

# SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

Conseil général de la Lozère



## 2008-2013



# SOMMAIRE

Editorial du Président du Conseil général.....	p. 4
Délibération du Conseil général de Lozère du 27 juin 2008.....	p. 5
Méthode et cheminement : Travail d'élaboration et de maturation .....	p. 7
Contribution de l'Etat à l'élaboration du schéma départemental des personnes handicapées adultes.....	p. 13
Fiches actions :	
<b>1- <u>Accès aux droits et à la citoyenneté :</u></b>	
1.1. Accès à l'information / droits.....	p. 24
1.2. Informer sur les dispositifs d'accompagnement à domicile.....	p. 25
1.3. Informer sur les établissements et services .....	p. 26
<b>2 - <u>Une vie à domicile de qualité - Logement :</u></b>	
2.1. Accès au logement : le parc disponible.....	p. 27
2.2. Connaître les besoins des personnes en matière de logement adapté.....	p. 28
2.3. Créer des logements indépendants supervisés.....	p. 29
<b>3- <u>Une vie à domicile de qualité - Accès au transport et aide à la mobilité :</u></b>	
3.1. Développer le transport à la demande.....	p. 30
<b>4 - <u>Une vie à domicile de qualité - Lutte contre l'isolement social :</u></b>	
4.1. Accéder aux techniques de l'information et de la communication (TIC).....	p. 31
4.2. Accès aux sports, aux loisirs, à la culture.....	p. 32
4.3. Créer un club de loisir et/ou un groupement d'entraide mutuelle (GEM).....	p. 33
4.4. Créer un chèque d'accès loisir culture sous forme de « <i>vignette d'accès au temps libre</i> ».....	p. 34

## 5 – Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées :

5.1. Créer un S.A.V.S. départemental.....	p. 35
5.2. Développer des places d'accueil de jour et d'accueil temporaire.....	p. 36
5.3. Dissocier les projets de travail et d'accompagnement : déverrouiller le contrat conjoint ESAT / Foyer d'accompagnement.....	p. 37
5.4. Permettre, à partir d'un établissement, un service de soin et d'accompagnement externalisé à la carte.....	p. 38
5.5. Créer des appartements de transition.....	p. 39
5.6. Former le personnel intervenant à domicile.....	p. 40
5.7. Développer l'accueil en familles agréées des personnes handicapées.....	p. 41
5.8. Favoriser une réflexion départementale sur l'accueil en établissement et la politique d'admission.....	p. 42
5.9. Accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées. Créer un observatoire.....	p. 43
5.10. Création d'un centre d'accueil temporaire régional.....	p. 44

## 6 – Accès aux soins et à la santé :

6.1. Recherche de maillage entre le CHS et les Etablissements Médico Sociaux.....	p. 45
6.2. Mettre en place une cellule sanitaire et sociale sectorisée.....	p. 46
6.3. Améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes handicapées.....	p. 47
6.4. Veiller à la santé et à l'accès aux soins des personnes lourdement handicapées en établissements.....	p. 48
6.5. Vidéo conférence et technologies de l'information et de la communication (TIC) pour les professionnels de santé.....	p. 49

*La révision du Schéma en faveur des personnes handicapées de la Lozère intervient à un moment clé dans l'histoire de l'évolution de la prise en charge des personnes handicapées.*

*En effet, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément modifié l'intervention dans ce secteur.*

*La création en 2006 de la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui en a découlé en fait un acteur majeur de l'action en faveur des personnes handicapées en Lozère.*

*Dans cet environnement, et conformément aux enjeux définis dans le projet Lozère 2007-2013, et notamment le maintien et l'amélioration du cadre de vie des Lozériennes et des Lozériens, le Département a souhaité réviser le schéma départemental des personnes handicapées. Tous les acteurs du handicap ont ainsi été réunis dès mars 2007.*

*Fruit d'une large concertation qui a rassemblé 63 personnes représentant 38 associations et institutions dans un partenariat étroit, ce document définit les grandes orientations que nous avons souhaité retenir pour les cinq années à venir afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées.*

*Les propositions d'actions s'articulent autour de 4 thématiques principales :*

- ✓ Accès aux droits et citoyenneté,*
- ✓ Vie à domicile de qualité : Accès à la mobilité, lutte contre l'isolement,*
- ✓ Mutations des réponses institutionnelles*
- ✓ Accès aux soins et à la santé*

