



2016-2020

Schéma Départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie

PARTIE 2

**Présentation
des actions
du schéma**

Sommaire

Préambule	3
Méthodologie d'élaboration du schéma	4
La démarche d'élaboration du schéma de l'Autonomie	5
Les principes et les fondements du schéma	8
Les actions du schéma	11
<i>Axe 1. Moderniser la gouvernance</i>	11
Objectif opérationnel 1.1. - Mettre en place une gouvernance autonomie	12
Objectif opérationnel 1.2 - Faire évoluer la gouvernance des organismes gestionnaires et aller vers une approche territoriale et mutualisée des ressources.....	15
Objectif opérationnel 1.3 - Faire évoluer le fonctionnement des ESMS pour toujours plus de qualité de service et d'équité sur l'ensemble du territoire.....	17
Objectif opérationnel 1.4 Suivre le schéma	18
<i>Axe 2 : Prévenir la perte d'autonomie</i>	19
Objectif opérationnel 2.1. Piloter, coordonner, mutualiser les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées	23
Objectif opérationnel 2.2 Renforcer les dispositifs existants dans leur rôle de prévention de la perte d'autonomie.....	25
Objectifs opérationnels 2.3. Favoriser une orientation la plus tôt possible vers les dispositifs d'évaluation, de dépistage des situations de handicap et les équipes spécialisées	27
Objectif opérationnel 2.4. Développer l'information auprès des familles, de l'entourage et des professionnels	28
<i>Axe 3. Faciliter la continuité des parcours de vie</i>	30
Objectif opérationnel 3.1. Développer de nouveaux modes d'accueil et d'habitat collectif ou partagé pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap	33
Objectif opérationnel 3.2 Développer l'offre d'accueil temporaire sur chaque territoire en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	34
Objectif opérationnel 3.3 Développer des réponses adaptées aux personnes en situation de handicap en particulier vieillissantes et en situation de handicap psychique	35
Objectif opérationnel 3.4 Piloter le dispositif sur la logique du projet de vie et permettre une souplesse dans les accompagnements	36
Objectif opérationnel 3.5 Anticiper les ruptures de parcours et de soin.....	37
Objectif opérationnel 3.6 Améliorer le circuit de l'information et mieux coordonner les interventions au bénéfice des personnes âgées.....	38
<i>Axe 4. Favoriser la participation sociale et citoyenne des personnes en situation de handicap et des personnes âgées</i>	39
Objectif opérationnel 4.1 Aménager et adapter l'habitat, promouvoir le transport adapté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap	41
Objectif opérationnel 4.2 Renforcer la coordination et l'information sur l'aménagement et l'adaptation de l'habitat	42
Objectif opérationnel 4.3 Faciliter l'accès aux sports et aux loisirs des personnes en situation de handicap	43

Objectif opérationnel 4.4 Faciliter l'accès aux droits et à la santé (Charte Romain Jacob)	44
Axe 5. Accompagner les intervenants au quotidien	45
Objectif opérationnel 5.1 Développer le soutien aux aidants	46
Objectif opérationnel 5.2 Faciliter les démarches administratives	47
Objectif opérationnel 5.3 Créer des espaces d'échange entre professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social	48
Axe 6. Mobiliser les nouvelles technologies au service de la prévention et du maintien de l'autonomie	49
Objectif opérationnel 6.1. Positionner les nouvelles technologies comme des offres complémentaires aux aides techniques et humaines actuelles tant pour la prévention que pour l'accompagnement de la dépendance	53
Objectif opérationnel 6.2. Informer davantage professionnels et grand public sur les nouvelles technologies et les actions développés par Cap Bellissen	54
Objectif opérationnel 6.3. Mesurer l'impact économique des nouvelles technologies sur les processus actuels	55
Glossaire	56

Préambule

La solidarité et la prévention sont les deux axes forts de la politique sociale du Conseil départemental de l'Ariège : Solidarité à l'égard des plus démunis ou des personnes isolées ou des personnes en perte d'autonomie ; Prévention afin d'éviter que ne se développent ou s'aggravent des problèmes de santé, de précarité, de logement ou de maltraitance.

Le Département, depuis la loi du 13 août 2004 exerce un rôle de « chef de file » en matière d'action sociale et notamment concernant les personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le département de l'Ariège s'est doté d'un premier schéma des équipements sociaux et médico-sociaux pour les personnes âgées en 1995. Plusieurs générations se sont succédées jusqu'au dernier document adopté sur la période 2006-2010.

De façon parallèle à la démarche engagée sur le secteur gérontologique, un premier schéma d'organisation d'accompagnement des personnes handicapées voyait le jour en février 2001. Le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale concernant les personnes en situation de handicap en cours de validité a été présenté en mars 2009.

Ces deux schémas prévoyaient déjà certaines actions transversales aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

L'Assemblée départementale de l'Ariège a approuvé le 21 janvier 2014 l'élaboration d'un nouveau schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour l'autonomie intégrant le schéma des personnes âgées et celui des personnes en situation de handicap.

Le Conseil départemental de l'Ariège a donc souhaité favoriser la convergence entre le secteur de la gérontologie et celui du handicap au sein d'un schéma unique.

Le schéma 2015-2019 vise à définir et préciser, pour les 5 années à venir et dans un cadre cohérent, les orientations de la politique publique départementale en faveur de l'autonomie (article L312-4 du CASF) et fixer la feuille de route départementale pour atteindre les objectifs fixés dans le schéma, respectant les besoins et spécificités de chaque public, soutenant la transversalité et l'interconnaissance des deux champs.

Cette réflexion sur l'autonomie tient compte de la filière gériatrique validée, des partenaires de l'ensemble du champ du handicap et des spécificités départementales, qui renvoient à une exigence de mutualisation, d'efficacité, et de rapprochement entre les politiques sociales pour dépasser la phase d'expansion de l'offre de structures médico-sociales.

Ce souhait légitime de rationalisation ne doit pas pour autant occulter le besoin d'innovation.

Méthodologie d'élaboration du schéma

Le schéma s'adosse aux lois fondatrices de 2002 et 2005 et anticipe les évolutions législatives :

- la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale développe les modalités d'évaluation des besoins des usagers et affirme la nécessité de réponses adaptées ;
- la loi du n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées créant la MDPH, dont la vocation est d'être le guichet unique pour toutes les questions liées au handicap et renforce le rôle des Conseils départementaux dans le domaine du handicap. Cette loi place la personne en situation de handicap au cœur du dispositif en tenant compte de son projet de vie ;
- la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ;
- le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

5 principes forts ont guidé l'élaboration du schéma :

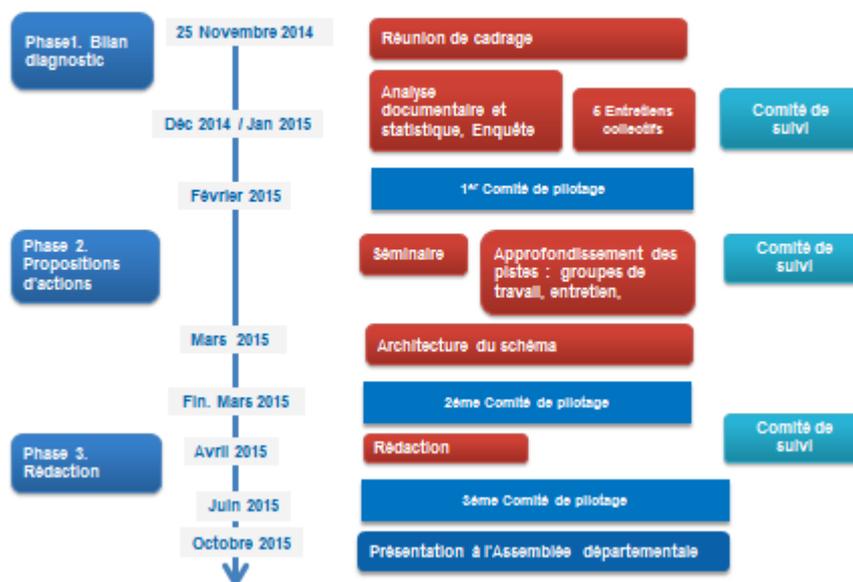
- **La transversalité personnes âgées – personnes en situation de handicap** avec un impact sur la méthode de concertation et la composition des groupes de travail ;
- **Une logique « Parcours de vie, santé et territoires »** qui met en exergue la nécessaire articulation entre les secteurs social, médico-social et sanitaire ;
- **La cohérence** par la concertation, la coopération, la coordination, la coresponsabilité des acteurs ;
- **La pertinence et l'efficience** par l'intégration et le déploiement des différentes réponses disponibles **et la volonté d'une meilleure utilisation des ressources** ;
- **L'adaptation des secteurs aux évolutions législatives et sociétales : innovation et expérimentation.**

Le schéma s'est appuyé sur une approche territoriale **sur la base de 4 Pays dans un objectif de proximité avec les personnes et d'équité entre les territoires.**

La démarche d'élaboration du schéma de l'Autonomie

L'élaboration du schéma s'est déroulée en 3 étapes de janvier à juillet 2015 :

- Une étape de bilan-diagnostic ;
- Une étape de concertation et de propositions d'actions ;
- Une étape de priorisation et finalisation de l'écriture du schéma.



Le processus a permis de construire le schéma avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap dans le département en appui sur plusieurs instances :

- **Un comité de pilotage** présidé par le vice-président du Conseil départemental : instance décisionnelle interne au Département de l'Ariège, il a réuni les services du Conseil départemental, en particulier, Direction générale des services, Direction pour les Actions pour le Développement Social et la Santé (ADS), Direction de la Maison départementale des personnes en situation de handicap (MDPSH) de l'Ariège afin de définir les priorités, valider les orientations, les objectifs et les actions et déterminer les moyens.
- **Un comité technique** : instance de concertation inter-institutionnelle, le comité a réuni le Conseil départemental, l'Agence régionale de santé, les organismes d'Assurance maladie. Cette instance a visé à mettre en cohérence les schémas et moyens envisagés par chaque institution.

- **Un comité de consultation** constitué des représentants des institutions, des secteurs social, médico-social, sanitaire, des usagers, il a été réuni en séance plénière sous forme d'un séminaire afin de partager les éléments diagnostic et émettre des propositions.
- **Des groupes de travail** constitués sur des thématiques retenues par le Département ont été réunis pour approfondir les éléments de bilan et déterminer des pistes d'actions au regard des besoins des personnes et de l'organisation de la réponse apportée sur les territoires.

La réflexion a été enrichie par une action de parangonnage sur des initiatives départementales sur le champ de l'autonomie et une veille sur les travaux nationaux concernant notamment les évolutions législatives :

- Adaptation de la société au vieillissement - Projet de loi
- La stratégie nationale de santé
- Les orientations des rapports suivants :
 - o Le rapport dirigé par Denis Piveteau « *« Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* » - juin 2014
 - o Le rapport de Pascal Jacob « *L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées* » - juin 2013
 - o Le rapport de Patrick Gohet « *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion* » - IGAS - novembre 2013
 - o La réforme annoncée de la tarification.

En cohérence avec l'article L312-4 du CASF, le schéma autonomie reprend en synthèse les éléments permettant :

1° d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population Ariégeoise ;

2° de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

3° 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 relevant du titre IV du livre IV ;

4° de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services

5° de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Six axes stratégiques ont ainsi été définis déclinés en objectifs opérationnels et actions :

Axe I. La modernisation de la gouvernance

Axe II. La prévention de la perte d'autonomie

Axe III. La continuité dans les parcours de vie

Axe IV. La participation citoyenne des personnes et le maintien en milieu ordinaire

Axe V. L'accompagnement des intervenants au quotidien

Axe VI. L'utilisation des nouvelles technologies au service de la prévention et de la perte d'autonomie.

Le document final a été présenté et approuvé par l'Assemblée départementale le 26 octobre 2015.

Les principes et les fondements du schéma

Le schéma autonomie 2016-2020 s'inscrit à la fois dans la continuité de la politique départementale et engage le département et ses partenaires dans de nouveaux défis.

[Une volonté départementale de convergence de l'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap](#)

Le département de l'Ariège a souhaité réaliser un **Schéma de l'Autonomie** mettant en place la convergence entre les secteurs des personnes âgées et du handicap au sein d'un schéma unique, dans l'esprit de la loi de 2005 visant à supprimer les frontières liées à l'âge.

