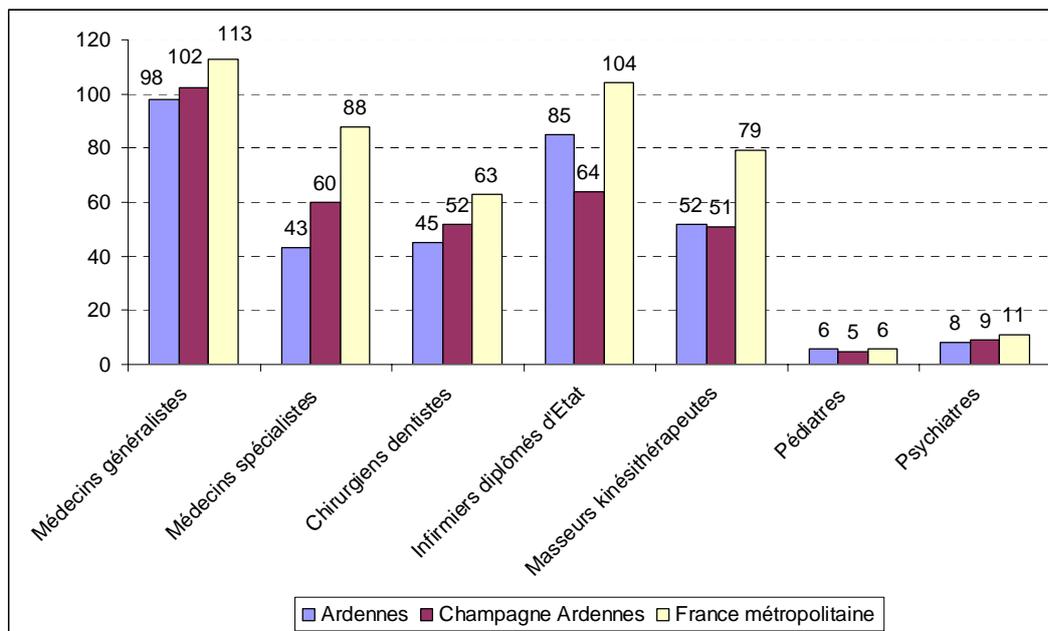
Le département des Ardennes cumule de grandes difficultés économiques (un revenu fiscal inférieur de 17% au montant national et un taux de bénéficiaires de minima sociaux très supérieur aux niveaux régional et national, en particulier le RMI et la CMU) et un fort taux de mortalité, d'une part.

D'autre part, le taux de chômage reste important dans le département et s'élève à 13% en 2006 pour un taux de moins de 9% observé à l'échelle nationale.

Toutefois, la desserte du département par le TGV Est, reconnue comme un facteur de développement et d'aménagement du territoire, et la mise en service de la branche ouest du « Y » autoroutier ardennais devraient participer à la dynamisation de l'économie et au désenclavement des Ardennes.

3.1.5. UNE CARENCE DE L'OFFRE DE SOINS LIBERALE

*Densités de professionnels libéraux
(Nombre de professionnels pour 100 000 habitants)
Source : STATISS 1^{er} janvier 2005*



Une carence de l'offre de soins libérale est visible sur le département des Ardennes par rapport aux densités régionales et nationales.

Selon une étude des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de septembre 2000², les perspectives d'exercice libéral de la médecine devraient néanmoins être plus favorables sur la région d'ici à 2008, en comparaison à la tendance nationale. Il est en effet prévu une augmentation de 8,7 % pour les généralistes et de 13,8 % pour les spécialistes (respectivement 4,1% et -1,9% au niveau national).

² Rapport URCAM Septembre 2000 sous la direction de Jean-Pierre ROBELET, chef de projet à l'URCAM Poitou-Charentes, « La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé ».

3.1.6. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

En 2004, le taux d'équipement en lits et places de médecine apparaît supérieur au taux national.

Taux d'équipement MCO et moyen séjour. Source : STATISS 1^{er} janvier 2005

Taux d'équipement en lits et places pour 1000 habitants			
	Ardennes	Champagne Ardenne	France métropolitaine
Court séjour			
Médecine (y.c. HAD)	2,21	2,27	2,09
Chirurgie	1,54	1,84	1,67
Gynécologie-Obstétrique	0,33	0,40	0,38
Moyen séjour			
Réadaptation	0,41	0,27	0,54
Equipement	1,12	0,97	1,58

HAD : Hospitalisation à domicile

Taux d'équipement Psychiatrie. Source : STATISS 1^{er} janvier 2005

Disciplines de psychiatrie	Ardennes	Champagne Ardenne	France métropolitaine
Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1000 enfants de 0 à 16 ans inclus			
Lits d'hospitalisation complète	0,06	0,03	0,17
Equipement global (lits et places)	0,76	0,83	0,92
Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1000 habitants			
Lits d'hospitalisation complète	0,95	0,77	0,96
Equipement global (lits et places)	1,21	1,03	1,30

3.2. Les personnes âgées

3.2.1. LES PERSONNES AGEES ALLOCATAIRES

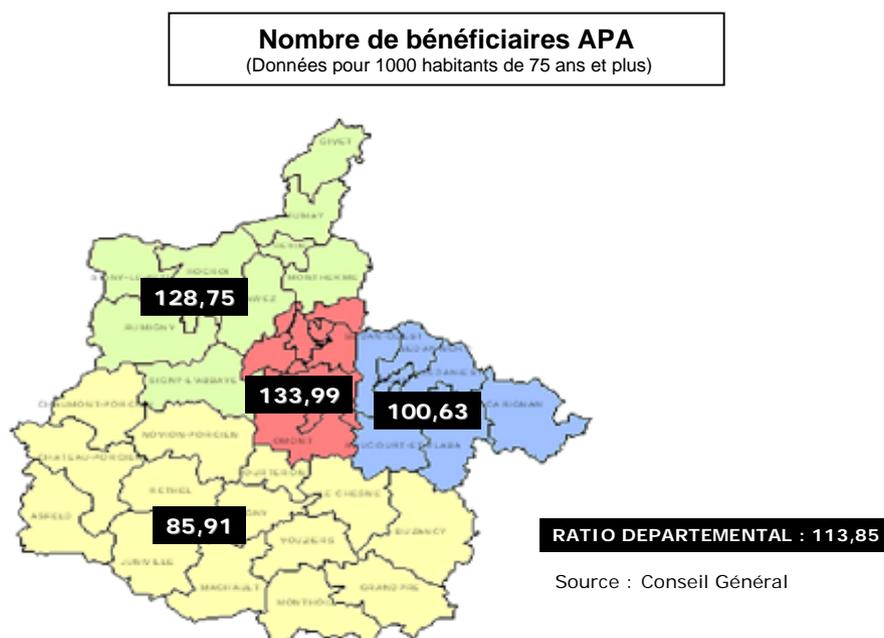
L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est une aide en nature destinée aux personnes âgées de plus de 60 ans qui doivent faire face à la perte de leur autonomie. Le département des Ardennes présente un taux élevé de bénéficiaires APA, supérieur de 2,5 points à la moyenne régionale. 75 % des allocataires sont issus des groupes iso-ressource 3 et 4, c'est-à-dire présentant une dépendance moyenne.

Nbre de bénéficiaires APA pour 1000 personnes de 60 ans et plus	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne Ardenne	France
	70,21	73	63	65	67	80

Répartition des bénéficiaires par GIR	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne Ardenne	France
GIR 1	3%	4%	1%	2%	2%	8%
GIR 2	23%	23%	14%	18%	19%	29%
GIR 3	16%	23%	23%	26%	21%	20%
GIR 4	59%	50%	61%	55%	57%	43%

Source : Conseil Général, DRESS, 2006

En 2006, le département comptabilisait 3 704 bénéficiaires de l'APA à domicile, concentrés pour les deux tiers dans le Nord-Ardennes et le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes .



3.2.2. L'OFFRE D'ACCUEIL DES PERSONNES AGEES DANS LES ARDENNES

3.2.2.1. L'ACCUEIL EN INSTITUTION

Le département des Ardennes se caractérise par un déficit d'offre de places en structure d'accueil pour personnes âgées. Avec 126,12 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, le département présente un ratio inférieur de plus de 15 points par rapport à la moyenne régionale, tout en se situant en troisième position, loin derrière la Marne (185,11), mais devant la Haute-Marne (122,03).

En outre, les places d'accueil de jour en établissement pour personnes âgées sont peu importantes, alors que le département se situe en première position en ce qui concerne l'offre de places d'hébergement temporaire. Sur ce dernier point, les Ardennes présentent un ratio plus de deux fois plus élevé que la moyenne régionale et que la Marne.

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne Ardenne	France
Nbre de lits autorisés pour 1000 personnes de 75 ans et plus (EHPA, USLD, FR)	126,12	140,73	185,11	122,03	143,50	137,35

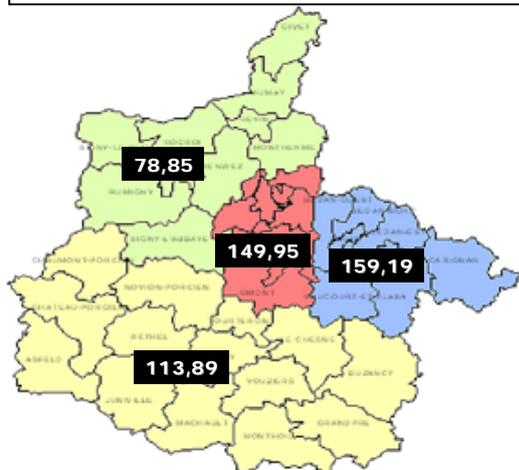
Répartition des bénéficiaires par GIR	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne Ardenne	France
Places en accueil de jour	0,39	0,83	0,00	0,30	0,28	0,46
Places en hébergement temporaire	3,30	0,29	1,54	0,59	1,43	1,51

Le département compte, à ce jour, 38 établissements d'accueil pour personnes âgées. 2 835 places sont autorisées et 2 501 sont installées. Au niveau territorial, le Nord-Ardennes-Thiérache présente un ratio de places, autorisées comme installées, deux fois moindre par rapport aux territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et du Sedanais. Le Sud-Ardennes présente quant à lui le différentiel le plus important entre le nombre de places autorisées et celles effectivement installées.

Répartition territoriale des places autorisées et installées

Nombre de places installées

(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)

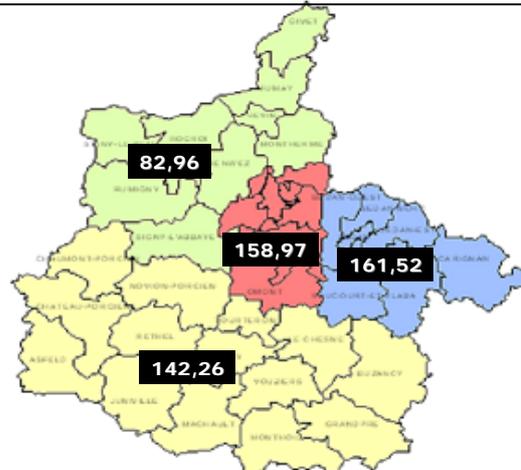


RATIO DEPARTEMENTAL : 126,12

Source : Conseil Général

Nombre de places autorisées

(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



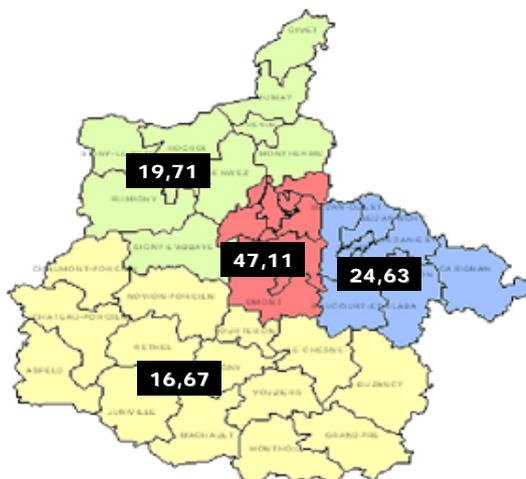
RATIO DEPARTEMENTAL : 137,47

Source : Conseil Général

Les foyers-résidences ardennais offrent une capacité totale autorisée de 588 places. Cette forme d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'établissement est surtout présente sur le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardenne (302 places) et sur le Sedanais (106 places), alors qu'elle ne représente respectivement que 84 et 96 places sur le Sud et Nord Ardennes.

Nombre de places autorisées en foyer-résidence

(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



RATIO DEPARTEMENTAL : 28,51

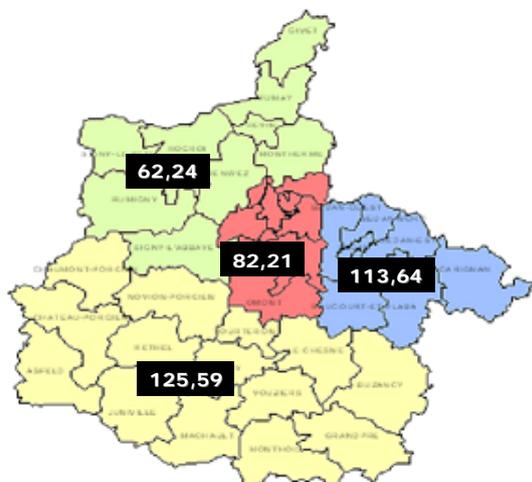
Source : Conseil Général

A ce jour, parmi les 38 structures d'accueil pour personnes âgées, seuls 39 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), c'est-à-dire ayant signé une convention tripartite avec le Conseil Général et la DDASS. Ces derniers offrent une capacité de 1 409 places autorisées, alors que les établissements non conventionnés (établissements hébergeant des personnes âgées – EHPA) proposent 1 426 places autorisées. Le Sud-Ardennes comptabilise 125,59 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, tandis que le Nord-Ardennes-Thiérache souffre d'une dotation deux fois moindre.

27 structures ont vocation à être des EHPAD et 15 d'entre elles ont signé une convention tripartite avec le Conseil Général et le représentant de l'Etat.

La répartition territoriale des unités de soins longue durée (USLD) se fait également en partie au détriment du Nord-Ardennes-Thiérache, où après fusion de l'USLD et de l'EHPAD de l'hôpital local de Fumay, il n'y a plus de place d'USLD. Charleville-Mézières et son territoire concentrent 190 places sur les 415 autorisées dans le département.

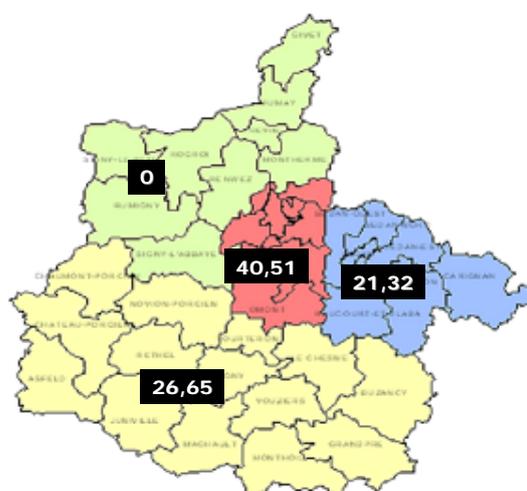
Nombre de places autorisées EHPA / EHPAD
(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



RATIO DEPARTEMENTAL : 94,89

Source : Conseil Général

Nombre de places autorisées en USLD
(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



RATIO DEPARTEMENTAL : 20,12

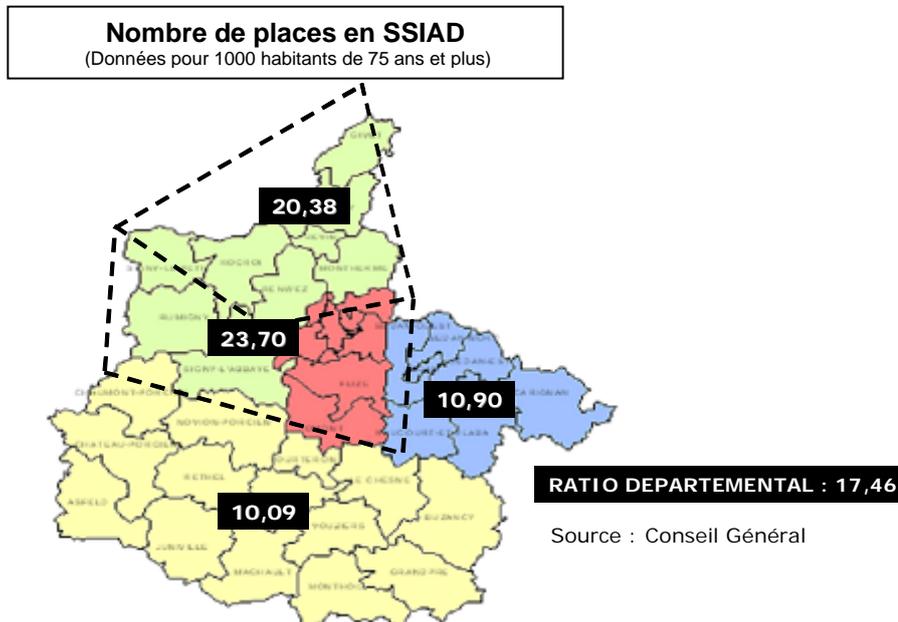
Source : Conseil Général

3.2.2.2. L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Le département des Ardennes dispose de la couverture la plus importante de la région Champagne-Ardenne en places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Avec un ratio de 17,46 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, le département est nettement mieux couvert que les départements de la Marne (14,18) et de l'Aube (15,17).

	Ardennes	Aube	Marne	Haute-Marne	Champagne Ardenne	France
Nombre de places en SSIAD	17,46	15,17	14,18	17,09	15,97	16,10

Toutefois, les différences territoriales sont manifestes : le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et le nord des Ardennes sont nettement mieux pourvus que les territoires du Sedanais et du Sud-Ardennes. Alors que le nord-ouest du département offre un taux de couverture proche, voire supérieur, au taux cible du ministère de la Santé (21 ‰), le sud et l'est présentent des ratios deux fois inférieurs à l'objectif national.



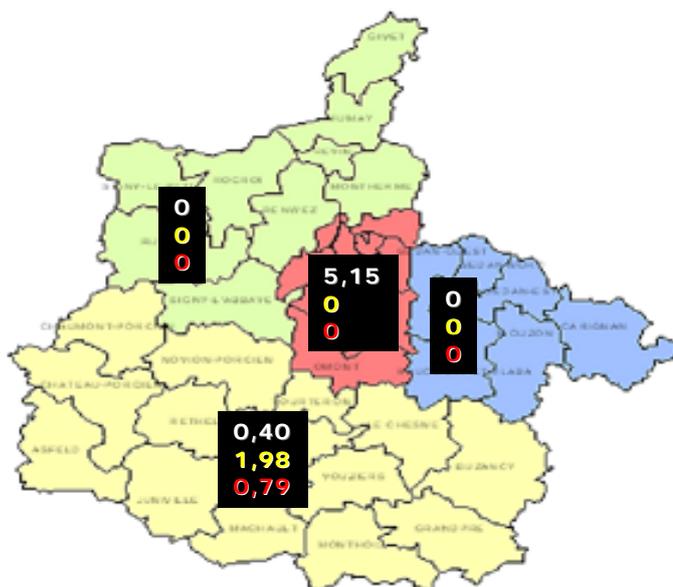
3.2.3. L'OFFRE D'ACCUEIL POUR LES PERSONNES SOUFFRANT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DE PATHOLOGIES APPARENTÉES

L'offre de prise en charge en EHPAD réservée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le département des Ardennes est composée comme suit :

- 33 places autorisées d'hébergement permanent (situées sur le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes) ;
- 12 places autorisées d'hébergement temporaire (situées sur les territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et Sud-Ardennes) ;
- 16 places autorisées d'accueil de jour (situées sur les territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et Sud-Ardennes).

**Équipement pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer
ou de pathologies apparentées**

(Données pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



0,40	Hébergement classique Alzheimer hormis les lits non identifiés en EHPAD
0	Hébergement temporaire Alzheimer
0	Accueil de jour Alzheimer

Source : Conseil Général

Comparativement, les taux d'équipement nationaux sont les suivants³ :

Accueil de jour : 4,85 places pour 1 000 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, avec une médiane de 0,07.

Hébergement temporaire : 11,69 places pour 1 000 malades, avec une médiane de 10,73.

Hébergement permanent : Selon l'enquête EHPA 2003 réalisée par la DREES auprès des gestionnaires d'établissements, sur 1000 places installées, 160 sont réservées aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle, la plupart de ces dernières pouvant être considérées comme des malades d'Alzheimer à un stade sévère ou des personnes souffrant de troubles du comportement.

Au niveau régional, le nombre de lits ou places autorisés est le suivant :

Département	Accueil de jour	Hébergement temporaire	Hébergement permanent
Aube	Non communiqué	Non communiqué	107
Marne	37	Non communiqué	187
Haute-Marne	40	Non communiqué	52

³Source : Rapport Gallez - Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPES)

3.3. Les personnes handicapées

3.3.1. LES PERSONNES HANDICAPEES ALLOCATAIRES

Au 1er janvier 2005, un total de 4 934 personnes de 20 ans et plus sont allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) sur le département des Ardennes, ce qui représente un taux d'allocataires de 23,2 pour 1 000 personnes de plus de 20 ans, contre un taux de 16,8 observé à l'échelle nationale.

Les prestations d'intervention sociale. Source : STATISS 1^{er} janvier 2005

Prestations	Ardennes	Champagne Ardenne	France
Nombre d'allocataires de l'API pour <i>1000 femmes de 15 à 49 ans</i>	18,4	13,9	12,2
Nombre d'allocataires de l'AAH pour <i>1000 personnes de 20 ans et plus</i>	23,2	18,5	16,8
Nombre de bénéficiaires de l'AES pour <i>1000 habitants de moins de 20 ans</i>	1,33	1,03	0,67
Nombre d'allocataires du RMI pour <i>1000 personnes de 20 ans à 59 ans</i>	43,8	30,7	33,1
Couverture Maladie Universelle <i>% couverture de la population</i>	9,1	7,3	6,7
Allocation du minimum vieillesse pour <i>100 personnes de 65 ans et plus</i>	3,8	3,8	5,3

3.3.2. L'OFFRE D'ACCUEIL DES PERSONNES HANDICAPEES DANS LES ARDENNES

3.3.2.1. L'ACCUEIL EN INSTITUTION

Le département présente en particulier un important taux d'équipement en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), supérieur à la moyenne nationale. En revanche, le taux d'équipement en foyers de vie et en foyers d'accueil médicalisés

(FAM) reste, au global, deux fois inférieur à la moyenne nationale. Le taux d'équipement en entreprises adaptées (EA, ex Atelier protégé) est aussi plus bas que celui de la France.

Face à cette saturation du dispositif existant et afin de répondre aux besoins croissants d'accueil des personnes handicapées sur le territoire, plusieurs axes d'amélioration se mettent en place et, notamment, des projets d'extension capacitaire (avec l'ouverture prochaine du premier FAM des Ardennes en Belgique et la création de foyers et SAVS à Montcornet), le développement des possibilités d'accueil alternatif (de jour/nuit/temporaire) dans les établissements, afin de faciliter les transitions et l'adaptation des structures et la médicalisation croissante des prises en charge.

Le taux d'équipement des établissements pour enfants déficients intellectuels est nettement supérieur aux moyennes régionale et nationale. Les établissements et services pour déficients moteur et polyhandicapés se situent à peu près dans les moyennes régionale et nationale, ainsi que pour les déficients auditifs et visuels.

Par contre, pour les enfants et adolescents présentant des troubles de la conduite et du comportement, le taux d'équipement ardennais est supérieur à la moyenne régionale, mais est sensiblement égal à la moyenne nationale.

Accueil des adultes handicapés :
Taux d'équipement par catégorie d'établissement : Lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans. Source : STATISS 1^{er} janvier 2005

Equipement	Ardennes	CHAMPAGNE ARDENNE	FRANCE Métro
Taux d'équipement en Maison d'Accueil spécialisée MAS	0,92	0,73	0,51
Taux d'équipement en foyer de vie et en foyer d'accueil médicalisé	0,71	1,11	1,46
Taux d'équipement en Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.)	3,69	3,42	3,07
Taux d'équipement en atelier protégé	0,32	0,31	0,53

Accueil des enfants handicapés :
Taux d'équipement global : Lits ou places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans. Source : STATISS 1^{er} janvier 2005

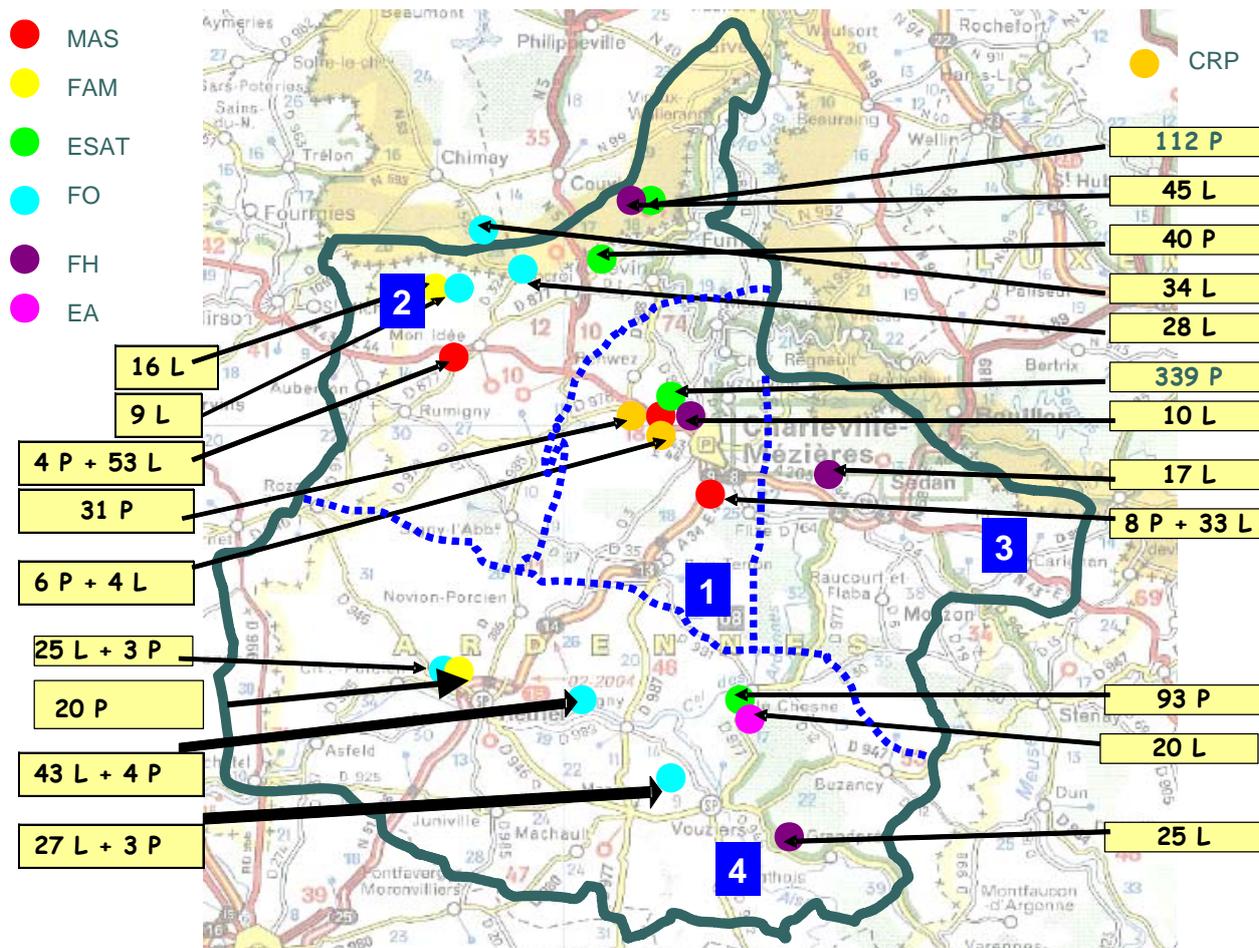
Equipement	Ardennes	CHAMPAGNE ARDENNE	FRANCE Métro
Taux d'équipement global en lits et places	13,85	9,9	8,64

		Ardennes	Champagne Ardenne
Déficients mentaux	<i>Nb établissements</i>	8	31
	<i>Nb de lits</i>	690	2 042
Polyhandicapés	<i>Nb établissements</i>	2	5
	<i>Nb de lits</i>	30	144
Troubles comport	<i>Nb établissements</i>	2	10
	<i>Nb de lits</i>	79	231
Handicapés moteurs	<i>Nb établissements</i>	0	3
	<i>Nb de lits</i>	0	151
Déficients sensoriels	<i>Nb établissements</i>	2	6
	<i>Nb de lits</i>	55	204
SESSAD	<i>Nb de places</i>	197	577

Dans les Ardennes au 1^{er} janvier 2007, 6 types de dispositifs existent pour l'accueil et/ou la prise en charge de personnes handicapées en institution :

- 3 structures d'aide par le travail (ESAT) dont les antennes se répartissent sur l'ensemble du territoire ardennais,
- 3 entreprises adaptées (EA) situées sur les territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes, du Nord-Ardennes-Thiérache et du Sud-Ardennes,
- 2 centres de rééducation professionnelle (CRP) sur le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes,
- 5 foyers occupationnels installés sur les territoires du Nord-Ardennes-Thiérache et du Sud-Ardennes,
- 5 foyers d'hébergement se répartissant sur l'ensemble du territoire ardennais,
- 3 maisons d'accueil spécialisées (MAS) situées sur les territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes et du Nord-Ardennes-Thiérache,
- 2 foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillent des personnes handicapées ardennaises sur les territoires du Nord-Ardennes-Thiérache et du Sud-Ardennes.