*Je souhaite que la mise en œuvre de ces actions conforte notre tradition d'accueil des personnes les plus fragilisées. Ce schéma traduit ainsi la volonté de notre département de ne pas reposer sur ses acquis mais de toujours évoluer dans la qualité de la prise en charge des personnes handicapées.*

**Jean-Paul POURQUIER**

**DEPARTEMENT DE LA LOZERE  
DELIBERATION DU CONSEIL GENERAL  
REUNION DU 27 juin 2008 à 14h35**

---

**Délibération n°: 08-4202**

**Rapport n°: 700**

**Objet :** Révision du schéma départemental en faveur des personnes handicapées

**Commission :** Action sociale et solidarité

**Rapporté par :** Docteur Jean-Paul BONHOMME

**Direction :**

---

Le Conseil général de la Lozère, régulièrement convoqué, s'est réuni, sous la présidence de Monsieur Jean-Paul POURQUIER, Président du Conseil général.

**Étaient présents :**

M. Robert AIGOIN, M. Alain ASTRUC, M. Denis BERTRAND, Maître Henri BLANC, Docteur Jean-Paul BONHOMME, M. Pierre BONICEL, M. Jean-Noël BRUGERON, M. Jean-Claude CHAZAL, M. Francis COURTES, M. Pierre HUGON, M. Pierre LAFONT, M. Hubert LIBOUREL, Maître Pierre MOREL A L'HUISSIER, Mme Sophie PANTEL, M. Jean-Paul POURQUIER, M. Gérard SOUCHON ;

**Absents excusés :**

**Pouvoirs :**

Docteur Pierre ALDEBERT ayant donné pouvoir à Maître Henri BLANC, M. Alain ARGILIER ayant donné pouvoir à M. Robert AIGOIN, M. Jean de LESCURE ayant donné pouvoir à M. Alain ASTRUC, Docteur Jean-Jacques DELMAS ayant donné pouvoir à M. Francis COURTES, Mme Michèle MANOA ayant donné pouvoir à Mme Sophie PANTEL, M. Gilbert REVERSAT ayant donné pouvoir à M. Jean-Paul POURQUIER, M. Philippe ROCHOUX ayant donné pouvoir à Maître Pierre MOREL A L'HUISSIER, M. Jean ROUJON ayant donné pouvoir à M. Pierre LAFONT, M. Patrice SAINT-LEGER ayant donné pouvoir à M. Jean-Noël BRUGERON.

Le quorum étant atteint ;

---

Le Conseil général, après en avoir délibéré, sur proposition de la commission plénière, et sur la base du rapport de Monsieur le Président intitulé " Révision du schéma départemental en faveur des personnes handicapées " qui suit :

**EXPOSE DES MOTIFS**

Conformément à la Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, le schéma départemental est adopté par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS).

Le travail de concertation autour de la révision du schéma en faveur des personnes handicapées s'est mis en place en mars 2007.

Le Département s'est fait accompagner dans cette démarche par le CREAL – Languedoc Roussillon qui a animé la concertation. Ainsi, un diagnostic partagé a pu être posé autant sur l'offre existante à domicile que dans les établissements.

Le schéma qui vous est présenté s'articule autour de trois documents :

- Les études et le diagnostic,
- La méthodologie et la concertation,
- Les contributions de l'Etat et les fiches actions.

Vous trouverez en annexe, le document final qui présente la contribution de l'Etat et l'ensemble des fiches actions qui correspondent au programme des réalisations à mettre en œuvre sur la période 2008-2013.

L'ensemble de ce travail sera présenté à la séance plénière du CROSMS le 30 juin 2008.

Sous réserve d'un avis favorable de cette instance, je vous demande de bien vouloir valider ce schéma et de délibérer sur les actions à mettre en œuvre dans le cadre de notre politique en faveur des personnes handicapées.

#### **APRES EN AVOIR DELIBERE :**

Vu l'avis favorable de la commission de l'action sociale et de la solidarité du 18 juin 2008 ;

Vu l'abstention de M. BONICEL;

1°) approuve, à l'unanimité des votes exprimés, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées, tel qu'annexé, et qui présente la contribution de l'Etat et l'ensemble des fiches actions correspondant au programme des réalisations à mettre en œuvre sur la période 2008-2013 ;

2°) précise qu'il est expressément prévu que le schéma intègre la possibilité d'un redéploiement des structures vers des projets innovants, notamment dans les secteurs dépourvus.