Ainsi, dans le cadre de l'élaboration du nouveau schéma, plusieurs réflexions ont été partagées entre les deux secteurs et font apparaître des besoins de transversalité : participation sociale et accessibilité, aide aux aidants, qualité de l'accompagnement par les établissements et les services médico-sociaux, accession et maintien dans le logement, transport, expériences et pratiques entre les professionnels.

La problématique des personnes en situation de handicap vieillissantes est emblématique d'un besoin renforcé de coopération en favorisant l'émergence de solutions adaptées et innovantes.

Si le schéma est unique, la convergence est envisagée comme un moyen d'une meilleure articulation des dispositifs en faveur des personnes âgées et en faveur des personnes en situation de handicap, un moyen de dépasser les logiques catégorielles et populationnelles tout en **reconnaisant les besoins et actions spécifiques à chaque public.**

[Un schéma centré sur l'efficacité des réponses et l'optimisation de l'offre médico-sociale](#)

Les précédents schémas ont permis de construire une palette de réponses pour chaque âge de la vie en développant des places en établissements et services.

Le nouveau schéma est orienté sur une optimisation des dispositifs actuels en axant les réflexions et actions sur la complémentarité, la mutualisation, l'évolution des agréments afin de garantir aux personnes la continuité des parcours ; c'est par exemple la possibilité de proposer plus facilement des places d'accueil temporaire ou des accueils partagés ; d'apporter des réponses innovantes en termes d'hébergement.

Dans les cinq prochaines années, les adaptations se feront davantage en accordant de la **souplesse aux autorisations** dans les modes d'accueils et d'accompagnement, en améliorant l'articulation des services et établissements entre eux et la coordination des solutions sur les territoires que par la création de places ex-nihilo.

[Un schéma qui a l'ambition de faciliter la continuité des parcours à tous les âges de la vie](#)

La continuité des parcours de vie des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie liée à l'âge exige, conformément aux principes énoncés dans les lois de 2002 et 2005, des réponses personnalisées, coordonnées, souples et de qualité.

Un schéma qui vise l'équité territoriale et l'accès à tous au service

Le schéma vise à offrir **un choix de services et de prestations** répartis équitablement sur l'ensemble du territoire Ariégeois. Il doit mettre en cohérence l'offre avec l'évolution de la population, les besoins tant qualitatifs que quantitatifs et le souhait des personnes.

Il doit tenir compte des efforts des services pour apporter un accompagnement de même qualité quel que soit le lieu de vie et en particulier dans les zones les plus isolées. L'adéquation entre les orientations, basées sur les besoins des personnes et l'offre disponible sur le département sera vérifiée régulièrement.

En cela, le département portera son effort sur l'objectif d'une réponse sociale harmonisée en particulier en réaffirmant le rôle et la mission des CLIC comme outil de proximité et de territoire pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

Un schéma qui encourage la qualité des accompagnements

La qualité des accompagnements sera une priorité du département.

Les outils de contractualisation permettront de fixer avec les services et établissements autorisés des objectifs de qualité ; la mutualisation des actions de formation et le soutien du département via la convention CNSA seront deux moyens à actionner pour maintenir un bon niveau de formation. Quel que soit le choix de la personne, le département doit assurer une qualité de service adéquate, ainsi, les accueillants familiaux seront davantage impliqués dans les dispositifs de formation. L'exigence de certains diplômes ainsi que la formation seront deux leviers mis en œuvre, en particulier pour les services à domicile.

Les nouvelles technologies au service de la qualité et de l'accompagnement de l'autonomie : Le Conseil départemental sera un partenaire présent auprès de la pépinière d'entreprises de gérontechnologies Cap Bellissen et favorisera l'expérimentation ou l'utilisation des nouvelles technologies au sein des structures médico-sociales du département.

La **protection des personnes vulnérables** est une mission du département à mener avec le concours de tous. Une vision commune et des outils partagés permettront de contribuer ensemble à la prévention des risques de maltraitance et de ruptures des parcours.

La personnalisation des accompagnements trouvera sa traduction dans la formalisation des projets personnalisés, la prise en compte de toutes les dimensions de l'accompagnement. Le Conseil Départemental sera vigilant au développement de la culture de l'écrit pour assurer la cohérence des interventions entre les différents professionnels.

Le respect des droits des usagers sera central : en ce sens, les procédures d'informations mises en place par les services et établissements en faveur du consentement de la personne tout au long de son parcours de vie seront un élément important du respect des choix des personnes.

Un schéma avec une gouvernance autonomie renouvelée

Le schéma de l'Autonomie constitue une opportunité de repenser les modalités de gouvernance de la politique à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap afin de répondre à plusieurs défis majeurs devant favoriser la mise en place d'un dispositif plus complet, plus cohérent.

Ainsi, la gouvernance départementale s'appuie sur la **création d'une Direction adjointe de l'autonomie et une nouvelle organisation des territoires**. Il s'agira pour la direction de l'autonomie de relever le défi de la convergence pour simplifier les démarches des usagers, pour faciliter la coordination des réponses et rationaliser les moyens permettant d'apporter ces réponses et favoriser la transversalité.

Bien entendu, convergence ne signifie en aucun cas une réponse identique, mais bien une approche qui ignore l'âge en tant que tel, et se concentre essentiellement sur l'expression du besoin.

La gouvernance prendra appui sur les instances partenariales interinstitutionnelles : **conférences de financeurs** notamment et afin de coordonner les actions de politiques publiques.

Cette organisation vise une réponse sociale harmonisée sur l'ensemble du département et se décline selon trois niveaux (cf. ci dessous)

Cela rejoint l'enjeu global du Département d'apporter des réponses porteuses de sens pour tous.

Un pilotage départemental

Une direction de l'autonomie au sein de la direction de l'action sociale départementale, réaffirmée dans son rôle de pilotage de la politique départementale en faveur des PA et des PSH

Une transversalité entre Directions

Un pilotage départemental inter-institutionnel :

- Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie,
- Table stratégique de la MAIA,
- COMEX MDPSH

Des instances représentant les usagers :

Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) qui succèdera au CODERPA et participe à la table stratégique de la MAIA et à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Axe 1. Moderniser la gouvernance

Les orientations du schéma

- ➔ **Mettre en place une gouvernance Autonomie**
- ➔ **Développer les projets de territoire et la coopération entre établissement**
- ➔ **Encourager la contractualisation et le dialogue de gestion**
- ➔ **Suivre le schéma : partage et appui sur des compétences extérieures**

Contexte

Le Conseil départemental est le chef de file de l'action sociale et médico-sociale. A ce titre, il souhaite impulser une gouvernance unifiée sur le champ de l'autonomie, quel que soit l'âge. Ce schéma autonomie témoigne en soi de cette gouvernance modernisée, dans le sillon de la loi de février 2005 visant à abolir les différences liées à l'âge dans les dispositifs publics. Cela se traduit par une nouvelle organisation des services départementaux, amorcée en amont du schéma.

Surtout, la conférence des financeurs, installée par le Conseil départemental en tant que chef de file, et réunissant l'ensemble des institutions finançant la perte d'autonomie concernera tous les âges de la vie.

Objectifs opérationnels :

- Mettre en place une gouvernance Autonomie
- Faire évoluer la gouvernance des organismes gestionnaires et l'approche territoriale et mutualisée des ressources
- Faire évoluer le fonctionnement des ESMS pour toujours plus de qualité de service et d'équité sur l'ensemble du territoire

Résultats attendus :

- “ Un pilotage interne au département renforcé, en cohérence avec les partenaires institutionnels réunis au sein de la conférence des financeurs
- “ Le renforcement du dialogue de gestion avec les ESMS passant par la contractualisation, l'évolution des modèles de gouvernance
- “ Une réponse harmonisée des CLIC
- “ La labellisation de la MAIA départementale
- “ Renforcer la coresponsabilité des parties prenantes (modification des statuts associatifs, CPOM)
- “ Améliorer la qualification des professionnels

Objectif opérationnel 1.1. - Mettre en place une gouvernance autonomie

En amont de ce schéma, l'administration départementale s'est restructurée, afin de garantir cette gouvernance Autonomie. Au sein du Conseil départemental de l'Ariège, la Direction des Actions pour le développement Social et la Santé (A.D.S.) est chargée de la mise en œuvre des politiques sociales à destination des enfants, des familles, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes en situation de précarité économique.

Plus particulièrement, l'ADS doit :

- répondre dans les meilleures conditions de performances et d'efficacités possibles aux objectifs qui lui sont assignés par les textes, et les instructions qui encadrent son fonctionnement ;
- être en capacité de décliner les objectifs et actions qui sont inclus dans les politiques départementales et les documents en cours d'élaboration ;
- assurer la cohésion sociale, l'égalité et la qualité de service public de proximité sur l'intégralité du territoire ariégeois.

Le changement des organisations administratives territoriales, les évolutions des attentes et des besoins des usagers, la nécessité de maîtriser le coût des services exigeant un renforcement du management opérationnel et la mise en place d'outils de pilotage et de contrôle ont conduit l'ADS à mener une réflexion stratégique et opérationnelle afin de repenser son organisation ; ainsi, 4 directions adjointes thématiques ont été créées : la Direction Adjointe de l'Autonomie (DAA) , la Direction adjointe enfance famille prévention (DAEFP), la Direction adjointe insertion logement (DAIL) , la Direction adjointe Territoires et polyvalence et (DATP) , appuyées par un Direction adjointe administrative et budgétaire (DAAB).

La direction adjointe de l'autonomie a en charge 6 missions principales :

- Promouvoir les politiques publiques en faveur de l'autonomie,
- Elaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi du schéma de l'autonomie,
- Garantir l'accès des personnes âgées ou des adultes en situation de handicap à leurs droits,
- Garantir la proximité avec les usagers et assurer l'information au public et aux professionnels,
- Animer le réseau des partenaires, soutenir et accompagner leurs actions,
- Assurer les obligations de la collectivité relatives à l'accueil familial des personnes âgées et adultes en situation de handicap.

Pour renforcer une gouvernance Autonomie dans le département, la Maison départementale des personnes en situation de handicap porte la MAIA, dispositif habituellement réservé aux seules personnes âgées affrontant des situations complexes, que le département souhaite élargir à l'ensemble des publics.

Toujours au sein de l'administration départementale, **la transversalité** entre les différentes directions départementales sera favorisée pour que le champ de l'autonomie soit pris en compte par l'ensemble des actions de politiques publiques (développement durable, logement, transport, habitat, tourisme etc.) afin de valoriser la participation sociale et la citoyenneté des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap.

Actions

- 1) **Confirmer les CLIC comme outils de territoire avec un rôle de coordination et de suivi des personnes âgées et en situation de handicap y compris sur le volet dépistage, aide aux aidants etc.**

Le besoin de proximité pour délivrer de l'information, orienter et coordonner fait des CLIC de véritables outils de territoire qui ont un rôle majeur dans le travail de réseau et d'anticipation des ruptures.

Les 11 CLIC ariégeois maillent le territoire mais sont portés par divers acteurs, externes au département. Ces différences de statuts, ainsi qu'un pilotage départemental à développer, expliquent les disparités dans les interventions des différents CLIC (accompagnement individuel, coordination entre acteurs, actions collectives de prévention, actions auprès des aidants...), et des dynamiques locales variables avec les professionnels du champ sanitaire. En ce sens, les missions des CLIC doivent être harmonisées sur la base d'un même cahier des charges.

A cet effet, les **CLIC** seront confortés dans leur rôle de **maillon de proximité** auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et leur famille et en articulation avec les autres dispositifs. Dans ce même objectif, **le pilotage mieux coordonné** entre les parties prenantes des projets de territoire, devrait permettre à la fois un meilleur repérage des acteurs et des actions et un plus grand impact sur le public.