La répartition géographique des établissements d'accueil et de prise en charge des personnes handicapées adultes sur le département se présente ainsi :



Territoire 1 : Charleville-Mézières-Centre-Ardennes

Territoire 2 : Nord Ardennes-Thiérache

Territoire 3 : Sedanais

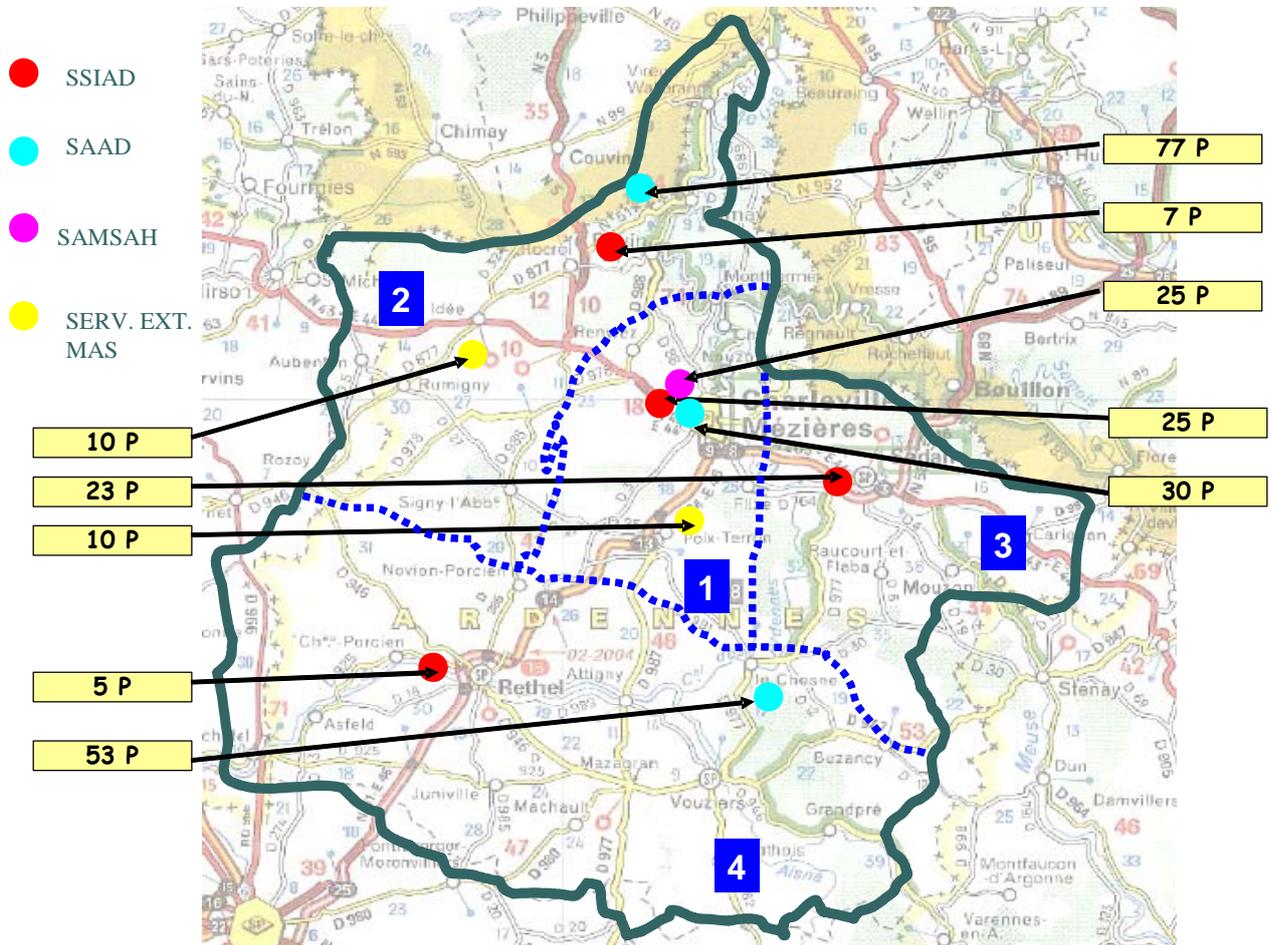
Territoire 4 : Sud-Ardennes

3.3.2.2. L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

L'étude menée sur les personnes suivies par les services d'aide à domicile en Champagne-Ardenne (Flash Stat Champagne-Ardenne n° 9, décembre 2002) révèle que 850 personnes handicapées sont prises en charge par les services d'aide à domicile de la région, représentant 5% de la totalité des personnes dépendantes accompagnées. La quasi-totalité des personnes handicapées aidées, soit 95%, habitent leur domicile personnel, les 2/3 sont par ailleurs des personnes seules, sans enfants. 65% des personnes handicapées à domicile présentent une déficience motrice, 40% une déficience intellectuelle et 20% une déficience sensorielle.

Les services à domicile existants sur le département regroupent :

- 4 SSIAD répartis sur chacun des territoires d'action sociale,
- 3 SAAD situés sur les territoires de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes, du Nord-Ardennes-Thiérache et du Sud-Ardennes,
- 1 SAMSAH situé sur le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes,
- 2 services externalisés de MAS sur le territoire de Charleville-Mézières-Centre-Ardennes.



Territoire 1 : Charleville-Mézières-Centre-Ardennes

Territoire 2 : Nord Ardennes-Thiérache

Territoire 3 : Sedanais

Territoire 4 : Sud-Ardennes

3.3.3. LES ENFANTS HANDICAPES

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'Enquête « ES » réalisée par la DRASS Champagne-Ardenne en 2001 (Dernière enquête « ES » disponible pour la région). Elles indiquent la déficience principale prise en charge dans les établissements d'accueil des enfants handicapés des Ardennes :

- Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- Institut Médico-Educatif
- Instituts de rééducation
- Etablissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés
- Institut pour déficients visuels
- Instituts pour déficients auditifs

Etablissement	Déficience principale
SESSAD	Déficience intellectuelle légère
IME	Déficience intellectuelle moyenne à lourde
IR	Trouble du comportement
Etablissements pour polyhandicapés	Polyhandicapés
Instituts pour déficients visuels	Déficients visuels
Instituts pour déficients auditifs	Déficients auditifs

3.3.4. LES ADULTES HANDICAPES

Les données présentées ci-dessous sont issues de l'Enquête « ES » réalisée par la DRASS Champagne-Ardenne en 2001 (Dernière enquête « ES » disponible pour la région).

Elles donnent des indications globales :

- L'âge moyen et la durée de prise en charge des personnes handicapées en institution
- La déficience principale prise en charge
- Le mode d'hébergement principal des personnes

On constate au total que la plupart des résidents en établissement ont entre 20 et 49 ans, avec une moyenne d'âge plus élevée dans les établissements pour travailleurs handicapés. Les travailleurs handicapés sont en majorité hébergés à domicile, contrairement aux autres adultes handicapés qui sont pour la plupart hébergés en institution. La déficience principale des personnes handicapées en institution est variable.

Etablissement	Age le plus représenté		Mode d'hébergement		Déficience principale
ESAT	65%	30-49 ans	80%	Logement personnel ou famille	Déficience principale intellectuelle moyenne
EA	82%	30-49 ans	50%	FH	Déficience principale intellectuelle légère
			47%	Logement personnel	
FH	72%	25-44 ans			Déficience principale intellectuelle profonde
MAS	53%	20-39 ans	88%	MAS	Déficience principale psychique et motrice sévère
FO	33%	25-34 ans	60%	FO	Déficience principale intellectuelle profonde
			34%	FH	
CRP					Déficience principale autre (Suites AVC ou traumatisés crâniens)

3.3.5. L'EFFORT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL DES FINANCEURS

Le budget d'aide sociale apparaît comme le premier poste de dépenses du Conseil Général, avec un montant de 126,8 millions d'euros soit 64,6% du budget de fonctionnement en 2006.

CREDITS INSCRITS AU BUDGET PRIMITIF 2006 POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES ADULTES	
Aide Sociale à l'hébergement des personnes âgées en institution et en accueil familial	6 160 000 €
Allocation Personnalisée d'Autonomie	18 635 000 €
Aide Sociale à l'hébergement des personnes handicapées en institution et en accueil familial	22 236 000 €
Allocation Compensatrice Tierce Personne	5 600 000 €

EFFORT FINANCIER PAR BENEFICIAIRE		
TYPE D'AIDE	ARDENNES	FRANCE
Aide Sociale à l'hébergement des personnes âgées en institution et en accueil familial	13 479 €	Non connu
Allocation Personnalisée d'Autonomie	3 460 €	4 266 € ⁴
Aide Sociale à l'hébergement des personnes handicapées en institution et en accueil familial	47 615 €	Non connu
Allocation Compensatrice Tierce Personne	5 749 €	5 426 € ⁵

Crédits accordés par l'Assurance Maladie en 2006 pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées adultes	
ONDAM Personnes Agées	20 318 291 €
ONDAM Personnes Handicapées (enfants, adolescents et adultes)	51 787 478 €
Aide Sociale de l'Etat (ESAT)	7 024 526 €

**Effort médico-social ONDAM
(enveloppe financière/population 0-59 ans)**

⁴ Source : DGCL – Décembre 2006/DRESS –Avril 2007

⁵ Source : Sénat – Projet de loi de Finances 2006

France	138 €
Champagne-Ardenne	154 €
Ardennes	226 €

Effort médico-social ONDAM (enveloppe financière/population 75 ans et +)	
France	919 €
Champagne-Ardenne	924 €
Ardennes	929 €

4. LES RESULTATS DES ENQUETES MENEES AUPRES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES A DOMICILE

4.1. Les personnes âgées

Une enquête a été menée au cours du dernier trimestre de l'année 2006 auprès des personnes âgées vivant en établissement ainsi que des directeurs d'établissement, à travers l'élaboration de deux questionnaires.

Le premier, adressé à un panel représentatif d'établissements (10 questionnaires par établissement), visait, notamment, à évaluer au moyen d'une vingtaine de questions :

- le rôle de la personne âgée dans le choix de l'établissement,
- les critères de choix,
- l'appréciation des relations avec le personnel.

Au total, 202 réponses ont été recueillies, provenant en forte majorité de femmes (79 %) âgées de plus de 80 ans (71 %).

Un second questionnaire a été adressé aux directeurs d'EHPAD des Ardennes. Les objectifs de ce questionnaire étaient les suivants :

- disposer d'informations très précises sur la population prise en charge et sur les établissements,
- avoir une vision complète (sur l'ensemble du département) et territorialisée (par territoires d'action sociale) de la diversité des équipements et services proposés,
- laisser à la disposition des responsables la possibilité de faire part de leurs initiatives et analyses quant aux besoins actuels du dispositif, quant aux actions originales qu'ils ont pu mettre en œuvre.

Au total, 20 établissements ont répondu à l'enquête, soit un taux de retour de 52 %. La synthèse des résultats de l'enquête est présentée ci-après, en reprenant les éléments les plus importants à retenir.

4.1.1 LE PROFIL DES PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR LES ETABLISSEMENTS

Les premières questions de l'enquête avaient pour objectif d'identifier plus précisément le profil des personnes accueillies et accompagnées, ainsi que les évolutions constatées et/ou attendues au cours des prochaines années.

- *Age moyen d'entrée en établissement*

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu, l'âge moyen d'entrée en établissement varie de 82,01 à Charleville-Mézières à 83,89 dans le Nord Ardennes. L'âge moyen d'entrée s'élève à 82 ans en USLD ou en foyer résidence, contre 85 ans en maison de retraite.

- *Structure d'âge et type de prise en charge*

Plus d'un quart des personnes âgées accueillies a plus de 90 ans, alors que seulement moins de 10 % a un âge inférieur à 70 ans. La part des plus de 90 ans résidant dans les maisons de retraite varie de 14 % pour Charleville-Mézières à 36 % dans le Nord Ardennes.

- *Provenance des résidents*

- La provenance géographique de la population accueillie révèle une proportion très importante d'Ardennais (89 %) et une proportion également forte du même canton d'origine (83 %).
- Pour moitié, les résidents proviennent d'un hôpital ou d'une clinique (49 %), tandis qu'un tiers provient de leur propre domicile (33 %).

- *Ressources de la population*

- La majorité des résidents disposent de ressources inférieures à 1000 € par mois, y compris dans les foyers-résidence.
- On observe, sur ce point de fortes disparités territoriales, la part des résidents disposant de ressources inférieures à 1000 € par mois variant de près des 3/4 dans le Sedanais, contre seulement 1/3 dans le Nord Ardennes.

- *Evolution de la dépendance et de la prise en charge*

Entre 2003 et 2005, les GIR 1 et 5 ont progressé, passant respectivement de 13 % à 15 %, et de 7 % à 12 %.

Synthèse

Les répondants sont âgés de plus de 80 ans conformément à la part des personnes âgées résidant en établissement. En large majorité, les répondants sont ardennais et disposent de revenus inférieurs à 1000 € par mois. La dépendance des résidents en EHPAD augmente.

4.1.2 L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS

Le second questionnaire visait à identifier certains indicateurs d'activité et d'évolution d'activité des établissements.

- *Le personnel*
 - L'encadrement moyen des établissements ayant répondu est de 1 ETP pour 2 résidents.
 - 70 % des établissements (tous statuts confondus) disposent d'un médecin coordonnateur, tandis que 45 % des établissements (tous statuts confondus) disposent d'un cadre de santé.

- *Les locaux*
 - 10 % des établissements ont des parties de leurs locaux construites avant 1920, 10% construites entre 1950 et 1970, mais 80 % ont des bâtiments récents ou très récents.

- *Accessibilité*
 - Tous les établissements répondants ont des chambres accessibles aux personnes à mobilité réduite.
 - 70 % des établissements ont leurs salles de bain accessibles en fauteuil roulant.
 - Un seul établissement a des locaux collectifs non accessibles aux personnes à mobilité réduite.

- *Les lieux de vie*
 - On ne dénombre que 2 établissements ayant encore des chambres à 3 lits et 13 établissements disposent de chambres à 2 lits.
 - La superficie moyenne des chambres à 1 lit est de 16,65 m² et de 23,46 m² dans les chambres à 2 lits.
 - 44 % des chambres ont une douche mais toutes ont un espace lavabo.
 - Deux établissements sur 20 commencent le lever à 6h30 du matin et la quasi-totalité des autres débutent le lever à 7h00. Deux maisons de retraite commencent le coucher à 16h00.

- *Les services*
 - 43 % des établissements proposent des animations quotidiennes (40 % des EHPAD ou établissements conventionnables), et 37 % des établissements proposent des animations une fois tous les deux jours, les 20 % restants organisant des animations deux fois par semaine.
 - Seuls 22 % des établissements n'organisent aucune sortie en dehors de l'établissement.

Synthèse

Les locaux des établissements sont globalement récents, accessibles aux personnes à mobilité réduite et de dimensions acceptables (lieux de vie privés, espaces publics et semi-publics). L'organisation des établissements (1 ETP pour 2 résidents) est classique, parfois rigide (l'organisation s'adapte difficilement aux rythmes individuels quelquefois) mais les efforts en la matière sont patents.

4.2. Les personnes handicapées adultes

Les données et informations disponibles sur les personnes handicapées adultes, d'une part, et sur le dispositif d'offre d'accueil et d'accompagnement, d'autre part, ont permis d'établir un premier diagnostic global. Ce diagnostic a ensuite été complété par la réalisation d'une **enquête auprès des établissements et services prenant en charge des personnes handicapées du département des Ardennes**. Cette enquête a été réalisée lors du quatrième trimestre 2006 par l'envoi d'un questionnaire à l'ensemble des structures.

Les objectifs de cette enquête étaient les suivants :

- préciser et affiner l'état des lieux réalisé,
- identifier plus précisément le profil des personnes accueillies en établissement ou accompagnées par les services,
- analyser l'activité des établissements et services ainsi que son évolution,
- recueillir des informations relatives à la vie institutionnelle des établissements
- connaître les projets des établissements et services pour les prochaines années

Au total, 30 établissements et services ont répondu à l'enquête :

- 20 établissements pour adultes, représentant un taux de retour global de 100%
- 10 services pour adultes, représentant un taux de retour global de 90 % (1 SAAD n'a pas répondu).

Le taux global de retour permet d'avoir une vision réellement représentative de la situation des établissements et services pour adultes handicapés du département. La synthèse des résultats de l'enquête est présentée ci-après. Elle reprend les éléments les plus importants à retenir.

Les résultats détaillés des enquêtes avec l'ensemble des graphiques sont présentés en Annexe 3.

4.2.1. LE PROFIL DES PERSONNES PRISES EN CHARGE PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Les premières questions de l'enquête avaient pour objectif d'identifier plus précisément le profil des personnes accueillies et accompagnées, ainsi que les évolutions constatées et/ou attendues au cours des prochaines années.

- *Age moyen d'entrée en établissement*
 - Sur l'ensemble des établissements pour adultes ayant répondu, l'âge moyen d'entrée connaît une légère diminution et s'élève à 27,2 ans en 2006, contre 28,5 ans en 2005. Cette diminution est essentiellement identifiée dans les foyers d'hébergement et les ESAT.
- *Structure d'âge et type de prise en charge*
 - Plus de 30 % des personnes accueillies à temps plein en établissement ont plus de 45 ans, la moyenne d'âge étant plus élevée en structure médicalisée (MAS / FAM). La proportion de personnes accueillies à temps partiel reste faible (moins de 5% des personnes) et leur moyenne d'âge est également plus faible (aucune personne de plus de 60 ans).
 - L'âge moyen des personnes handicapées suivies par les services à domicile est de 42,2 ans, avec un âge plus élevé dans les SSIAD et moins élevé dans les SAAD. Les SSIAD, SAAD, SAMSAH se répartissent respectivement la mission de soins d'accompagnement social, d'accompagnement social et médical.
- *Durée de séjour– durée de prise en charge*

La durée de séjour reste variable selon le type d'établissement.

 - La durée de séjour en établissements pour adultes reste élevée. Elle est supérieure à 20 ans pour près d'un tiers des personnes accueillies. Elles s'observent davantage dans les structures de travail protégé ainsi que dans les foyers (d'hébergement, occupationnels, médicalisés).
 - La situation est très différente pour les services à domicile, pour lesquels plus de 77% des personnes suivies ont une durée de prise en charge inférieure à 5 ans, en particulier s'agissant des SSIAD.

- *Origine géographique*

- La grande majorité des personnes accueillies en établissement et services sont originaires du département (80% des adultes en établissement, 97% des adultes à domicile). Les établissements médicalisés pour adultes accueillent néanmoins, en proportion, davantage de personnes hors département. On note que le Centre de Pré-Orientation (CPO) et l'Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale (UEROS) ont une vocation régionale.

- *Réorientations souhaitables*

- 3 foyers d'hébergement, 2 foyers occupationnels, 4 ESAT et l'entreprise adaptée souhaitent réorienter des personnes handicapées qu'ils prennent en charge. Aucune personne handicapée prise en charge en MAS n'est à réorienter. 16 personnes handicapées déjà prises en charge en FO ont obtenu une réorientation vers un FAM et 17 autres devraient également en bénéficier. Les réorientations souhaitées pour les personnes handicapées travaillant aujourd'hui en ESAT concernent des structures diverses (FO, entreprise adaptée, domicile, milieu ordinaire du travail,...).
- Peu de services indiquent qu'une réorientation de personnes suivies serait souhaitable vers une autre structure de prise en charge. Selon les SSIAD, 6 personnes handicapées devraient être suivies en MAS ; selon les SAAD, 1 personne devrait être suivie en SAMSAH ; selon le SAMSAH, 9 personnes devraient être suivies en accueil de jour.

- *Evolution prévisible du profil des personnes accueillies*

Le questionnaire permettait également aux établissements et services de s'exprimer de manière ouverte sur le profil des personnes accueillies et sur l'évolution attendue dans les prochaines années. Les réponses des établissements pour adultes permettent d'identifier les caractéristiques prévisibles du profil des personnes accueillies, à savoir du plus au moins cités :

- le vieillissement des personnes accueillies
- l'augmentation des déficiences du psychisme, l'augmentation de la lourdeur de la prise en charge et la dégradation de la situation sociale
- l'isolement croissant
- les polyhandicaps

Les services pour adultes évoquent quant à eux :

- l'augmentation des déficiences du psychisme et handicap social
- l'isolement géographique et social croissant (délinquance, alcool, chômage)
- l'augmentation du nombre de couples avec enfants
- l'augmentation de la lourdeur des cas
- les polyhandicaps croissants
- le vieillissement des personnes accompagnées mais avec néanmoins un nombre croissant d'accueil de personnes de plus en plus jeunes.

4.2.2. L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

La seconde partie du questionnaire visait à identifier certains indicateurs d'activité et d'évolution d'activité des établissements et services.

- *Flux des personnes accueillies*

Dans les établissements pour adultes, les chiffres observés traduisent le déséquilibre constaté entre le nombre d'entrées et de sorties, entraînant inévitablement des difficultés quant au flux des personnes au sein du dispositif et expliquant également, en partie, le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente.

- L'évolution du nombre d'entrées varie considérablement selon le type de structure d'accueil : les foyers d'hébergement et entreprises adaptées connaissent une diminution de leurs entrées de 2004 à 2006, pendant que les ESAT connaissent une stabilité et les MAS une hausse légère. Le nombre d'entrées en foyers occupationnels a augmenté d'un tiers sur trois ans.
- En moyenne, on compte sur l'ensemble des établissements une sortie pour 5 entrées. Cependant, il apparaît que la tendance du nombre d'entrées et sorties est souvent inversée, venant atténuer les difficultés de flux.
- Le nombre de personnes nouvellement suivies à domicile a augmenté considérablement de 2004 à 2006 . Au total, 5 fois plus d'entrées nouvelles dans les SSIAD et 2 fois plus d'entrées nouvelles dans les SAAD et le SAMSAH. De même que pour les établissements, 1 sortie de prise en charge par un service correspond à 5 entrées. La tendance semble être à la sortie de prise en charge à domicile du fait d'une hospitalisation ou lorsque la famille prend le relais.

- *Liste d'attente*

- 75 % des établissements répondants affirment disposer d'une liste d'attente, **sans méthodologie commune de constitution de cette liste**. Les établissements répondants observent globalement une augmentation du nombre de personnes handicapées sur liste d'attente sur les dernières années, avec une diminution de l'âge des personnes inscrites.
- Peu de services ont répondu à la question de la liste d'attente. Celle-ci reste limitée semble-t-il.

- *Refus d'admission*
 - Seuls 50% des établissements ont répondu à cet item. Les foyers occupationnels et MAS indiquent respectivement avoir refusé 52 et 30 admissions. Même si les motifs de refus principaux varient d'un type d'établissement à l'autre, le manque de place reste la première cause de refus. La non-conformité de l'établissement au profil de la personne et la dépendance physique trop lourde, constituent également les causes de refus principales enregistrées dans de nombreux établissements. Les établissements sont confrontés à une réalité : des demandes de prises en charge de patients de plus en plus lourdes.
 - 3 SSIAD et 3 SAAD indiquent avoir procédé à des refus d'admission. Les refus sont liés principalement au manque de place disponible, et non à une dépendance physique ou psychique trop importante.

4.2.3. LA VIE INSTITUTIONNELLE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

Les questions de l'enquête visaient ici à déterminer l'état d'avancement des établissements et services du département dans la mise en application des exigences de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Dans leur grande majorité, les outils de management et de pilotage prévus dans la loi ont été mis en œuvre dans les établissements : formalisation des partenariats, réactualisation et mise en œuvre des projets d'établissement, mise en place des instances consultatives et décisionnelles.

Les projets de plus grande envergure sont en cours de mise en place : la démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que la formalisation d'un contrat individuel de prise en charge. Au total, on remarque un changement de culture, traduisant un besoin de nouveaux moyens.

- *Partenariats*

Les relations de partenariat semblent bien développées sur le département, même si les demandes des établissements et services vont toujours dans le sens d'une coordination plus importante, mais également plus structurée sur le département.

- Au regard des chiffres de l'enquête, les établissements pour adultes et les SSIAD ont pour plus de la moitié mis en place des relations de partenariats formalisées avec d'autres structures (*convention, groupement d'intérêt économique ou public, syndicat inter établissements...*). Cependant, cette rubrique n'a pas été remplie de façon exhaustive.
- En dehors de ces partenariats formalisés, les établissements peuvent également avoir mis en place certaines coordinations et/ou collaborations de manière plus informelle, qui ne transparaissent pas dans les résultats de l'enquête.

- *Projet d'établissement*

- La quasi-totalité des établissements et services ont élaboré leur projet d'établissement.
- *Démarche qualité*
 - La démarche qualité dans les établissements s'est largement mise en place dans les établissements. 66% des établissements et 70% des services indiquent s'être engagés dans une démarche d'évaluation de la qualité du service rendu.
- *Comité technique et conseil de la vie sociale*

Le comité technique et le conseil de la vie sociale semblent se mettre en place progressivement au sein des établissements et services, avec cependant une avancée plus rapide concernant le conseil de la vie sociale.

 - Moins de la moitié des établissements et services ont mis en place le Comité technique d'établissement (CTE).
 - 90% des établissements et 70% des services ont mis en place le conseil de la vie sociale.
- *Règlement intérieur de fonctionnement*
 - Tous les établissements et 90% des services ont élaboré ou élaborent actuellement leur règlement intérieur.
- *Livret d'accueil*
 - 90% des établissements pour adultes et 70% des services affirment disposer d'un livret d'accueil.
- *Contrat de séjour*
 - Plus des deux tiers des personnes prises en charge dans les établissements et toutes les personnes suivies par les services à domicile font l'objet d'un contrat individuel de séjour.
- *Critères d'admission*
 - 14 établissements sur 17 indiquent avoir établi des critères d'admission ou de non-admission des personnes handicapées. Excepté 2 services, tous ont mis en place de tels critères. A noter que l'équipe SAMSAH des Ardennes a établi l'origine ardennaise comme critère d'admission.

4.2.4. LES PROJETS DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

L'enquête avait également pour objectif d'identifier les projets des établissements au cours des prochaines années. Les tableaux présentés ci-après reprennent, par ordre de fréquence, les éléments cités par les établissements et services en réponse à la question ouverte suivante : *Quels sont les projets de l'établissement/du service pour les prochaines années ?*

- *ESAT – Entreprise adaptée*

- Prise en charge adaptée du vieillissement ou du "décrochage" temporaire (sections annexes d'ESAT) en réflexion / Evaluation des pratiques professionnelles, développement des projets individuels.
- Mise en place du temps partiel, structure annexe - activité non productrice.
- Intégration de jeunes adultes autistes ou TED (trouble envahissant du développement).

- *Foyers d'hébergement*
 - Evolution des formules d'hébergement favorisant l'intégration en milieu ordinaire, avec soutien éducatif : appartements, lieux de vie communautaires, parc locatif local, foyer éclaté.

- *Foyers occupationnels*
 - Mieux prendre en charge le nouveau public : personnes âgées, poly-pathologies, affections psychiatriques, problématiques sociales
 - Développement de l'accueil du jour, temporaire, d'urgence, de services de soins et suivi à domicile
 - Adaptation des locaux et du projet pédagogique
 - Médicalisation des prises en charge
 - Prise en charge de handicaps plus lourds, syndromes autistiques.

- *MAS*
 - Développement des alternatives
 - Séjour à temps partiel
 - Accueil temporaire
 - Service externalisé
 - Réflexion institutionnelle partagée
 - Implication des familles
 - Mise en œuvre des instances
 - Evolution des métiers vers une prise en charge plus globale
 - Démarche qualité.

- *Centres de réorientation professionnelle : CPO / UEROS*
 - Démarche qualité
 - Démarche qualité / évaluation des pratiques professionnelles / certification
 - Projet institutionnel
 - Réactualisation de la réflexion par une étude d'évaluation des besoins
 - Réflexion et contractualisation du contrat d'objectifs de moyens
 - Projet d'établissement

- *Tous les services interrogés ont rédigé leur projet d'établissement en application de la loi du 2 janvier 2002. Les principaux projets des services à domicile sont les suivants :*
 - Développer le nombre de personnes handicapées prises en charge
 - Formation des personnels
 - Etablir des liens de coordination avec les partenaires et structures prenant en charge des personnes handicapées (autres établissements et services, Ex SVA, MDPH, CLIC, ...)
 - 2 SAAD souhaitent se transformer en SAVS.

4.2.5. SYNTHÈSE

En analysant les résultats de l'enquête et conformément à ce qui est observé à l'échelle nationale, **l'évolution du profil des personnes** handicapées dans les Ardennes met en évidence une dépendance de plus en plus importante observée chez les personnes prises en charge, mais également un vieillissement de la population accueillie. Il est observé également une augmentation significative du nombre de personnes handicapées présentant des besoins de prises en charge plus lourdes ou des prises en charge diverses et/ou spécifiques (personnes polyhandicapées, handicaps associés...). Cela oblige alors à **adapter** l'accompagnement des établissements et services aux besoins des personnes et notamment aux **besoins accrus de prise en charge médicalisée**.