## METHODE ET CHEMINEMENT : TRAVAIL D'ELABORATION ET DE MATURATION

### 1. UNE METHODE D'ELABORATION DU SCHEMA PARTICIPATIVE

Le précédent schéma arrivé à échéance, le Département de Lozère a souhaité dissocier le schéma des personnes âgées et celui des personnes en situation de handicap.

Le département de Lozère, en tant que département d'accueil de personnes lourdement handicapées venant d'autres régions doit pouvoir faire évoluer ses modes d'accompagnement des personnes handicapées, pour une plus grande flexibilité des outils de prise en charge, une réponse plus spécifique et technique pour des personnes encore sans solution dans des régions en cours d'équipement.

Il doit aussi pouvoir construire des réponses ajustées pour ses propres ressortissants, quel que soit leur handicap et leur lieu de vie sur le territoire.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées, mise en place très tôt sur ce département et opérationnelle, doit pouvoir accompagner ce challenge.

L'équipement Lozérien doit être examiné à l'aune d'un diagnostic partagé dans une concertation très large n'oubliant aucun acteur essentiel.

Ainsi, la concertation préalable au Schéma d'orientation de la politique en faveur des personnes handicapées vivant sur le territoire de Lozère a permis la mise en présence de l'ensemble des acteurs concernés.

Cette consultation a visé à mettre en synergie des points de vue aussi différents que ceux :

- des usagers

personnes handicapées adultes destinataires, demandeurs ou bénéficiaires de services et de prestations sociales et médico-sociales (et/ou leurs représentants).

- des opérateurs

Associations gestionnaires d'équipements, professionnels responsables d'établissements et opérateurs techniques de terrain, mais aussi associations non gestionnaires regroupant des usagers ou de futurs opérateurs en tant qu'elles peuvent constituer un réservoir de créativité pour de nouveaux services à promouvoir.

- des garants des politiques publiques

Services du Conseil général, services déconcentrés de l'Etat, élus et autres acteurs en charge de la politique territoriale en faveur des personnes adultes en situation de handicap.

- des personnes qualifiées

- des représentants de la société civile qui peuvent participer au débat collectif, et proposer de nouvelles perspectives d'engagement, à l'égard des personnes handicapées, sur certaines thématiques engageant plus fortement un débat de société.

L'équipement Lozérien a fait l'objet d'un diagnostic partagé dans une concertation très large n'oubliant aucun acteur essentiel.

La démarche proposée s'est articulée autour de trois principes :

1. Conduire un diagnostic partagé portant sur l'état actuel des situations diverses que connaissent les personnes en situation de handicap qui vivent en Lozère ainsi qu'une vision des évolutions en cours et de celles qui se présentent dans les années à venir, tant sur le plan des problématiques des personnes que sur les changements structurels et organisationnels du secteur social et médico-social.
2. Mener une réflexion cohérente et donc définir et problématiser des thématiques permettant de repérer des champs de réflexion tout en les articulant.
3. Promouvoir une démarche participative permettant à chaque participant d'apporter sa part dans la construction de propositions pertinentes et concrètes, dans une temporalité compatible avec les contraintes proposées dans le cadre de la commande.

Dans cette démarche, les aspects qualitatifs ont aussi été abordés. La réflexion et les objectifs poursuivis doivent permettre la meilleure adéquation entre les besoins des personnes handicapées et les services qui leur sont apportés. Les groupes en réflexion ont dû aussi s'interroger sur la qualité du service rendu et trouver des réponses adéquates aux besoins émergents tant pour les personnes déjà dans le dispositif que pour celles qui n'y ont pas actuellement accès.

Les travaux se sont appuyés sur un socle éthique et des valeurs de solidarité à l'égard des personnes en situation de handicap en garantissant, autant que faire se peut, leur participation aux travaux qui les concernaient au premier chef.

En effet, les nouvelles lois de 2002 et 2005 proposent aussi de mettre la personne au centre du dispositif et d'aider les services à construire des réponses pour les personnes concernées au plus près des situations de droit commun.

Cette concertation élargie a nécessité une méthodologie structurée pour garantir le cheminement de la démarche.