- Définir un cadre précis les missions attendues des CLIC et harmoniser les réponses apportées
 - Renforcer le service aux personnes en situation de handicap
 - Revoir les conventions (2017)
 - Evaluer le service rendu et l'opportunité d'internaliser les CLIC
- 2) **Installer la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (prévue dans l'article 3 de la loi Autonomie et vieillissement)**
 - Répondre à l'appel à projet lancé par la CNSA pour la préfiguration des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
 - Etendre cette conférence aux personnes en situation de handicap
 - Y inclure le dispositif logement/autonomie
 - Articuler les différents niveaux de concertation et instances départementales (tables stratégiques, conférences des financeurs etc.) afin de gagner en cohérence et en efficience
 - 3) **Accompagner l'installation de la MAIA à portée départementale**
 - Participer aux instances (tables stratégiques, tables tactiques, tables cliniques)
 - Accompagner sa labellisation
 - Ouvrir la MAIA aux situations complexes de handicap (elle est portée par la MDPSH).
 - 4) **Améliorer le système d'information en vue d'anticiper les réponses aux besoins**
 - Mettre en place des tableaux de bord afin d'analyser le suivi de l'effectivité des décisions réalisées par la MDPSH et suivre l'évolution des besoins par territoire de l'offre PA / PSH
 - Repérer les situations en risque de rupture
 - Créer des rapports d'activité type pour les différents établissements et services et à moyen terme les dématérialiser

5) Inscrire le département dans les projets de santé de territoire

- Répondre positivement aux invitations, être force de propositions

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 1.1

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental, ARS
Partenaires impliqués	Conférence des financeurs
Délais de réalisation	Action 1 : 2016-2017 Action 2 : 2016 Action 3 : 2017 Actions 4 et 5 : Durée du schéma
Modalités d'évaluation	Mise en place de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) Règlement de fonctionnement de la CFPPA Labellisation de la MAIA départemental Nombre de situations à risque de rupture repérées / an Nombre de réunions chaque année/ effectivité des décisions Existence des tableaux de bord pour le suivi de l'effectivité des décisions réalisées par la MDPSH Trames des rapports d'activité type et analyse des rapports d'activité des CLIC Nombre de projets de territoire de santé auxquels le département a participé

Objectif opérationnel 1.2 - Faire évoluer la gouvernance des organismes gestionnaires et aller vers une approche territoriale et mutualisée des ressources

Les organismes gestionnaires ont à prendre part et s'engager dans une logique d'intégration des réponses au service des personnes, en dépassant les logiques concurrentielles et en travaillant sur les possibilités de mutualisation et de coopération sur les territoires ; sur le champ des personnes âgées, la multiplicité des organismes gestionnaires soulève l'enjeu de CPOM territorial, sur le champ des personnes en situation de handicap, la taille des organismes gestionnaires, véritables acteurs économiques, soulève l'enjeu de la gouvernance associative et l'étude d'autres modèles.

Le lien avec les ESMS passera par un meilleur dialogue de gestion avec comme support

- La contractualisation pluriannuelle
- Les outils de la loi de 2002 pour assurer le respect des droits des usagers
- Les rapports d'évaluation interne et externe
- Les rapports d'activité
- La commission des situations critiques.

Actions

- 1) Aider les organismes gestionnaires à mettre en place des projets de coopération**
 - Aider à la structuration des groupements d'employeur /d'action de mutualisation
Création de passerelles entre employeurs pour compenser les difficultés de recrutement sur certains territoires
- 2) Mettre en place un dialogue de gestion avec les ESMS engageant sur la prise en compte des orientations du schéma départemental**
 - Faire des CPOM et des conventions tripartites les outils de choix pour la mise en œuvre du schéma et notamment sur :
 - la formation et la qualification des personnels
 - la prévention de la perte d'autonomie ou d'autres risques spécifiques
 - la responsabilité sociale et environnementale
 - l'expérimentation et l'innovation
 - les réseaux et partenariats et la mutualisation des ressources
 - la prévention des risques professionnels et en particulier les risques psycho-sociaux et la qualité de vie au travail
- 3) Faire évoluer la gouvernance des organismes gestionnaires**
 - Encourager les organismes gestionnaires à réfléchir au modèle coopératif (société coopérative d'intérêt collectif) adossé au CPOM
 - Proposer un CPOM territorial aux "petits" établissements autonomes
 - Clarifier les missions déléguées au directeur par l'organisme gestionnaire
 - o Pour les fonctions de direction, vérifier l'existence et de la pertinence des Documents Uniques de Délégation
- 4) Adapter le système de tarification dans la perspective de la réforme**
 - Définir indicateurs qualitatifs construits par chaque ESMS, raisonner en coût global dans la logique des CPOM
 - Accompagner les ESMS dans la réforme de la tarification (réunions de travail collectif, dialogue de gestion)

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 1.2

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental, ARS
Partenaires impliqués	Organismes gestionnaires, ESMS
Délais de réalisation	Actions 1, 2,3 : Durée du schéma Action 4 : selon le calendrier de la réforme
Modalités d'évaluation	Nombre de CPOM signés Trame des CPOM et des Conventions tripartites intégrant les 9 thèmes mentionnés (action 3)

Objectif opérationnel 1.3 - Faire évoluer le fonctionnement des ESMS pour toujours plus de qualité de service et d'équité sur l'ensemble du territoire

Actions

- 1) Mettre en place un "forfait habitat dispersé" pour valoriser les interventions des services à domicile dans zones les plus isolées**
- 2) Mettre en place un système de télégestion entre le Conseil départemental et les services à domicile**
- 3) Autoriser l'habilitation partielle à l'aide sociale des EHPAD**
- 4) Revoir la procédure de recueil et d'analyse des informations préoccupantes**
 - Retravailler avec des représentants des ESMS et des usagers la procédure de recueil et d'analyse des informations préoccupantes
 - o Elaborer une fiche de signalement et définir ce qui doit être signalé au CD et ARS
 - o Organiser avec l'ARS des réunions d'analyse bi-annuelles des informations préoccupantes qui permettront d'apprécier si les dispositifs de gestion des actes de maltraitance mis en place au sein des ESMS fonctionnent
 - S'assurer que chaque établissement dispose d'un « protocole » interne précisant la conduite à tenir en cas d'actes de maltraitance au sein de la structure (information des autorités administratives et judiciaires, de la famille, écoute et prise en charge des victimes, information et accompagnement des autres personnes accueillies, démarche en direction du personnel, dispositions à prendre à l'égard des auteurs présumés)
- 5) Responsabiliser les ESMS vis-à-vis des enjeux sociétaux et environnementaux**
 - Intégrer les normes HQE/BBC dans les projets de construction, favoriser la filière bois
 - Inciter les établissements à utiliser les filières courtes d'approvisionnement
 - Inciter les ESMS à recourir à la sous-traitance en ESAT ou EA
 - Mieux communiquer avec l'extérieur sur les activités des ESAT ou EA
 - Sensibiliser au recyclage des déchets
- 6) Encourager les établissements dans la Gestion Prévisionnelle des Métiers, des Emplois et des Compétences visant la qualification**
 - a) Des animatrices/animateurs dans les EHPAD : formation technique et formation éthique, avec une GPEMC visant le recrutement d'animatrice(eur) diplômé(e) ou la formation diplômante des professionnels non diplômés
 - b) Des directeurs d'établissement de la fonction publique territoriale doivent répondre à ces obligations. Le centre de gestion de la fonction publique est mobilisé avec le Conseil départemental sur ces questions
 - c) Pour les Auxiliaires de Vie Sociale, les emplois nouveaux et les plans de formations conduiront à l'obtention de diplômes CAFAD ou DEAVS
- 7) Pour le recrutement des Aides et employé(e)s à domicile (AED), établir des partenariats entre les associations intermédiaires et les SAAD**

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 1.3

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental, ARS
Partenaires impliqués	SAAD, AI
Délais de réalisation	Actions 1 : 2016 Action 2 : 2018 Action 3 : 2016 Action 4 : 2017 Action 5, 6 : Durée du schéma Action 7 : 2016
Modalités d'évaluation	Nombre de bénéficiaires du forfait habitat dispersé (SAAD) Effectivité du système de télégestion partagé entre SAAD et CD, nombre de SAAD utilisateurs de la télégestion Nombre d'établissements habilités partiellement à l'aide sociale et nombre de places Procédure Informations préoccupantes mise à jour, analyse des signalements Conventions de partenariat AED/SAAD Nombre d'AED recruté(e)s par les SAAD via les AI

Objectif opérationnel 1.4 Suivre le schéma

Ce Schéma novateur autant par les publics concernés que dans ses enjeux doit, au-delà du suivi des actions, engager une réflexion l'éthique des différentes actions.

Il convient de développer un partenariat avec des structures universitaires afin de réaliser des rapports sur les différentes thématiques.

La MDPSH 09, les CLIC et la MAIA départementale contribueront également à l'apport et l'analyse de données et d'informations quantitatives et qualitatives afin de donner une meilleure lisibilité des besoins et des souhaits des personnes aux instances et permettre un ajustement des réponses.

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 1.4

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	MAIA, MDPSH , CLIC, centres universitaires
Délais de réalisation	Durée du schéma
Modalités d'évaluation	Nombre de réunion de suivi du schéma sur des thématiques ciblées Nombre de conventions de stage signées avec des étudiants

Axe 2 : Prévenir la perte d'autonomie

Les orientations du schéma

- ➔ Améliorer l'information et la prévention pour diminuer les risques d'apparition de situations de handicap et de vulnérabilité
- ➔ Améliorer le repérage des fragilités
- ➔ Développer la cohérence des actions déjà conduites (conférence des financeurs).

Une politique de prévention de la perte d'autonomie cible l'ensemble des événements péjoratifs dont la survenue porte ou peut porter atteinte à l'autonomie, définie comme l'exercice de la volonté personnelle et relationnelle des personnes.

La prévention est un pilier des politiques d'adaptation des sociétés au vieillissement, au niveau mondial, national, régional et départemental.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Au niveau international, la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Madrid en 2002, prône un égal accès des personnes âgées aux services et soins, incluant la prévention.

Ce premier axe s'inscrit parfaitement dans le contexte de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, dont l'anticipation est un pilier majeur. Il s'agit d'anticiper, et non de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité, et peuvent être réversibles avec un accompagnement adapté.

La prévention est par ailleurs un axe du Plan Régional de Santé¹, la politique développée s'articulera donc avec celle de l'ARS. Le département s'appuie sur les réseaux régionaux déjà en place notamment le réseau Diabète en Midi-Pyrénées (DIAMIP) ou l'association régionale de santé par l'effort (efFORMip).

La politique de prévention de la perte d'autonomie du département, impulsée dès le dernier schéma, s'adresse à tous les publics : par la loi de février 2005, la politique départementale crée les conditions collectives de limitation des causes du handicap. La prévention vise alors à limiter les événements et habitudes de vie dont la survenue peut porter atteinte à l'autonomie ou être source d'incapacités et donc à créer les conditions collectives de limitation des causes du handicap, et la prévention des handicaps se surajoutant (loi de février 2005). La politique départementale s'approprie les orientations de la loi et met en œuvre dans ce schéma des actions concrètes. Elle garantit la cohérence avec les actions déjà menées en Ariège par d'autres acteurs.

Le département agit sur tous les niveaux de prévention

La politique départementale se structure autour des trois niveaux de prévention définis par l'OMS. Pour davantage d'efficacité, elle propose des actions aux niveaux individuel et collectif, et tient pleinement compte des facteurs sociaux et environnementaux.

La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la

¹ action 3.4 du Schéma Régional de Prévention et de promotion de la santé

² Romain Jacob, RAPPORT *Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de*

prévention les conduites individuelles à risque (alimentation non équilibrée, sédentarisation etc.) comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux (isolement social etc.). L'information et la participation à la vie sociale constituent des axes principaux de travail.

La prévention secondaire vise à de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle agit lors de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de retarder son évolution. Dans cette optique, le dépistage est majeur, dans la mesure où il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque. Les actions pour les personnes à domicile seront principalement visées, et en particulier le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie.

La prévention tertiaire intervient pour diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. C'est déjà sur ce plan qu'agit le département, par les aides universelles de compensation de la perte d'autonomie comme l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH). Dans ce cadre, le département souhaite développer en outre des actions dans les établissements médico-sociaux.

Le contexte départemental

Ce paragraphe vise à présenter les actions déjà existantes dans le département, leurs limites et enjeux.

Des actions et des initiatives concernant la prévention sont déjà mises en œuvre par des associations et les CLIC mais qui restent, pour diverses raisons, limitées dans le temps, dans l'espace et dans leur impact.