Les résultats de l'enquête mettent également en exergue la confrontation de plus en plus fréquente des établissements pour adultes à des **situations sociales** difficiles. L'intrication entre les problèmes de précarité, les difficultés sociales et le handicap est fortement identifiée ici, et appelle à la nécessaire coordination entre les différents acteurs sociaux et médico-sociaux.

Il est à noter également le besoin, souvent identifié pour les adultes, de **prise en charge psychiatrique**, de prise en charge des troubles psychiques et des troubles du comportement de plus en plus fréquents chez les jeunes adultes en début d'intégration dans un établissement. La coordination du dispositif d'accompagnement des personnes handicapées avec les secteurs sanitaires, psychiatriques, et les professionnels de santé libéraux apparaît alors comme devant être renforcée.

L'analyse des résultats met en évidence une faible rotation des personnes prises en charge par les différents dispositifs.

Les prises en charge ne semblent aujourd'hui pas toujours **adaptées** aux besoins des personnes accueillies en établissement. Ainsi, des réorientations apparaissent souhaitables dans d'autres établissements ou par des services d'accompagnement. Il ressort également clairement de cette enquête le développement nécessaire de possibilités de prises en charge alternatives, à savoir le développement des formes d'hébergement temporaire, d'accueils de jour. L'objectif ici est double : éviter l'institutionnalisation à temps complet des personnes handicapées pour lesquelles une prise en charge alternative serait d'abord envisageable et soulager les aidants sur une période donnée.

En ce qui concerne la **vie institutionnelle**, les établissements doivent être encouragés à finaliser la mise en place des dispositions de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. Néanmoins, il apparaît clairement que la grande majorité des établissements est aujourd'hui engagée dans ce processus de mise en place progressive des dispositions de la loi.

Les principaux **projets des établissements et services** pour les prochaines années concernent logiquement l'adaptation de la prise en charge à l'évolution des profils des personnes accueillies et le développement des formes alternatives d'accompagnement, d'où la nécessité d'accroître parallèlement l'offre en services d'accompagnement (SAVS). Enfin, le travail des établissements et des services en partenariat avec les personnes handicapées et leurs familles, ainsi que le soutien aux aidants, semble devoir être développé de manière plus importante qu'aujourd'hui.

5. LES ENTRETIENS REALISES

Le diagnostic a pu être complété par une analyse plus qualitative à partir d'entretiens menés auprès des acteurs professionnels et auprès des personnes handicapées et des personnes âgées elles-mêmes :

5.1. Les entretiens menés auprès des personnes âgées à domicile

Une enquête a été réalisée au cours du dernier trimestre de l'année 2006 auprès des personnes âgées prises en charge à domicile. Le questionnaire (dont la distribution et l'aide au remplissage ont été faites avec le concours des partenaires du Conseil Général, notamment les services d'aide à domicile) avait pour objectif de connaître les besoins des personnes âgées vivant à domicile et notamment de :

- Mesurer le recours actuel ou éventuel des services à domicile ainsi que la fluidité de la prise en charge et la perception du dispositif,
- Evaluer le dispositif de l'APA,
- Préciser les caractéristiques sociales de la personne âgée (ex : propriétaire ou locataire ?),
- Connaître l'environnement de la personne âgée, ses besoins, la proximité des commerces et des services.

Ainsi, ce sont au total plus de 702 personnes qui ont répondu, comprenant une forte proportion de femmes (73%), âgées à 80% de plus de 70 ans.

- *Satisfaction de la prise en charge proposée*
 - Une forte majorité de personnes se déclare satisfaite par la prise en charge proposée à domicile (60 % des répondants).
- *Recours à la palette d'offre des Services d'aide à domicile*
 - Seuls 11 % des personnes ayant répondu n'envisagent pas le recours à l'offre des services d'aide à domicile. La raison la plus souvent alléguée est l'absence de nécessité (43 %), devant le coût (jugé trop élevé par 24 % des personnes), l'inexistence de ces services (14 %), la complexité des démarches (10 %) ou enfin la difficulté de trouver ces services (9 %).
- *Evaluation du dispositif APA*

- La quasi-totalité des réponses témoignent de leur satisfaction de la mise en œuvre du dispositif APA (à hauteur de 95 %).

- *Aménagement du domicile*
 - Deux tiers des personnes ayant répondu n'ont pas effectué de travaux d'aménagement de leur domicile.

- *Facteurs principaux influant sur la décision de demeurer au domicile*
 - A la question de savoir ce qu'il leur semble manquer près de chez elles pour pouvoir demeurer à domicile le plus longtemps possible, les personnes âgées citent en premier lieu la présence de commerces de proximité et des transports, loin devant les services d'aide à domicile, les associations de loisirs et les soins infirmiers.

- *Inscription en maison de retraite*
 - 90 % des personnes ayant répondu ne sont pas inscrites sur une liste d'attente en maison de retraite, la quasi-totalité d'entre elles n'ayant pas l'intention de s'inscrire dans une maison de retraite belge (94 %), invoquant à 73 % la raison du coût.

Synthèse

Conformément aux efforts effectués par le Conseil Général et ses partenaires, les taux de satisfaction de la politique de maintien à domicile sont élevés, notamment le dispositif APA. D'autres points intéressants pour l'avenir sont la volonté d'un nombre important de répondants de poursuivre ou d'augmenter leur recours aux services d'aide à domicile, ainsi que le fait que peu de répondants aient effectué des travaux d'adaptation de leur domicile. Enfin, la politique de maintien à domicile doit se pencher sur l'environnement du domicile et la question du lien social.

5.2. Les entretiens menés auprès des personnes handicapées et des familles

Les comptes rendus détaillés des entretiens sont présentés en Annexe 5.

Les entretiens ont été menés auprès :

▲ de personnes adultes handicapées accueillies en institution

Ces personnes ont été vues par petits groupes, au sein même des structures d'accueil :

- ▲ Foyers de l'Albatros, à Petite Chapelle (Belgique)
- ▲ ESAT de Fumay, Revin et Argonne à Belleville sur Bar
- ▲ MAS du Pré aux Saules (Etrépigny) et des Campanules (Auvillers-les-Forges)
- ▲ Foyer de La Baraudelle à Attigny.

Des groupes de 6 à 15 usagers ont été constitués au sein de chaque institution, avec la participation d'éducateurs.

▲ de personnes adultes handicapées rencontrées à leur domicile

Les rencontres suivantes ont été menées sous forme d'entretien individuel : 2 rencontres à Rethel, 2 rencontres à Etrépigny, 3 rencontres à Sedan, 3 rencontres à Charleville-Mézières et 3 rencontres à Revin.

▲ des parents d'enfants handicapés

Un groupe de parents a également été interrogé lors d'une réunion organisée à Charleville-Mézières.

Ces entretiens se sont déroulés de façon très libre, laissant une grande part à l'expression des personnes. Les différentes thématiques de la vie courante de ces personnes ont été évoquées et sont reprises de manière synthétique ci-après.

Constats généraux

Les personnes handicapées interrogées ont montré une participation active, témoignant ainsi d'une satisfaction liée à la possibilité d'être écoutées dans l'expression de leurs besoins et de leurs attentes, à l'occasion de l'élaboration du schéma.

Plusieurs points majeurs ont été abordés au cours de ces entretiens :

▲ **Informations et démarches administratives**

Les personnes interrogées ont souligné le manque d'information sur les aides existantes (mesures d'accompagnement, allocations...), avec l'importance pour elles d'obtenir une meilleure lisibilité sur l'organisation du dispositif d'aide et d'accompagnement. Beaucoup font part également d'une gestion administrative leur apparaissant complexe. Les personnes reconnaissent alors le rôle majeur des associations pour les aider dans leurs démarches et dans le repérage du dispositif d'accompagnement. Des attentes fortes sont exprimées envers la MDPH, avec la mise à disposition de moyens susceptibles de favoriser une plus grande lisibilité du dispositif et des différentes aides et mesures possibles d'accompagnement.

▲ **Entrée en institution**

Pour beaucoup, les délais d'entrée en institution sont jugés souvent trop longs (attente de place). D'autre part, le manque d'anticipation et de préparation à la transition domicile-institution est également évoqué, avec une entrée en institution qui peut paraître brutale pour certaines personnes. Toutefois, les stages de découvertes qui précèdent l'entrée en établissement sont très souvent appréciés et facilitent l'insertion au sein des structures.

▲ **Emploi, formation**

Les travailleurs handicapés font part de leur satisfaction dans l'exercice d'une activité au sein des ESAT. Certains font part de leur souhait de **formation**, nécessaire à l'acquisition de nouvelles compétences et leur permettant d'envisager une évolution professionnelle.

▲ **Accessibilités et transports**

L'accessibilité à la ville est très souvent évoquée au cours des entretiens et représente des difficultés majeures pour les personnes et leurs familles. Les personnes interrogées regrettent l'inadaptation des lieux quels qu'ils soient (lieux publics, lieux culturels, ...). Dès lors, la question des transports reste un problème majeur pour la plupart des personnes handicapées rencontrées qui les perçoivent souvent comme inadaptés et peu développés et présentant, en ce sens, un frein au développement de l'autonomie. La conséquence en est également le sentiment d'isolement. Celui-ci se traduit en effet par la limitation des activités extérieures et des visites faites aux familles ou amis.

▲ **Activités**

Les personnes en institution apprécient le nombre important d'activités proposées par les établissements. L'accès aux loisirs est en revanche plus difficile pour les personnes handicapées à domicile, et ce en partie dû aux difficultés d'accessibilité et de transports évoquées précédemment.

▲ **Accompagnement à domicile**

Si les personnes interrogées témoignent d'une satisfaction globale pour leur accompagnement à domicile (qualité des interventions des services...), elles évoquent toutefois une absence de coordination chez les différents intervenants et regrettent, là encore, un manque d'information sur les possibilités d'aides et d'interventions. L'accompagnement psychologique semble également insuffisant pour de nombreuses personnes et reste porté uniquement par les associations.

▲ **Avenir des personnes**

Les personnes manquent souvent de visibilité sur l'évolution de leur handicap et sur les possibilités d'accompagnement en conséquence (réévaluation de la situation...). L'avenir des personnes interrogées soulève également différentes questions, notamment le risque de l'indisponibilité imprévue des aidants (vieillesse, maladie, décès...) et la nécessité de gérer des situations d'urgence. Le manque d'anticipation est également ressenti, notamment dans le cadre de la préparation des transitions entre le domicile et l'institution.

Les familles souhaitent également une plus grande participation dans le choix des parcours (échanges, concertation...).

5.3. Les entretiens menés auprès des professionnels du secteur du handicap

Les comptes rendus détaillés des entretiens sont présentés en Annexe 5.

Plusieurs entretiens individuels ont été menés auprès de plus d'une vingtaine de professionnels sur le département.

▲ Un manque de lisibilité du dispositif et des acteurs

Les professionnels interrogés regrettent une organisation ne permettant pas aux personnes, et parfois même aux professionnels eux-mêmes, d'accéder facilement aux informations, que cette information soit technique (connaissance des établissements, de leur spécificité...) ou administrative (assistance à l'élaboration de dossiers de demande de prise en charge pour une allocation, ...). Les professionnels interrogés soulignent donc un manque de lisibilité des dispositifs existants et regrettent le manque d'évaluation précise des besoins de prise en charge sur le département.

La MDPH est ainsi perçue par les professionnels interrogés comme un moyen susceptible d'optimiser l'information et l'accompagnement. Aussi, les professionnels souhaitent que la MDPH réponde à différentes missions, tels que l'observation des besoins, la réponse aux besoins d'information et d'accompagnement personnalisés ou encore le développement d'un travail avec des relais locaux ou tout autre partenaire mobilisable (associations, professionnels de recours, CLIC...).

▲ L'orientation des personnes handicapées

Selon les professionnels rencontrés, il est souvent difficile de trouver un établissement qui puisse à la fois répondre aux exigences de la famille (lieu proche) et de la personne amenée à y être orientée (établissement adapté à son type de handicap), ceci de surcroît dans des délais jugés acceptables par la famille. Par ailleurs, les professionnels mettent en avant la nécessité, au cours de la prise en charge, de mettre en place une évaluation qui permettrait de réajuster les orientations et les prises en charge, notamment lors du vieillissement des personnes.

▲ L'accès au logement et aux aides techniques

Les professionnels attestent des progrès en la matière, même si les efforts doivent être poursuivis. Ils reconnaissent la bonne utilisation des ressources du CAL PACT (centre d'amélioration du logement) et de l'ANAH mais aussi la coordination entre les acteurs (OPAC, Espace Habitat, particuliers...). De même, la montée en compétence et en réactivité du SVA a été relativement appréciée, notamment avec la mise en œuvre de l'Equipe Technique d'Evaluation Labellisée (ETEL), destinée au financement des projets d'amélioration de l'habitat. Des lacunes sont toutefois mises en avant par les professionnels rencontrés. Certains font part de délais encore trop longs pour le traitement de dossiers, d'autres, d'une prise en compte encore insuffisante des autres handicaps non moteurs (handicap sensoriel, ...).

De plus, il est noté une inégalité dans l'accessibilité sur le territoire, avec des améliorations concernant principalement l'agglomération de Charleville-Mézières.

▲ **Emploi et parcours professionnels**

Le contexte social et la conjoncture économique difficile sur le département ont des répercussions inévitables sur l'emploi des personnes handicapées. Même si des progrès se font sentir, les professionnels soulignent néanmoins l'importance de mieux repérer, coordonner, structurer et développer le travail des différents acteurs intervenant sur cette question de l'insertion professionnelle. Les passerelles entre le milieu protégé et le milieu ordinaire doivent se développer. L'accompagnement professionnel et social des travailleurs handicapés en vue de leur insertion doit également se structurer à l'échelle du département. La formation professionnelle représente aussi un enjeu majeur pour les jeunes adultes, mais également pour les personnes déjà en poste.

▲ **La prise en charge à domicile**

Le développement des prises en charge à domicile est fortement souhaité par la très grande majorité des acteurs rencontrés, afin de préserver, autant que possible, les liens sociaux et familiaux de la personne handicapée. Les professionnels interrogés souhaitent, en revanche, que les missions assurées par les services à domicile soient identifiées de manière précise en définissant, notamment, le périmètre d'intervention de chacun. La coordination entre ces différents services et avec les structures doit également se structurer.

▲ **Coordination avec le secteur sanitaire**

Les acteurs regrettent un cloisonnement avec le secteur personnes âgées et le domaine sanitaire. Des liens se développent peu à peu entre santé mentale et handicap, mais les améliorations restent à poursuivre. Une préoccupation reste l'accompagnement du public jeunes adolescents avec des troubles du comportement. Des nouvelles formes de prises en charge alternées sont également souhaitables.

6. LE BILAN DES PRECEDENTS SCHEMAS

6.1. *Le précédent schéma en faveur des personnes âgées*

Les actions du schéma départemental ici évalué ont été formulées en 1999, date depuis laquelle le champ de la politique gérontologique a largement évolué (décentralisation et modernisation). Ainsi, un certain nombre d'actions n'ont pas été mises en œuvre du fait de leur obsolescence relative dans un contexte renouvelé et un environnement en évolution.

De plus, l'émergence progressive des réformes pour les différents acteurs a focalisé l'attention et rendu certains objectifs du schéma moins prioritaires. Des actions, non inscrites dans le schéma, mais ayant fait l'objet d'un diagnostic depuis, ont également été mises en œuvre.

Enfin, de 2003 à aujourd'hui, les différentes parties prenantes ont agi sans schéma. Toutefois, les actions engagées sont demeurées présentes dans les orientations inscrites dans le précédent schéma.

Ce précédent schéma était décliné en 10 thèmes et 62 objectifs / actions :

▪ *Thème 1 : Coordination*

Objectif : Mettre en place une coordination locale dynamique

- Action 1 : Considérer la personne âgée comme un acteur de cette coordination
- Action 2 : Clarifier les limites des champs d'actions
- Action 3 : Développer le partenariat et les échanges avec le secteur libéral et marchand
- Action 4 : Noter les lourdeurs institutionnelles et provoquer leur déblocage
- Action 5 : Recentrer les prestations et les coordonner
- Action 6 : Remettre en cause les pratiques

Peu de réalisations concrètes ont concerné ces actions, dont l'intitulé demeure parfois trop flou. L'absence de structure de coordination a eu trois types de conséquences : le cloisonnement des organismes, notamment dans les zones rurales ; la continuation de relations « au coup par coup » dans un département de taille restreinte où les acteurs se connaissent ; la mise en place de structures de coordination « spontanées ».

L'apparition des CLIC est venue pallier en partie les manques observés localement. Leur mise en place s'est inscrite dans le cadre d'une réflexion générale sur le découpage territorial du département, désormais limité à 4 territoires.

Le bilan globalement négatif de la mise en œuvre de cet objectif et de ces actions doit être nuancé par plusieurs points : l'évolution des normes et les impacts sur les structures (médicalisation des établissements, professionnalisation des services d'aide, mise en place de l'APA, loi de

décentralisation, etc.) ont transformé le champ de la politique gérontologique. L'installation et le développement prévu des CLIC constituent un levier important de mise en œuvre de la coordination au niveau local.

La prise en compte des enjeux relatifs aux personnes âgées à l'hôpital semble avoir globalement progressé. Cependant, on assiste à nouveau à une forte disparité territoriale, l'absence de structure responsable laissant la mise en œuvre reposer sur la bonne volonté des acteurs.

Notons que la mise en place de l'APA a constitué un renouvellement de l'accompagnement de la personne âgée, mieux prise en compte du fait de l'élaboration des plans d'aide. Toutefois les relations entre milieux sanitaire et social souffrent encore, comme sur le reste du territoire national, d'une méconnaissance réciproque des contraintes et des modes de travail. L'anticipation du choc démographique demeure un enjeu majeur et la mise en place de consultations gériatriques un levier d'action qui mérite une attention particulière.

- ***Thème 2 : Information***

- Action 11 : Élaboration d'une brochure départementale

Cette action avait pour objectif de présenter l'ensemble des structures intervenant sur le département, en indiquant notamment leur identification, leur territoire d'intervention, la description de leurs équipements, services et prestations, ainsi que la tarification, la charte de la personne âgée et des informations administratives. Les destinataires en étaient à la fois les personnes âgées et les professionnels. La diffusion devait en être assurée par toutes les structures pertinentes (mairies, CCAS, clubs de 3^e âge, professionnels, etc.).

S'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de document recensant l'ensemble de ces informations, on peut cependant noter des tentatives locales de présenter les divers professionnels.

▪ *Thème 3 : Actions de prévention*

Axe 1 : Transport

Objectif : Mise en place d'un partenariat multiforme

- Action 12 : GIHP (Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques)
- Action 13 : Mise en place de conventions entre les établissements sur la base des matériels de transport existants
- Action 14 : Conventions avec les taxis
- Action 15 : Mutualisation d'équipements nouveaux entre établissements sanitaires et médico-sociaux et/ou associations.

La Régie Départementale des Transports des Ardennes (RDTA) dispose de tarifs préférentiels pour les « + de 65 ans », mais uniquement sur les billets à l'unité, pas sur les abonnements hebdomadaires. En dehors des grands axes, les autocars ont une fréquence d'un aller/retour par jour. Ce mode de transport ne semble pas adapté pour des personnes âgées dépendantes à domicile et peu de modes de transport alternatifs ont été développés jusqu'à présent.

Notons cependant que les tentatives de mise en place de services à la demande n'ont rencontré qu'un succès limité.

Le transport constitue une condition sine qua non de la prévention de la situation d'isolement vécue par de nombreuses personnes âgées. Il est un pilier du développement de l'hébergement intermédiaire (temporaire et accueil de jour).

Axe 2 : Santé

- Action 16 : Information et orientation des personnes âgées vers les consultations de gérontologie
- Action 17 : Contacts avec les associations (type France-Alzheimer)
- Action 18 : Action commune avec la partie hébergement
- Action 19 : Formation des intervenants à domicile
- Action 20 : Visite à domicile des médecins spécialistes.

Les différentes actions ont un objectif commun sous-jacent : la prise en charge des personnes atteintes de démences séniles, maladies d'Alzheimer et apparentées. Certaines actions sont à l'heure actuelle en cours de mise en œuvre (projets de mise en place d'unités Alzheimer en établissements). Enfin, une partie des actions (formation) ont connu des développements intéressants.

La question de l'information et de l'orientation des personnes âgées atteintes de démence demeure importante sur le département. La prise de conscience, récente, au niveau national, amplifie les

attentes sur la question et nécessite une action renouvelée. Par ailleurs, la sensibilisation des médecins au recours aux consultations mémoires doit être développée.

▪ ***Thème 4 : La prise en charge des personnes désorientées***

- Action 21 : Développer le recours au réseau
- Action 22 : Favoriser l'aide aux aidants
- Action 23 : Prendre en compte dans l'élaboration des projets de vie des établissements, les problèmes liés à la désorientation
- Action 24 : Mettre en œuvre les directives de la lettre interministérielle du 29 avril 1999
- Action 25 : Apporter une formation spécifique au personnel
- Action 26 : Promouvoir la réflexion des établissements en vue d'une adaptation de leur structure.

L'évolution des structures des établissements pour prendre en charge cette maladie et ses symptômes a fait l'objet de nombreuses réflexions partout en France depuis l'adoption du précédent schéma. Les établissements sont nombreux à avoir des projets d'unités Alzheimer, tant ils sont confrontés au quotidien à des populations désorientées.

Les faiblesses concernent principalement le diagnostic précoce, peu répandu sur le territoire ardennais du fait du faible nombre de structures dédiées. Le recours au réseau fait défaut.

En revanche, les formations des personnels et actions d'aide aux aidants ont été développées face aux risques d'épuisement et à leurs corollaires (fatigue, maltraitance, etc.).

Le manque de structures de prise en charge spécifique constitue une carence dont l'ensemble des acteurs a conscience. L'un des enjeux essentiels du schéma sera de déterminer les voies les plus efficaces à emprunter pour doter le territoire d'un équipement qui soit susceptible de répondre aux besoins de la population ardennaise en fonction des éléments constatés et des projections qui pourront être faites.

▪ ***Thème 5 : Adapter le niveau d'équipements aux besoins ressentis***

- Action 27 : Actualisation du modèle OMPHALE auprès de l'INSEE
- Action 28 : Réflexion préventive sur le nombre de lits
- Action 29 : Augmentation de la prise en charge médicale à envisager (2005)
- Action 30 : Utiliser les conclusions du recensement 1999

La mise en place de l'APA a induit une mesure statistique précise des besoins de la population à domicile et du nombre de personnes âgées en établissement.

Le niveau encore peu élevé de médicalisation de certains établissements les empêche d'assurer leurs missions auprès des personnes âgées très dépendantes, provoquant l'engorgement des USLD (notamment à Charleville-Mézières).

▪ *Thème 6 : Diversification des types de prise en charge*

Axe 1 : Hébergement temporaire

- Action 31 : Mise en place d'un lit d'hébergement temporaire dans chaque maison de retraite
- Action 32 : Éviter les dérives (budgétaires) de l'hébergement temporaire
- Action 33 : Protocole de fonctionnement type.

On compte aujourd'hui quelques 68 places officiellement affectées, dont 33 places d'hébergement temporaire concentrées sur les foyers-logements de l'arrondissement de Charleville-Mézières. Toutefois, les enjeux en termes budgétaires et protocolaires nécessitent toujours d'être explicités.

Axe 2 : Accueil de jour et de week-end

Axe 3 : Accueil familial

- Action 34 : Renforcer la qualification des accueillants familiaux.
- Action 35 : Développer les synergies entre accueil familial et établissement.

La formation des accueillants familiaux, rendue désormais obligatoire par la loi, devrait connaître un développement renouvelé.

Axe 4 : Portage de repas

Le portage de repas, qui constitue un axe important de la politique de maintien à domicile a fait l'objet d'un déploiement relatif mais certains cantons ruraux semblent encore mal couverts.

▪ *Thème 7 : La sécurité dans les établissements*

Axe 1 : Incendie

- Action 36 : Recensement des besoins des établissements au regard du risque incendie
- Action 37 : Mise en place d'un programme pluriannuel de mise aux normes
- Action 38 : Instauration systématique d'un zonage de l'établissement, des consignes en cas d'incendie, d'un plan d'évacuation
- Action 39 : Plan de formation du personnel
- Action 40 : Adéquation des moyens de premières interventions avec les besoins du personnel utilisateur.

Axe 2 : Risques techniques

- Action 41 : Programme rigoureux de maintenance
- Action 42 : Appui de bureau d'étude pour les investissements lourds
- Action 43 : Matériels électriques aux normes.

Axe 3 : Hygiène

- Action 44 : Établir des protocoles pour infections nosocomiales au niveau des fonctions soins et hygiène
- Action 45 : Situation de chaque établissement au regard du risque de toxi-infection alimentaire.

Axe 4 : Maltraitance

- Action 46 : Adopter et faire vivre un projet de vie
- Action 47 : Plan annuel de formation
- Action 48 : Intégrer les notions d'encadrement et de contrôle
- Action 49 : Permanence téléphonique.

Axe 5 : Sécurité générale

- Action 50 : Répertorier les cas et établir des protocoles d'intervention en situations d'urgence
- Action 51 : Formation des personnels.

Ces actions, parfois extrêmement précises par rapport aux autres enjeux de la politique gérontologique, traduisent deux réalités : la situation des établissements d'hébergement en France avant la loi de modernisation de 2002 et la situation relative des établissements ardennais.

Si la situation a déjà globalement évolué (démarche d'auto évaluation engagée depuis plusieurs années, sécurisation des établissements, formation des personnels, etc.), le département des Ardennes

a été toutefois en retard concernant les signatures de conventions tripartites de deuxième génération. Ce retard est aujourd'hui en passe d'être comblé.

Le conventionnement est apparu à tous comme une opportunité de faire évoluer l'établissement sur la voie d'une meilleure prise en charge. Le cadre tracé par les autorités administratives compétentes a également constitué un accompagnement de qualité dans la démarche. Cette même logique doit pouvoir se poursuivre dans la tenue régulière de réunions de suivi au niveau du département.

▪ **Thème 8 : L'adoption d'un projet de vie**

Axe 1 : La charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes / l'expression des résidents

- Action 52 : Intégrer la charte dans le règlement intérieur.

Axe 2 : Une approche contractuelle du séjour

- Action 53 : Un contrat de séjour évolutif.

Axe 3 : Un accueil préparé

- Action 54 : Projet de vie systématique.

Axe 4 : Des établissements ouverts

- Action 55 : Traitement annuel d'un thème de réflexion.

Axe 5 : Une animation diffuse, constante, multiforme et dispensée par tous

- Action 56 : Diffuser la culture d'animation via une personne dédiée et à l'ensemble du personnel.

Axe 6 : Une prestation hôtelière performante

- Action 57 : Rédaction d'un cahier des charges de l'hôtellerie en établissement.

Axe 7 : Une équipe professionnelle motivée et reconnue

- Action 58 : Plan de formation.

Axe 8 : Des soins humains adaptés

- Action 59 : Protocole de lutte contre la douleur.

D'une manière générale depuis 1999, les structures d'hébergement ont fait évoluer leurs pratiques autant que leurs structures. Les notions de « projet de vie », « d'animation », de « relation

contractuelle » ont progressivement gagné du terrain. La signature des conventions tripartites constitue également un axe fort de cette démarche, qui a produit et continuera de produire ses effets.

En termes de qualité, le département compte encore de nombreux établissements proposant un nombre non négligeable de chambres doubles. Enfin, les équipes souffrent parfois du manque de personnel.

▪ ***Thème 9 : Accompagner la fin de vie***

Objectif : Améliorer la prise en charge de la souffrance psychologique et de la douleur physique

- Action 60 : Susciter l'investissement des bénévoles
- Action 61 : Collaborer avec l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Charleville-Mézières
- Action 62 : Former les intervenants à domicile.

Si d'une manière générale, la prise en charge de la douleur a progressé avec la médicalisation des établissements et dans un contexte global de reconnaissance de cette question dans le monde médical, en revanche, la souffrance psychologique n'est encore qu'imparfaitement définie et prise en compte.

En termes de réalisations effectives, si la formation des intervenants à domicile a progressé ainsi que l'investissement des bénévoles, par contre la collaboration avec l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Charleville-Mézières semble lacunaire.

▪ ***Thème 10 : Suivi et évaluation du schéma départemental***

Objectif : Impulser, animer, contrôler et évaluer la mise en œuvre effective des actions inscrites au schéma et assurer une mission de conseil

Le comité de suivi s'est régulièrement réuni à la suite de l'adoption du schéma. Toutefois les présences ont été moins nombreuses au fur et à mesure de l'avancée du schéma et, en corollaire, les réalisations effectives ont été plus lacunaires.

La principale cause de cette situation est l'évolution importante du champ de la politique en faveur des personnes âgées au niveau national : loi de décentralisation et loi de modernisation avec mise en place de l'APA et des conventions tripartites. Un grand nombre d'actions ont vu leurs modalités de réalisations évincées par les nouvelles exigences et la charge de travail des différentes parties prenantes. Enfin, le manque d'élément moteur et stabilisateur a freiné la mise en œuvre des actions.

En synthèse :

Si la politique de prise en charge des personnes âgées a connu un certain nombre d'avancées depuis les observations formulées par le précédent schéma de 1999, les évolutions du cadre de la politique gérontologique et le mouvement de décentralisation intervenus depuis, ont révélé la nécessité d'approfondir les actions menées. En particulier, l'absence de schéma directeur depuis 2003 a semblé parfois conduire à une relative obsolescence des actions engagées, tandis que la coordination des différents acteurs concernés n'a pu parfaitement s'organiser.