## **2. MODALITES DE TRAVAIL**

### **2.1. Thématiques des groupes de travail**

Les thématiques proposées à la concertation se sont concentrées sur les axes suivants :

- l'approche du territoire départemental :
  - Territoire comme espace naturel où sont inscrites les ressources de droit commun et les ressources spécifiques en direction des personnes en situation de handicap.
  - Territoire conçu avec un « réseau de compétences accessibles » pour chacun.
- l'approche des populations concernées :
  - Mettant l'accent sur les trajectoires et les parcours de vie,
  - Reprenant les besoins émergents pour lesquels des réponses sont à inventer,
  - Se préoccupant des personnes handicapées peu ou mal servies, voire non repérées.

- les nouveaux droits et devoirs :

- Qui contractualisent les relations entre services et usagers, en particulier l'élaboration de leur projet de vie, et la formalisation des services et prestations à réaliser.
- Mais aussi l'ensemble des pratiques qui valorisent la participation sociale des personnes, dans la variété des conditions de vie et des limites que leur impose la situation de handicap.

- l'évolution des pratiques professionnelles :

Une analyse prospective sur les acteurs professionnels de terrain devra être effectuée. En effet, l'évolution structurelle du secteur va appeler des compétences nouvelles et des renforcements techniques.

Par ailleurs, la démographie professionnelle pose déjà question en zone de montagne, à la fois sur l'implantation en libéral en service de proximité, mais aussi sur certains postes de cadres techniques dans les institutions (psychiatres, ré-éducateurs, infirmiers...).

Quatre axes de réflexion ont été retenus pour sous tendre le travail des groupes :

- la citoyenneté et la participation sociale,
- l'approche des personnes handicapées vivant à domicile : garantir un accompagnement et une qualité de vie,
- les trajectoires institutionnelles et leur flexibilité, en garantissant les besoins émergents, et notamment le vieillissement des personnes handicapées,
- la santé et l'accès aux soins.

## **2.2. Composition des groupes thématiques**

Chaque groupe était composé d'un ensemble de personnes représentant les grandes catégories d'acteurs :

- Les usagers et/ou leurs représentants,
- Les opérateurs, représentés par les associations, les directeurs de structures, les personnels techniques.
- Les représentants des services publics concernés : DSD, DDASS, DDTEFP et surtout aussi MDPH.
- Des élus, en charge des questions sociales et médico-sociales (*Conseillers généraux, élus locaux*).
- Des représentants de la société civile (*personnes qualifiées, UDAF, Union des consommateurs...*).

Les cadres de la DSD et de la MDPH ont été étroitement associés à l'ensemble des travaux.

### **2.3. Déroulement de l'animation**

Chaque groupe thématique s'est réuni 4 fois, en séquences de travail d'une demi-journée.  
L'ensemble des travaux donnant lieu à un recueil et une production de notes de séance.

L'animation et le secrétariat de séance ont été assurés par le CREAL Languedoc-Roussillon.

L'équipe engagée sur la Mission avait pour tâche de mettre en cohérence l'avancée des travaux des différents groupes thématiques, en particulier en informant des élaborations construites dans d'autres groupes de travail quand les thématiques se sont recoupées.

Aussi les calendriers ont été établis pour l'ensemble de la concertation dès son déclenchement, pour permettre aux acteurs engagés une anticipation des séquences.  
Pour parvenir à une élaboration collective efficace en terme de production des propositions attendues, les travaux ont été structurés ainsi :

#### **Séquence 1 : les constats :**

Présentation du contexte général dans lequel s'inscrit la thématique à traiter (note commune de synthèse en référence).

Les participants ont présenté leurs remarques, observations, et les données complémentaires dont ils disposent.

Les échanges ont fait l'objet d'une note de séance restituée avant la séquence suivante.

#### **Séquence 2 : le débat :**

Il s'agissait d'enrichir les premiers constats et d'engager le débat sur les différents aspects.

L'analyse produite prend la forme d'un "diagnostic partagé", susceptible d'ouvrir sur des propositions renouvelant l'approche et la résolution des questions abordées.

Une note de séance portant sur le diagnostic partagé a été rédigée et restituée aux participants.

#### **Séquence 3 : les propositions :**

Ce temps de travail avait pour objectif la formulation de propositions concrètes, fondées sur le diagnostic partagé construit en commun et validé en début de séance.