La mission des CLIC sur le champ de la prévention est encore à renforcer, par un travail conjoint avec le pilote de la MAIA, dans leurs actions directes et également pour soutenir l'implication des médecins traitants, s'appuyer sur les petites communes, où il est noté la bonne connaissance qu'ont les Maires et les élus de proximité de leurs administrés.

Un pilotage reste donc à organiser pour donner une plus grande cohérence des actions de prévention entre elles afin de les rendre plus lisibles et accessibles et faciliter le repérage des besoins par la mise en réseau des différents acteurs en présence.

Il ne peut y avoir de prévention que celle à laquelle la personne consent. **C'est ainsi que le département portera ses efforts sur l'information donnée aux potentiels bénéficiaires**, en parfaite cohérence avec la nouvelle loi qui s'annonce.

La prévention et le repérage des fragilités fait l'objet d'un investissement extrêmement intéressant du CHU de Toulouse avec son Gérontopôle et de l'équipe régionale *Vieillesse et prévention de la dépendance*.

Dans le département de l'Ariège, ces unités se mettent en place au CHIVA, qui expérimente plusieurs programmes coordonnés de prévention personnalisée dans le but de repérer les personnes âgées pré-fragiles ou fragiles, d'évaluer précisément leur situation et d'agir pour préserver leur autonomie le plus longtemps possible. Le schéma autonomie s'articulera à ces programmes, en cohérence avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) en veillant à intégrer les acteurs du secteur médico-social.

Sur le champ du handicap, le repérage précoce des situations de handicap et le dépistage sont essentiels pour permettre à l'enfant et sa famille de bénéficier d'un accompagnement adapté afin de développer les capacités et les potentialités et limiter les incidences de la situation de handicap en termes de restriction de participation.

Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge précoces (CAMSP, CMPP) est une orientation du SROMS Midi-Pyrénées qui précise que « le partenariat joue un rôle important dans la prise en charge des enfants, pour l'orientation initiale, le suivi des enfants accueillis en crèche ou scolarisés et les accompagnements. »

L'article L.146 de la loi du 18 décembre 1989 dispose notamment que la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile « *comprend les actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de 6 ans ainsi que les conseils aux familles pour la prise en charge des handicaps.* »

Le retard ou l'absence de prise en charge liés au manque d'informations des familles ne permettent pas toujours de faire bénéficier l'enfant d'une réponse précoce efficace et conduise parfois à l'errance des familles et des personnes d'autant plus que les passages de relais sont parfois difficiles entre les différentes structures spécialisées de prise en charge.

L'Ariège dispose d'un bon maillage territorial en termes de dispositifs d'intervention précoce (PMI CAMSP, CMPP, pédopsychiatrie) mais **le travail d'articulation entre acteurs doit être renforcé en amont et en aval afin de participer à une meilleure orientation des enfants et leur famille.**

De même, **l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est un droit citoyen** rappelé par le Rapport Jacob² dont le premier constat « *concerne le manque de connaissance du handicap dans le système de santé. Les personnes handicapées peuvent avoir un comportement que les professionnels n'ont pas l'habitude de rencontrer. Ainsi, les professionnels doivent prendre le temps de se renseigner sur ce que sont les modalités particulières d'expression de leur handicap* ». Le recours à des soins adaptés participe de la prévention en santé.

Enfin, concernant l'information, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées leurs familles ainsi que les professionnels susceptibles d'intervenir auprès d'elles, éprouvent des difficultés pour s'orienter au travers des nombreux dispositifs et aides existantes (techniques et financières). Ces **problèmes de lisibilité** sont liés à la fois à la diversité des champs couverts (les établissements et services spécialisés, la scolarisation, l'insertion professionnelle, le sport, le logement, les transports...) mais également aux spécificités propres à chaque type de handicap et de déficience.

La MDPH, les services de l'ADS centralisés ou décentralisés et les CLIC sont les moyens d'apporter au public des informations ; **cette mission est à consolider aujourd'hui par des outils communs, régulièrement mis à jour**, facilement accessibles. Les travaux engagés par les pilotes de la MAIA vont dans le sens de cette nécessaire clarification, qui devra se poursuivre par une information à destination des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et leurs familles.

Le diagnostic préalable a mis en exergue de manière forte que l'échange et la diffusion de l'information était aujourd'hui un obstacle important et par conséquent un levier majeur pour améliorer l'accès aux dispositifs de soutien et d'accompagnement.

² Romain Jacob, RAPPORT *Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*, Pascal JACOB, Paris, Avril 2013

Le Conseil départemental souhaite agir activement dans le sens du droit à l'information et apporter une information adaptée pour permettre de choisir son projet de vie ; en cohérence avec la loi de 2005 et la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement qui consacre le droit des personnes et de leurs familles d'être informées.

Le département de l'Ariège s'approprie les orientations de la loi et le schéma propose des actions concrètes pour :

- Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités
- Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local
- Communiquer et informer dans le but de « *Savoir pour pouvoir* » et faire de la prévention l'affaire de tous.

Pour suivre les orientations du schéma, dans ce contexte, le département se fixe les objectifs opérationnels suivants :

Objectifs opérationnels :

- Piloter, coordonner, mutualiser les actions de prévention de la perte d'autonomie
- Développer l'information auprès des familles, de l'entourage et des professionnels
- Renforcer les dispositifs existants dans leur rôle de prévention de la perte d'autonomie
- Favoriser une orientation la plus tôt possible vers les dispositifs d'évaluation et de dépistage des situations de perte d'autonomie
- Favoriser l'accès à des soins adaptés ou des équipes spécialisées (Charte Romain Jacob)

Résultats attendus :

- “ Améliorer l'orientation
 - de jeunes enfants de 0 à 3 ans vers les dispositifs de dépistage et de prise en charge précoce
 - d'enfants vers les dispositifs spécialisés (équipes spécialisées autisme, CMP, CMPP)
 - Relayer la prise en charge du Camps à l'âge de 6 ans notamment par les SESSAD
- Faire baisser l'âge d'entrée dans le dispositif PCH

- “ Augmenter la proportion en nombre de bénéficiaires des aides techniques
- “ Faire diminuer le nombre de bénéficiaires de l'APA entrant directement dans le dispositif déjà dépendant (diminuer le nombre de premières demandes GIR 1 et 2), corrélés avec l'âge des bénéficiaires.
- “ Permettre au plus grand nombre de bénéficier de ces aides (taux de non recours < 20% pour l'APA et 50% pour la PCH)

Objectif opérationnel 2.1. Piloter, coordonner, mutualiser les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Actions

1) Etablir un programme pluriannuel piloté à l'échelle départementale ou par Pays

- Elaborer un programme de prévention qui précise, comme prévu dans la future loi de l'adaptation de la société au vieillissement des éléments sur :
 - 1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition ;
 - 2° L'attribution du forfait autonomie (transformation des logements foyer en résidence autonomie) ;
 - 3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;
 - 4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ;
 - 5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
 - 6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.

Ce programme devra permettre de :

- Développer les activités physiques adaptées
- Développer les actions pour une nutrition adaptée
- Favoriser les initiatives permettant de maintenir un rôle social à chacun.
- Organiser des actions très anticipées pour développer la culture de la prévention (Veiller à ce que la programmation prévoit des actions variées de prévention (activités culturelles, physiques, alimentation etc.) dont un travail sur "l'acceptation de la personne aux actions de prévention au regard de sa propre culture".
- Suivre annuellement le programme de prévention.

2) Articuler le repérage des fragilités avec les actions développées par les organismes impliqués dans la prévention (MSA, RSI CHIVA...)

- Veiller à ce que chaque situation de fragilité repérée soit accompagnée de propositions d'actions
- Faire le lien avec les actions menées par les équipes de prévention vieillissement

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 2.1

Public visé	Personnes âgées
Pilote des actions	Conseil départemental
Partenaires impliqués	ARS, CLIC, CCAS, CARSAT, MSA
Délais de réalisation	A l'installation de la Conférence des financeurs
Modalités d'évaluation	Existence et suivi du programme de prévention Nombre d'actions de prévention proposées aux personnes âgées

Nombre de personnes bénéficiaires de ces actions

Objectif opérationnel 2.2 Renforcer les dispositifs existants dans leur rôle de prévention de la perte d'autonomie

Actions

- 1) **Augmenter la fréquence du suivi des personnes en situation de handicap et des personnes âgées à domicile par les CLIC et les équipes médico-sociales**
 - Retravailler la procédure et outils de suivi pour l'ensemble des dispositifs (prévoir des rencontres systématiques à minima annuelle et mettre en place une grille d'analyse)
- 2) **Renforcer les compétences des services et des établissements personnes âgées sur le domaine de la prévention**
 - Développer des actions de prévention notamment autour de l'alimentation, des activités physiques et cognitives adaptées, à travers les conventions tripartites et/ou les projets d'établissement au sein des EHPAD et Résidence autonomie
 - o par la formation et la qualification des professionnels (notamment qualification de l'animateur)
 - o par l'ouverture de l'établissement dans son environnement et l'accueil d'activités
 - Inscrire la thématique de la prévention dans les plans annuels de formation des professionnels intervenant à domicile
 - Impulser une dynamique d'expérimentation et d'innovation, au sein et entre établissements et mobiliser des fonds (éventuellement section V de la CNSA, fondation, etc.)
 - Utiliser les moyens légaux (tarif GIR 5 et 6) afin de financer les actions de prévention
- 3) **Faire connaître les missions de l'hôpital de jour et des unités d'évaluation gériatrique (CHAC et CHPO)**
 - Poursuivre l'information auprès des médecins traitants, à partir de supports simples (MAIA, CLIC)
- 4) **Développer des outils d'évaluation communs, reconnus de tous et partagés**
 - Utiliser les outils développés par le Gériatopôle :
 - *Grille du Gériatopôle destinée aux services d'aide à domicile / Grille multidimensionnelle
 - *Protocoles destinés aux infirmiers portant sur le dépistage des fragilités y intégrer la grille multidimensionnelle
 - Former le personnel des services à domicile au protocole destiné aux infirmiers portant sur le dépistage des fragilités
 - Intégrer ses outils au sein du Carnet de parcours du CODERPA

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 2.2

Public visé	Personnes âgées, Personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil départemental
Partenaires impliqués	ARS
Délais de réalisation	Actions 1, 3, 4 dès 2016 Action 2 : durée du schéma
Modalités d'évaluation	Actualisation et évaluation de la procédure de suivi des personnes à domicile Suivi de l'évolution des compétences des ESMS (postes nutritionnistes, ergothérapeutes, psychomotricien, psychologue et qualification des animateurs-trices) par l'analyse des rapports d'activités des SAD et des EHPAD Augmenter le nombre de consultations liées au repérage de la fragilité

Objectifs opérationnels 2.3. Favoriser une orientation le plus tôt possible vers les dispositifs d'évaluation, de dépistage des situations de handicap et les équipes spécialisées

Actions

- 1) **Renforcer les liens et les articulations entre la PMI, les CAMSP, les maternités et centres de périnatalité de proximité, pédopsychiatrie, les équipes spécialisées autisme**
 - Etablir une convention cadre entre la PMI, les CAMSP, les CMPP, les secteurs pédopsychiatriques et les équipes spécialisées autismes afin de formaliser le travail de partenariat et de réseau
 - A partir des visites obligatoires liées au suivi de la mère et du jeune enfant, en cas de dépistage d'un problème de santé, définir le processus d'orientation vers les dispositifs de prise en charge précoce (CAMSP, CMPP)

- 2) **Dans le cadre du dispositif régional Autisme et TED, organiser des relais d'information en Ariège pour orienter les personnes vers les équipes spécialisées autisme le plus tôt possible**
 - Présenter le dispositif Autisme
 - Orienter à partir des visites médicales du jeune enfant, de la médecine scolaire, de la PMI, les familles vers les équipes spécialisées autisme

- 3) **Intégrer la possibilité pour la MDSPH et les ESMS d'orienter les personnes en situation de handicap complexe présentant une combinaison de déficiences vers l'équipe relais régionale handicap rare³**
 - Sensibiliser la MDPSH et les établissements au repérage de la situation de handicap rare
 - Mobiliser l'équipe relais régionale handicaps rares Midi-Pyrénées (IJA de Toulouse)

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 2.3

Public visé	Personnes en situation de handicap et leur famille
Pilote des actions	Conseil départemental - ARS
Partenaires impliqués	PMI, CAMSP, MDPSH, CH, Education nationale (médecin scolaire, enseignant référent), équipes spécialisées autisme
Délais de réalisation	2016-2018

³ L'article D.312-194 du code de l'action sociale et des familles définit cumulativement le handicap rare

- Par un taux de prévalence, qui ne doit pas être supérieur à un cas pour 10 000 habitants
- Par l'une des combinaisons suivantes :

1 - l'association d'une déficience auditive et d'une déficience visuelle graves;

2 - l'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves;

3 - l'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves;

4 - une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience ;

5 - l'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle qu'une affection mitochondriale, une affection du métabolisme, une affection évolutive du système nerveux ou une épilepsie sévère.