D'importants chantiers restent ouverts : des lacunes ont été ainsi observées au niveau de la coordination, en l'absence de structure consacrée, que le développement des CLIC devrait toutefois progressivement combler. Certains domaines concentrent également de fortes attentes, comme le renforcement de l'information des personnes âgées, l'amélioration de la prise en charge des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer, mais aussi le développement de la politique de prévention. Par ailleurs, une meilleure adaptation du niveau d'équipements des établissements au regard des besoins, une diversification de la prise en charge (notamment au moyen de l'hébergement temporaire), ainsi qu'une prise en compte accrue du projet de vie de la personne sont des souhaits récurrents. Outre une volonté et une énergie fortes, leur bonne mise en œuvre dépendra notamment de l'attention portée au suivi et à l'évaluation du schéma.

6.2. Le précédent schéma en faveur des personnes handicapées adultes

Le précédent schéma était décliné en 21 objectifs. Le bilan global de réalisation des actions est présenté ci-après. Un bilan complet détaillé est présenté en Annexe 6.

FAVORISER LE SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES HANDICAPEES

Objectif 1 : AFFIRMER LA PRIORITE ACCORDEE AU SOUTIEN A DOMICILE DES PERSONNES HANDICAPEES

Une montée en charge du dispositif SSIAD, SAVS et services externalisés

En cours Un territoire inégalement couvert

De fortes attentes des usagers et des professionnels

Recommandation d'un travail spécifique dans le cadre de ce schéma

Objectif 2 : DEVELOPPER LES MISSIONS D'INFORMATION DE LA COTOREP

Insatisfaction relative au rôle d'information et d'accompagnement

En cours Très fortes attentes vis-à-vis de la MDPH

Une MDPH en place, avec des moyens humains et des compétences croissantes

Un travail participatif en cours de mise en œuvre pour l'année 2007

Objectif 3 : ORGANISER LA COORDINATION DES INSTANCES EXISTANTES

Peu de travaux en réseaux autour de la personne

Non réalisé MDPH : regroupement des différentes compétences autour du handicap

Un travail participatif en cours de mise en œuvre pour l'année 2007

Objectif 4 : FAVORISER L'ADAPTATION DES LOGEMENTS AUX BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES

En cours Une bonne utilisation des ressources du CAL PACT (centre d'amélioration du logement) et ANAH

Réalisé Une coordination des actions de l'OPAC, espace habitat et des particuliers

Une réflexion globale sur l'accessibilité sur la ville de Charleville Mézières (charte)

Une montée en compétence et en réactivité du SVA

Poursuite de l'objectif dans le cadre d'une réflexion globale sur les accessibilités

Objectif 5 : GARANTIR L'ACCESSIBILITE DES EQUIPEMENTS PUBLICS ET DES TRANSPORTS

Des actions d'amélioration soulignées dans l'agglomération de Charleville (charte)

Non réalisé La mise en œuvre de contrats entre les bailleurs sociaux et transports urbains

GIHP service transport accessible aux personnes handicapées ayant une mobilité réduite (avis médical)

Une organisation inadéquate des transports à l'échelle du répartition (RDTA)

Peu de soutien aux actions de transport par les institutions locales, dont la sécurité sociale des Ardennes

De très fortes attentes pour l'accessibilité à la ville, au travail et au lien social

Une problématique forte sur les transports, partagée avec les personnes âgées

Objectif 6 : RENDRE ACCESSIBLE LES ACTIVITES DE VIE SOCIALE

réalisé création de 3 services expérimentaux d'accompagnement social (services externalisés)

Non réalisé Combinaison de plusieurs obstacles

Accessibilité aux handicaps moteurs et sensoriels

Pas de politique exprimée de mixer les populations

Peu de moyens d'accompagnement à la vie sociale

Evolution sociétale : peu de temps accordé au bénévolat / encadrement de sorties

Une réflexion à mener dans le cadre des accessibilités

Objectif 7 : DEVELOPPER ET RENFORCER LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIFS A DOMICILE

Des services se sont mis en place

Réalisé SAVISAH et SESADORAH : expérimentations

SAMSAH la passerelle : cérébro lésés

3 SAVS

La réflexion sur le domicile doit se poursuivre dans le cadre de groupes de travail

Objectif 8 : HARMONISER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET AMELIORER LA QUALIFICATION DES AIDANTS

Non réalisé Pas d'actions à l'intention des aidants familiaux

En cours : formation DEAVS au niveau de la région

La réflexion sur le domicile doit se poursuivre dans le cadre de groupes de travail

DIVERSIFIER ET ADAPTER L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE

Objectif 10 : VEILLER A CE QUE CHAQUE ETABLISSEMENT SOIT DOTE D'UN PROJET ADAPTE ET EVOLUTIF

Problématique reprise dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002

Réalisé Selon l'enquête, seul 1 établissement n'a pas de projet réactualisé depuis 2003

Thématique relevant des agréments et des autorisations

Objectif 11 : PROMOUVOIR UNE DEMARCHE QUALITE DANS TOUTE STRUCTURE

PRENANT EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES

Réalisé Recrutement et formation d'un assistant qualité dans les associations gestionnaires financées par l'AM

En cours Problématique reprise dans le cadre de la loi du 2 janvier 2002

Plus difficile à mettre en œuvre dans les établissements de petite capacité, qui ne disposent pas assez de ressources d'encadrement

Selon l'enquête réalisée, 3 services et 6 établissements doivent encore entrer dans la démarche d'évaluation / certification

Thématique relevant des agréments et des autorisations

Objectif 12 : DEVELOPPER DANS TOUTES LES STRUCTURES DES TYPES D'ACCUEIL ALTERNATIFS

se met progressivement en place,

Réalisé Accueils temporaire et accueils de jour installés en MAS

En cours Création de 7 places en accueil de jour en FO durant la période

De fortes attentes exprimées par tous

Problématique à aborder dans le cadre de groupes de travail

Objectif 13 : ACCROITRE L'OFFRE DE PLACES EN CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL (CAT)

26 places créées durant la période

Réalisé Grande évolution du contexte (loi du 11 février 2005, marché de l'emploi, vieillissement des PH, nouveaux handicaps)

Problématique des ESAT à traiter dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels

Objectif 14 : PROMOUVOIR LA MOBILITE A L'INTERIEUR DES STRUCTURES

DE TRAVAIL PROTEGE ET ENTRE CES STRUCTURES

Réalisé promotion de la mobilité encouragée par le financement d'un service dans le cadre du PDITH

Non réalisé peu de mobilité

Grande évolution du contexte (loi du 11 février 2005, marché du travail, vieillissement des PH, nouveaux handicaps)

Des initiatives d'accompagnement vers le milieu ordinaire qui ont pris fin avec la rupture des financements

De fortes attentes de la part des travailleurs handicapés

Problématique de la mobilité à traiter dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels

Objectif 15 : INTRODUIRE LA POSSIBILITE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL AU SEIN DES CAT

Besoin croissant avec le vieillissement des personnes handicapées

Non réalisé Quelques expérimentations

Loi du 11 février 2005 permettant la mise en œuvre des sections annexes

Interrogations sur les modalités de prise en charge du "temps libéré"

Problématique du temps partiel à traiter dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels / vieillissement des PH

Objectif 16 : PROMOUVOIR LA MOBILITE INSTITUTIONNELLE

Peu d'adhésion à cet objectif

Non réalisé Tentation de protéger les personnes concernées

Un dispositif globalement sur-occupé qui n'incite pas à la mobilité

Problématique du temps partiel à traiter dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels

Objectif 17 : PROMOUVOIR LA CREATION DES SECTIONS ANNEXES DE CAT

Besoin croissant avec le vieillissement des personnes handicapées

Non réalisé Quelques expérimentations

Loi du 11 février 2005 permettant la mise en œuvre des sections annexes

Interrogations sur les modalités de prise en charge du "temps libéré"

Problématique du temps partiel à traiter dans le cadre d'une réflexion sur les parcours professionnels / vieillissement des PH

Objectif 18 : FAVORISER L'EXTENSION DES FOYERS OCCUPATIONNELS EXISTANTS

FO Attigny : + 4 places d'accueil de jour

Réalisé FO Vouzier : + 3 places d'accueil de jour

FH Albatros Couvin : + 8 places internat

FH Albatros la Taillette : -16 places internat

FAM Albatros la Taillette : + 16 places internat

Convention Belgique : 10 en 1999 et 32 aujourd'hui

Evaluation des besoins à reconsidérer au cours de ce schéma et dans les prochaines années

Objectif 19 : ENVISAGER LA CREATION D'UN FOYER OCCUPATIONNEL

Projet en cours de mise en œuvre à Montcornet

En cours 20 places d'accueil de jour

30 places d'hébergement permanent + 2 temporaire + 1 accueil d'urgence

50 places de SAVS

L'objectif sera totalement atteint à l'ouverture de la structure

Objectif 20 : PREVOIR LA MEDICALISATION DE PLACES DANS LES FOYERS OCCUPATIONNELS

Réalisé Transformation de 16 places de l'Albatros (en 2006) à Rocroi de FO en FAM

En projet : transformation de 20 places (20 budgétées dans le PRIAC) de FO en FAM, 8 financées par la CNSA

Problématique de la médicalisation des structures à aborder dans le cadre d'un groupe de travail sur la prise en charge en établissement

Objectif 21 : ENVISAGER LA CREATION D'UN FOYER A DOUBLE TARIFICATION

pas de création de FDT, remplacement des FDT par les FAM

Non réalisé La médicalisation des structures a été abordée dans le cadre des FAM

Problématique de la médicalisation des structures à aborder dans le cadre d'un groupe de travail sur la prise en charge en établissement

En synthèse :

Cette période a été marquée par la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002 qui a été source de mobilisation des énergies internes aux structures.

Dans une optique d'avenir, les problématiques initiales restent pertinentes et à aborder avec énergie, en particulier concernant la prise en charge du vieillissement, du handicap lourd ou multiple, le soutien au domicile, l'aide à l'autonomie, la place de la personne handicapée dans la vie civile et sur le marché de l'emploi. Ces problématiques ne peuvent trouver des réponses appropriées avec des positionnements individuels et nécessitent une logique collective, qui peut s'appuyer sur l'opportunité de la mise en œuvre de la MDPH pour rassembler les savoir-faire et les ambitions.

7. LES ORIENTATIONS DU SCHEMA 2008-2012 EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES ET DES PERSONNES HANDICAPEES ADULTES DES ARDENNES

Préambule

Les fiches ci-dessous présentées détaillent les orientations du schéma et les actions à conduire. Elles sont issues du travail réalisé en groupe par des professionnels de terrain. Les fiches reprennent les recommandations émises pendant les sessions de travail, enrichies et validées en comité technique, puis en comité de pilotage.

Il est également tenu compte, dans le cadre du présent schéma, des actions prévues dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Champagne-Ardenne ainsi que dans le Programme Régional de Santé Publique de Champagne-Ardenne.

Chaque fiche action est présentée sous le format suivant :

Public visé : présente le public auquel s'adresse l'action décrite (personnes âgées, personnes handicapées ou les deux)	
Constat : description des enjeux propres à l'action à partir du contexte national et de la situation départementale	
Objectifs : explicitation des objectifs que l'action doit permettre de remplir	
Actions et modalités de mise en œuvre : description des différentes étapes devant permettre d'atteindre les objectifs précisés ci-dessus	
Pilote(s) : identification des structures responsables de la mise en œuvre des actions détaillées ci-dessus	
Partenaires associés : identification des structures et organisations co-responsables de la bonne mise en œuvre des actions détaillées ci-dessus (liste non exhaustive)	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation : méthodes, chiffres, ratios devant permettre de rendre compte de la mise en œuvre effective des actions ci-dessus détaillées	
Echéancier : planification indicative des échéances auxquelles les différentes étapes des actions doivent être mises en œuvre.	
ANNEE	ACTIONS
2008	
...	

7.1. Accompagnement à domicile

Constats généraux

A l'image de ce qui peut être observé à l'échelle nationale, de nombreux facteurs expliquent les besoins croissants d'accompagnement des personnes à domicile sur le département des Ardennes : vieillissement de la population, augmentation de la dépendance, évolution du profil des personnes âgées ou handicapées, évolution des attentes des personnes dépendantes ou de leur entourage, changement des habitudes de vie...

A ce jour, la structuration de l'offre en services d'accompagnement à domicile sur le territoire reste à améliorer, afin de pouvoir offrir aux personnes âgées et handicapées des accompagnements de proximité, adaptés à leur situation et à leurs besoins spécifiques.

En ce qui concerne les personnes handicapées, la médicalisation des accompagnements à domicile est également un objectif essentiel. Ainsi, plusieurs structures sont à ce jour porteuses de projets de création et/ou de transformation de SAAD en SAVS ou en SAMSAH.

Les politiques d'accompagnement et de maintien à domicile sont ainsi cruciales dans le cadre de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et handicapées dans la mesure où elles permettent :

1. de respecter le choix et l'autonomie des personnes ;
2. d'assurer une trajectoire de vie harmonieuse aux personnes.

Une politique d'accompagnement et de maintien à domicile réussie implique :

- un travail continu relatif à la qualité des interventions (moyens humains bien formés et bien organisés, travail d'anticipation et d'accompagnement des transitions),
- un effort en faveur de la qualité de vie et du lien social (adaptation des logements et possibilités de transport, ouverture du domicile sur l'extérieur et endiguement de l'isolement),
- une attention particulière aux aidants professionnels et naturels (anticipation des situations à risque, mise en place et facilitation de l'accès à des solutions alternatives telles que les hébergements temporaires et l'accueil familial, soutien psychologique).

Les actions développées ci-après prennent en compte ces diverses dimensions et insistent également sur l'environnement des personnes prises en charge et de leurs proches, ainsi que sur les conditions d'intervention des professionnels.

Il s'agira donc de faciliter le travail en commun des différents intervenants de manière à mutualiser les moyens, d'une part, mais aussi à homogénéiser les interventions et à globaliser la prise en charge de la

personne, d'autre part. D'autres actions, incluses dans d'autres thématiques participent également à l'amélioration de la prise en charge des personnes à domicile.

Points de vigilance

- formation des intervenants
- organisation et coordination des intervenants
- homogénéité de la qualité des interventions sur tous les territoires du département
- conditions de maintien du lien social.
- anticipation des situations à risque.

7.1.1. Renforcer l'adaptation de la prise en charge à domicile aux besoins de la personne âgée

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constat	
La mise en place d'une politique de maintien à domicile généralisée a nécessité le développement des services aux personnes dépendantes (mise en œuvre de dispositifs d'aides humaines et techniques notamment). Le succès indéniable de cette première phase doit permettre de poursuivre cette politique de maintien et de la renforcer.	
Objectifs	
○ Amélioration de la prise en charge à domicile	
○ Homogénéisation de la qualité des prestations fournies	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
Travail en partenariat-pour	
<ul style="list-style-type: none"> – la mise en place d'un groupe de travail chargé de : <ul style="list-style-type: none"> . faire valider la charte qualité par tous les partenaires de la prise en charge à domicile . réfléchir aux modalités de création d'une garde itinérante de nuit par territoire d'action sociale . réfléchir à la possibilité pour les services d'aide à domicile d'assurer le transport à domicile . favoriser la présence de psychologues au cours des réunions de services à domicile – la signature de la charte qualité par tous les partenaires de la prise en charge à domicile 	
Pilote(s)	
– Associations et services d'aide à domicile cooptés	
Partenaires associés	
– CG-DISA	
– CLIC	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Faire un bilan de l'application des principes de la charte – Nombre de partenaires signataires de la charte qualité – Vérifier la mise en place d'au moins une garde itinérante de nuit par territoire – Part des réunions de services comprenant des psychologues..... 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Mise en place du groupe de travail
2009	Signature de la charte qualité
2010	Expérimentation du dispositif de garde itinérante de nuit
2011	Bilan de fonctionnement de ce dispositif
2012	Mise en place d'une garde itinérante de nuit par territoire

7.1.2. Développer l'offre d'accompagnement des personnes handicapées à domicile

Public visé
PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Dans une perspective d'amélioration de l'autonomie des personnes handicapées, la politique de maintien à domicile poursuivie depuis plusieurs années vise à renforcer les services d'accompagnement afin de s'adapter aux besoins croissants des personnes et à l'évolution de leur profil.</p> <p>Cependant, à l'heure actuelle, la couverture du territoire en services d'accompagnement reste hétérogène et ne permet pas à l'ensemble des personnes de pouvoir en bénéficier.</p> <p>La loi du 11 février 2005 et ses décrets d'application donnent un cadre réglementaire aux SAVS et SAMSAH, qu'il convient de prendre en compte pour le développement de cette offre de services.</p>
Objectifs
<ul style="list-style-type: none">○ Assurer une couverture géographique complète du département en services à domicile, en développant la polyvalence des services tout en maintenant certaines spécificités d'intervention○ Développer un accompagnement global de la personne en veillant au droit du respect de sa vie privée, de son intimité et en accord avec son projet de vie○ Permettre aux services d'assurer une mission d'accompagnement des transitions, d'anticipation des évolutions, de prévention des changements de situation des personnes handicapées ou de leur famille○ Améliorer la réactivité des réponses aux besoins d'accompagnement et garantir une réponse dans un délai fixé○ Eviter la perte des droits d'accompagnement des personnes handicapées passant d'un ESAT vers une entreprise adaptée.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Définir et identifier le cadre d'intervention des services d'accompagnement : missions, champs d'intervention et périmètres géographiques, spécificités éventuelles ...<ul style="list-style-type: none">. définition d'un cadre généraliste mettant en exergue la notion de polyvalence des services. recherche de mutualisations entre services. maintien de réponses spécifiques d'accompagnement– Instaurer la mise en place d'un service polyvalent unique par territoire comportant une possibilité de prise en charge médicalisée<ul style="list-style-type: none">. Entité pouvant regrouper différentes structures (groupement de coopération médico-sociale par exemple)– Développer et médicaliser l'offre de services d'accompagnement par :<ul style="list-style-type: none">. la création de SAMSAH ou la transformation de places de SAVS et de SAAD en places de SAMSAH. l'adaptation des accompagnements en fonction de l'évolution des besoins de la personne. l'étude de la faisabilité de la création d'une garde itinérante de nuit. la mise à disposition et l'utilisation de lieux neutres pour éviter « l'intrusion » au domicile (en fonction du projet de vie) et pour organiser des groupes de parole / de soutien. Ouvrir les services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) aux personnes handicapées salariées en entreprise adaptée (EA), afin de conforter leur stabilisation professionnelle et sociale (logement, service de suite, etc.).

Pilotes	
<ul style="list-style-type: none"> - CG (DISA) - DDASS 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> - MDPH - Services d'intervention à domicile - Co-financeurs - Services hospitaliers / corps médical - Institutions et établissements - Associations d'usagers - Entreprises adaptées 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places de services d'accompagnement (SAAD, SAVS, SAMSAH) par TAS (territoire d'action sociale) - Bilan d'activité des services d'accompagnement - Enquêtes de satisfaction - Nombre de travailleurs handicapés en EA ayant recours à un service d'accompagnement - Nombre de lieux neutres identifiés et fréquence d'utilisation 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Définition du cadre d'intervention et de coopération des services avec les différents partenaires
2009	Mise en place expérimentale d'un service polyvalent d'accompagnement
2010	Bilan de l'expérimentation
2011	
2012	Mise en place d'un service polyvalent par territoire

7.1.3. Adapter les logements aux besoins des personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
Dans le cadre de l'amplification de la politique de maintien à domicile, les enquêtes ont montré que de nombreux bénéficiaires avaient dû quitter leur domicile faute d'avoir pu adapter leur logement.
Objectifs
○ Créer des logements adaptables ○ Permettre l'adaptation du logement aux besoins du locataire si celui-ci est identifié ○ Développer des logements adaptés à la réadaptation des personnes sortant d'une période d'hospitalisation ○ Développer une meilleure information sur les logements adaptés et sur le parc de logements disponibles.
Actions et modalités de mise en oeuvre
– Recenser les logements adaptés existants, réellement utilisables – Améliorer l'information sur les possibilités d'aide à l'adaptation du logement en : <ul style="list-style-type: none">. menant une réflexion en amont avec les bailleurs sociaux dans le cadre de programmes de réhabilitation (analyse des expériences menées, analyse des échecs, réflexion sur l'adaptabilité des logements...). recensant les besoins des personnes dépendantes dans leur logement et évaluer les travaux nécessaires à réaliser.. recensant les logements adaptés (notamment par une enquête de la CAF en croisant ses fichiers des bénéficiaires de l'AAH, de l'APA et de l'APL).. créant un annuaire « dynamique » (suivant l'évolution de l'occupation ou de la disponibilité) des logements adaptés.
– Favoriser la création de logements accessibles et adaptables aux différents types de handicap
– Créer des appartements relais pour les personnes dépendantes en sortie de prise en charge sanitaire longue (centre hospitalier de réadaptation). <ul style="list-style-type: none">. adaptation d'un appartement aux différents types de handicap.. accompagnement des personnes dépendantes pour les aider à se familiariser à la gestion de leur environnement en fonction de leur dépendance.
– Encourager le recours à tout dispositif permettant la souplesse dans la mise en place des réponses aux situations atypiques (par exemple : bail glissant).
– Adapter les logements des personnes dépendantes et les logements des accueillants familiaux.
Pilote
– MDPH – CLIC – CG (DISA)

Partenaires associés

- Communes et EPCI
- DDE (ANAH)
- Bailleurs sociaux
- Etablissements et services
- Associations d'usagers
- Conseil de l'ordre des architectes
- CAF
- CALPACT
- Etablissements de santé

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de logements adaptables
- Nombre de logements construits ou réadaptés par an / recensement des besoins
- Nombre de programmes de réhabilitation engagés
- Fréquence de réactualisation de l'annuaire recensant les logements adaptés
- Nombre d'appartements relais

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Recensement des logements adaptés
2010	Amélioration de l'information sur les possibilités à l'adaptation du logement
2011	
2012	Mise en place d'un appartement relais dans le département

7.1.4. Renforcer et soutenir les aidants naturels auprès des personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Dans le cadre de la politique de maintien à domicile, le rôle des aidants naturels est apparu comme insuffisamment identifié, valorisé et soutenu.</p> <p>Les aidants naturels apparaissent à la fois comme les maillons décisifs pour une politique de maintien à domicile efficace et comme les acteurs les plus seuls au sein du système. Les difficultés identifiées concernent notamment leur environnement et la mise en place de dispositifs pouvant les soutenir psychologiquement.</p>
Objectifs
○ Identifier les aidants naturels et leurs besoins ○ Améliorer l'information auprès des aidants naturels ○ Améliorer l'environnement et la qualité de vie des personnes dépendantes et de leurs aidants ○ Mettre en place des actions de soutien psychologique auprès des aidants naturels.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Mise en place d'une enquête des besoins auprès des aidants identifiés :<ul style="list-style-type: none">. élaboration, distribution, réception et traitement d'un questionnaire permettant de recenser les besoins et attentes des aidants naturels. restitution des informations aux différents professionnels intervenant auprès des personnes dépendantes lors d'une réunion de restitution– Déploiement d'une campagne de communication concernant les solutions d'hébergement alternatif à destination des aidants naturels– Territorialisation d'une compétence sur le soutien des aidants naturels :<ul style="list-style-type: none">. identification d'un responsable porteur de groupes de soutien aux aidants naturels sur chacun des 4 territoires d'action sociale– Mise en place d'un ou plusieurs groupes d'une dizaine d'aidants naturels, en particulier à destination des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer– Conventionnement avec un psychologue pour garantir sa présence à chaque session– Proposer aux aidants naturels des possibilités de rencontres<ul style="list-style-type: none">. au sein d'associations pour les personnes handicapées. au sein d'EHPAD susceptibles d'accueillir des aidants naturels ainsi que les personnes aidées (en particulier des EHPAD disposant d'accueils de jour Alzheimer). au sein de groupes de parole et de groupes de soutien– Institution de groupes de parole et de groupes de soutien dans un EHPAD (possibilité d'inscription dans une convention tripartite et de subvention spécifique sous condition de réalisation) ou un lieu approprié, de sorte que chaque participant à un groupe de parole se voit offrir la possibilité de prise en charge de la personne aidée dans un espace dédié à proximité.
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">– CLIC– MDPH
Partenaires associés

- CG (DISA)
- DDASS
- UDAF
- Services d'aide à domicile
- CODERPA
- Communautés de communes
- CCAS
- EHPAD
- Associations d'usagers
- Association France Alzheimer
- SESSAD
- CRAM, MSA

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de questionnaires traités
- Nombre de groupes de parole /de soutien mis en place (à titre indicatif, 1 par TAS et par an)
- Nombre de participants aux groupes
- Enquêtes de satisfaction

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Réalisation de l'enquête de besoins
2010	Déploiement d'une campagne de communication
2011	Mise en œuvre du soutien des aidants
2012	

7.1.5. Développer l'accueil familial des personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
Un certain nombre de solutions alternatives au maintien à domicile et à la prise en charge en établissement émergent dans le souci de prendre en compte les aspirations des personnes. Parmi ces solutions, l'accueil familial apparaît comme une prise en charge intéressante et encore insuffisamment développée dans le département.
Objectifs
○ Développer les possibilités et les modes d'accueil familial des personnes dépendantes sur le département ○ Développer les places, valoriser et professionnaliser l'accueil familial ○ Offrir des possibilités de « répit » aux accueillants familiaux.
Actions et modalités de mise en oeuvre
– Faire connaître l'existence du dispositif d'accueil familial et les possibilités de recrutement de familles d'accueil. – Valorisation de la profession via une communication spécifique sur le rôle des accueillants familiaux – Diffusion de l'information auprès de l'ANPE pour susciter des vocations auprès des demandeurs d'emploi – Organiser un relais susceptible d'accorder aux accueillants familiaux un « répit », et prévoir des possibilités d'accueil temporaire pour soulager les aidants à domicile.
Pilote(s)
– CG (DISA)
Partenaires associés
– Accueillants familiaux agréés – Associations d'accueillants familiaux – Associations d'usagers – MDPH – CLIC – ANPE

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Evolution du nombre de places créées
- Nombre de places d'accueil temporaire par TAS

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Campagne d'information sur l'accueil familial
2010	
2011	Mise en œuvre des relais et des accueils temporaires en famille
2012	

7.2. Accueil en institution

Constats généraux

Complémentaire de la prise en charge à domicile, la question de l'accueil en institution, évaluée dans le cadre de l'élaboration du schéma, doit notamment être abordée sous les angles suivants :

- continuité des trajectoires,
- anticipation et accompagnement des transitions,
- respect du projet de vie des personnes,
- qualité de l'accueil et de la prise en charge,
- diversification et souplesse des prises en charge,
- autonomie et lien social en institution.

La formation des professionnels, le maintien du lien social, l'animation sont des points décisifs de l'accueil en institution.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, dans le cadre de la mise en place des conventions tripartites, les établissements ardennais vont disposer de moyens accrus pour prendre en charge leurs résidents, dont l'âge et le niveau de dépendance augmentent. Accroître, diversifier et améliorer la qualité de l'offre en établissement constituent des enjeux forts pour garantir le respect du choix des personnes âgées dépendantes et de leurs proches.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes handicapées, la plupart des établissements d'accueil des Ardennes ont à ce jour une liste d'attente importante, qu'il s'agisse des MAS, FO, FH, ESAT, mais aussi des structures de rééducation professionnelle. Face à cette saturation du dispositif existant et afin de répondre aux besoins croissants d'accueil des personnes handicapées sur le territoire, plusieurs axes d'amélioration se mettent en place, et notamment :

- des projets d'extension capacitaire (avec notamment l'ouverture prochaine du premier FAM des Ardennes en Belgique et la création de foyers et SAVS à Montcornet)
- le développement des possibilités d'accueil alternatif (de jour/nuit/temporaire) dans les établissements, afin de faciliter les transitions
- l'adaptation des structures et la médicalisation croissante des prises en charge.

Par ailleurs, le Conseil Général insiste particulièrement sur le développement de solutions innovantes d'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces solutions doivent d'abord permettre d'assurer l'aide aux aidants (solutions d'accueil de jour par exemple), de préparer les transitions (solutions d'hébergement temporaire) mais aussi de proposer de nouveaux types d'organisation de prise en charge. Il s'agirait ainsi de proposer à des personnes ayant des besoins différents (besoin de sécurité, de lien social, de prise en charge d'une dépendance légère ou plus importante) de cohabiter dans des habitats fonctionnels et fournissant des services, en veillant à assurer la diversité et la mixité

des publics accueillis. A travers le développement de solutions innovantes, il s'agit ainsi de créer une diversité dans les accueils proposés, de développer une plus grande souplesse et une adaptation des prises en charge, afin de faciliter le parcours de la personne en adéquation avec son projet individuel.

Points de vigilance

- Mobilisation de l'ensemble des établissements de sorte que l'homogénéité territoriale soit assurée
- Travail spécifique sur la représentation de la vie en établissement et mise en place de l'ensemble des moyens permettant de garantir le maintien du lien social et l'ouverture vers l'extérieur.