Les propositions ont été produites au delà de cette séquence sous forme de *fiches -projets* transmises au CREAL entre la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> séquence (un outil modélisé de fiche a été établi et proposé aux participants).

#### **Séquence 4 : la validation et la hiérarchisation :**

La séance ultime de travail a permis de valider collectivement les projets et propositions du groupe et de dégager collectivement les priorités à soutenir.

### **2.4. Une production collective :**

La concertation et la production des groupes thématiques a abouti à la production d'un rapport final faisant état des apports de chaque groupe sur les éléments suivants :

- Les constats de départ et les données apportées par les participants,
- le diagnostic partagé,

- les perspectives et les propositions produites validées et hiérarchisées par la suite avec les services du Département.

Il nous a paru important que l'ensemble de ces éléments rédigé dans un rapport final puisse être présenté à l'ensemble des participants ainsi qu'à leurs mandants, après validation avec le commanditaire. Ainsi une réunion de restitution a été organisée.

Cette démarche s'inscrit dans une logique de construction collective de l'ensemble des acteurs et mandants afin de permettre le portage des évolutions nécessaires dans la production d'une « culture partagée » sur les questions relatives aux personnes en situation de handicap en Lozère

### **3. LIEU D'ACCUEIL DES GROUPES DE TRAVAIL**

Un lieu neutre a été recherché afin que le travail des groupes puisse se dérouler sans interférence.

Les locaux de la MDPH, comportant une salle de réunion adaptée et équipée pour un groupe d'une vingtaine de personnes, ont accueilli la plupart des débats.

### **4. MISE EN ŒUVRE**

L'ensemble de la démarche a été engagé et le déroulement a respecté le rythme de production imaginé, avec un léger décalage dans le temps.

Les groupes ont commencé en avril et bouclé leur travail de hiérarchisation des propositions en septembre.

Il a été difficile de mobiliser des personnes handicapées pour participer aux groupes, du fait de difficultés de santé de certains leaders ou de difficultés de déplacement. Cependant par divers canaux, elles ont pu faire entendre leurs attentes.

Les professionnels ont participé aux groupes de réflexion, les directeurs mais aussi les techniciens de terrain. Les deux services publics DSD et DDASS, ainsi que la MDPH ont été présents dans les débats, mais aussi les autres services du Conseil général (direction enseignement sports et culture, routes et bâtiments) ou des services de l'Etat (direction du travail, de l'équipement, de la jeunesse et des sports).

Les données de l'enquête nationale n'étaient pas disponibles au printemps 2007, une étude en population a été engagée en complément de la démarche de concertation, auprès des établissements et des services d'aide à domicile.

Les éléments recueillis ont permis d'éclairer les aspects de diagnostic et la nécessaire mutation des réponses institutionnelles.

L'ensemble des acteurs de terrain qui se sont mobilisés dans ce travail collectif a été remercié.

## 5. LE TRAVAIL DE SYNTHÈSE

A la suite des concertations qui ont été conduites en collaboration DSD / CREAL avec une participation active de l'Etat et des acteurs de terrain, une phase de synthèse et d'élaboration des fiches de proposition en fiches actions a été conduite.

Deux groupes de pilotage restreints se sont réunis, qui ont mis autour de la table le Président et le Vice-président du Conseil général, le directeur des services, la directrice de la DSD et la directrice de la DDASS avec le CREAL qui a proposé des pistes de synthèse.

Ces réunions ont été précédées d'un travail d'approfondissement avec la direction de la DSD sur deux journées très denses, ainsi que d'une rencontre avec la direction de la DDASS.

L'Etat a produit un rapport de synthèse que vous trouverez joint à ce document ; ce rapport précise les orientations de l'Etat, Direction des affaires sanitaires et sociales, mais aussi DDTEFP et direction de l'équipement.

Un comité de pilotage élargi s'est réuni à la fin du mois de février. L'ensemble des éléments a été présenté aux services publics et aux acteurs de terrain qui ont participé à cette rencontre.

Des remarques et suggestions ont été effectuées en séance, d'autres par courrier ultérieur.

C'est à la suite de cette période que le projet de schéma des personnes adultes en situation de handicap en Lozère s'est affiné.