Cf. le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2014-2018

Modalités d'évaluation

Formalisation d'une convention

Exploitation des rapports d'activité PMI, CAMSP, CMPP

- Nb d'enfants orientés vers les dispositifs spécialisés de 0 à 3 ans ; de 3 à 6 ans
- Nb d'enfants orientés par les médecins scolaires vers la MDPH, les équipes spécialisées
- Nb de personnes orientées vers l'équipe relais régionale handicap rare

Objectif opérationnel 2.4. Développer l'information auprès des familles, de l'entourage et des professionnels

Actions

1) Mieux faire connaître les dispositifs, acteurs de la prévention au grand public et aux professionnels (notamment aux médecins traitants)

- Recenser l'ensemble de l'offre existante (Organisme de sécurité sociale, Mutuelle, etc. et diffuser cette information via les CLIC (Travail conjoint entre la conférence des financeurs pour la prévention, les pilotes de la MAIA et les CLIC)
- Réaliser un référencement de l'ensemble des acteurs et le mettre à jour de manière continue par la MAIA (*Référentiel MAIA*)

2) Inclure la prévention de la perte d'autonomie dans les campagnes de communication du Conseil départemental

- Définir les rôles, les missions et les modalités pratiques de mise en place de lieu ou temps d'accueil, d'information et de documentation.
- Utiliser le journal du Conseil départemental pour l'information grand public

3) Informer les aidants des dispositifs existants sur le dépistage et l'accompagnement des situations de fragilité

- Recenser par les services départementaux l'ensemble de l'offre existante et diffuser à partir de la PMI, de la médecine scolaire, des pédiatres et de la MDPSH une information sur le dépistage
- Lors des premières demandes à la MDPSH, organiser une information collective ou individuelle auprès des familles par la MDPSH
- Etendre le *Référentiel MAIA* au dispositif enfants en situation de handicap
- Intégrer ces informations sur le site Internet du Conseil départemental

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 2.4

Public visé	Personnes âgées / Enfants en situation de handicap et leurs parents
Pilote des actions	Conseil départemental
Partenaires impliqués	Pilote MAIA, CODERPA, CLIC MDPSH, PMI, CAMSP, associations représentatives
Délais de réalisation	Dès 2016 et durée du schéma

Modalités d'évaluation Existence du référentiel /annuaire
Nombre de campagnes d'information réalisées par le Conseil départemental
Enquête auprès des publics sur la qualité de l'information

Axe 3. Faciliter la continuité des parcours de vie

Les orientations du schéma

- ➔ **Développer les alternatives à l'hébergement médico-social** permanent pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap
- ➔ **Adapter la réponse médico-sociale** au regard de l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie et piloter le dispositif sur la logique de parcours de vie
- ➔ **Mieux coordonner le parcours** des personnes en perte d'autonomie pour améliorer l'accompagnement et éviter les ruptures

Contexte

Le taux d'équipement médico-social avec hébergement destiné aux adultes en situation de handicap est supérieur à la moyenne nationale même si une faiblesse est constatée pour les foyers.

Les hébergements proposés relèvent des formes traditionnelles d'hébergement permanent, avec un besoin de diversifier les possibilités d'accueil en mode séquentiel ou temporaire. Le département compte 27 familles d'accueil pour 45 agréments PA/PSH à temps complet et un agrément PA/PSH à temps partiel. Cette offre constitue une réponse à mieux qualifier et à intégrer dans les dispositifs existants notamment d'hébergement séquentiel ou temporaire. Dans le même temps, l'accueil familial doit être soutenu par de la formation et une organisation qui permette le relais.

D'autre part, la logique du projet de vie doit dominer avec des propositions d'accueil et d'hébergement gradué entre le domicile et l'établissement, cela est particulièrement vrai pour les travailleurs d'ESAT (les jeunes pouvant préférer une alternative au foyer d'hébergement, les travailleurs retraités et vieillissants devant avoir des réponses de sortie du foyer).

La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie, personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Cette notion, qui repose donc sur le vécu de la personne dans son environnement, interroge l'organisation entre les acteurs et la façon dont ils parviennent à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social...).

La logique du projet de vie tient compte de la continuité des parcours des personnes et des propositions articulées tenant compte de l'évolution des besoins et des souhaits des personnes.

Cela passe d'une part par une approche territoriale de l'offre existante et par une meilleure coordination des acteurs notamment lors des transitions dues à l'âge ou à l'évolution de la situation et une adaptation de l'offre médico-sociale pour répondre à l'évolution des publics.

Les ESAT de l'Ariège en particulier sont confrontés à la problématique très prégnante du vieillissement des travailleurs avec le besoin de réponse de sortie de foyer d'hébergement

satisfaisante. La création du foyer de Monié géré par l'ADAPEI par redéploiement témoigne d'une solution apportée mais qui reste insuffisante face aux besoins du territoire.

De même, les coopérations entre établissements et services sont à renforcer dans un objectif de réponse territoriale coordonnée et afin d'offrir à la personne une possibilité de préparer les transitions. Les accueils partagés, séquentiels sont également à encourager.

Le Conseil départemental de l'Ariège souhaite ainsi donner la possibilité d'accompagnement souple et progressif en améliorant le partage d'information, la coordination et la coopération entre acteurs.

Concernant l'offre d'hébergement pour personnes âgées, le diagnostic a montré les faiblesses de l'offre pour les personnes peu dépendantes, l'accès encore limité à l'hébergement temporaire.

Les propositions intergénérationnelles ou destinées à la fois aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap sont à développer.

A l'heure où le premier volet de la loi d'adaptation de la société au vieillissement s'apprête à être promulgué, la question du positionnement des établissements d'hébergement non médicalisé pour personnes âgées se pose sous un nouvel angle de vue.

En effet, les logements-foyers qui constituent la composante principale de cette catégorie d'établissements, se voient requalifiés en résidences autonomie. Changement d'appellation mais aussi changement de contenu avec un fort accent mis sur la prévention de la perte d'autonomie et l'entretien des capacités qui dépasse très largement la mission originelle des logements-foyers d'offrir un habitat social aux retraités modestes, aussi leur ouverture aux personnes en situation de handicap vieillissantes est une option départementale.

La volonté du département est d'offrir une réponse de proximité à ceux qui le souhaitent tout en répondant aux besoins spécifiques de chacun.

La diversité des quatre Pays de l'Ariège va amener le Conseil départemental à proposer des solutions variées, en aidant les institutions existantes à s'adapter aux besoins, en proposant des solutions innovantes et nouvelles s'adressant en même temps au public âgé et au public en situation de handicap.

L'objectif est bien d'améliorer le parcours résidentiel des personnes âgées et des personnes en situation de handicap vieillissantes en augmentant les propositions d'accueil et intermédiaires entre l'hébergement permanent en établissement médico-social et le domicile.

Objectifs opérationnels :

- Développer de nouveaux modes d'accueil et d'habitat collectif pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap
- Développer l'offre d'accueil temporaire sur chaque territoire en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Développer des réponses adaptées aux personnes en situation de handicap en particulier vieillissantes et en situation de handicap psychique
- Favoriser l'accompagnement et l'activité des publics en situation de handicap en particulier jeunes et bénéficiaires des minima sociaux
- Piloter le dispositif sur la logique du projet de vie et permettre une souplesse dans les accompagnements
- Développer l'offre au service des personnes âgées en vue d'anticiper les ruptures de parcours et de soin

- Améliorer le circuit de l'information et mieux coordonner l'intervention au bénéfice des personnes âgées

Résultats attendus :

- “ Eviter les orientations par défaut.
- “ Augmenter le nombre de suivi pour l'ensemble des bénéficiaires (au terme du schéma, 100% des bénéficiaires PCH aides humaines reçoivent une visite annuelle)
- “ Diminuer le nombre d'entrées en EHPAD faites en urgence (< 30% de l'ensemble des entrées)
- “ Diminuer les ruptures lors des sorties d'hospitalisation : augmentation du nombre de plans d'aide « sortie d'hospitalisation ».
- “ Eviter les ruptures grâce à la souplesse des autorisations, optimiser l'utilisation des établissements d'hébergement (augmentation de l'activité des établissements).
- “ Offrir des solutions adaptées aux différentes situations de vieillissement des personnes en situation de handicap
- “ Une meilleure répartition de l'offre : équilibre des offres de services et établissement dans chaque pays au regard de la population.

Objectif opérationnel 3.1. Développer de nouveaux modes d'accueil et d'habitat collectif ou partagé pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

Actions

- 8) **Conduire une réflexion avec les EHPAD sur l'adaptation de leur établissement à l'accueil des personnes peu dépendantes**
 - Animer des réflexions avec les gestionnaires et directeurs d'établissements implantés sur les territoires ne disposant pas de foyer logement, sur lesquels les EHPAD connaissent de manière durable une baisse d'activité
- 9) **Accompagner les 4 foyers logements existants à la transition en résidence autonomie et l'adaptation aux nouvelles obligations prévues par le projet de loi Autonomie et vieillissement**
- 10) **Être l'interlocuteur des collectivités, EPCI, promoteurs sur des projets d'hébergements collectifs non soumis à autorisation, à destination des personnes âgées autonomes et/ou des personnes en situation de handicap**
 - Développer association auprès de l'association des maires d'Ariège, des CCAS
 - Etudier les dossiers le cas échéant et émettre un avis consultatif tenant compte de l'offre du territoire et des besoins
 - Privilégier les projets de petites capacités, d'habitat partagé, balluchonnage et l'Inter Médiation Locative (système de sous-location effectué par la Maison de l'Habitat de l'Ariège)
- 11) **Renforcer le réseau, les compétences et l'intégration des familles d'accueil au dispositif médico-social**
 - Réaliser une analyse de la répartition des familles d'accueil qui permettra d'installer des familles d'accueil en complément de l'hébergement intermédiaire suivant les besoins du territoire
 - Former les familles d'accueil pour permettre un maintien de l'accompagnement
 - Organiser des relais
 - Créer et suivre des places d'accueil temporaire et d'accueil séquentiel

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.1

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil départemental
Partenaires impliqués	EHPAD, Résidence autonomie, CCAS, Maison de l'Habitat, Accueil familial
Délais de réalisation	Action 1 : 2017/2018 Action 2 : 2016 Action 3 : Durée du schéma Action 4 : à partir de 2016
Modalités d'évaluation	Nombre d'EHPAD accompagnés dans leur réflexion Evolution du GIR moyen pondéré Nombre de personnes en GIR 5 et 6 accueillies en établissement Cartographie de l'accueil familial Nombre d'accueillants familiaux formés

Objectif opérationnel 3.2 Développer l'offre d'accueil temporaire sur chaque territoire en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Actions

- 1) **Augmenter les places d'hébergement temporaire pour une offre sur chaque territoire en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**
 - Créer des places d'hébergement temporaire à destination des personnes âgées dans les résidences non médicalisées et médicalisées, EHPAD, Résidences autonomie et accueil familial par création, extension et redéploiement (zones prioritaires PA (Pays portes d'Ariège Vallée de la Lèze, Mirapicien)
 - Intégrer dans les CPOM le développement par redéploiement de places d'accueil temporaires à destination des adultes en situation de handicap (FH, FO FAM, MAS, accueil familial) sur l'ensemble du département
 - Réaliser une évaluation de l'ensemble des places d'accueil temporaire
- 2) **Faciliter les modes d'accueil en hébergement temporaire en EHPAD**
 - Etudier la possibilité d'une APA « sortie d'hospitalisation », pour répondre aux besoins d'accueil temporaire après hospitalisation
 - Revoir le financement de l'hébergement temporaire dans les plans d'aides APA à domicile