7.2.1. Diversifier les modalités de prise en charge des personnes âgées en établissement

Public visé
○ PERSONNES AGEES
Constat
La politique de maintien à domicile a fait augmenter l'âge moyen d'entrée en institution : les établissements sont donc pour une part importante devenus des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, plus médicalisés qu'auparavant. Les solutions d'hébergement entre le domicile et l'établissement ont donc tendance à se diversifier de manière à offrir une véritable liberté de choix aux personnes.
Objectifs
○ Adapter l'offre de prise en charge en établissement aux besoins des personnes ○ Encourager les solutions innovantes et alternatives ○ Assurer la continuité des parcours et éviter les ruptures et les déracinements.
Actions et modalités de mise en oeuvre
– Evaluation des projets innovants et des solutions alternatives – Mise en place, (puis évaluation) à partir d'une procédure d'appel à projets, d'une ou plusieurs structures innovantes permettant la prise en charge de personnes aux niveaux de dépendance, pathologies et besoins divers, de manière à pouvoir assurer le maintien des personnes dans un même lieu et à éviter les ruptures de parcours – Intégration d'accueils temporaires, accueils de jour et accueils de nuit dans tous les établissements lors de la signature de conventions tripartites – Création d'unités Alzheimer, de Petites Unités de Vie, de « Domiciles Protégés » en collaboration avec les établissements et organismes pertinents et en fonction des besoins identifiés sur les territoires.
Pilote(s)
– CG (DISA) – DDASS
Partenaires associés
– EHPAD – Bailleurs sociaux

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de places d'accueil de jour, d'accueil de nuit et d'hébergement temporaire créées
- Nombre de personnes hébergées au sein de structures innovantes
- Nombre de changements de lieux moyen par personne en EHPAD
- Nombre de créations de places en unités de vie Alzheimer
- File d'attente, nombre de demandes non satisfaites

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	Evaluation du projet expérimental de MARPA
2009	Appel à projet pour la création d'une structure innovante
2010	
2011	
2012	Mise en œuvre d'une structure innovante

7.2.2. Harmonisation des ratios d'encadrement en personnel dans les établissements pour personnes âgées

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constat	
Dans le cadre de l'amélioration de la qualité, il a été constaté au niveau national (Plan Solidarité Grand Age) qu'il était nécessaire d'augmenter le personnel dans les établissements pour personnes âgées en fonction des soins à apporter au regard de la dépendance et de la santé.	
Objectifs	
○ Assurer l'homogénéité de la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement	
○ Atteindre les ratios fixés dans le Plan Solidarité Grand Age	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Lors du renouvellement des conventions tripartites des EHPAD et des USLD, objectif de ratios moyens de personnel conformes aux recommandations du Plan Solidarité Grand Age .	
Pilote(s)	
– CG (DISA)	
– DDASS	
Partenaires associés	
– EHPAD	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Part des établissements ayant atteint le ratio	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Lors du renouvellement des conventions tripartites d'amélioration de la qualité, mise en application des recommandations nationales en matière de ratios de personnel
2009	
2010	
2011	
2012	

7.2.3. Mutualiser les moyens au service des personnes âgées entre établissements

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constat	
L'évolution de la nature de la prise en charge et des publics en EHPAD a entraîné une augmentation des besoins tant en moyens humains que matériels. Face à cette situation, la mutualisation des ressources apparaît comme une solution intéressante, induisant une nouvelle évolution pour les établissements : le passage à une culture de la collaboration.	
Objectifs	
○ Mutualisation de moyens entre établissements	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place d'un groupe de travail regroupant les directeurs d'établissements accueillant des personnes âgées, chargé de réfléchir aux différents moyens mutualisables (personnel, véhicules, formation, etc.) et aux différentes modalités de mutualisation possibles entre établissements (prêts, mise en ligne, groupements de coopération médico-sociale, etc.) – En coordination avec le groupe de travail précédemment mentionné, sur chaque territoire d'action sociale : recensement et synthèse de l'existant dans les différents EHPAD et proposition de mutualisation – Articulation de ce groupe de travail avec le réseau gériatrique départemental et intégration des représentants des structures accueillant des personnes handicapées – Avec l'aide de médecins coordonnateurs, mise en place d'un dossier d'admission unique au niveau départemental pour l'admission en établissement. 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – DDASS – CG (DISA) 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – Représentants des directeurs d'EHPAD – CLIC – Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne - RéGéCA 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de sessions du groupe de travail – Mise en place du dossier d'admission unique – Nombre de procédures de mutualisation mises en place 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Expérimentation de mutualisation
2010	
2011	
2012	Mise en œuvre de la mutualisation sur l'ensemble du territoire

7.2.4. Poursuivre et renforcer l'adaptation des structures d'accueil des personnes handicapées

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Face à l'évolution des besoins et attentes des personnes handicapées et de leur entourage, il convient de faire évoluer les structures existantes afin de favoriser le développement d'une plus grande autonomie des personnes et de proposer une plus grande diversité dans les accompagnements.</p> <p>A ce jour, les possibilités d'accueil alternatif restent trop peu nombreuses au regard des situations rencontrées : besoins de période de répit des personnes ou des familles, période de transition entre le domicile et l'institution, accueil de jour...</p>
Objectifs
○ Adapter les conditions d'accueil en institution aux besoins des personnes ○ Proposer à chaque personne en institution des formules alternatives en fonction de son handicap, sa situation personnelle, sa situation géographique, son entourage... (solution individualisée en fonction d'un projet de vie).
Actions et modalités de mise en oeuvre
<p>1 – Encourager des projets innovants et des initiatives :</p> <ul style="list-style-type: none">– Développer les places d'accueil temporaire / d'accueil séquentiel / d'accueil de jour / de nuit dans l'ensemble des structures d'accueil<ul style="list-style-type: none">. répit des familles, séjours de rupture, période de transition pour la personne handicapée...– Aménager les structures en développant des lieux de vie adaptés aux différentes situations :<ul style="list-style-type: none">. permettre les vies de couples,. unités de vie adaptées à la cohabitation de personnes présentant un degré différent de handicap,. hébergement et accueil de personnes extérieures (famille, intervenants extérieurs, stagiaires...) .– Développer de nouveaux types de logements adaptables (logements sociaux, ...) pour les personnes handicapées aptes :<ul style="list-style-type: none">. sous forme de structures d'accueil « éclatées » (hors des murs des structures), à caractère semi-collectif ou individuel (appartements pour plusieurs personnes, logements individuels),. avec un suivi par un professionnel référent dans le cadre d'un accompagnement médico-social et/ou psychologique. <p>2 – Evaluer l'impact des projets innovants et les initiatives des structures pour développer des formules plus souples d'accompagnement.</p>

Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> - CG (DISA) - DDASS 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> - Bailleurs sociaux - Etablissements - Services - Familles - Associations d'usagers - MDPH 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de places d'accueil alternatif autorisées et installées / structure d'accueil et / TAS - Proportion de personnes handicapées accueillies en structure et bénéficiant d'un hébergement « hors des murs » - Nombre et évaluation de projets proposant de nouvelles formes d'accueil 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Expérimentation d'accueil alternatif
2009	
2010	
2011	
2012	Développement des accueils sur tout le territoire

7.2.5. Organiser les complémentarités entre acteurs et fluidifier les parcours des personnes handicapées

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
Les différentes formes d'accompagnement et de prises en charge apparaissent aujourd'hui encore trop cloisonnées, ne favorisant pas toujours le parcours évolutif de la personne selon son projet de vie (domicile, institution...). Ainsi les complémentarités doivent se développer sur le territoire afin d'offrir aux personnes une plus grande souplesse et une continuité dans l'accompagnement et la prise en charge.
Objectifs
○ Organiser des systèmes de relais et de complémentarités entre les différentes structures ○ Favoriser les parcours évolutifs des personnes handicapées et faciliter les transitions par une meilleure coordination des différents professionnels
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">- Organiser des relais de l'accompagnement de l'institution :<ul style="list-style-type: none">. par des services à domicile le week-end. par des accueillants familiaux (pour certains profils de personnes, certains handicaps) – à envisager au cas par cas- Envisager d'ouvrir les services d'accompagnement aux personnes en institution<ul style="list-style-type: none">. mettre en place des conventions de partenariats entre structures et services (SSIAD, SAVS, SAAD, SAMSAH...) dans les parcours de transition entre / hors institutions- Développer une plus grande complémentarité entre les ESAT, les Foyers d'Hébergement, les Foyers Occupationnels et les acteurs du milieu ordinaire.- Développer les accueils en foyer d'hébergement pour<ul style="list-style-type: none">. des personnes non accueillies en ESAT. permettre des stages en ESAT mais aussi en EA- Encourager les initiatives des structures pour développer des projets en complémentarités entre les acteurs du dispositif, encourager les conventions de partenariats entre acteurs
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">- CG (DISA)- DDASS

Partenaires associés

- Etablissements
- Services d'accompagnement
- Associations d'usagers
- MDPH

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de personnes accueillies en établissement, ayant recours à un relais de prise en charge par un service ou un accueil familial
- Nombre de conventions de partenariats établies entre structures et services / TAS et nature des partenariats établis
- Nombre de créations de places de FH et de FO
- Nombre d'appels à projets proposant des formules d'accueil en complémentarité

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	
2012	Accès des personnes handicapées hébergées en institution aux prestations offertes par les services d'accompagnement

7.2.6. Adapter la prise en charge des personnes handicapées aux besoins de médicalisation

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Le profil des personnes handicapées évolue et les accompagnements doivent ainsi s'adapter aux nouveaux besoins de ces personnes et de leur famille. Ainsi, les personnes accompagnées par les établissements et les services à domicile requièrent des prises en charge de plus en plus lourdes, avec une médicalisation croissante.</p> <p>La coordination avec le secteur sanitaire est alors indispensable, notamment avec le secteur psychiatrique dans le cadre de la prise en charge des personnes handicapées psychiques.</p>
Objectifs
○ Adapter les établissements à la médicalisation croissante des prises en charge, compte tenu de l'évolution des profils des personnes accueillies.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Développer les places d'accueil en structures médicalisées sur le département (FAM)– Mettre en place les collaborations et les conventions avec les acteurs du système de santé, notamment le secteur de la psychiatrie, pour :<ul style="list-style-type: none">. faciliter les hospitalisations nécessaires de personnes handicapées en institution (évaluations de la personne, anticipation, préparation de la sortie d'hospitalisation...). mettre fin aux hospitalisations en psychiatrie de personnes qui relèvent d'une prise en charge médico-sociale– Développer des partenariats régis au niveau départemental par un protocole défini avec le secteur psychiatrique : protocole d'accompagnement définissant précisément les articulations de la prise en charge dans le cadre de l'accompagnement et du projet de la personne.– Dans le cadre de la définition de ce protocole, travailler plus particulièrement avec l'EPSM de Belair et les structures sur :<ul style="list-style-type: none">. la feuille de sortie des personnes ayant séjourné à l'EPSM de Belair. les retours et l'accompagnement des personnes handicapées en structure après des situations « de crise » ayant nécessité une hospitalisation (évaluation et accompagnement de la personne...)
Pilote
<ul style="list-style-type: none">– DDASS– CG (DISA)

Partenaires associés

- Etablissements d'accueil
- Services
- Etablissements sanitaires, EPSM Bel Air
- Assurance maladie

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de places de FAM installées / TAS
- Nombre et nature des conventions établies entre les structures d'accueil et les établissements sanitaires, évaluation / TAS
- Mise en œuvre du protocole d'accompagnement avec le secteur psychiatrique
- Evolution du nombre de personnes hospitalisées à l'EPSM, ne relevant pas d'une prise en charge psychiatrique mais médico-sociale
- Evolution du nombre de personnes accueillies en structures médico-sociales relevant davantage d'une prise en charge psychiatrique
- Actualisation et nombre de feuilles de sortie à l'EPSM.

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place du protocole
2010	
2011	
2012	

7.3. Handicap et parcours professionnels

Contexte général

Il est observé que les ESAT des Ardennes présentent des listes d'attente importantes. Le faible taux de rotation induit par les difficultés d'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire, les difficultés économiques rencontrées dans le département et qui touchent également les marchés potentiels des ESAT sont autant de facteurs expliquant cette situation.

Au-delà de ce constat, la pyramide des âges des usagers des ESAT oblige à réfléchir à l'adaptation des structures aux besoins évolutifs des personnes et de leur entourage, par le développement des possibilités d'accueil à temps partiel au sein des structures de travail protégé et en foyers de vie mais également d'accompagnement par les services.

De manière plus générale, du jeune adulte à la personne handicapée vieillissante, il convient de favoriser l'évolution de chaque parcours professionnel, en s'adaptant aux besoins, en créant plus de souplesse et en évitant les ruptures d'accompagnements.

Par ailleurs, et conformément aux tendances nationales, une des priorités affirmée par le Conseil Général est de favoriser, autant que possible, les perspectives d'insertion en milieu ordinaire. Les passerelles du milieu protégé vers le milieu ordinaire doivent ainsi se développer. La coordination des acteurs médico-sociaux, sociaux et des professionnels de l'insertion prend alors toute son importance afin de simplifier et améliorer le parcours vers l'emploi de chaque personne handicapée.

Points de vigilance

- Anticipation des situations
- Suivi dans l'accompagnement à l'insertion professionnelle
- Coordination et mobilisation des différents acteurs de l'emploi

7.3.1. Adapter les rythmes de travail des personnes handicapées en développant le travail à temps partiel

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>En lien avec l'adaptation des structures d'accueil (cf. fiche précédente), les formules de travail adaptées aux besoins et rythmes des personnes handicapées doivent également se développer au sein des structures existantes (travail à temps partiel, accompagnement des travailleurs handicapés vieillissants...).</p> <p>Le travail à temps partiel reste à développer sur l'ensemble du département, afin de permettre à un plus grand nombre de travailleurs handicapés d'être accueillis en structure de travail protégé en leur offrant une activité adaptée.</p>
Objectifs
○ Encourager les structures de travail protégé à développer des formules de travail à temps partiel pour certains travailleurs handicapés.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Pérenniser les emplois à temps partiel mis en place à titre expérimental dans les ESAT du département– Reconnaître l'habilitation des structures de travail protégé pour le travail de type séquentiel– Identifier les besoins d'orientation de type « travail à temps partiel » à partir de la MDPH– Accompagner le développement de l'accueil à temps partiel en ESAT :<ul style="list-style-type: none">. développer les places d'hébergement en foyers et permettre une plus grande complémentarité entre ESAT et foyers. prendre en compte la période non travaillée (développement de sections annexe d'ESAT ou élargir l'encadrement en foyer d'hébergement sur les périodes non travaillées)– Offrir un accompagnement social pour les personnes passant à temps partiel (accompagnement de la transition...) : accompagnement par les SAVS...
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">– CG (DISA)– DDASS

Partenaires associés

- ESAT
- EA
- Foyers d'hébergement
- SAVS
- Référents emploi /insertion de la MDPH

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de places d'accueil de travail à temps partiel en ESAT/ TAS
- Nombre de personnes à temps partiel / Nombre d'orientations prononcées
- Nombre de travailleurs handicapés sollicitant un accompagnement social / Nombre de personnes accompagnées

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Pérennisation des emplois à temps partiel dans les ESAT et expérimentation de section annexe
2011	
2012	Identification des besoins d'orientation dans ces dispositifs

7.3.2. Poursuivre le développement des stages des personnes handicapées au sein des établissements

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>La réalisation de stages se développe sur le département, pour les jeunes adultes sortant de structures enfants ou pour les adultes déjà accompagnés (en structure, par les services...). Cependant, force est de constater que la réalisation de ces stages reste aujourd'hui à l'initiative des professionnels, sans structuration globale à l'échelle du département.</p> <p>Le développement de ces stages apparaît cependant fondamental pour l'insertion des personnes, en améliorant leur connaissance des structures de travail protégé ou du milieu ordinaire de travail et en favorisant ainsi les parcours professionnels.</p>
Objectifs
○ Encourager le développement de stages au sein des structures de travail protégé ○ Mieux identifier et évaluer les compétences des personnes handicapées ○ Préparer les transitions des personnes entre les structures et vers le milieu ordinaire de travail.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">- Développer la mise en place de stages pour les personnes handicapées :<ul style="list-style-type: none">. stages « découvertes » avant leur entrée dans la structure de travail protégé. stage « d'initiation professionnelle » des jeunes adultes permettant une expérience du travail adapté et une évaluation du jeune en situation de travail. stage « d'orientation » permettant d'identifier les aspirations, d'acquérir des expériences et d'évaluer le travail de la personne. stage de « réévaluation » ou de « réadaptation à l'emploi », après une période de rupture- Etablir et formaliser un statut et un cadre général des stages en milieu protégé au niveau départemental :<ul style="list-style-type: none">. objectifs, responsabilités, conditions de réalisation, rémunération.... droit du travail, horaires de travail. possibilités de dérogation pour le travail des jeunes- Mettre en place des conventions de stages entre les structures de travail protégé : définir les objectifs, les modalités d'évaluation...- Organiser l'évaluation du stage entre la structure d'origine de la personne et la structure d'accueil (harmonisation)- Identifier et faire connaître les dispositifs d'accès à l'apprentissage et les possibilités de formation en alternance.
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">- DDASS- DDTEFP- DRTEFP

Partenaires associés

- Structures de travail protégé
- MDPH
- Organismes de formations

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Mise en place d'un cadre général des stages défini à l'échelon départemental
- Recensement du nombre de stages réalisés en structure
- Nombre d'évaluations de stages formalisées / établissement
- Evolution du profil des stagiaires : âge, origine géographique, structure d'origine...
- Nombre de conventions de stages établies entre les structures du département
- Recensement des dispositifs d'accès à l'apprentissage

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Développement des stages pour les personnes handicapées Formalisation d'un statut Mise en place des conventions de stages Organisation de l'évaluation de ces stages Identification et information sur les dispositifs d'apprentissage et de formation en alternance
2010	
2011	
2012	

7.3.3. Développer les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire du travail

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Les sorties de travailleurs handicapés des structures de travail protégées vers le milieu ordinaire de travail restent aujourd’hui trop peu nombreuses. Les passerelles doivent ainsi se développer et se structurer sur le département, afin d’encourager les insertions en milieu ordinaire.</p> <p>Un des freins majeurs reste aujourd’hui l’absence d’accompagnement social et médico-social des travailleurs à l’insertion en milieu ordinaire ou en structure de travail protégé, apparaissant pourtant comme un levier essentiel à mettre en place pour favoriser l’insertion professionnelle, pour développer des relais entre structures et milieu ordinaire et pour assurer un suivi de la personne dans son nouvel environnement.</p>
Objectifs
○ Développer les passerelles du milieu protégé vers le milieu ordinaire ○ Améliorer les coordinations entre les acteurs ○ Développer l’accompagnement à l’insertion des travailleurs handicapés en milieu protégé ou en milieu ordinaire
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Poursuivre les réflexions en cours dans le cadre de l’audit (évolution et orientation des Entreprises Adaptées (EA))– Soutenir les EA sur le département et favoriser la sortie de travailleurs handicapés des ESAT vers les EA et le milieu ordinaire :<ul style="list-style-type: none">. développer les missions des EA. permettre un accompagnement et un suivi du travailleur handicapé en milieu ordinaire par un référent professionnel– Développer les coordinations entre les ESAT, les EA et le milieu ordinaire (connaissance des structures de travail protégé...)– Encourager les structures de travail protégé à développer les formules de « travail protégé en milieu ordinaire », telles les mises à disposition ou les ESAT «hors les murs», en envisageant en parallèle un accompagnement des travailleurs handicapés dans l’entreprise (réfèrent, système de tutorat)– Encourager la réalisation de stages entre structures de travail protégé (ESAT vers les EA) et de stages en milieu ordinaire,<ul style="list-style-type: none">. mettre en place un statut pour les stagiaires ESAT en EA et un système de rémunération attractif (actuellement perte de salaire du travailleur handicapé de l’ESAT en EA)– Permettre aux structures de travail protégé d’avoir une meilleure visibilité des besoins en milieu ordinaire, des secteurs qui peuvent recruter, des débouchés possibles pour les travailleurs handicapés ...– Envisager de réserver des places d’insertion par l’activité économique pour les travailleurs handicapés– Développer l’accompagnement à l’insertion en milieu ordinaire, en identifiant un référent professionnel, chargé :<ul style="list-style-type: none">. de favoriser l’insertion du travailleur en milieu protégé, par une connaissance du travailleur handicapé, de ses compétences en ESAT et des attentes spécifiques de l’entreprise. d’accompagner le travailleur handicapé à son entrée dans une structure adaptée ou en milieu

- ordinaire de travail
- . d'avoir un rôle de relais et de coordinateur entre les structures du milieu protégé et du milieu ordinaire
- S'appuyer sur les services existants pour développer un accompagnement social et médico-social des travailleurs handicapés
 - . permettre l'intervention de SAVS pour les travailleurs handicapés, en milieu ordinaire ou en structure de travail protégé pour l'accompagnement de la personne en fonction de sa situation de vie personnelle (sensibilisation à la vie en entreprise, aide à la mise en place d'action facilitant son insertion...)
 - . permettre l'accès à cet accompagnement social pour les travailleurs handicapés ayant une orientation en ESAT ou EA ou en milieu ordinaire mais encore en attente de place
- Encourager la coordination des acteurs (insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire, lisibilité des parcours et des formes d'insertion possibles...)

Pilote(s)

- DDTEFP
- DDASS

Partenaires associés

- Structures de travail protégé
- Etablissements pour enfants handicapés
- Services d'accompagnement
- Conseil Général
- MDPH
- UGECAM
- AGEFIPH
- Entreprises en milieu ordinaire, MEDEF
- ANPE
- Chambres consulaires
- Fédérations professionnelles

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de travailleurs handicapés suivis par un référent professionnel en milieu ordinaire / TAS
- Nombre de stages réalisés par les travailleurs handicapés dans une autre structure de travail protégé / établissement
- Nombre de stages réalisés en milieu ordinaire / établissement
- Système de rémunération spécifique établi pour les travailleurs handicapés passant de l'ESAT à l'EA
- Evolution du nombre de places d'insertion réservées aux travailleurs handicapés
- Nombre de travailleurs handicapés (en milieu protégé et ordinaire) suivis par un référent professionnel
- Nombre de travailleurs handicapés sollicitant un accompagnement par un SAVS / nombre d'accompagnements effectifs
- Nombre de travailleurs handicapés en attente de place en structure, proportion de personnes bénéficiant d'un accompagnement par un SAVS

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	Mise en œuvre de l'ensemble des actions
2012	

7.3.4. Favoriser la reconnaissance des compétences acquises par les travailleurs handicapés

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Du jeune entrant en structure pour adulte à la personne handicapée vieillissante, les personnes handicapées acquièrent tout au long de leurs parcours de nombreuses compétences, en établissement, en milieu ordinaire, en période de stage ou de formation.</p> <p>Cependant aujourd'hui ces différentes expériences et les compétences acquises au cours de ces périodes ne sont pas valorisées.</p>
Objectifs
○ Favoriser la reconnaissance des connaissances et compétences acquises par les travailleurs handicapés au cours de leur parcours
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Valoriser et développer les bilans de compétences et les bilans d'évaluation réalisés sur le département– Encourager la Valorisation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour reconnaître les compétences acquises par les travailleurs handicapés en validant certains modules– Mettre en place un groupe de travail pour la mise en œuvre du « passeport formations » uniformisé sur le département, permettant de :<ul style="list-style-type: none">. recenser les différentes formations ou expériences professionnelles réalisées par la personne au cours de son parcours (temps de stages, temps de formations spécifiques...). avoir une traçabilité des parcours des personnes permettant de valoriser leurs expériences, lors d'une recherche d'emploi– Encourager l'utilisation d'une grille commune sur le département pour l'évaluation des compétences acquises des travailleurs handicapés
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">– DDTEFP– MDPH

Partenaires associés

- Structures enfants et adultes
- DDASS
- Mission locale
- UGECAM
- ANPE
- CAP Emploi
- Organismes de formations professionnelles

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Evolution du nombre de bilans de compétences et bilans d'évaluation réalisés sur le département
- Etablir un nombre cible de bilans à réaliser chaque année
- Formalisation du « passeport formations » sur le département
- Nombre de passeports / Nombre de travailleurs handicapés
- Formalisation de la grille d'évaluation commune sur le département
- Nombre de personnes handicapées ayant validé des modules de VAE

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Mise en œuvre de l'ensemble des actions
2011	
2012	

7.4. Information, coordination et réseaux

Constats généraux

La mise en œuvre d'un accès à l'information facilité constitue un enjeu essentiel pour que les personnes en situation difficile puissent avoir une bonne connaissance de leurs droits, mais aussi pour que les actions mises en œuvre puissent trouver leur pleine efficacité. En effet, les difficultés dans lesquelles se trouvent parfois les personnes dépendantes impliquent que l'information circule de manière optimale. Qu'elle soit destinée aux professionnels aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux professionnels l'information doit également bénéficier d'une diffusion efficace pour prévenir les situations à risque et éviter les situations d'urgence. Le développement de canaux d'information fluides et clairement identifiés constitue à ce titre une priorité. Dans cette perspective, l'ensemble des instruments aujourd'hui disponibles, y compris les ressources Internet, doit être mis à contribution.

Parallèlement, la formation de solides réseaux de coordination est nécessaire pour assurer à la fois la bonne coopération des acteurs (en s'efforçant d'éviter tout cloisonnement entre les domaines sanitaire et social notamment), une orientation et un suivi efficaces des personnes prises en charge. En effet, la prise en charge globale de la personne dépendante ainsi que la nécessité d'éviter les ruptures brutales et de fluidifier les parcours impliquent que les différents acteurs travaillent de concert. La qualité de la coordination entre ces derniers, notamment entre les secteurs sanitaire et social, dépendra de la mise en place du réseau gériatrique régional (RéGéCA) et de sa déclinaison départementale, des actions menées par les CLIC et les Pôles Handicap - Vieillesse.

En ce qui concerne les personnes handicapées, la Maison Départementale des Personnes Handicapées jouera un rôle majeur dans le développement d'une meilleure information et coordination. Des relais devront également se mettre en place sur les différents territoires afin de développer le travail en réseaux des différents professionnels et partenaires.

Points de vigilance

- Mobilisation de l'ensemble des parties prenantes
- Amélioration de la circulation d'information entre les secteurs sanitaire, social et médico-social pour garantir une homogénéité de la prise en charge.