Le projet a été présenté en séance publique à l'ensemble des acteurs de terrain en avril. Cette séance a recueilli un satisfecit des acteurs de terrain qui ont retrouvé dans les propositions retenues leurs préoccupations de mutation du dispositif au bénéfice des personnes en situation de handicap.

Cette démarche de réflexion et de concertation de l'ensemble des acteurs œuvrant au bénéfice des personnes handicapées en Lozère a été de grande qualité et permet d'accompagner des mutations profondes du dispositif d'accueil et d'accompagnement.

## **CONTRIBUTION DE L'ÉTAT À L'ÉLABORATION DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES PERSONNES HANDICAPÉES ADULTES**

En application de l'article 50 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, la politique de l'Etat en faveur des adultes handicapés conduit ce dernier à proposer dans le cadre de sa participation à l'élaboration du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, volet adultes handicapés, la contribution ci-après.

### **A - ETAT DES LIEUX**

#### **1- Le poids du médico-social dans le département :**

Pour mémoire, le dispositif d'accueil des personnes handicapées en Lozère est historiquement important, ce département ayant développé très tôt une vocation d'accueil notamment en direction des personnes les plus lourdement handicapées. Cette dernière a fait l'objet, à plusieurs reprises, d'une reconnaissance nationale.

27 établissements pour enfants et adultes handicapés d'une capacité totale de 1459 places pour un nombre total d'emplois de 1266 emplois sont financés par l'assurance maladie et l'aide sociale de l'Etat.

S'agissant du secteur adultes sous compétence Etat, le département dispose actuellement de 16 établissements pour adultes handicapés, d'une capacité totale de 1043 places pour un nombre total d'emplois de 619,71 ETP.

Le montant de l'enveloppe médico-sociale dédiée à la prise en charge des personnes handicapées est de 60 530 064 € dont 40 652 245 € pour le secteur adulte, et ceci pour l'exercice 2007.

De fait, le taux d'équipement du département, au 1<sup>er</sup> janvier 2006, tel que détaillé dans le tableau suivant, est significativement supérieur aux taux régional et national, ceci pour tous les établissements, qu'ils soient financés par l'aide sociale de l'État ou l'assurance maladie.

<b>Catégorie d'établissement</b>	<b>Taux d'équipement Lozère</b>	<b>Taux d'équipement régional</b>	<b>Taux d'équipement national (2005)</b>
<b>Maison d'accueil spécialisée</b>	9,91	0,95	0,50
<b>Foyer d'accueil médicalisé</b>	2,36	0,49	0,32
<b>Établissement et service d'aide par le travail</b>	12,98	3,47	3,03

*Taux calculé pour 1000 adultes de 20 à 59 ans- Données STATISS 2007 pour la région Languedoc-Roussillon.*

## 2- La politique de l'État est de soutenir et conforter un secteur stratégique pour le département de la Lozère :

En cohérence avec le dispositif législatif et réglementaire en vigueur, cette politique vise à consolider l'offre médico-sociale du département en promouvant l'excellence de ce secteur dans le département.

Pour répondre aux enjeux démographiques et aux caractéristiques géographiques du département, le **plan d'action stratégique de l'État dans le département** (PASED) pour les exercices 2004 à 2007, a permis de réaliser plusieurs projets dans les secteurs du handicap afin de conforter la vocation d'accueil du département sans méconnaître les besoins des personnes ayant fait le choix de vivre à domicile.

### • **Moderniser la vocation d'accueil médico-social des enfants et adultes handicapés:**

Pour ce faire, le département a bénéficié de dispositifs spécifiques lui permettant la mise en œuvre des objectifs suivants :

#### → L'innovation et l'expérimentation :

L'application de la loi relative au développement des territoires ruraux qui dégage des moyens financiers permet de positionner le département dans une démarche d'expérimentation et de mise en place de projets innovants mais aussi et surtout de refonte des projets et outils de prise en charge dans une double vocation :

- d'une part pour répondre aux besoins départementaux et régionaux,
- et d'autre part dans une démarche de recherche de qualité.

Fin 2007, le secteur médico-social handicap avait bénéficié depuis 2005 en montant cumulé de 17 804 027 € d'exonérations de charges issues de la loi précitée, dont pour le secteur adultes handicapés 11 553 845 €.