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.2

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap vieillissantes
Pilote des actions	Conseil départemental, Agence régionale de santé
Partenaires impliqués	EHPAD, ESMS, accueil familial
Délais de réalisation	Actions 1 et 2 : dès 2016 et durée du schéma
Modalités d'évaluation	Nombre de places d'hébergement temporaires créées par territoire (PA et PSH)

Objectif opérationnel 3.3 Développer des réponses adaptées aux personnes en situation de handicap en particulier vieillissantes et en situation de handicap psychique

Actions

- 1) **Créer une unité départementale et spécifique en EHPAD pour les personnes en situation de handicap vieillissantes répondant aux critères d'accueil en EHPAD**
 - Nouer des relations entre ESMS, EHPAD et secteur sanitaire par territoire
 - Créer des unités spécifiques Personnes en situation de handicap vieillissantes en EHPAD
- 2) **Créer une unité départementale et spécifique en EHPAD pour les personnes en situation de handicap psychiques vieillissantes associée au CHAC**
- 3) **Favoriser l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes dans les résidences autonomie**
 - Travailler le projet d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes avec les établissements existants
- 4) **Adapter les activités et les conditions d'accueil en ESAT et foyers au bénéfice des personnes en situation de handicap vieillissantes**
 - Inclure le vieillissement et la santé au sein des ESAT en adaptant les postes notamment par du temps partiel ou autre et par des activités de prévention
 - Favoriser l'accueil séquentiel dans les ESAT et les foyers occupationnels, avec une complémentarité des différents accueils
 - Notifier par la CDAPH une orientation permettant un accueil partagé
 - Développer la collaboration entre SAVS et foyer d'hébergement
- 5) **Créer une équipe mobile psychiatrie pour soutenir les ESMS adultes (en particulier ESAT et Foyer d'hébergement)**
- 6) **Equilibrer les places de SAMSAH dans le département**
 - Recentrer les places de SAMSAH Handicap psychique sur le Pays des Portes de l'Ariège Pyrénées

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.3

Public visé	Personnes en situation de handicap vieillissantes, personnes en situation de handicap psychique
Pilote des actions	Conseil départemental, Agence régionale de santé
Partenaires impliqués	Organisme gestionnaire (EHPAD, SAVS, ESAT, SAVS, SAMSAH, Foyers) Centres hospitaliers
Délais de réalisation	Action 1 : 2016 Action 2 et 3 : 2017 Action 4 : 2016 et durée du schéma Actions 4 et 6 : 2018
Modalités d'évaluation	Nombre de places dédiées aux personnes en situation de handicap vieillissantes par type de structure Nombre de travailleurs vieillissants en ESAT maintenus dans l'activité (aménagement, temps partiel, etc.) Création d'une équipe mobile Cartographie des places de SAMSAH

Objectif opérationnel 3.4 Piloter le dispositif sur la logique du projet de vie et permettre une souplesse dans les accompagnements

Actions

- 1) **Permettre une souplesse dans le parcours et une réactivité dans le changement de mode d'accompagnement par la notification d'orientation de la CDAPH adaptée**
 - Expérimenter une orientation proposant plusieurs modalités d'accompagnement (accueil de jour, internat, Sessad)
 - Etablir un circuit de l'information entre la MDSPH 09 et les partenaires afin d'avoir une lisibilité du parcours de la personne
 - Etablir une fiche de liaison MDPSH 09/ ESMS/ CAF, MSA afin de s'assurer de la lisibilité du parcours et ses éventuels impacts sur les prestations notamment AEEH et PCH
 - S'assurer du consentement des familles
- 2) **Faciliter les transitions progressives en s'associant inter-établissement**
 - Développer l'accueil dans les ESMS en amont des transitions sous forme de stage ou en mobilisant l'accueil temporaire notamment auprès du jeune adulte, des personnes en situation de handicap vieillissantes
 - Créer une cellule 16-25 ans au sein de la MDPSH pour accompagner les transitions des jeunes en situation de handicap
- 3) **Modifier les autorisations par dérogation temporaire ou arrêté permanent pour permettre un accueil souple et diversifié**
 - Redéployer les autorisations pour favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire
 - Dissocier les autorisations des foyers d'hébergement de celles des ESAT
 - Transformer les autorisations pour créer des SPASAD
- 4) **Renforcer le transfert d'information entre acteurs de l'accompagnement du parcours des personnes en situation de handicap**
 - Etablir un carnet de parcours de soin et des accompagnements des personnes en situation de handicap sur l'exemple du carnet développé par le CODERPA
 - Systématiser le transfert des PPC et PPS aux ESMS lors d'une orientation effective

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.4

Public visé	Personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil départemental, Agence régionale de santé
Partenaires impliqués	MDPSH 09, ESMS
Délais de réalisation	Actions 1, 2,3 : Dès 2016 et durée du schéma Action 4 : 2017
Modalités d'évaluation	Effectivité de la souplesse des notifications de décision de la MDPSH Nombre de modifications des arrêtés d'autorisation Nombre de personnes en situation de handicap accueillies en stage dans le cadre de transition

Objectif opérationnel 3.5 Anticiper les ruptures de parcours et de soin

Actions

- 1) **Développer la palette de services à domicile**
 - Etendre le service de maintien à domicile de nuit : SAAD, SSIAD, Baluchonnage
 - Améliorer l'utilisation des places de SSIAD /SAAD par la création de SPASAD
 - Créer des services d'accueil de nuit pour raccompagner la personne à son domicile
- 2) **Créer des places d'Unité de soins de longue durée**
 - Ouvrir 90 places réparties entre le CHAC, le CH Jules Rousse de Tarascon et le CHPO
 - Ecrire un cahier des charges pour l'hébergement et l'accompagnement de l'autonomie en USLD
 - Préciser les conditions de tarification
- 3) **Repositionner les 7 accueils de jour au regard de leur fonctionnement et du public accueilli**
 - Revoir les projets des accueils de jour, la zone d'attraction, le règlement intérieur et l'organisation des transports par un travail en partenariat entre tous les acteurs du médico-social
 - Soutenir les projets d'accueil de jour itinérants
 - Positionner les projets d'accueil de jour au profit de la prévention de la perte d'autonomie, de ce fait engager une réflexion sur l'accueil des personnes dont le niveau de dépendance est GIR 1 et 2
 - Revoir le montant financier pris en charge par l'APA pour l'accueil de jour

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.5

Public visé	Personnes âgées
Pilote des actions	Conseil départemental, Agence régionale de santé
Partenaires impliqués	SSIAD, SAD, Centres hospitaliers, Organismes porteur des Accueils de jours
Délais de réalisation	Action 1 : 2017 Action 2 : 2016 et durée du schéma Action 3 : 2016 et durée du schéma
Modalités d'évaluation	Nombre de places créées (maintien à domicile de nuit) et arrêté d'autorisation Spasad Création des places USLD (taux d'activité) Taux d'activité des accueils de jours, nombre de journées financées par l'APA, GMP des accueils de jour

Objectif opérationnel 3.6 Améliorer le circuit de l'information et mieux coordonner les interventions au bénéfice des personnes âgées

- 1) **Mettre en place des outils communs au service du parcours des personnes âgées**
 - Créer un dossier unique du parcours de soin et d'accompagnement (composé de dossier, de fiches de liaison)
 - Développer l'utilisation des fiches de liaison sociale (en attendant l'utilisation d'un dossier unique)
 - Déployer des outils type le logiciel ViaTrajectoire®
 - Etudier la mise en place d'un réseau commun (plate-forme web de gestion et de suivi des cas) en tirant les enseignements de e-RESATER et le déployer sur le département
 - Etudier l'opportunité de s'adosser au travail sur le système d'information des Centres hospitaliers coordonné par le CHIVA.
- 2) **Renforcer la coordination entre acteurs intervenant auprès des bénéficiaires de l'APA**
 - Revoir le circuit d'information des dossiers APA (retour d'informations aux CLIC)
 - Repositionner clairement chaque acteur et formaliser une charte de fonctionnement (CLIC, SAD, SSIAD, CH, Accueil de jour etc.)

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 3.6

Public visé	Personnes âgées
Pilote des actions	Conseil départemental
Partenaires impliqués	CLIC, MAIA, EHPAD, SAD, SSIAD
Délais de réalisation	Action 1 : 2018 Action 2 : 2018
Modalités d'évaluation	Mise en place des outils TIC communs Conventions de partenariats signés

Axe 4. Favoriser la participation sociale et citoyenne des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

Les orientations du schéma :

- ➔ Adapter l'environnement de la personne et favoriser l'accession et le maintien dans le logement
- ➔ Développer l'accessibilité aux activités sportives, de tourisme et de loisir
- ➔ Améliorer l'accès aux droits et aux soins des personnes en perte d'autonomie

Contexte

Le maintien au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, en réponse à leur souhait et leur projet de vie, passe par une amélioration et une adaptation de leur logement. L'enjeu est de taille, puisque plus de 33 000 ariégeois ont plus de 65 ans et que cette population va quasiment doubler dans les 15 prochaines années selon les prévisions de l'Insee.

La volonté du Conseil départemental rejoint les ambitions de la loi de 2005 et la prochaine Loi Autonomie et vieillissement qui prévoit un Plan national d'adaptation des logements. Ces adaptations sont étroitement liées à la prévention de la perte d'autonomie (éviter le risque de chutes notamment). Ainsi, la loi prévoit des aides financières destinées à la prise en charge des travaux d'adaptation, en particulier pour les personnes âgées les plus modestes, un meilleur accès au crédit et des crédits d'impôt pour les propriétaires.

Afin de rendre accessibles les aides existantes et le futur dispositif, le Conseil départemental souhaite une meilleure information aux publics et coordination des aides pour faciliter le financement et l'adaptation des logements.

La participation sociale des personnes implique un environnement accessible, à travers le schéma le Conseil départemental s'engage à rendre accessible son réseau de transport public et inciter les établissements et services médico-sociaux à mutualiser leur parc de véhicules adaptés.

L'état des lieux indique un fort dynamisme associatif en Ariège pour l'accès aux sports, aux loisirs et à la culture qui signe une réelle participation des personnes en situation de handicap. Afin d'accompagner les associations, deux objectifs sont visés : appuyer les activités handisport par l'information et la communication, ouvrir les clubs, les espaces de loisirs aux personnes âgées et en situation de handicap.

Département touristique et riche en patrimoine, l'accessibilité des sites et des équipements touristiques est à développer tenant compte de tous les types de handicaps afin d'offrir une offre touristique adaptée intégrée à l'offre généraliste. Cela passera par une meilleure information des acteurs du tourisme et par la labellisation des sites « Tourisme et handicap ».