7.4.1. Structurer la coordination gérontologique

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constats	
Centrale pour assurer la cohésion des trajectoires des personnes et prévenir les situations à risque, la coordination des intervenants autour de la personne âgée est aujourd'hui en cours de mise en œuvre sur plusieurs territoires du département ardennais. L'approfondissement de cette démarche et son extension à l'ensemble du département sont nécessaires.	
Objectifs	
○ Développement de structures de coordination	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place du réseau RéGéCA entre structures sanitaires et médico-sociales sur le département des Ardennes – Articulation du réseau RéGéCA avec les CLIC / pôles Handicap Vieillesse / antennes MDPH – Passage des quatre CLIC du département au niveau 3 d'ici 2012 – Mise en place d'un site Internet permettant d'actualiser les informations et de mettre en place un système d'information en temps réel sur les disponibilités de places. – La coordination des acteurs et la prise en charge globale médico-psycho-sociale des personnes passeront également par la mise en place de filières gériatriques (dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). La coordination gagnera également à être organisée dès l'élaboration des plans d'action et la définition des missions des établissements de santé concernés au sein des filières (Circulaire du 28 mars 2007 – cadre du SROS et des référentiels d'organisation des soins – responsabilité de l'ARH). 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – CG (DISA) – CG (Direction des Systèmes d'Information - DSI) – DDASS 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – CLIC – RéGéCA – MDPH – ARH – URCAM 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de CLIC installés et passés en niveau 3 – Nombre d'établissements actualisant leurs informations sur le site Internet – Nombre de contrats pluriannuels d'objectifs pour l'organisation territoriale des filières de soins gériatriques 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Mise en place du site Internet
2011	
2012	Présence d'un CLIC de niveau 3 dans chacun des TAS

7.4.2. Améliorer la gestion des parcours des personnes âgées

Public visé
○ PERSONNES AGEES
Constat
Les personnes âgées sont susceptibles de connaître des trajectoires diverses en fonction de l'évolution de leur situation, de leurs désirs, de leurs projets de vie, etc. C'est pour assurer la prise en charge la plus efficace qu'il s'agit de travailler sur la gestion des parcours. Pour se faire, des relais responsables, identifiés et formés sont nécessaires, tant sur les territoires que dans les structures pour repérer les personnes et mettre en place les solutions idoines. Aujourd'hui, le système doit être amélioré sur ce point.
Objectifs
○ Améliorer la gestion des parcours
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">- Identification de responsables (personnes ressources) en hôpital (assistants sociaux ou autres) de manière à prévenir les situations de crise- Mise en place d'un repérage systématique des personnes âgées entrant en établissement hospitalier- Mise en œuvre d'un projet de coordination des fiches navettes permettant de formaliser le lien entre les assistants sociaux de l'hôpital et les équipes APA (fiches navettes hôpital / associations également)- Mise en place d'un groupe de travail relatif à l'organisation des parcours avec :<ul style="list-style-type: none">. réflexion sur les organisations internes. élaboration et signature de conventions entre établissements et formalisation des procédures (exemple de Sedan). mise en place d'un cahier de liaison pour les professionnels, au domicile des personnes- Identification de « personnes ressources » sur lesquelles s'appuyer pour assurer la diffusion d'informations dans les mairies (CCAS), hôpitaux (assistants sociaux), maisons médicales (secrétaires), médecins libéraux (un référent par territoire de coordination – enjeu formation médicale continue), infirmiers (appui sur les organisations professionnelles)
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">- CG (DISA)- DDASS
Partenaires associés
<ul style="list-style-type: none">- RéGéCA- Professionnels du secteur sanitaire- Tout professionnel pertinent- MSA- CRAM- URML- Conseil de l'ordre des médecins

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de professionnels recensés comme « personnes ressources »
- Nombre d'hôpitaux ayant mis en place un système de repérage des personnes âgées entrant
- Nombre de services utilisant les fiches navettes
- Nombre de réunions du groupe de travail relatif à l'organisation des parcours

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Identification des responsables de la gestion du parcours dans les établissements hospitaliers
2010	Mise en œuvre du projet de coordination
2011	Mise en place du cahier de liaison
2012	

7.4.3. Structurer la coordination des intervenants à domicile pour le bien être de la personne handicapée

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
Le développement des accompagnements à domicile implique désormais l'intervention de plusieurs professionnels au domicile de la personne (services à domicile, professionnels libéraux...). Même si des complémentarités se mettent peu à peu en place, chaque professionnel intervient encore aujourd'hui de manière relativement indépendante, sans coordination globale des interventions autour du projet de la personne. La personne handicapée accompagnée, ou son entourage, manque alors souvent de visibilité sur les missions de chacun des intervenants, pouvant induire un manque de repère pour la personne et une absence de suivi global.
Objectifs
○ Mettre en place des « coordinateurs bien-être » ou référents des personnes handicapées, travaillant en lien avec la MDPH.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Améliorer la coordination des différents intervenants auprès de la personne<ul style="list-style-type: none">. recenser les acteurs de la prise en charge de la personne handicapée. établir une concertation systématique et obligatoire dès qu'il y a plus d'un intervenant. prévoir (et en tenir compte dans le financement) des temps de synthèse pour la transmission de ces informations entre les acteurs– Identifier, dans le respect du choix de la personne, un référent ou coordinateur, chargé du suivi individualisé de la personne handicapée à domicile<ul style="list-style-type: none">. définir la fonction précise de ce référent. identifier les compétences nécessaires du référent. évaluer les moyens nécessaires à disposition du référent pour le suivi de la personne. formaliser les modalités de la prise en charge. envisager la création d'outils ou de supports pour assurer le relais entre les intervenants (dossier commun, cahier de liaison...).
Pilote(s)
– MDPH

Partenaires associés

- Institutions
- Services d'intervention à domicile
- Associations d'usagers
- Professionnels libéraux
- Structures sanitaires et médico-sociales
- CCAS et professionnels sociaux

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de référents identifiés / Nombre de personnes accompagnées à domicile, par TAS
- Formalisation d'une fiche de fonction du référent ou coordinateur
- Création et actualisation des outils de relais (dossier, cahier)

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	Mise en place des référents
2012	

7.4.4. Améliorer la circulation de l'information auprès des personnes dépendantes et entre professionnels

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Améliorer le système de prise en charge des personnes dépendantes consiste d'abord à le rendre plus lisible. Les personnes doivent être en mesure de s'orienter de manière autonome, et pour cela, la diffusion de l'information doit être ciblée. Aujourd'hui, il existe de nombreuses informations mais insuffisamment bien centralisées et diffusées faute de relais, de capacité à toucher les publics prioritaires, etc.</p> <p>L'information doit aussi permettre aux acteurs du système de prise en charge des personnes dépendantes de mieux travailler ensemble, d'identifier les différentes responsabilités, de prendre les décisions en fonction d'informations actualisées régulièrement. Aujourd'hui, certains professionnels indiquent des déficits d'informations qui ralentissent ou gênent le mécanisme de prise en charge.</p>
Objectifs
○ Améliorer l'information à destination des personnes âgées et des personnes handicapées
○ Améliorer la connaissance entre les acteurs pour chacun des secteurs (Personnes âgées / Personnes handicapées)
○ Permettre un accès facilité et centralisé des informations sur les dispositifs et les acteurs
Actions et modalités de mise en oeuvre
<p><u>Volet Personnes âgées :</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Mise en place d'un guide départemental à destination des personnes âgées et recensant les acteurs gérontologiques selon les problématiques et les champs d'action– Mise en œuvre d'un site Internet commun aux différents CLIC :<ul style="list-style-type: none">. Mise en ligne des places disponibles en temps réel. Informations relatives aux établissements, intervenants à domicile (SAD et SSIAD – correspondance avec le site ARESSAD), manifestations diverses (semaine bleue, etc.) <p><u>Volet Personnes handicapées</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Constitution d'un répertoire guide départemental en version papier, accessible à toute forme de handicap : guide des acteurs et de leurs prestations (publics, conditions d'admission, contact, etc.)– Création d'un site Internet (ou hébergement sur un site existant), mis à jour régulièrement, reprenant les informations détaillées du répertoire guide– Définir, plus globalement, un protocole de partage d'information entre acteurs, notamment dans le cadre de la structuration territoriale <p><u>Volet commun :</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Articuler (ou mutualiser) les sites Internet et les outils d'information en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> - CODERPA - CLIC - MDPH 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements et services - CG - DDASS - Associations d'usagers - Intervenants à domicile 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de guides distribués en faveur des personnes âgées - Nombre de guides distribués en faveur des personnes handicapées - Fréquence d'actualisation des guides - Mise en place effective des sites Internet, fréquence de mise à jour des sites - Nombre de structures actualisant leurs informations sur le site - Protocole formalisé de partage d'informations - Nombre de visiteurs des sites 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Mise en place d'un guide départemental à destination des usagers et du site Internet
2011	
2012	

7.4.5. Poursuivre les coordinations franco-belges autour de la prise en charge des personnes dépendantes

Public visé	
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
La coordination et la coopération du département avec les structures belges ont déjà fait l'objet de réflexions et de travaux spécifiques. Il s'agit donc de poursuivre cette démarche engagée et d'assurer une prise en charge optimale des personnes passant d'un pays à l'autre, et notamment d'échanger sur les bonnes pratiques respectives.	
Objectifs	
○ Poursuivre les réflexions et favoriser les échanges franco-belges relatifs à la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées ○ Développer les coopérations entre les acteurs	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Instaurer des temps d'échange et de concertation – Communiquer autour des structures transfrontalières – Développer la formation continue transfrontalière – Encourager la signature de conventions entre les acteurs	
Pilote(s)	
– CG (DISA)	
Partenaires associés	
– Etablissements et services – Associations de Directeurs – AWIPH (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées) – MDPH – DDASS	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre d'actions de formations menées en commun – Nombre de conventions signées	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	Instauration des temps d'échange
2012	

7.5. Publics spécifiques

Constats généraux

L'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes passe notamment par la capacité d'adaptation des structures aux spécificités des publics concernés. Ainsi, un certain nombre de publics présentent des besoins de prise en charge particuliers : personnes ayant connu des difficultés d'insertion, des situations d'exclusion ou des ruptures brutales au cours de leur vie ; personnes atteintes de maladies rares ou neurodégénératives ; personnes handicapées vieillissantes, etc.

Nouveaux et de plus en plus nombreux, ces publics nécessitent une adaptation des modes de fonctionnement des organisations de prise en charge avec des travaux spécifiques sur la formation des personnels et la souplesse de l'organisation.

La concertation des différents professionnels concernés par chacune de ces situations spécifiques, et notamment la coordination des secteurs sanitaire, social, médico-social apparaît alors prioritaire dans la recherche de solutions adaptées et permettant d'éviter les ruptures dans l'accompagnement.

Points de vigilance

- Développer et mutualiser les formations adaptées
- Affiner la connaissance des besoins (en termes quantitatifs et qualitatifs)
- Assurer la mixité entre les publics nécessitant des prises en charge spécifiques et les publics ayant recours à une prise en charge classique.

7.5.1. Anticiper les changements de situation des personnes handicapées vieillissantes à domicile

Public visé	
○ PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES	
Constat	
Le vieillissement des personnes handicapées chez leurs parents vieillissants peut parfois entraîner un changement brutal de situation. Il s'agit donc de prévenir et d'anticiper ces situations, pouvant devenir critiques, et d'éviter ainsi que les personnes soient contraintes de quitter brutalement leur domicile. Il convient en priorité de faciliter le repérage des personnes, que se soient des personnes suivies et connues, mais aussi des personnes hors dispositif ne bénéficiant d'aucun accompagnement.	
Objectifs	
○ Anticiper un changement de situation pour la personne handicapée vieillissante prise en charge à domicile	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Repérer les personnes <ul style="list-style-type: none"> . s'appuyer sur la MDPH en charge d'un rôle de pivot pour les personnes entrant dans le dispositif et jusqu'au grand âge . les partenaires pouvant signaler les personnes « hors systèmes » peuvent être les CCAS, les antennes du Conseil Général, les médecins ainsi que toute personne ayant un contact avec les familles. – Informer les personnes handicapées et leurs familles – Renforcer et adapter les dispositifs en place 	
Pilote(s)	
– MDPH	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – CG – DDASS – Etablissements et services pour personnes handicapées – CCAS – Associations de maires 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre de personnes handicapées vieillissantes repérées à domicile / TAS	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Recensement des personnes handicapées vieillissantes à domicile
2010	
2011	
2012	

7.5.2. Adapter le dispositif d'accueil aux besoins évolutifs de la personne handicapée vieillissante

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES
Constat
<p>La question du vieillissement des personnes handicapées, reprise notamment dans le Rapport Blanc de juillet 2006, est posée de façon récurrente face à des difficultés concrètes rencontrées à des moments-clés de la vie des personnes handicapées vieillissantes : prise en charge devenant plus lourde de façon précoce et contraignant à des modifications des modes de vie, atteinte de l'âge de 60 ans constituant un âge plafond pour diverses prestations sociales comme pour l'accueil dans certains établissements, vieillissement ou décès des aidants familiaux ...</p> <p>Le manque de coordination entre professionnels autour de ces situations et l'inadaptation des structures d'accueil sont alors identifiés comme des points devant être améliorés. Dans tous les cas, il convient de respecter le choix de la personne et de son entourage dans le cadre du projet de vie et de définir les moyens d'une prise en charge adaptée à ses besoins.</p>
Objectifs
○ Adapter la prise en charge en établissement dans le respect du choix de la personne handicapée vieillissante ○ Préparer et accompagner le changement d'environnement de la personne handicapée vieillissante qui souhaite entrer en EHPAD
Actions et modalités de mise en oeuvre
<p><u>Au niveau des financeurs:</u></p> <p>– Procéder à la modification du Règlement Départemental d'Aide Sociale pour adapter les dispositifs aux évolutions des situations des personnes.</p> <p><u>Au niveau des professionnels :</u></p> <p>– Se coordonner afin d'évaluer et d'analyser la situation individuelle de la personne handicapée vieillissante à un moment donné, afin de rechercher collectivement la solution la plus adaptée à ses besoins et en fonction de son projet de vie</p> <p>– Mieux communiquer et se transmettre l'information afin de préparer et accompagner cette situation. Pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none">. créer des outils d'échange de l'information entre les professionnels prenant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées et entre les professionnels et les familles. élaborer des protocoles de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes à mettre en œuvre quel que soit l'établissement <p>– Développer sur l'ensemble du territoire et entre les structures destinées aux personnes handicapées et aux personnes âgées des partenariats pour mettre en place des passerelles entre Gérontologie et Handicap.</p>

Au niveau des structures d'accueil des personnes handicapées

- Adapter les structures d'accueil de manière à respecter le projet de vie de la personne handicapée vieillissante
- En application des préconisations du Rapport Blanc du 11 juillet 2006, créer dans les établissements des lieux spécifiques adaptés aux personnes handicapées vieillissantes
- Assurer la présence des moyens humains d'accueil en personnels spécialisés :
 - . ergothérapeutes, kinésithérapeutes, aides médico-psychologiques, psychologues

Au niveau des locaux des EHPAD :

- Évaluer la capacité des locaux à être adaptés (élaboration de normes avec les personnels)
- Établir des cahiers des charges détaillés de façon précise de manière à ne pas les laisser à la discrétion des architectes (exemple : choix des matériaux).

Pilote(s)

- CG (DISA)
- DDASS
- Représentants des établissements et services

Partenaires associés

- Etablissements et services pour personnes handicapées et personnes âgées
- MDPH
- CLIC
- Etablissements sanitaires

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Formalisation de protocoles de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes / nombre d'établissements d'accueil
- Proportion de locaux adaptés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes
- Nombre de projets innovants proposant une prise en charge adaptée pour les personnes handicapées vieillissantes
- Nombre de partenariats formalisés entre structures médico-sociales du département (personnes âgées et personnes handicapées)
- Ratios de personnels spécialisés présents en structures

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	Mise en œuvre de la coordination entre professionnels
2009	
2010	Mise en place et développement de passerelles entre Gériatrie et Handicap
2011	
2012	Modification des dispositions du RDAS

7.5.3. Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES
Constat
Suite à la prise en compte de la dimension psychique dans la définition très large du handicap énoncée dans la loi du 11 février 2005, les prises en charge actuelles peuvent paraître inadaptées et/ou insuffisantes. Il s'agit alors de favoriser l'intégration sociale et les parcours de ces personnes, en adaptant les modes d'accompagnement.
Objectifs
○ Mieux prendre en compte les besoins spécifiques et adapter les prises en charge des personnes handicapées psychiques ○ Développer la continuité dans le parcours de prise en charge ○ Favoriser l'intégration des personnes handicapées psychiques dans l'environnement social
Actions et modalités de mise en oeuvre
Mettre en place un groupe de travail pour : <ul style="list-style-type: none">– Développer l'articulation entre le secteur psychiatrique et les services sociaux et médico-sociaux :<ul style="list-style-type: none">○ Créer des espaces de concertation entre les professionnels des différents secteurs, autour des situations de handicap psychique : possibilités de mobilisation, limites d'intervention de chacun, points d'articulation...– Initier la réflexion autour du développement d'accompagnements adaptés visant à lutter contre l'isolement des personnes handicapées psychiques :<ul style="list-style-type: none">○ Adapter les accompagnements des services à domicile, au regard des spécificités du handicap psychique○ Envisager la création de clubs d'entraide mutuelle des personnes handicapées psychiques○ Encourager le développement de nouvelles formes d'activités professionnelles adaptées : réflexion sur la mise en place d'une offre spécialisée au sein des structures de travail protégé...– Développer les formations des professionnels (travailleurs sociaux, équipes médico-sociales MDPH, personnels des services à domicile, aidants familiaux) au handicap psychique.
Pilote(s)
– CG (DISA) – DDASS

Partenaires associés

- MDPH
- Etablissements sanitaires, EPSM Belair
- Etablissements et services pour personnes handicapées
- Associations d'usagers

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre d'espaces de concertation mis en place, fréquences de réunion
- Nombre de clubs d'entraide mutuelle, fréquences de réunion
- Nombre d'établissement de travail protégé proposant des activités adaptées
- Nombre de formations spécifiques dispensées aux professionnels

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place du groupe de travail
2010	
2011	Expérimentation d'un GEM
2012	Développement des formations et des formes d'accueil

7.5.4. Identifier les besoins de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées

Public visé	
○ PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE PATHOLOGIES APPARENTEES	
Constat	
La prise en charge de la maladie d'Alzheimer passe d'abord par une identification précise des besoins des personnes. Si les connaissances sur la maladie et ses modalités de prise en charge progressent, il convient également d'améliorer la connaissance des besoins des personnes elles-mêmes.	
Objectifs	
○ Améliorer la connaissance relative aux besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ○ Améliorer l'offre de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> - Tentative d'étude / recensement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou des pathologies apparentées; - Travail spécifique avec les médecins traitants s'appuyant sur un médecin référent dans chaque territoire dans un premier temps et, dès que possible, en partenariat avec RéGéCA : <ul style="list-style-type: none"> . Encouragement de la participation des médecins à des formations d'annonces de diagnostics ; . Soutien à l'actualisation des connaissances des médecins sur le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et son traitement ; . Facilitation de la coordination entre les médecins traitants et les centres de consultation mémoire ; . Mise à disposition des patients de plaquettes d'information. 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> - RéGéCA - Associations professionnelles - URML 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> - Tout professionnel pertinent - CG - DDASS - MSA - CRAM - France Alzheimer - Aidants naturels - Psychiatrie et Equipe Mobile de Gériatrie (EGM) 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
- Nombre de médecins participant à l'action	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Recensement des personnes atteintes de désorientation intellectuelle
2009	
2010	Identification d'un médecin référent dans chaque territoire d'action sociale
2011	
2012	

7.5.5. Informer les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches

Public visé	
○ PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE PATHOLOGIES APPARENTEES	
Constat	
La maladie d'Alzheimer et les pathologies apparentées sont, par les symptômes qu'elles provoquent, anxiogènes pour les personnes et leurs familles. Pour éviter la dénégation et assurer un diagnostic précoce, gage d'une évolution mieux contrôlée de la maladie, l'information auprès des personnes et de leurs proches doit être améliorée.	
Objectifs	
○ Améliorer l'image de la maladie d'Alzheimer ○ Faciliter le dépistage précoce et améliorer la prise en charge	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Mise en place d'une campagne d'information pour changer l'image de la maladie d'Alzheimer en partenariat avec les associations de familles des malades	
Pilote(s)	
– France Alzheimer Ardennes – CODERPA	
Partenaires associés	
– Toutes structures intervenant auprès des personnes âgées	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre de documents diffusés	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place d'une campagne d'information
2010	
2011	
2012	

7.5.6. Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées

Public visé	
○ PERSONNES AGEES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER OU DE PATHOLOGIES APPARENTEES	
Constat	
La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées doit être améliorée et individualisée de manière à garantir le maintien de la dignité de la personne malade.	
Objectifs	
○ Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ○ Mettre en place des actions d'aide aux aidants	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Mise en place d'une campagne de formation, de groupes de soutien et de soutien psychologique pour les aidants naturels (recensement des cas difficiles, enquête de besoins, conventionnement avec les EHPAD pour la tenue des groupes, etc.). Tentative de couplage des groupes de travail avec des possibilités d'accueil des personnes malades. – Mise en place d'unités spécifiques comportant de l'hébergement permanent, de l'hébergement temporaire, de l'accueil de jour et/ou de nuit pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pathologies apparentées 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – CG (DISA) – DDASS – CLIC 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – Associations de familles de malades – EHPAD 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de groupes de soutien – Nombre de participants aux groupes de soutien – Nombre de places d'accueil spécifique et taux d'occupation 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Mise en place d'une campagne de formation
2011	
2012	

7.5.7. Organiser la prise en charge de l'urgence pour les personnes dépendantes

Public visé	
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
Les personnes dépendantes présentent, par nature, des potentiels de risque supérieurs aux autres. Ces risques sont parfois difficiles à identifier. Dans tous les cas, la question de la prise en charge des situations d'urgence demeure cruciale et constitue le révélateur de la performance générale du système de prise en charge.	
Objectifs	
○ Organiser le dispositif de prise en charge de l'urgence	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Mettre en place et coordonner un dispositif d'urgence, en s'appuyant sur les travaux en cours pour définir un protocole en partenariat avec les différents acteurs (définition et évaluation de l'urgence, conditions d'accueil et d'accompagnement, préparation de la sortie, recherche de solutions d'accueil...) – Développer l'accueil d'urgence en structure : <ul style="list-style-type: none"> . identifier une place dédiée à l'accueil d'urgence dans les structures médico-sociales, distincte de l'accueil temporaire . favoriser le caractère éphémère de la situation d'urgence par une réflexion sur la suite à donner à l'hébergement de la personne accueillie . développer des conventions entre les financeurs et les établissements – Diffuser l'information sur le dispositif d'urgence aux professionnels 	
Pilote(s)	
– CG (DISA) - DDASS	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – CLIC, MDPH – Services d'intervention à domicile – Services sociaux – Etablissements de santé et médico-sociaux – Associations d'usagers – RéGéCA – Equipe Mobile de Gériatrie 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de places d'accueil d'urgence / TAS – Protocole formalisé de gestion des situations d'urgence – Nombre de situations d'urgence recensées par la MDPH et les CLIC 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Définition du protocole
2011	
2012	Mise en place d'un accueil d'urgence harmonisé sur le département

7.5.8. En réponse à des situations particulières, mettre en place des dispositifs complémentaires de coordination pour les personnes handicapées

Public visé
○ PERSONNES HANDICAPEES
Constat
<p>Dans certaines situations particulières, la réponse aux besoins spécifiques de prise en charge des personnes handicapées ne peut être apportée par l'une ou l'autre des structures du dispositif, de par l'inadaptation de l'offre existante.</p> <p>La coordination des acteurs entre les secteurs sanitaires et sociaux et la réflexion autour de ces situations prennent alors tout leur sens et doivent être menées au cas par cas afin d'envisager la mise en place d'une réponse appropriée.</p>
Objectifs
○ Mettre en place un dispositif innovant de coordination entre les interlocuteurs concernés (y compris les payeurs) pour traiter des situations problématiques, notamment de transitions (à partir de 16 ans, au moment de la retraite, à la sortie d'hôpital, etc.) pour éviter les situations « d'aller retour »
○ Décloisonner certaines prises en charge entre le sanitaire, le social et le médico-social.
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Réunir les différents financeurs et établissements concernés pour traiter les situations à la marge de manière transversale.– Recenser les cas ponctuels mais récurrents de situations nécessitant une prise en charge coordonnée et mettre en place des projets innovants permettant d'apporter une réponse à ces situations :<ul style="list-style-type: none">. constitution d'un groupe de réflexion pluridisciplinaire : analyse des situations spécifiques, interprétation des réglementations, recensement des possibilités d'articulation des acteurs, des financements...– Définir de manière concertée des modalités de financement permettant une souplesse de prise en charge (et une économie globale).
Pilote(s)
<ul style="list-style-type: none">– DDASS– CG (DISA)– ARH

Partenaires associés

- MDPH au titre de l'orientation des personnes
- Organismes financeurs
- Institutions
- Associations d'utilisateurs

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Elaboration d'un guide de bonnes pratiques
- Nombre de projet mis en œuvre / Nombre de situations spécifiques recensées

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	Mise en place du groupe
2009	
2010	Définition des modalités de financement particulières
2011	
2012	

7.5.9. Adapter la prise en charge des personnes âgées présentant des problématiques particulières

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constat	
L'individualisation de la prise en charge passe de plus en plus par une reconnaissance des spécificités des parcours de vie des personnes âgées. L'adaptation de la prise en charge pour les publics les plus fragiles implique une réflexion appropriée des divers intervenants et une capacité d'adaptation accrue des structures.	
Objectifs	
○ Améliorer l'appréhension de publics ayant des problématiques spécifiques	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Les modalités de prise en charge de personnes âgées dépendantes ayant connu des parcours de vie difficiles (ruptures brutales, difficultés économiques et sociales, travailleurs migrants, etc.) impliquent notamment une réflexion appropriée des établissements et des services dans le cadre de : <ul style="list-style-type: none"> . leurs projets d'établissement / de service . la formation des personnels à domicile et en établissement / service . la coordination entre les structures de prise en charge des personnes âgées et les acteurs sociaux au sens large 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – CG (DISA) – Etat (Services préfectoraux compétents) 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – EHPAD – Services d'aide à domicile 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Part des projets d'établissement présentant des modalités d'intégration spécifiques de ces publics – Part des personnels formés – Nombre de personnes âgées spécifiques prises en charge dans les structures 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	Intégration d'un protocole de prise en charge des publics spécifiques dans les projets d'établissements
2012	

7.6. Evolution des pratiques professionnelles

Constats généraux

Les évolutions réglementaires, les enjeux démographiques à venir et l'exigence croissante des publics (droits à la prise en charge individualisée) impliquent que les professionnels fassent évoluer leurs pratiques et leurs modes d'organisation, lesquels ont souvent paru souffrir d'un trop grand cloisonnement et d'un déficit d'échange ou de coopération. Cette évolution passe notamment par un travail sur la coordination (Cf. partie 7.4) mais aussi sur la formation, la qualité, le respect du choix des personnes, etc. En particulier, d'importantes actions de formation doivent être conduites pour faire face à la demande sans cesse croissante de qualité de la prise en charge, dans le respect des exigences des familles, mais également d'adaptation aux besoins nouveaux des personnes. L'absence de formation adéquate des personnels à des types de prise en charge spécifiques peut conduire à une insuffisance de prise en compte du projet de vie défini par les personnes, dont le respect doit guider l'ensemble des actions engagées, afin d'éviter la maltraitance passive.

Il s'agit ainsi de travailler à la fois sur la mutualisation et l'optimisation des moyens et sur la globalisation de la prise en charge des personnes. Les structures ont en effet tout à gagner à chercher à mutualiser certains types de formations spécifiques ou à établir des plans de formation communs. La lutte contre la maltraitance, une prise en compte accrue de la douleur, l'enrichissement mutuel des différents professionnels, la coordination des interventions sont autant d'axes de travail à développer dans le cadre du schéma.

Points de vigilance

- Formation
- Capacité de mobilisation de tous les professionnels

7.6.1. Optimiser les savoir-faire et les ressources mises au service des personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
L'amélioration de prise en charge des personnes dépendantes implique de passer à une culture de la collaboration entre les divers professionnels (entre établissements, entre les structures sanitaires et médico-sociales, etc.). La qualité de la prise en charge est en grande partie déterminée par les échanges, l'ouverture et la mutualisation des meilleures ressources et pratiques.
Objectifs
○ Développer les échanges entre professionnels et encourager la mutualisation des ressources
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Développer les échanges et réflexions entre professionnels :<ul style="list-style-type: none">. temps de concertation et réunions thématiques. temps d'échanges entre familles d'accueil et personnes travaillants en institutions /services– Favoriser la mobilité des personnels entre structures :<ul style="list-style-type: none">. définir un cadre permettant aux structures de la favoriser. inscrire cet objectif de mobilité dans les projets des établissements. informer les personnels des conditions de mobilité dès l'embauche– Créer une base de données qualité départementale, de ressources documentaires, accessible à l'ensemble des établissements et services : protocoles de prises en charge, informations spécifiques, réglementation...– Mettre en place un partenariat Structures / Services à Domicile / Familles d'Accueil pour améliorer la réactivité en période de crise– Mobiliser et optimiser les compétences existantes au sein des établissements, et donner aux établissements un rôle de centre de ressources, d'expertise, ceci au service des professionnels (services à domicile, familles d'accueil, accompagnants...)– Encourager les actions de mutualisation des professionnels entre structures :<ul style="list-style-type: none">. pouvoir proposer des temps pleins sur plusieurs établissements... (Conventions à développer entre établissements, mais aussi entre établissements et services à domicile)– Créer un pôle de compétence paramédical (dans le cadre de groupement d'établissements) en vu d'une mise à disposition pour les institutions : contrat de travail unique pour des interventions sur plusieurs établissements... / Organiser une gestion des remplacements au niveau départemental : pool de personnels (groupements d'employeurs)

Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> - ADESIA (Association des Directeurs d'Établissements et Services pour Inadaptés des Ardennes) - FH Champagne Ardennes 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> - Structures - Services d'intervention à domicile. - Professionnels libéraux - Financeurs - Conseil Régional - MDPH - CLIC - Associations d'utilisateurs - Familles d'accueil - RéGéCA - IFSI 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs de mobilité entre structures, formalisés dans les projets d'établissements / Nombre de structures - Mise en place effective de la base de données, nombre d'établissements alimentant la base - Nombre de partenariats formalisés services / structures / familles d'accueil - Nombre de conventions établies entre établissements visant à mutualiser les personnels - Nombre de contrats multi-sites - Rapport d'activité du groupement d'établissements : pôle de compétence, pool... 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Initiation de la démarche de concertation entre les structures
2009	Expérimentation du cadre permettant la mobilité du personnel
2010	
2011	
2012	Création d'une base départementale de données sur la qualité à destination des établissements et services

7.6.2. Développer et mutualiser les formations de l'ensemble des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
La mutualisation, dans le champ du Handicap et de la Gérontologie, concerne majoritairement la formation et est décisive tant les questions, les besoins, les expériences en la matière sont proches et peuvent se révéler complémentaires. La mise en commun des formations peut également avoir des effets induits et améliorer la fluidité globale du système grâce aux échanges entre professionnels.
Objectifs
○ Encourager la formation des professionnels au sein des structures et des services ○ Mettre en commun des formations à destination des professionnels ○ Développer des formations spécialisées afin de permettre aux professionnels de s'adapter à l'évolution des profils de personnes accompagnées (prises en charges plus lourdes, handicap psychique, troubles du comportement...)
Actions et modalités de mise en oeuvre
<p><u>Volet commun :</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Mise en place d'un groupe de travail chargé :<ul style="list-style-type: none">. d'identifier des thématiques pouvant faire l'objet de formations communes entre structures (établissements, services d'aide à domicile, etc.). de définir un cahier des charges commun de formation entre structures. d'identifier et de faire partager des actions déjà existantes d'ouverture des établissements. de mettre en place annuellement une session de formation – information sur une journée, pour tous les professionnels.– Former et sensibiliser les personnels tous métiers confondus, intervenants à domicile et les aidants naturels, à la prise en compte du bien-être global de la personne :<ul style="list-style-type: none">. diffusion d'outils d'information (plaquettes...). organisation de réunions territoriales de sensibilisation aux besoins des personnes handicapées et des personnes âgées. développement de coordinations– Développer les coordinations entre les différents acteurs pour organiser des formations communes mutualisées entre établissements et/ou entre services sur des thématiques identifiées : nouveaux besoins, nouveaux types de handicap, contenu professionnel, évolution des prises en charge... <p><u>Volet Personnes handicapées</u></p> <ul style="list-style-type: none">– Former les personnels du « prendre soin » à la manutention des personnes handicapées physiques ou de toute autre forme de handicap– Organiser des formations spécifiques pour les accueillants familiaux (profil de handicap, évolution des profils, problématiques lourdes...) en plus de la formation de base obligatoire.

Volet Personnes âgées

- Mise en place de formations communes entre établissements et entre professionnels avec une attention spécifique aux formations relatives :
 - . A la bienveillance
 - . A la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées
 - . A la prise en charge de la fin de vie
 - . A la lutte contre la douleur
- En se servant du support technique élaboré par le Comité Technique Régional (CTR) gériatrique.

Pilote(s)

- Représentants d'établissements et services

Partenaires associés

- Professionnels libéraux, Hôpitaux.
- Associations d'usagers
- MDPH
- CLIC
- RéGéCA
- Organismes de formation
- Conseil régional
- CG (DISA)
- Etat (ARH, DRASS et DDASS)

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre de participants au groupe de travail (par type de structure), nombre de réunions
- Production d'un cahier des charges commun
- Mise en place d'une session de formation – information sur une journée
- Nombre de sessions de formation communes, nombre de personnes formées dans des sessions de formation communes accueillants familiaux
- Nombre de formations spécifiques pour les accueillants familiaux / nombre total d'accueillants familiaux sur le département
- Nombre d'actions de formations mutualisées entre structures
- Nombre et fréquence des réunions territoriales / TAS
- Nombre d'outils spécifiques mis en place / utilisés

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	Mise en place du groupe de travail
2009	Elaboration du cahier des charges
2010	Expérimentation de la mise en place de session de formation-information
2011	
2012	Développement des actions de formation auprès l'ensemble des professionnels

7.6.3. Développer le soutien psychologique auprès des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
Face aux publics plus divers et nécessitant des prises en charge plus lourdes et plus individualisées, les professionnels se trouvent de plus en plus souvent dans des situations de souffrance, voire de détresse psychologique. La garantie de la qualité des conditions de travail, d'une part, et la prévention de tout risque de maltraitance, d'autre part, impliquent la mise en œuvre d'actions de soutien psychologique spécifiques.
Objectifs
○ Soutien psychologique aux professionnels
Actions et modalités de mise en oeuvre
<ul style="list-style-type: none">– Mobilisation et sensibilisation des personnels au besoin de soutien psychologique, notamment en :<ul style="list-style-type: none">. informant les personnes âgées et personnes handicapées en tant qu'employeurs. utilisant les données et connaissances disponibles au sein du Conseil Général dans le cadre du contrôle d'effectivité de l'APA, de l'ACTP et de la PCH. utilisant les possibilités de remplacement prévues par la loi. procédant à l'identification des personnels, au sein des structures, ayant un besoin flagrant de soutien– Réalisation d'une enquête de besoins auprès des personnels mandataires et en gré à gré– Mise en place d'un ou plusieurs groupes de parole d'une dizaine de professionnels :<ul style="list-style-type: none">. identification d'un responsable « porteur » pour chaque groupe de parole sur chacun des quatre territoires de coordination. conventionnement avec un psychologue pour garantir sa présence à chaque session. installation des groupes
Pilote(s)
– CLIC
Partenaires associés
<ul style="list-style-type: none">– CG (DISA)– DDASS– MDPH– Représentants des établissements et services et autres professionnels du domicile
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :
<ul style="list-style-type: none">– Nombre de personnes interrogées lors de l'enquête– Nombre et qualité des démarches entreprises pour mobiliser les personnels concernés– Nombre de groupes de parole mis en place– Nombre de participants aux groupes de parole– Présence de psychologues systématique

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	Enquête de besoins
2011	
2012	Mise en place du soutien

7.6.4. Mettre en place des conférences tout public

Public visé	
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
L'échange d'informations et la mise en place de relations entre les différents partenaires passent également par de grands rassemblements ouverts au public.	
Objectifs	
○ Organisation de conférences à destination de tout public	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Organisation annuelle d'une conférence avec un intervenant extérieur, selon le thème prévu. Possible coordination avec la session de formation - information organisée annuellement pour tout public.	
Pilote(s)	
– CODERPA – MDPH	
Partenaires associés	
– Tout professionnel et associatif pertinent	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre de conférences – Nombre de participants à ces conférences	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	Organisation de conférences
2009	
2010	
2011	
2012	

7.6.5. Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes dépendantes et pérenniser la bientraitance

Public visé	
○ PERSONNES AGEES - PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
Les actes de maltraitance envers les personnes vulnérables restent heureusement exceptionnels. Mais ils sont toujours révoltants, aussi bien par la violence qui les caractérise que par la souffrance qu'ils causent aux victimes. Aussi, une politique volontariste doit être menée dans les établissements et services médico-sociaux en faveur de l'amélioration de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance..	
Objectifs	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Optimiser la prévention et la lutte contre la maltraitance ○ Assurer le respect des droits des usagers, notamment le respect de sa dignité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ainsi que son consentement éclairé dans le choix des prestations adaptées, individualisées et de qualité qui lui sont offertes dans le but de favoriser son développement, son autonomie et son insertion. ○ Contractualisation des objectifs et des moyens 	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Mise en place d'une cellule conjointe entre le Conseil Général (DISA) et la DDASS, de sorte qu'une « boîte aux lettres » soit clairement identifiée pour réceptionner les signalements, puis que ces signalements soient transmis à une cellule conjointe « enfance et adultes en danger ».	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – CG (DISA) – DDASS 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – Etablissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées – RéGéCA 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre de signalements recensés par la cellule « évaluation »	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place d'une cellule conjointe
2010	
2011	
2012	

7.6.6. Evaluer la dépendance des personnes âgées

Public visé	
○ PERSONNES AGEES	
Constat	
<p>La dépendance des personnes âgées est mesurée majoritairement à l'aide d'un outil national (la grille AGGIR) qui permet de classer les personnes en fonction de leur dépendance. La marge d'interprétation des évaluateurs est nécessaire mais un travail spécifique sur l'harmonisation des modalités d'évaluation semble pertinent.</p> <p>Parallèlement, un des autres outils d'évaluation utilisés au niveau national devrait être validé, puis utilisé par les différents professionnels dans le cadre du Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne.</p>	
Objectifs	
○ Harmoniser l'évaluation de la dépendance des personnes âgées	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– Mise en place d'un groupe de travail chargé de réfléchir à la manière dont certaines structures pourraient servir de « référentes » pour la grille AGGIR, et pourraient ainsi assurer la formation des professionnels de manière à harmoniser l'évaluation sur le territoire et éviter les double ou triple évaluations pour une même personne.	
Pilote(s)	
– CG (DISA)	
Partenaires associés	
– Organismes pertinents	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Comparaison des caractéristiques des personnes dépendantes évaluées et des plans d'aide sur les différents territoires du département	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place du groupe de travail
2010	
2011	
2012	

7.6.7. Renforcer l'éducation et la prévention sur le bien- vieillir

Public visé	
○ PERSONNES AGEES - PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
La prévention doit être un des axes majeurs de la question du vieillissement, de par sa nature prévisible.	
Objectifs	
○ Promouvoir le bien-vieillir	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
– En lien avec le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et le réseau gériatrique (RéGéCA), mise en place d'actions de prévention à destination des personnes dépendantes et des professionnels en coordination avec le groupe spécifique « prévention » mis en place par le CODERPA.	
Pilote(s)	
– MSA – CRAM	
Partenaires associés	
– DDASS – CG (DISA) – CODERPA – RéGéCA – CLIC – MDPH – CNSA – Tout professionnel pertinent	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
– Nombre d'actions mises en oeuvre – Nombre de personnes ayant participé à ces actions	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	Mise en place des actions de prévention
2010	
2011	
2012	

7.6.8. Développer le bénévolat au bénéfice des personnes âgées et handicapées

Public visé	
○ PERSONNES AGEES - PERSONNES HANDICAPEES	
Constat	
Le bénévolat demeure un mode de soutien privilégié aux personnes âgées. La précision du rôle des bénévoles, leur accompagnement, leur formation et leur valorisation sont décisifs, étant donné les besoins à venir dans les années prochaines.	
Objectifs	
○ Soutien et valorisation du rôle des bénévoles	
Actions et modalités de mise en oeuvre	
<ul style="list-style-type: none"> – Organisation d'une campagne d'information auprès des personnes retraitées – Promotion des conventionnements entre établissements et associations de bénévoles lors de la signature de conventions tripartites ou de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), et par le biais de l'association des directeurs – Mise en place d'actions d'accompagnement et de formation à destination des bénévoles 	
Pilote(s)	
<ul style="list-style-type: none"> – CODERPA – MDPH 	
Partenaires associés	
<ul style="list-style-type: none"> – Associations de bénévoles – EHPAD – CG (DISA) – CLIC 	
Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :	
<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de conventions signées – Nombre de bénévoles intervenant auprès des personnes âgées – Nombre de bénévoles formés 	
Echéancier :	
ANNEE	ACTIONS
2008	
2009	
2010	
2011	Campagne de promotion du conventionnement entre établissements et associations de bénévoles
2012	

7.7. Maintien du lien social

Constats généraux

Dans le cadre de la politique d'accompagnement et de maintien à domicile, mais aussi dans le contexte d'une attention forte sur les questions de qualité et de respect du choix des personnes, la question du lien social est cruciale. Elle est en effet représentative de la manière dont les organisations sont capables de s'adapter pour maintenir ou remettre la personne au sein du monde social. Trop souvent, des personnes en difficultés, et possédant une autonomie limitée, voient cette situation redoublée par un isolement et un effritement progressif des liens les unissant à des personnes connaissant parfois elles-mêmes des possibilités limitées de déplacement. Le maintien des liens sociaux forts est ainsi primordial à plusieurs titres, que ce soit pour satisfaire le besoin naturel de relations et de contacts sociaux essentiels à l'équilibre de vie de la personne, mais aussi pour prévenir l'apparition de maladies ou de troubles psychologiques qu'une progressive désocialisation est susceptible d'accélérer.

La qualité de vie est très dépendante de cet effort particulier sur l'ouverture à l'extérieur. Il est ainsi essentiel de développer notamment les partenariats liant les établissements avec des personnes extérieures (écoles, associations) favorisant la mixité intergénérationnelle, mais aussi de faciliter le transport des personnes à domicile, c'est-à-dire, plus largement, d'éviter que les liens sociaux ne se défassent. Une attention toute particulière doit ainsi être portée à cette question qui touche, au-delà même des personnes âgées et handicapées, les valeurs de cohésion sociale dont la société dans son ensemble entend être porteuse.

Points de vigilance

- Formation

7.7.1. Favoriser les échanges entre générations et entre personnes âgées et handicapées

Public visé
○ PERSONNES AGEES – PERSONNES HANDICAPEES
Constat
La mutualisation des informations et les échanges d'expériences passent également par des relations plus étroites entre personnes âgées et personnes handicapées et entre différents niveaux générationnels. La prévention, le changement d'image de la dépendance, le développement du lien social sont autant de bénéfices pouvant être retirés d'actions privilégiant les relations entre générations et entre personnes dépendantes.
Objectifs
○ Favoriser le lien social, la rencontre, la compréhension, le partage des points de vue et éviter l'isolement ○ Développer les lieux de vie intergénérationnels
Actions et modalités de mise en oeuvre
– Mettre en place des temps d'échanges (ateliers pédagogiques, restaurants intergénération, séjours organisés dans d'autres et entre structures....) – Organiser régulièrement (avec des rendez-vous périodiques, accessibles en terme d'horaire) des rencontres ouvertes au public dans les institutions – Développer l'accès à la conduite automobile en recréant une offre d'enseignement de la conduite automobile avec des véhicules adaptés, pour permettre aux personnes handicapées de passer le permis de conduire sur ces véhicules, et favoriser ainsi une plus grande autonomie : contacts des auto-écoles, équipements de véhicules... – Travail en collaboration avec les bailleurs sociaux (conventionnement) pour mise en place « d'immeubles intergénérationnels » (sur des modèles existants) – Développement de modes de cohabitation intergénérationnelle non médico-sociale
Pilote(s)
– CG (DISA) – DDASS

Partenaires associés

- CLIC
- CODERPA
- MDPH,
- Structures d'accueil, services
- CCAS,
- Centres Sociaux
- Bailleurs sociaux
- Associations d'usagers

Indicateurs de résultat et modalités d'évaluation :

- Nombre et fréquence des rencontres ouvertes au public, menées au sein des institutions
- Nombre de projets et d'actions intergénérationnelles recensées sur le département
- Nombre d'immeubles intergénérationnels

Echéancier :

ANNEE	ACTIONS
2008	Instauration ou poursuite des temps d'échange
2009	
2010	
2011	
2012	Développement de modes de cohabitation intergénérationnelle non médico-sociale

➤ REFLEXIONS CONNEXES

Par ailleurs, les groupes de travail ont fait émerger des actions en matière de développement du tourisme pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches, ainsi qu'en ce qui concerne les transports et l'accessibilité.

Les propositions énumérées ci-dessous seront transmises ultérieurement aux services compétents.

Axe 1 : Développer le tourisme pour les personnes en perte d'autonomie et leurs proches

➤ **Promouvoir le label Tourisme et Handicap**

- Diffuser l'information sur le label Tourisme et Handicap et promouvoir son développement :
 - . inciter les établissements de tourisme à en remplir les exigences pour le demander
 - . soutenir la mise à disposition et la formation de fonctionnaires en institution et de membres d'associations pour constituer des binômes d'évaluation et d'attribution du label
 - . développer l'information au sujet des établissements labellisés Tourisme et Handicap et des établissements sportifs accessibles (recensement effectué en fonction des handicaps par Jeunesse et Sport et disponible sur son site)
- Communiquer sur les services et établissements de loisirs accessibles

➤ **Adapter les prestations touristiques aux personnes handicapées (activités de loisirs, hébergement...)**

- Favoriser l'accessibilité des équipements et services des bases de loisirs sur le département aux personnes handicapées
 - . partenariats à développer avec les centres, bases de loisirs, projets à développer en coordination avec les bases de loisirs et les institutions

➤ **Permettre aux personnes dépendantes d'être acteurs dans la mise en place d'activités de loisirs**

- Impliquer les ESAT dans le développement d'activités liées au tourisme :
 - . en permettant aux personnes handicapées d'être acteurs de la mise en place d'activités de loisirs (animation de certaines activités...)
 - . en accédant à des marchés liés au tourisme
- Créer des infrastructures (logements, gîtes) permettant l'accueil de groupes de personnes handicapées, pour des séjours, vacances..., et pouvant être utilisées par des personnes extérieures.

Axe 2 : Accessibilité

➤ **Sensibiliser les professionnels du bâtiment**

- Sensibiliser ces derniers à la question de l'accessibilité : organisation de rencontres avec des personnes handicapées ou des représentants associatifs, développement d'un partenariat avec le conseil de l'ordre des architectes, actions de formation des professionnels

➤ **Prévenir les situations d'inaccessibilité au cours des chantiers**

- Mettre en place une commission de suivi de l'accessibilité en cours de chantier, afin d'éviter que des problèmes d'accessibilité ne soient constatés qu'en fin de chantier (coordinateur de projet s'assurant du respect des exigences, visite de chantier en cours de réalisation...)

➤ **Soutenir les plans d'accessibilité et de cheminement**

- Soutenir les communes dans l'élaboration des plans d'accessibilité et de cheminement (que la loi du 11 février 2005 exige dans un délai de 3 ans pour les communes de plus de 5000 habitants)

➤ **Encourager les aménagements urbains**

- Promouvoir les aménagements urbains facilitant le cheminement des personnes handicapées : aménagement de trottoirs continus, de bandes de cheminements dans les secteurs pavés, etc....
- S'inspirer de la charte d'accessibilité élaborée sur Charleville-Mézières, pour envisager le développement d'aménagements au sein d'autres villes du département.

Axe 3 : Transport

➤ **Développement de systèmes de transport individuel des personnes à mobilité réduite**

- Recenser les besoins de transport des personnes handicapées
- Recenser les véhicules adaptés au transport des personnes à mobilité réduite disponibles, y compris ceux des institutions pour organiser la mutualisation
- Mettre en place un service de transport à la demande adapté (TAD) suivant un cahier des charges établi.
- A partir d'une enquête de besoin (CLIC), analyser les possibilités de mise en place d'un agrément qualité des sociétés de taxi en partenariat avec les structures locales pertinentes et autorisation du paiement de ce type de transport par le biais du ticket taxi (utilisation des grilles AGGIR et d'impôt sur le revenu pour la fixation des seuils de participation financière)
- Mettre en place un dispositif permettant de réduire le coût du recours au transport individuel (taxi) pour les personnes

8. LA PLANIFICATION DES BESOINS

8.1. Personnes âgées

La méthode OMPHALE et CAS

Il s'agit d'une méthode mise en œuvre par l'INSEE permettant d'établir des projections de population sur des territoires. OMPHALE signifie « Outil Méthodologique de Projection d'Habitants d'Actifs de Logements et d'Elèves ». La méthode comprend :

- un modèle théorique de projection de la population,
- des bases de données démographiques,
- des techniques d'analyse démographique,
- des outils de construction de scénarios pour le futur.

La « méthode des composantes » qu'utilise OMPHALE consiste à suivre une pyramide des âges à partir de trois composantes :

- la natalité,
- la mortalité,
- les migrations.

La limite est qu'il faut utiliser cette méthode sur un territoire présentant une taille suffisamment importante pour que le modèle conserve une certaine robustesse scientifique.

Un outil de projection mais pas de prévision

L'outil OMPHALE peut être utilisé, comme c'est le cas dans le cadre des Schémas d'Organisation Sanitaire et Sociale, pour prendre des décisions engageant des moyens financiers importants. Or, il faut affirmer clairement qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de méthode permettant de répondre de manière satisfaisante d'un point de vue scientifique à la question ; « Combien y aura-t-il d'habitants dépendants dans mon département dans 15 ans ? »

Toutefois, pour minimiser les risques de biais et d'erreurs, le cabinet ENÉIS Conseil a adapté à la problématique des schémas départementaux des travaux nouvellement parus, parmi les différentes sources utilisées, une étude du Centre d'Analyse Stratégique (CAS), *anciennement Commissariat général du plan*, de juin 2006.

Les hypothèses de départ

Les projections des personnes âgées dépendantes s'appuient sur des hypothèses :

- démographiques, portant en particulier sur l'espérance de vie, qui permettent d'estimer l'évolution de la population âgée ;
- de taux de prévalence⁶ de la dépendance selon différents critères de dépendance (ont notamment été utilisés l'indicateur Colvez et les groupes iso-ressources de la grille AGGIR) ;

⁶ La prévalence est une proportion, mesure de l'état de dépendance d'une population à un instant donné.

- d'environnement familial des personnes âgées (la présence d'un environnement familial – enfants, conjoints, etc. – joue un rôle majeur dans le maintien à domicile des personnes âgées).

La méthode de prévision de la dépendance

Le CAS s'est également appuyé sur les derniers éléments d'information disponibles, permettant ainsi de revisiter et d'actualiser les hypothèses construites par l'Insee et la Dress lors des enquêtes HID de 1999 et EHPA 2003⁷. Cette actualisation a conduit à un affinage des projections des personnes âgées dépendantes, d'où une projection plus fiable et permettant de prendre des décisions plus sûres.

Pour projeter le nombre de personnes âgées dépendantes, nous utilisons la méthode dite « des prévalences » : elle consiste à appliquer des taux de prévalence (des niveaux de dépendance) à des projections de population âgée par sexe et âge. Il s'agit donc bien d'anticiper le nombre de personnes âgées dépendantes, mais aussi le degré de dépendance de ces personnes âgées.

Exemple : si on projette, pour 2020, un nombre de 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, dont 600 femmes et 400 hommes : on peut par exemple appliquer un taux de prévalence de 15% pour les femmes et 18% pour les hommes, et obtenir ainsi un nombre de 90 femmes âgées de plus de 75 ans dépendantes et 72 hommes âgés de plus de 75 ans dépendants, soit au total 162 personnes âgées dépendantes. Le nombre de places à créer est alors de 162⁸.

Toute la question consiste à savoir sur quoi on se fonde pour obtenir les taux de prévalence : en l'occurrence des données émanant de rapports officiels et qui tiennent compte de l'évolution de la médecine, des conditions de vie, etc.

Plusieurs hypothèses peuvent être retenues : optimistes (nombre de personnes âgées dépendantes relativement peu élevé) ou pessimistes (nombre de personnes âgées dépendantes relativement élevé). Les caractéristiques spécifiques socio-économiques difficiles des populations concernées dans le département incitent à privilégier une hypothèse pessimiste.

7 L'enquête HID de l'INSEE est la première enquête nationale réalisée auprès des personnes en situation d'incapacité en France. Il s'agit d'une enquête centrée sur les incapacités, quelles que soient leurs origines et leur retentissement.

L'enquête EHPA 2003 concerne les établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit, pour l'exercice 2003. Il s'agit, d'une part, de recueillir des informations qui permettront d'apprécier la qualité du bâti offert aux résidents et, d'autre part, de compléter la description de la clientèle hébergée en collectant des données sur les pathologies, qui seront rapprochées des variables évaluatives du niveau de perte d'autonomie.

8 Ces chiffres sont là à titre illustratif et didactique : ils ne correspondent à aucune situation réelle.

Les caractéristiques départementales

Le nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie peut constituer un indicateur de l'état de dépendance de la population⁹. Or la croissance du nombre de bénéficiaires dans les Ardennes se poursuit et dépasse la moyenne nationale¹⁰, nous amenant à privilégier l'hypothèse haute en matière de dépendance. Les chiffres retenus dans cette étude constituent donc la borne supérieure des évolutions en matière de dépendance.

Les taux d'institutionnalisation

Une fois le taux de dépendance estimé, il s'agit d'anticiper les choix des populations : les personnes préféreront-elles (et pourront-elles) demeurer, même très dépendantes, à domicile, ou entrer en établissement ? Concernant la prise en charge en institution, les hypothèses retenues dans cette étude suivent, là encore, celles émises par le CAS. Il s'agit :

- d'une part, de la stabilisation des taux d'institutionnalisation des personnes très dépendantes sur l'ensemble de la période (les personnes évaluées en GIR 1 et 2 notamment) ;
- d'autre part, d'une réduction nette, au-delà de 2010, du taux d'institutionnalisation pour les personnes moyennement ou peu dépendantes (GIR 3 et 4 et surtout GIR 5 et 6). La qualité du dispositif de maintien à domicile est un élément déterminant : plus le dispositif de maintien à domicile pour les personnes peu et moyennement dépendantes sera bon, plus ces personnes choisiront de demeurer à leur domicile.

⁹ Précisons que l'état de santé d'une population n'est pas le seul facteur explicatif du nombre de bénéficiaires de l'APA sur un territoire départemental, ce nombre pouvant être expliqué par la qualité du dispositif institutionnel mis en place par le conseil général, par la qualité de la communication sur le dispositif, par le niveau de revenus de la population, etc.

¹⁰ Ce chiffre élevé correspond notamment aux spécificités socio-économiques des Ardennes, présentées ci-avant.

Situation actuelle

Le nombre de places indiqué ci-dessous comprend l'ensemble des établissements d'accueil en faveur des personnes âgées.

Territoire d'Action Sociale	Nombre de places autorisées	dont hébergement temporaire	dont accueil de jour	dont hébergement permanent pour personnes démentes	dont hébergement temporaire pour personnes démentes	dont accueil de jour pour personnes démentes	Nombre de places installées
Charleville-Mézières-Centre-Ardenne	954	30	4	33	2	12	809
Nord-Ardenne-Thiérache	469	3					449
Sedanais	695						685
Sud-Ardenne	717	2			10	4	558
TOTAL	2835	35	4	33	12	16	2501

Evolution anticipée de la population dépendante ¹¹

Département	2008	2012	2015	2020
	4 980	5 442	5 739	6 176
Territoires	2008	2012	2015	2020
	1 580	1 754	1 857	2 026
Sedanais	1 047	1 141	1 204	1 280
Nord-Ardenne	1 185	1 274	1 336	1 422
Sud-Ardenne	1 168	1 273	1 342	1 448

Rappel de l'évolution de la population de 75 ans et plus, dépendante et non dépendante

Pop 75 ans et plus	2 005	2 008	2 012	2 015	2 020
	22 708	24 912	26 615	27 238	26 477

Les projections de besoins de créations de places pour la durée du schéma, présentées ci-dessous, ont été établies comme suit :

¹¹ A partir du girage actuel de la population (domicile + établissement) et de l'évolution annuelle du taux de prévalence.

- Le nombre de personnes âgées attendues en établissements en 2012 comprend les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées à un niveau « très sévères » ;
- L'estimation des besoins en lits pour 2012 est issue de la différence entre le nombre de personnes âgées attendues en établissements et le nombre de lits d'EHPAD installés ou en cours d'installation ;
- Les places indiquées « en cours d'installation » sont des places ayant fait l'objet d'une autorisation administrative, d'une attribution de crédits de fonctionnement, mais n'ayant pas encore été mises en service ;
- L'estimation des besoins en Petites Unités de Vie ou Foyer-Logements provient de l'application du taux d'occupation des établissements par les personnes âgées en GIR 5-6 au nombre de lits dont le besoin est évalué, partant du principe que les personnes autonomes relèvent plus de ce type de prise en charge que des EHPAD ;
- En ce qui concerne les accueils alternatifs (accueil de jour, hébergement temporaire), les chiffres ci-dessous présentés ont été calculés en rapportant les ratios nationaux à l'évolution de la population ardennaise, unité de territoire par unité de territoire.
- Concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il a été tenu compte :
 - ↪ des résultats de l'enquête PAQUID, étude épidémiologique réalisée sur une période de 10 ans, dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible,
 - ↪ plus particulièrement, de la part des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer diagnostiquées à un « stade très sévère ».

Le nombre de places « à créer » s'obtient en effectuant l'opération suivante :

$$\begin{aligned}
 & \text{nombre de places prévues en 2012} \\
 & - \text{nombre de (places installées au 01/01/07 + places en cours d'installation)} \\
 & = \text{nombre de places à créer.}
 \end{aligned}$$

		CMCA	NAT	SEDANAIS	SUD- ARDENNES	TOTAL
1	Nombre de lits autorisés au 01/01/2007	565	373	489	508	1935
2	Nombre de lits installés au 01/01/2007	430	353	479	389	1651
3	Nombre de lits d'EHPAD dont l'installation est prévue à court terme	128	20	0	14	162
4	Nombre de lits d'Hébergement Temporaire dont l'installation est prévue à court terme	0	0	0	2	2
5	Nombre de lits de Petites Unités de Vie ou Foyers-Logements dont l'installation est prévue à court terme	0	0	0	22	22
6	Nombre de PA GIR 1-6 attendues en EHPAD en 2012	627	440	505	470	2042
7	<i>dont Alzheimer sévères</i>	179	127	114	130	550
8	Estimation des besoins en lits pour 2012 (6-2-3-4)	69	67	26	43	205
9	Nombre de PA GIR 5-6 attendues en établissements en 2012	150	89	192	124	555
10	Taux des PA GIR 5-6 en établissements (9/6)	23,92%	20,23%	38,02%	26,38%	27,18%
11	Estimations des besoins en Petites Unités de Vie ou Foyers-Logements pour PA en GIR 5-6 pour 2012 (8x10)	17	14	10	11	52
12	Estimations des besoins en lits d'EHPAD pour 2012 (8-11)	52	53	16	32	153
13	Estimations des besoins en lits d'Hébergement Temporaire pour 2012	13	10	9	10	42
14	Estimations des besoins en places d'Accueil de jour ou de nuit pour 2012	5	4	3	4	16
15	Besoins en création de lits et places (11+12+13+14)	87	81	38	57	263

**Nombre de lits et places d'établissements pour personnes âgées à créer d'ici 2012
dans le département des Ardennes : 263**

Nombre de lits et places à créer ou à transformer sur la période 2008-2012

Territoire	Lits d'EHPAD	PUV ou F-L	Hébergement temporaire	Accueil de jour ou de nuit	TOTAL
CMCA*	52	17	13	5	87
NAT**	53	14	10	4	81
SEDANAIS	16	10	9	3	38
SUD-ARDENNES	32	11	10	4	57
TOTAL	153	52	42	16	263

*CMCA : Charleville-Mézières-Centre-Ardenne

**NAT : Nord-Ardenne-Thiérache

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées

Au-delà de la création de ces places, il conviendra de développer une politique forte en matière de prise en charge des personnes âgées atteintes de la **maladie d'Alzheimer ou pathologies apparentées**, par la mise en place, dans chacun des EHPAD autorisés, de petites unités de vie d'une capacité moyenne de 15 places, et, ce, afin de couvrir les besoins estimés à 550 personnes atteintes sévèrement de la maladie en 2012.

Il faut rappeler que la lutte contre la maladie d'Alzheimer constitue une grande cause nationale.

8.2. *Personnes handicapées adultes*

8.2.1. L'ÉVALUATION DES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES

Au vu des informations et données disponibles, le recensement et l'évaluation précise et exhaustive du nombre et des besoins actuels des personnes handicapées ne peuvent être réalisés de manière objective.