Objectifs opérationnels

- Aménager et adapter l'habitat, promouvoir le transport adapté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- Renforcer la coordination et l'information sur l'aménagement et l'adaptation de l'habitat
- Faciliter l'accès aux sports, aux loisirs et aux lieux d'exercice de la citoyenneté des personnes en situation de handicap
- Améliorer le recours aux prestations

Résultats attendus

- “ Augmenter le nombre de logements adaptés
- “ Augmenter le nombre d'adhérents dans les clubs sportifs
- “ Augmenter le nombre de sites et équipements labellisés « Tourisme et handicap »
- “ Faire diminuer le nombre de GIR 1 et 2 en entrée du dispositif APAD
- “ Rendre accessible l'ensemble du parc de transport collectif géré par le département soit accessible

Objectif opérationnel 4.1 Aménager et adapter l'habitat, promouvoir le transport adapté des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

Actions

- 1) **Organiser des visites conjointes de l'ergothérapeute de la MDPSH avec le technicien de la Maison de l'Habitat de l'Ariège pour les personnes en perte d'autonomie qui ne bénéficient pas de bilan par ailleurs**
 - Réaliser un cahier des charges de l'intervention conjointe
- 2) **Mettre en place des actions de sensibilisations pour les artisans**
 - Travailler avec la chambre des métiers et les unions professionnelles pour sensibiliser, former, les artisans aux normes d'accessibilité
- 3) **Améliorer le transport adapté**
 - Mobiliser les associations gestionnaires sur la possibilité location, le prêt ou la mutualisation de leur parc automobile adapté
 - Rendre accessible le parc de bus départemental utilisé pour les transports publics

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 4.1

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	MDPSH, Maison de l'Habitat, ANAH, Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, Chambres professionnelles, organismes gestionnaires
Délais de réalisation	Actions 1, 2,3 : 2017
Modalités d'évaluation	Nombre de visites conjointes réalisées Nombre d'artisans sensibilisés (réunions), suivi de l'évolution des devis pour l'adaptation des logements

Objectif opérationnel 4.2 Renforcer la coordination et l'information sur l'aménagement et l'adaptation de l'habitat

Actions

1) Structurer le réseau départemental

- Intégrer le dispositif logement à la conférence des financeurs
- Renforcer les compétences des CLIC et des centres locaux sur l'adaptation de l'habitat par de l'information et de la formation
- Mettre en place une plate-forme d'information, d'orientation et de coordination départementale pour les problématiques liées à l'adaptation de l'habitat

2) Réaliser un état des lieux des ressources

- Recenser l'offre de logements adaptés existants,
- Recenser les moyens mobilisables
- Elaborer une fiche synthétique à destination des professionnels et du grand public

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 4.2

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap vieillissantes
Pilote des actions	Conseil Départemental, Conférence des financeurs
Partenaires impliqués	Maison de l'Habitat, ANAH, CLIC, Centre locaux, MDPSH
Délais de réalisation	Action 1 : 2016 Action 2 : 2018
Modalités d'évaluation	Nombre d'actions sur le logement initiées par la conférence des financeurs Nombre de formations dispensées auprès des CLIC Effectivité de la plate-forme Réalisation de l'état des lieux et de la fiche synthétique et mise en ligne

Objectif opérationnel 4.3 Faciliter l'accès aux sports et aux loisirs des personnes en situation de handicap

Actions

- 1) **Organiser des campagnes d'information auprès des clubs sportifs afin de mieux connaître le handicap et les moyens à leur disposition pour inclure une personne en situation de handicap**
 - Donner la possibilité aux associations de présenter leurs manifestations d'indiquer les offres qu'ils peuvent mettre à disposition des personnes sur le site du Conseil Départemental
- 2) **Développer les liens entre les associations notamment Handisport et favoriser la mutualisation (transport, prêt de matériel, etc.)**
- 3) **Développer le label Tourisme et Handicap**
 - Sensibiliser les acteurs du tourisme sur le besoin et l'intérêt d'offrir des prestations accessibles aux personnes en situation de handicap

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 4.3

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap vieillissantes
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	Direccte, Direction du Développement Territorial de l'Economie et du Tourisme (DDTET), Associations sportives et de loisirs
Délais de réalisation	Actions 1,2,3 : 2017-2018
Modalités d'évaluation	Nombre d'associations et d'adhérents « handisport » Mise en ligne d'un outil de partage de matériel Nombre de structures de tourisme labellisés « Tourisme et handicap »

Objectif opérationnel 4.4 Faciliter l'accès aux droits et à la santé (Charte Romain Jacob)

- 1) **Au travers des CPOM, inciter les établissements médico-sociaux à favoriser l'accès aux soins adaptés et les soins de première ligne et mettre en place des actions de dépistage (dentaire, gynécologie, et.)**
- 2) **Inscrire dans les projets de santé (Maisons de santé pluridisciplinaires) des actions sur le volet accès aux soins adaptés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées**
- 3) **Eviter l'entrée dans les dispositifs de situations dégradées**

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 4.4

Public visé	Personnes en situation de handicap et leur famille
Pilote des actions	Conseil départemental - ARS
Partenaires impliqués	ESMS, Conseil de l'Ordre, Maisons pluridisciplinaire de santé, Pôle de santé, associations représentatives
Délais de réalisation	Durée du schéma
Modalités d'évaluation	Déclinaison de la Charte Jacob (formalisation)

Axe 5. Accompagner les intervenants au quotidien

Les orientations du schéma :

- ➔ **Soutenir les aidants au quotidien, au-delà des offres d'accueil temporaire ou permanent.**
- ➔ **Soutenir les professionnels en simplifiant les démarches, créant des outils communs et en favorisant les échanges entre eux.**

Contexte

Le diagnostic a mis en évidence le besoin d'accompagner davantage les aidants, qui malgré les services d'accueil, se trouvent encore démunis face aux situations de handicaps, à la maladie, à l'évolution de certains troubles qui y sont associés.

Plusieurs associations d'usagers se sont constituées et apportent conseils et soutiens aux proches dans leurs parcours (APF, Autisme Ariège par exemple).

Les professionnels, quand ils sont repérés apportent eux aussi conseils et informations...l'articulation entre les associations d'usagers et les institutions, pour conjuguer leurs actions sont rares.

Les professionnels

Objectifs opérationnels

- Diminuer les situations d'aidants en souffrance
- Faciliter les démarches administratives
- Favoriser des espaces d'échanges entre professionnels des secteurs sanitaire, social, médico-social

Résultats attendus

- “ Eviter les incidents, accidents voire maltraitances dues à l'épuisement des aidants familiaux
- “ Réduire les délais pour la mise en place des aides légales

Objectif opérationnel 5.1 Développer le soutien aux aidants

Actions

- 1) **Dépister l'épuisement des aidants familiaux par l'intervention d'un personnel qualifié**
 - Lancer un appel à projet sur une action de soutien aux aidants à domicile (inclure cette action à la convention CNSA 2016-2018)
- 2) **Inciter les CLIC à poursuivre ou mettre en place des actions de soutien aux aidants familiaux**
 - Inscrire dans leurs « lettres de missions » le besoin d'organiser des passerelles entre les aidants familiaux et les aidants professionnels.
- 3) **Soutenir les associations de personnes dans leur action auprès des aidants**
 - Lancer un appel à projet sur des actions de soutien aux aidants (inclure cette action à la convention CNSA 2016-2018)
- 4) **Mettre en place un dispositif d'accompagnement des parents pendant et après l'annonce du handicap de leur enfant.**

Intégrer cet objectif à la MAIA, articuler les interventions des CLIC et de la MDPSH

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 5.1

Public visé	Aidants naturels
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	ARS, CLIC
Délais de réalisation	2016-2018
Modalités d'évaluation	Nombre d'actions menées dans le département Nombre de personnes touchées par les dispositifs d'aide

Objectif opérationnel 5.2 Faciliter les démarches administratives

Actions

- 1) **Développer un portail unique accessible en ligne (Portail citoyen Autonomie de l'Ariège)**
 - Dématérialiser les dossiers de demande de prestations sur un site accessible au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
 - Développer la saisie en ligne de sa demande
 - Mettre en place un accès sécurisé en ligne au dossier personnel

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 5.2

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	MDPSH 09
Délais de réalisation	2018
Modalités d'évaluation	Existence du portail Nombre de demandes entrantes par le portail Nombre de personnes ayant un accès personnels

Objectif opérationnel 5.3 Créer des espaces d'échange entre professionnels des secteurs sanitaires, social et médico-social

Actions

1) Organiser des formations communes entre plusieurs structures

- Co-financer des actions de formation qui seraient mises en œuvre entre plusieurs établissements ou services

2) Organiser des réunions semestrielles par Pays, par type de métier (psychologue/animatrice/directeur)

- Proposer aux services et établissements des échanges autour de thèmes d'actualité.
- Mettre à disposition des locaux pour que les professionnels puissent se réunir

3) Renforcer les compétences managériales des directions dans les établissements de la fonction publique territoriale

- Repérer les besoins de formation managériaux
- Etablir avec le Centre de Gestion un programme de formation

4) Organiser des formations pour les familles d'accueil

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 5.3

Public visé	Tous les professionnels du secteur
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	Organismes collecteurs des fonds de formation, CNFPT, ESMS, ARS
Délais de réalisation	Durée du schéma
Modalités d'évaluation	Nombre de formations réalisées Nombre de réunions proposées par le conseil départemental Nombre de familles d'accueil formées Nombre de responsables de la FPT formés

Axe 6. Mobiliser les nouvelles technologies au service de la prévention et du maintien de l'autonomie

Dans le cadre du Schéma Autonomie de l'Ariège, la question de l'intégration des technologies de proximité et d'information est posée.

Le Conseil Départemental a sollicité l'expertise de sa structure de développement économique « Ariège Expansion » pour l'aider à définir sa politique en la matière. Un rapport a servi d'appui à ce travail (*M. Yoann Perez, Ariège Expansion « Intérêt de l'utilisation des nouvelles technologies à l'intersection des milieux sanitaires et sociaux », extrait du mémoire de recherche : Intérêt et critères de l'analyse de l'acceptabilité et de la cohérence organisationnelle de l'innovation en milieux médical, médico-social et social*).

La technologie s'avère être un outil d'amélioration utile à la fois à l'accompagnement direct des personnes âgées et en situation de handicap, utiles aux professionnels dans l'exercice de leurs métiers et facilitant la gouvernance. Elle apporte de nouveaux moyens pour atteindre les objectifs du département d'améliorer l'efficacité du service rendu au citoyen.

Cette approche est complémentaire à celle consistant à compenser prévenir la perte d'autonomie ou l'accompagnement de la dépendance par des aides sous forme d'intervenants ou de dispositifs techniques, déjà mis en œuvre par le département.

L'usage des technologies soulève une réflexion particulière dans le domaine public pour diverses raisons : coût de financement, d'investissement, difficulté d'en évaluer les gains économiques, en efficacité, crainte de déshumanisation et questions éthiques où juridiques, etc. La mise en œuvre d'actions prévues au schéma sera l'occasion d'apporter quelques réponses à ces questions.

C'est sur le thème **de la prévention et d'un soutien aux aides techniques et humaines** déjà apportées que le département désire mobiliser, investiguer autour des nouvelles technologies. Par ailleurs, le Conseil Départemental saisit l'opportunité des nouvelles technologies pour investiguer l'efficacité sur le plan économique.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication :

La technologie permet aux habitants d'un territoire de trouver une proximité ainsi que des activités là où il n'y en pas physiquement : c'est par exemple l'enjeu de la télémédecine. Il existe donc un véritable intérêt à l'utilisation des technologies sur un territoire, particulièrement sur celui de l'Ariège où la proximité et l'accessibilité (physique comme financière) peuvent freiner voire empêcher le recours aux services.

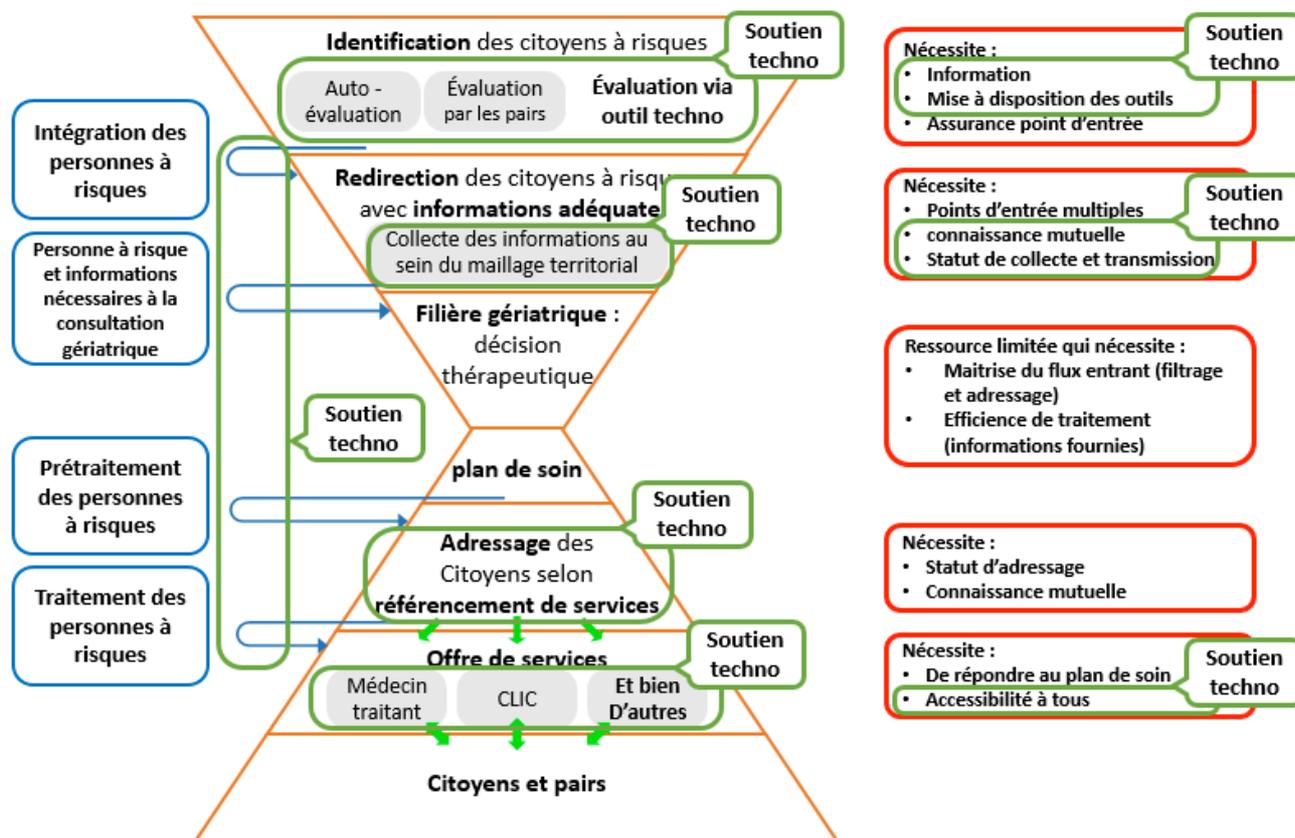
La formalisation de l'utilisation des technologies nous apprend qu'un décloisonnement des activités est possible, de manière géographique et temporelle

- Un accès en tous lieux
- Un accès en tout temps.