Or, seule une évaluation dûment objectivée permettra d'apprécier précisément les besoins non couverts et leurs évolutions, et de déterminer ainsi les réponses adéquates à y apporter.

▲ Les données générales à prendre en compte

D'après les données exploitées dans le cadre de ce diagnostic, et comparativement à la situation nationale, le département des Ardennes affiche des taux d'équipement en structures d'accueil importants pour les MAS et les ESAT et, en revanche, des taux faibles pour les FO, les FAM et les entreprises adaptées. Ces taux d'équipement permettent de donner une première lecture des besoins de développement des structures sur le département. Cependant, l'analyse de la situation spécifique des Ardennes ne saurait se limiter à l'observation de ces taux. De nombreux autres critères spécifiques au département doivent être analysés : projets en cours de réalisation (ouverture prochaine du premier FAM des Ardennes en Belgique et création de foyers et SAVS à Montcornet), répartition géographique des personnes handicapées, évaluation des besoins par territoire d'action sociale, environnement économique et social des personnes handicapées...

D'autres points doivent également être pris en compte dans l'analyse, à savoir :

- ▲ **L'évolution démographique** : les projections démographiques de l'INSEE prévoient une diminution de près de 10% du nombre des 20 à 59 ans sur les Ardennes à l'horizon 2015. Cette donnée est à prendre en compte dans l'évaluation des besoins d'accueil des personnes sur le département et l'évolution des structures d'accueil, mais doit cependant être analysée de manière plus précise et spécifique par territoire.
- ▲ **L'évolution du profil de personnes accueillies en structure** (cf. enquêtes), avec notamment une médicalisation croissante des prises en charge pour des personnes handicapées présentant des pathologies lourdes requérant de plus en plus de soins.

▲ **L'évolution des attentes des personnes handicapées** elles-mêmes, et des attentes de leurs familles : ainsi, à l'image de la situation nationale, l'accompagnement au maintien à domicile est amené à prendre une place de plus en plus importante au cours des prochaines années pour une certaine partie de la population handicapée.

▲ **L'harmonisation nécessaire des outils de recensement et d'évaluation**

Des logiciels différents servent aujourd'hui à recueillir les données concernant les personnes handicapées (OPALES pour les enfants, ITAC pour les adultes). L'utilisation d'un seul outil de recensement et d'analyse permettrait une meilleure exploitation des données.

Dans le cadre de l'élaboration du précédent schéma, un groupe de travail s'était constitué afin de réfléchir à la mise en place d'un « outil d'évaluation des besoins de la personne handicapée », basé sur 14 items d'analyse et 5 degrés d'autonomie mais cet outil n'a pu être finalisé.

Dans le cadre de son projet, la MDPH doit désormais se doter d'un outil informatique unique en remplacement d'OPALES et d'ITAC. Cet outil permettra à la MDPH de disposer d'informations fiables et actualisées sur chaque situation individuelle.

Ces informations permettront d'apprécier de manière personnalisée les besoins de chaque personne handicapée. De plus, la MDPH, conformément aux dispositions prévues par la loi du 11 février 2005, assurera un suivi de la mise en œuvre des moyens de compensation du handicap.

Ces différents éléments permettront donc de mesurer les besoins couverts et ceux restant à couvrir au niveau départemental.

▲ **La MDPH**

La MDPH jouera un rôle majeur dans le recensement et l'évaluation des besoins. Elle aura ainsi un rôle d'observatoire de la situation départementale, avec notamment pour objectifs :

- d'unifier les outils d'évaluation et d'analyse,
- d'obtenir des statistiques fiables,
- de synthétiser les informations détenues par les établissements et associations d'usagers,
- d'identifier les personnes handicapées hors système.

8.2.2. LA PLANIFICATION DES BESOINS PAR TERRITOIRE

▲ La méthode adoptée

1. Etude des taux nationaux

Des estimations théoriques ont été réalisées à partir des données actuellement disponibles, à savoir les données démographiques (INSEE), les taux d'équipement en structures et services au niveau national (Source STATISS) et les capacités installées actuellement sur le département (CG et DDASS).

Les comparaisons ont été effectuées entre le département des Ardennes et la situation nationale.

Pour chaque type de structure, le taux d'équipement national¹² a été appliqué à la population des Ardennes en 2006 et à la population projetée par l'INSEE en 2015, afin d'obtenir une capacité théorique en nombre de lits et places, sur la base du taux d'équipement national.

Ce calcul a permis de mettre en évidence les écarts entre les capacités actuelles installées sur le département et ces capacités théoriques, et donne ainsi des premières estimations.

Le même calcul a ensuite été réalisé pour chacun des 4 TAS¹³ des Ardennes, afin d'appliquer le taux national à la population de chacun des territoires. Les écarts ont ainsi été mis en évidence entre les 4 TAS et ont permis de mettre en exergue des priorités de développement sur les différents territoires.

Les données issues des enquêtes menées auprès des établissements et services ont été reprises, en ce qui concerne les souhaits de réorientations.

L'estimation globale a été réalisée à partir de l'ensemble de ces informations, et à partir d'éléments qualitatifs issus des entretiens et/ou des réflexions menées en groupes de travail.

Cependant à la lecture des résultats, il a été précisé par les membres du comité de pilotage que ces estimations restaient théoriques et ne correspondaient pas à la réalité des besoins identifiés sur le département. Il est donc apparu nécessaire de compléter cette première estimation, par une analyse des besoins au plus près des établissements et services.

2. Analyse des besoins auprès des établissements et services

¹² Nombre de lits et places pour 1000 personnes de 20 à 59 ans, au 01.01.05

¹³ TAS : Territoire d'Action Sociale

Ainsi, pour compléter les études comparatives entre les taux d'équipement nationaux et départementaux, une étude spécifique a été engagée pour déterminer la réalité des besoins actuels et leur évolution dans les cinq ans à venir en terme de places dans les établissements et services.

Pour se faire, le besoin en places a été estimé à partir du calcul du solde entre les demandes d'entrées et les sorties en établissements et services.

Une grille a été élaborée :

Motifs de demandes d'entrée	Sources :	Points à étudier
Les demandes d'enfants handicapés de 13 ans et plus (dont amendement Creton)	Statistiques DDASS pour les IEM et IME Statistiques Education Nationale pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire	Connaître le nombre d'enfants concernés. Définir des ratios d'orientation.
Les listes d'attente des établissements	Listes à fournir par les établissements	Eviter les doublons Vérifier la pertinence de la demande Vérifier l'actualisation des listes et la stratégie des personnes demandeuses en fonction de la durée d'attente estimée.
Les besoins de réorientation évalués par les établissements	Evaluation par les établissements	Vérifier l'adhésion des personnes à l'analyse des établissements
Les demandes liées à des accidents ou des maladies causant un handicap	Statistiques de la sécurité sociale Statistiques des centres de rééducation	Probabilité à évaluer
Les sorties d'hôpitaux (principalement psychiatriques)	Statistiques des établissements (cf. étude Massé)	Actualiser les données
Les personnes handicapées vivant à domicile dont la situation ou l'environnement évolue	Statistiques CAF sur l'AAH Evaluation de services d'accompagnement à domicile	Probabilité à évaluer

Motifs de sorties	Sources	Points à étudier
Les départs en maison de retraite	Pyramide des âges des personnes handicapées Statistiques des établissements	Probabilité à définir
Les décès	Statistiques de la sécurité sociale et des établissements	Probabilité à définir
Les réorientations vers d'autres établissements	Evaluation par les établissements	Vérifier l'adhésion des personnes à l'analyse des établissements
Les retours à domicile	Statistiques des établissements	

Chaque établissement (FAM et MAS, Foyer d'hébergement, Foyer occupationnel, hôpitaux et centres de rééducation, ESAT et EA) **ou service d'accompagnement** (SSIAD, SAVS et SAMSAH), a été sollicité pour vérifier chaque facteur d'entrée ou de sortie. Dans ce but, un recueil a été organisé auprès des différents interlocuteurs, au moyen de questionnaires fermés, pour obtenir, concernant la situation actuelle et les cinq dernières années, les informations suivantes :

- répartition des résidents par âge,
- évaluation précise des besoins de réorientation,
- évaluation des besoins des personnes accompagnées par les services,
- listes d'attente nominatives indiquant les âges,
- motifs des entrées et des sorties au cours des 5 dernières années.

Une réunion de travail avec l'ensemble des directeurs d'établissements et services du département a permis de confronter les différentes listes d'attente pour en évacuer les doublons. Les informations provenant des établissements constituent ainsi la source d'information principale, mais ne sont pas suffisamment fiables car ils ne sont pas actualisés et certaines demandes sont en liste d'attente depuis de longues périodes sans que la situation de la personne n'ait été actualisée.

D'autre part, la **Sécurité Sociale** a été sollicitée pour obtenir des statistiques concernant :

- les personnes atteintes de maladies dégénératives,
- les accidents causes de handicap et leur typologie,
- la mortalité des personnes handicapées avec indication de l'âge du décès en fonction des pathologies.

A ce niveau, il n'a pas pu être transmis d'information exploitable, les outils de recueil ne permettant pas de fournir d'informations épidémiologiques.

Cette lacune n'a pas permis de définir de façon très pertinente des projections en ce qui concerne les entrées liées aux accidents et aux maladies dégénératives et les sorties liées aux décès. Pour y remédier, les informations concernant les motifs d'entrées et de sorties des 5 dernières années fournies par les établissements et services ont été utilisées.

La DDASS a fourni ses statistiques et prévisions en terme de :

- nombre et âge des enfants en établissement et de ratios d'orientation vers les établissements adultes
- pyramide des âges des résidents des FAM, MAS et ESAT

Il faut souligner cependant que ces prévisions sont basées uniquement sur les statistiques des personnes actuellement accueillies dans les établissements financés par la DDASS et donc ne prennent en compte ni les personnes en liste d'attente, ni les jeunes handicapés issus du milieu scolaire ordinaire ou de dispositif adapté de l'éducation nationale, ni les personnes vivant à domicile qui pourraient avoir besoin d'une prise en charge en établissement.

L'Education Nationale a communiqué les statistiques concernant :

- le nombre enfants handicapés par niveau et type de scolarisation (milieu ordinaire, dispositif adapté, unités d'enseignement des établissements spécialisés)

Les informations concernant les ratios d'orientation vers les établissements et services pour adultes n'ont pu être transmises. Les projections concernant les entrées sont donc fondées uniquement sur la comparaison entre les ratios fournis par la DDASS pour les personnes issues des établissements spécialisés et les informations fournies par les établissements relatives aux entrées sur les cinq dernières années.

La CAF a fourni pour les cinq dernières années les statistiques sur :

- les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH),
- parmi ces derniers, les bénéficiaires de l'aide au logement,
- les précisions sur les types de logements occupés par les bénéficiaires à la fois de l'AAH et de l'aide au logement.

A partir de ces différentes sources d'information et du calcul du solde entre les motifs d'entrées et de sorties, des tendances sur les besoins ont été établies, mais la définition d'une projection du nombre de places nécessaires par type d'établissement ou de service et par territoire, est apparue impossible à finaliser de manière objective.

Toutefois, l'évolution du profil des personnes handicapées prises en charge, le vieillissement de la population handicapée accueillie en structures et le contexte social ardennais nous amènent, dans un premier temps, à **envisager l'adaptation des établissements et services existants et à pérenniser les équipements expérimentaux** dont les besoins sont aujourd'hui établis. C'est pourquoi le Conseil Général a développé prioritairement les prises en charge alternatives.

C'est pourquoi, le Conseil Général décide de choisir, comme axe prioritaire, le maintien à domicile des personnes handicapées par le développement des services d'accompagnement, d'autant que les projections déterminées à partir des demandes de réorientation des établissements et de la comparaison avec des départements similaires aux Ardennes en terme de population, fait apparaître un sous équipement de 88 places.

Le renforcement de ce dispositif devra également permettre une couverture homogène du département des Ardennes et s'accompagnera de la mise en place, à titre expérimental, d'un service polyvalent unique. A l'issue d'un bilan d'activité réalisé sur deux années de fonctionnement, chaque territoire d'action sociale sera doté d'un service de ce type.

Dans un second temps, le comité de pilotage a souhaité la mise en place d'un groupe de travail chargé de définir les critères d'évaluation les plus pertinents, en lien avec la MDPH et de produire un bilan en 2012, qui tiendra compte des orientations prononcées par la CDAPH.

Si le rôle d'observatoire de la MDPH peut être vérifié en 2010 et si les travaux du groupe sont disponibles avant l'échéance de 2012, les projections d'équipements seront revues en conséquence.

DISPOSITIF	TRANSFORMATION ET CREATION DE LITS ET PLACES				
	2008	2009	2010	2011	2012
MAS	0	0	0	0	
FAM	6	20	20	20	
ESAT	0	20	0	0	
FO	0	0	0	0	0
FH	0	0	0	0	0
SAVS	107	17	17	18	0
SAMSAH	8 ¹⁴	8	10	10	0
TOTAL	121	65	47	48	0

¹⁴ La création de ces places est destinée prioritairement à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. Suite à la définition des critères d'évaluation par le groupe de travail chargé d'établir un bilan des besoins à couvrir, la capacité des services pourra être réévaluée en 2010.

9. L'ECHEANCIER DES ACTIONS

Cet échancier a été établi à partir d'une approche réaliste de la mise en œuvre des actions.

Celle-ci tient compte du temps nécessaire à la désignation du pilote, à la concertation à l'élaboration des travaux, dans l'esprit qui a présidé à l'élaboration du schéma

FICHES ACTION	ECHEANCIER INDICATIF					PILOTE (S)	
	2008	2009	2010	2011	2012		
Axe 1 : Accompagnement à domicile							
1	Renforcer l'adaptation de la prise en charge à domicile aux besoins de la personne âgée	Mise en place du groupe de travail	Signature de la charte qualité	Expérimentation du dispositif de garde itinérante de nuit	Bilan de l'expérimentation	Mise en place d'une garde itinérante de nuit par territoire	Associations et services d'aide à domicile cooptés
2	Développer l'offre d'accompagnement des personnes handicapées à domicile	Définition du cadre d'intervention et de coopération	Mise en place expérimentale d'un service polyvalent d'accompagnement	Bilan de l'expérimentation		Mise en place d'un service polyvalent part territoire	CG (DISA) DDASS
3	Adapter les logements aux besoins des personnes dépendantes		Recensement des logements adaptés	Amélioration de l'information sur les possibilités d'aide à l'adaptation		Mise en place d'un appartement relais dans le département	MDPH CLIC CG (DISA)
4	Renforcer et soutenir les aidants naturels auprès des personnes dépendantes		Réalisation de l'enquête de besoins	Déploiement d'une campagne de communication	Mise en œuvre du soutien des aidants		CLIC MDPH
5	Développer l'accueil familial des personnes dépendantes		Campagne d'information sur l'accueil familial		Mise en œuvre des relais et des accueils temporaires en famille		CG (DISA)

Axe 2 : Accueil en institution							
1	Diversifier les modalités de prise en charge des personnes âgées en établissement	Evaluation du projet expérimental de MARPA	Appel à projet pour la création d'une structure innovante			Mise en œuvre d'une structure innovante dans le département	CG (DISA) DDASS
2	Harmonisation des ratios d'encadrement en personnel dans les établissements pour personnes âgées	Lors du renouvellement des conventions tripartites d'amélioration de la qualité, mise en application des recommandations nationales en matière de ratios de personnel					CG (DISA) DDASS
3	Mutualiser les moyens au service des personnes âgées entre établissements		Expérimentation de mutualisation			Mise en œuvre de la mutualisation sur l'ensemble du territoire ardennais	CG (DISA) DDASS
4	Poursuivre et renforcer l'adaptation des structures d'accueil des personnes handicapées	Mise en place, à titre expérimental, d'un accueil alternatif	Bilan de l'expérimentation			Développement des accueils alternatifs sur l'ensemble du territoire ardennais	CG (DISA) DDASS
5	Organiser les complémentarités entre acteurs et fluidifier les parcours des personnes handicapées					Intervention des services d'accompagnement auprès des personnes handicapées hébergées en institution	CG (DISA) DDASS
6	Adapter la prise en charge des personnes handicapées aux besoins de médicalisation		Mise en place du protocole avec le secteur psychiatrique				DDASS CG (DISA)

Axe 3 : Handicap et parcours professionnels

1	Adapter les rythmes de travail des personnes handicapées en développant le travail à temps partiel			Pérennisation des emplois à temps partiel dans les ESAT et expérimentation de sections annexes	Bilan de l'expérimentation	Identification des besoins d'orientation dans ces dispositifs	CG (DISA) DDASS
2	Poursuivre le développement des stages des personnes handicapées au sein des établissements			Mise en œuvre de l'ensemble des actions			DDASS DDTEFPF DRTEFP
3	Développer les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire du travail				Mise en œuvre de l'ensemble des actions		DDTEFPF DDASS
4	Favoriser la reconnaissance des compétences acquises par les travailleurs handicapés				Mise en œuvre de l'ensemble des actions		DDTEFPF MDPH

Axe 4 : Information, coordination et réseaux							
1	Structurer la coordination gérontologique			Mise en place du site Internet		Présence d'un CLIC de niveau 3 sur chaque TAS	CG (DISA) CG (DSI) DDASS
2	Améliorer la gestion des parcours des personnes âgées		Identification des responsables de la gestion du parcours dans les établissements hospitaliers	Mise en œuvre du projet de coordination	Mise en place du cahier de liaison		CG (DISA) DDASS
3	Structurer la coordination des intervenants à domicile pour le bien-être de la personne handicapée			Mise en place des référents			MDPH
4	Améliorer la circulation de l'information auprès des personnes dépendantes et entre professionnels			Mise en place d'un guide départemental et du site Internet			CODERPA CLIC MDPH
5	Poursuivre les coordinations franco-belges autour de la prise en charge des personnes dépendantes				Instauration de temps d'échange		CG (DISA)

Axe 5 : Publics spécifiques							
1	Anticiper les changements de situation des personnes handicapées vieillissantes à domicile		Recensement des personnes handicapées vieillissantes				MDPH
2	Adapter le dispositif d'accueil aux besoins évolutifs des personnes handicapées vieillissantes	Mise en œuvre de la coordination entre professionnels		Mise en place et développement de passerelles entre Gériologie et Handicap		Modification des dispositions du RDAS	CG (DISA) DDASS Représentants des établissements et services
3	Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques		Mise en place du groupe de travail		Expérimentation d'un GEM	Développement des formations et des formes d'accueil	CG (DISA) DDASS
4	Identifier les besoins de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées	Recensement des personnes atteintes de désorientation intellectuelle		Identification d'un médecin référent dans chaque TAS			RéGéCA Associations professionnelles URML
5	Informier les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches		Mise en place d'une campagne d'information				France Alzheimer Ardennes CODERPA
6	Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pathologies apparentées			Mise en place d'une campagne de formation			CG (DISA) DDASS CLIC

7	Organiser la prise en charge de l'urgence pour les personnes dépendantes			Définition du protocole		Mise en place d'un accueil d'urgence harmonisé sur le département	CG (DISA) DDASS
8	En réponse à des situations particulières mettre en place des dispositifs complémentaires de coordination pour les personnes handicapées	Mise en place du groupe		Définition des modalités de financement particulières			CG (DISA) DDASS ARH
9	Adapter la prise en charge des personnes âgées présentant des problématiques particulières				Intégration d'un protocole de prise en charge des publics spécifiques dans les projets d'établissements		CG (DISA) DDASS

Axe 6 : Evolution des pratiques professionnelles

1	Optimiser les savoir-faire et les ressources mises au service des personnes dépendantes	Initiation de la démarche de concertation entre les structures	Expérimentation du cadre permettant la mobilité d u personnel			Création d'une base de données sur la qualité à destination des établissements et services	ADESIA Fédération Hospitalière Champagne- Ardenne
2	Développer et mutualiser les formations de l'ensemble des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes	Mise en place du groupe de travail	Elaboration du cahier des charges	Expérimentation de la mise en place de sessions de formations- information		Développement des actions de formation auprès de l'ensemble des professionnels	Représentants d'établissements et services cooptés
3	Développer le soutien psychologique auprès des professionnels prenant en charge les personnes dépendantes			Enquête de besoins		Mise en place du soutien	CLIC
4	Mettre en place des conférences tout public	Organisation de conférences					CODERPA MDPH
5	Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes dépendantes et pérenniser la bientraitance		Mise en place d'une cellule conjointe				CG (DIDA) DDASS
6	Evaluer la dépendance des personnes âgées		Mise en place d'un groupe de travail				CG (DISA)
7	Renforcer l'éducation et la prévention sur le bien-vieillir		Mise en place des actions de prévention				MSA CRAMNE
8	Développer le bénévolat au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées				Campagne de promotion du conventionnement entre établissements et associations de bénévoles		CODERPA MDPH

Axe 7 : Maintien du lien social

Axe 7 : Maintien du lien social							
1	Favoriser les échanges entre générations et entre personnes âgées et handicapées	Instauration ou poursuite des temps d'échange				Développement de modes de cohabitation intergénérationnelles	CG (DISA) DDASS

10. LE SUIVI ET L’ÉVALUATION DU SCHEMA

Le processus d’élaboration du schéma départemental en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées adultes, issu d’une démarche conjointe du Département et de l’Etat, a permis d’associer activement et très largement les intervenants du secteur.

Il apparaît donc primordial de maintenir la dynamique de concertation à l’occasion du suivi de la mise en œuvre du schéma départemental.

10.1. Le pilotage du schéma

Les instances mises en place dans le cadre de l’élaboration de ce schéma sont pérennisées en vue d’assurer le suivi global des actions.

Leur composition est conservée et le rôle attendu pour chacune d’entre elles est le suivant :

10.1.1. Comité de pilotage

Le comité de pilotage veille au bon déroulement des actions entreprises dans le cadre du schéma et au respect des orientations retenues. Le cas échéant, en fonction de l’évolution des besoins, il pourra être amené à proposer une redéfinition des orientations et actions.

Il se réunira au minimum une fois par an.

10.1.2. Comité technique de projet

Le comité technique de projet assure le suivi de l’ensemble des actions prévues dans le cadre du schéma. Il se réunira, au minimum une fois par trimestre, et associera l’ensemble des pilotes des actions et référents-projets en vue de faire un bilan sur la mise en œuvre du schéma.

10.2. Le pilotage des actions

10.2.1. Le pilote de l’action

Pour chacune de ces actions, sera nommé un pilote qui aura pour rôle de :

- définir de manière précise la composition des groupes de travail (le cas échéant)
- décliner en objectifs opérationnels la fiche action qui lui est confiée
- être garant de la réalisation de ces objectifs dans le cadre du calendrier élaboré avec le comité technique de projet
- rendre compte, annuellement, au comité de pilotage de l’état d’avancement de la mission confiée au moyen de la fiche action.

10.3. Le suivi des actions et de la planification

10.3.1. Le suivi des actions

Les fiches-actions seront actualisées au fur et mesure de l'avancement des projets.

10.3.2. Le suivi de la planification

La planification sera actualisée, d'une part, au fur et à mesure des autorisations de création, d'extension ou de transformation qui seront délivrées et, d'autre part, pour ce qui concerne la prise en charge des personnes handicapées, dès lors que le rôle d'observatoire de la MDPH pourra être vérifié en 2010 et que les travaux du groupe seront disponibles.

Ce suivi sera assuré par les représentants des autorités compétentes (CG –DISA, DDASS).

11. ANNEXES

Annexe 1 : Composition du Comité de pilotage

- ▲ M. Patrice GROFF, Premier Vice-président du Conseil Général, chargé des Affaires Sociales et Sanitaires
- ▲ M. NoëI BOURGEOIS, Président de la Commission des Affaires Sociales du Conseil Général
- ▲ Mme Juliette CORRE, Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
- ▲ M. Didier HAMEL, Directeur Général Adjoint chargé des Affaires Sociales
- ▲ Mme le Docteur Anne MOREAUX, responsable de la politique sectorielle Handicap/Vieillesse
- ▲ Mme Dominique PANIER, adjointe au responsable de la politique sectorielle Handicap/Vieillesse, chargée de la planification et de la programmation
- ▲ M. Igor DUPIN, Directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- ▲ Un membre de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M)
- ▲ Un membre de l'Union Régionale interfédérale des Œuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (U.R.I.O.P.S S)
- ▲ Mme Danièle BOUTARD, représentant la Fédération Hospitalière de France (FHP)
- ▲ M. Jean-Pascal RAOUT, représentant l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)
- ▲ M. Eric VAN DER SYPT, Président de l'Association des Directeurs d'Établissements et Services pour Inadaptés des Ardennes (ADESIA)
- ▲ M. Gérard CALVI, représentant le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées (CODERPA)
- ▲ M. Jean-Marc SCHAFFHAUSER, représentant le Conseil Consultatif Départemental des Personnes Handicapées (CDCPH)
- ▲ M. Jean-Christophe REDAUD, représentant de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- ▲ Un membre de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-est (CRAMNE)

Annexe 2 : Orientations de l'Etat transmises par Mme la Préfète

Annexes 3 à 7 : Personnes handicapées

Annexe 3 : Diagnostic des besoins et de l'offre actuelle

Annexe 4 : Enquêtes menées auprès des établissements et services

Annexe 5 : Entretiens menés auprès des personnes handicapées

Annexe 6 : Entretiens menés auprès des professionnels

Annexe 7 : Bilan du précédent schéma en faveur des personnes handicapées

Annexes 8 à 12 : Personnes âgées

Annexe 8 : Bilan du précédent schéma en faveur des personnes âgées

Annexe 9: Fiches d'identité territoriales

Annexe 10 : Enquête auprès des directeurs d'établissements

Annexe 11 : Enquête auprès des personnes âgées en établissement

Annexe 12 : Enquête auprès des personnes âgées à domicile

12. GLOSSAIRE

AAH :	Allocation Adulte Handicapé
ACTP :	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne :
ADESIA :	Association des Directeurs d'Etablissements et Services pour Inadaptés des Ardennes
AES :	Allocation d'Education Spéciale
AGEFIPH :	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ ou ATJ :	Atelier de jour
ANAH :	Agence Nationale de l'Habitat
ANPE :	Agence Nationale Pour l'Emploi
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
API :	Allocation de parent Isolé
APL :	Aide Personnalisée au Logement
ARESSAD :	Association des responsables de services de soins infirmiers à domicile des Ardennes
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AWIPH :	Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées
CAF :	Caisse des Allocations Familiales
CAMSP :	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CAS :	Centre d'Analyse Stratégique
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH :	Commission des Droits à l'Autonomie des Personnes Handicapées
CFA :	Centre de Formation des Apprentis
CG :	Conseil Général
CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU :	Couverture Maladie Universelle

CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA :	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPO :	Centre de Pré-Orientation
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CRP :	Centre de Rééducation Professionnelle
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
CTR :	Comité Technique Régional
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DETH :	Demandeur d'Emploi Travailleurs Handicapés
DISA :	Direction des Interventions Sociales Ardennaises
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSI :	Direction des Systèmes d'Information
EA :	Entreprise adaptée (Ancien atelier protégé)
EHPA :	Etablissements hébergeant des personnes âgées
EHPAD :	Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes
EMG :	Equipe mobile de gériatrie
EPCI :	Etablissement public communal et intercommunal
EPSM :	Etablissement Public de Santé Mentale
ETEL :	Equipe Technique d'Evaluation Labellisée
ES :	Education Spéciale
ESAT :	Etablissements et Services d'Aide par le Travail (Anciens CAT)
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé

FH :	Foyer d'hébergement
F-L :	Foyer-Logement
FO :	Foyer Occupationnel
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
GIR :	Groupe iso-ressource
GMP :	GIR moyen pondéré
HAD :	Hospitalisation A Domicile
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IEM :	Institut d'Education Motrice
IME :	Institut Médico-Educatif
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
ITAC :	Informatisation des Traitements Administratifs des COTOREP
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO :	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA :	Mutualité sociale agricole
NTIC :	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMPHALE :	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants d'Actifs de Logements et d'Elèves.
ONDAM :	Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie
OPAC :	Office Public d'Aménagement et de Construction
OPALES :	Outil de Pilotage et d'Administration Locale de l'Education Spéciale
PACT :	Amélioration des logements pour les particuliers et élaboration de programmes d'actions « habitat » pour les collectivités territoriales
PAQUID :	Personnes Agées QUID
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PDITH :	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PRIAC :	Programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique

PUV :	Petite Unité de Vie
RDAS :	Règlement Départemental d'Aide Sociale
RDTA :	Régie Départementale des Transports des Ardennes
RéGéCA :	Réseau Gériatrique de Champagne-Ardenne
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
RQTH :	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAD :	Service d'Accompagnement à l'Autonomie Domiciliaire
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD :	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SROS :	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSIAD :	Service de soins infirmiers à domicile
SVA :	Site pour la Vie Autonome
TAD :	Transport à la demande adapté
TAS :	Territoire d'Action Sociale
TED :	Trouble Envahissant du Développement
UDAF :	Union Départementale des Associations Familiales
UEROS :	Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle
UGECAM :	Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie
UNASSAD :	Union nationale des associations de soins et services à domicile
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML :	Union régionale des médecins libéraux
URIOPSS :	Union Régionale Interfédérale des Œuvres des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USLD :	Unité de soins de longue durée (Long séjour)
VAE :	Valorisation des Acquis de l'Expérience