De plus, les mécanismes de traitement au sein de l'espace numérique (automatisation des demandes, des informations, des filtrages et des orientations) augmentent les rapports de traitement de manière efficace tout en demeurant possiblement éthique, et permettent, avec autant de moyens, une démocratisation du service, devenant alors accessible par tous en tout temps et en tous lieux.

Positionnement de la technologie dans le processus de prévention

Le schéma ci-après indique les différents niveaux d'intégration possible des technologies dans les processus de prévention



Positionnement de la technologie dans le processus de prévention

L'économie des nouvelles technologies, la prévention comme moyen d'économie :

- L'économie territoriale, au sens d'épargne territoriale : la prévention implique des retombées certainement satisfaisantes quant à l'allocation des ressources budgétaires du territoire (APA typiquement), ou permet un service rendu amélioré à prix constant ;
- L'économie sanitaire, au sens d'épargne sanitaire : de même que l'économie territoriale, mais du point de vue des caisses nationales de santé ;
- L'utilisation de fonds délaissés par le manque de collaboration et d'entente des différents environnements du parcours de vie.

La vigilance du département sur les questions éthiques :

La technologie possède une valeur éthique propre et une valeur éthique d'utilisation.

Les cadres d'utilisation, suffisamment précis et pertinents sont fournis (et devront toujours l'être) pour entraver la déshumanisation et les inégalités issues d'une technologie.

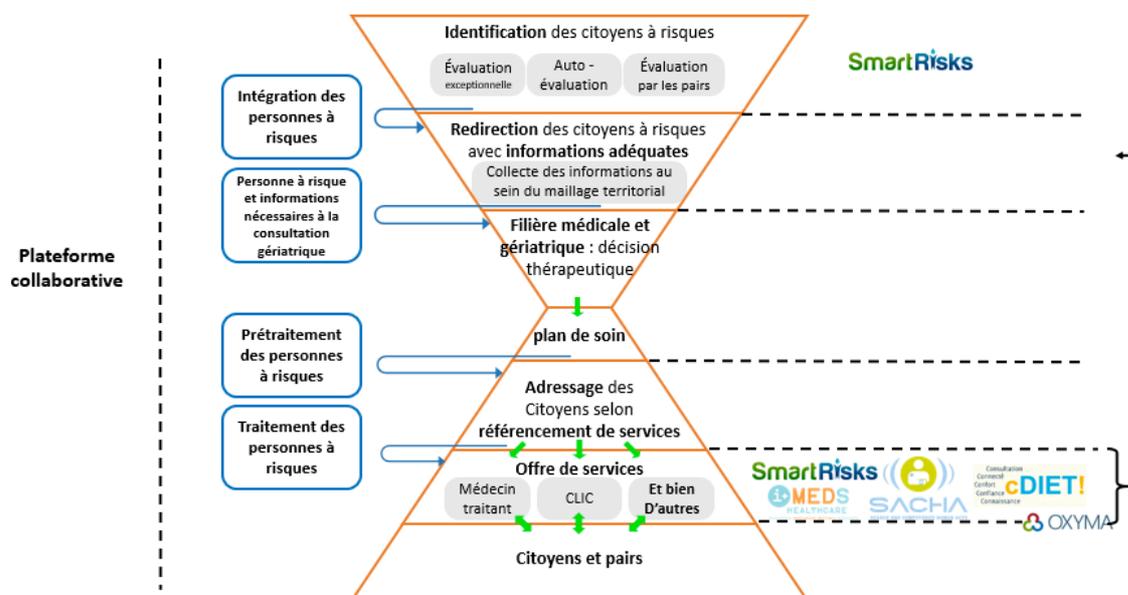
Pour chaque solution, une évaluation poussée est nécessaire pour juger de l'acceptabilité, de la conformité juridique et médicale, et de la pertinence de la technologie, soit sa valeur éthique propre. Cette capacité d'évaluation est rare et encore en cours de développement par une réflexion partagées des professionnels de Cap Bellissen.

Contexte

De nouvelles expériences débutent utilisant des nouvelles technologies en Ariège comme dans de nombreux département français. C'est ainsi qu'au moment de l'élaboration de ce schéma une étude technico-clinique va être conduite sur la Commune de Saverdun par le CLIC et l'agence de développement en partenariat avec la société SMART RISKS, projet porté par la pépinière d'entreprise de Cap Bellissen.

Les « nouvelles » technologies sont aujourd'hui peu utilisées dans le champ de la prévention au domicile comme en établissement ; elles sont mal connues par les professionnels comme par le grand public, des représentations erronées peuvent également freiner l'intérêt que professionnels comme grand public peuvent y porter.

A ce jour, les entreprises hébergées par la pépinière de Cap Bellissen se positionnent comme suit :



Positionnement des activités en conception en Ariège dans le processus de prévention

L'analyse du processus « idéal » de prévention, ses facteurs limitants, ramenés à la réalité du département amènent à la conclusion que la pérennisation de la prévention est contrainte par trois jalons majeurs :

- **L'identification** de la population fragile parmi l'ensemble de la population, les personnes âgées
- **La maîtrise du flux de personnes** consultant la ressource clé et limitante de la prévention que constitue la filière gériatrique
- **La méconnaissance** de services permettant de traiter les facteurs de fragilité au sein des territoires par les personnes elles-mêmes voire par les professionnels.

Les technologies apparaissent comme un moyen de soutenir la volonté du département de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie. C'est pour répondre à ces enjeux que le Conseil Départemental définit les objectifs suivants :

Objectifs opérationnels :

- Positionner les nouvelles technologies comme des offres complémentaires aux aides techniques et humaines actuelles tant pour la prévention que pour l'accompagnement de la dépendance
- Informer davantage professionnels et grand public sur les nouvelles technologies et les actions développées par Cap Bellissen
- Mesurer puis maximiser l'impact économique des nouvelles technologies sur les processus actuels

Résultats attendus :

- “ Renforcer le rôle social des aides humaines auprès des bénéficiaires (maintien du montant de l'enveloppe globale avec augmentation des aides humaines)
- “ Augmenter l'accessibilité de l'ensemble des aides

Objectif opérationnel 6.1. Positionner les nouvelles technologies comme des offres complémentaires aux aides techniques et humaines actuelles tant pour la prévention que pour l'accompagnement de la dépendance

Actions

- 1) Repérer les dispositifs manquants pouvant être complétés par nouvelles technologie dans le dispositif de prévention**
 - Intégrer un représentant Cap Bellissen/Ariège expansion à la conférence des financeurs
 - Maintenir la participation d'un représentant du Conseil Départemental aux comités de sélection des projets de la pépinière Cap Bellissen
 - Collaborer avec les différents acteurs et potentiels financeurs afin d'initier des projets et de répondre à des appels à projet sur la prévention et les nouvelles technologies.
- 2) Expérimenter l'utilisation des nouvelles technologies et faire des évaluations méthodiques du retour sur investissement**
 - Proposer d'expérimenter des nouvelles technologies dans le cadre des conventions tripartites ou des CPOM
 - Lancer des appels à projets.
- 3) Impliquer Cap Bellissen aux réflexions sur la télégestion des SAAD et la formation à distance des professionnels**

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 6.1

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	Ariège Expansion, ARS
Délais de réalisation	Durée du schéma
Modalités d'évaluation	nombre de projets mis en place dans les ESMS

Objectif opérationnel 6.2. Informer davantage professionnels et grand public sur les nouvelles technologies et les actions développés par Cap Bellissen

Actions

1) Faire connaître les potentialités liées aux nouvelles technologies

- Informer les ESMS, dans le cadre des réunions annuelles des projets développés par la pépinière d'entreprise
- Présenter chaque année aux élus du Conseil départemental les projets développés par la pépinière d'entreprise
- Participer à des actions d'information type forum (Cap Bellissen/Ariège Expansion)
- Diffuse et favoriser l'appropriation de la démarche e-Apy

2) Faire connaître au grand public les usages des nouvelles technologies au quotidien

- Publier des informations générales sur les nouvelles technologies et les projets de Cap Belissen dans le journal de l'Ariège

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 6.2

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	Ariège Expansion
Délais de réalisation	Durée du schéma
Modalités d'évaluation	Nombre de réunions ayant mis à l'ordre du jour les nouvelles technologies Nombre de parution ayant mis à l'ordre du jour les nouvelles technologies

Objectif opérationnel 6.3. Mesurer l'impact économique des nouvelles technologies sur les processus actuels

Actions

- 1) **Evaluer la pertinence de l'intégration des nouvelles technologies dans les plans d'aide**
 - Intégrer dans les plans d'aide APA ou PCH de manière expérimentale des nouvelles technologies
 - Evaluer les impacts (financiers, organisationnels etc.)
- 2) **Participer aux réflexions menées sur les modèles économiques**

Tableau de bord de l'objectif opérationnel 6.3

Public visé	Personnes âgées et personnes en situation de handicap
Pilote des actions	Conseil Départemental
Partenaires impliqués	Ariège Expansion
Délais de réalisation	
Modalités d'évaluation	Analyse des retours d'expériences

Glossaire

ADS : Direction des Actions pour le développement Social et la Santé du Département

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressources. Nom donné à une grille d'évaluation de l'autonomie et des ressources nécessaires à la prise en charge des personnes dépendantes.

AJ : Accueil de Jour

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APF : Association des Paralysés de France

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

BBC : Bâtiment basse consommation

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAFAD : Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDCPH : Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

CD : Conseil départemental

CFPPA : Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

CHAC : Centre hospitalier Ariège Couserans

CHIVA : Centre hospitalier du Val d'Ariège

CHPO : Centre hospitalier des pays d'Olmes

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CLIS : Classe pour l'inclusion scolaire

CMPP : Centre Médico Psycho pédagogique

CMP : Centre Médico Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale

CODERPA : COmité DEpartemental des Retraités et des Personnes Agées

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DEAVS : Diplôme d'Etat Auxiliaire de vie sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EA : Entreprise adaptée

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESS : Économie Sociale et Solidaire

ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FO : Foyer occupationnel

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement

FV : Foyer de Vie

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GEVA : Guide d'EVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HQE : Haute qualité environnementale

HT : Hébergement Temporaire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDPSH : Maison Départementale des Personnes en situation de handicap

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

PASA : Pôle d'Activité de Soins Adaptés

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

PDH : Plan Départemental de l'Habitat

PDI : Programme Départemental d'Insertion

PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SROSMS : Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de personnes malades/handicapées psychiques

USLD : Unité de Soins Longue Durée