#### → La gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences :

- 21 contrats aidés sur l'ensemble des structures médico-sociales ont permis d'offrir un nouveau panel d'emplois accompagnés par des formations qualifiantes, permettant ainsi de prendre en compte le renouvellement des départs en retraite tout en ayant un effet de levier sur l'emploi.
- Par ailleurs, les exonérations de charges issues de la loi de développement des territoires ruraux ont favorisé l'inscription des établissements dans une démarche de gestion prévisionnelle des effectifs et de formation : financement d'audits externes, recrutements anticipés, accueil de personnels en formation diplômante.

#### → L'appel à projets relatif aux pôles d'excellence rurale :

a retenu le complexe euro-méditerranéen Tourisme Sports Loisirs Handicap de Montrodât. Cette reconnaissance a été également soutenue dans le cadre du PRIAC, par une subvention d'investissement permettant de rénover l'accueil des enfants au sein du Centre d'Education Motrice de Montrodât.

→ Une politique de soutien à l'investissement conduite depuis plusieurs années :

Dans le cadre du plan d'aide à la modernisation, l'ITEP MARIA VINCENT a obtenu une aide de 100 000 € de la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie.

Dans le cadre des contrats relatifs à l'utilisation des exonérations de charges dites ZRR, plus de 3 514 197 € depuis 2005 ont été affectés ou sont programmés pour des opérations de restructuration d'établissements ou services pour adultes handicapés.

• **La réponse aux besoins des personnes adultes handicapées à domicile :**

- La création d'un site pour la vie autonome, son développement et son fonctionnement. Ce service, destiné à financer les aides techniques nécessaires au maintien à domicile (fauteuils, prothèses,...), l'aide à l'adaptation des logements de personnes handicapées, pour un montant de 160 000 €, a fait l'objet d'un transfert auprès de la maison départementale des personnes handicapées.

- L'accompagnement de dispositifs départementaux expérimentaux a été promu tels que la prise en charge de sans domicile fixe accidentés de la vie avec un partenariat social et médico-social.

- La prise en charge des handicapés à domicile par la création de services nouveaux dont la mise en œuvre concrète est en cours et est accompagnée :

- un service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) psychiques de 15 places autorisées à ce jour ;
- un service de soins à domicile pour personnes handicapées de 10 places ;
- un accueil de jour pour personnes handicapées de 8 places a été autorisé et est à ce jour partiellement financé ;
- un groupe d'entraide mutuelle.

L'ensemble de ces dispositifs permet de structurer la prise en charge à domicile et répond à la nécessité d'accompagnement des adultes handicapés psychiques mise en évidence par les résultats d'une étude régionale commanditée par le CTRI du Languedoc-Roussillon, intitulée « *souffrances psychologiques et pathologies mentales des personnes accueillies en centres d'hébergement sociaux. Analyse de la situation en Languedoc-Roussillon et proposition pour une amélioration de la prise en charge* », des Dr Catherine FABRE, José GRIMALDI et de Mme Véronique BOUNAUD, de la société GRES médiation santé, juillet 2007.

• **La démarche qualité :**

Les outils développés pour atteindre l'amélioration de la qualité de la prise en charge sont issus des dispositions législatives et réglementaires et notamment de l'application de la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 et du décret du 22 octobre 2003 codifié dans le code de l'action sociale et des familles.

Pour ancrer le département dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge, les objectifs définis et le détail de leur mise en œuvre ont pu être formalisés au travers de la signature de contrats d'objectifs et de moyens. Ces derniers concernent les structures ou associations suivantes :

→ l'association « Le Clos du Nid » à travers un avenant au contrat d'objectifs et de moyens du 24 Juillet 2004, relatif à la pluri-annualité budgétaire de l'ensemble des établissements de cette association, ceci en partenariat avec le conseil général.

→ les Instituts Thérapeutiques, éducatifs et Pédagogiques de Bellessagne et de St Etienne du Valdonnez. Ces deux contrats ont fait l'objet d'un partenariat actif avec la CRAM Languedoc-Roussillon.

→ l'ensemble des ESAT du département, en application du décret du 16 juin 2006 relatif aux ESAT.

C'est également dans ce cadre que la reconnaissance du secteur social et médico-social comme pôle d'excellence implique une démarche volontariste d'auto évaluation dans les délais fixés par la loi. À ce titre les services de l'État ont dédié des crédits non reconductibles pour un montant de 246 930 € destinés à engager l'ensemble des établissements dans la démarche d'évaluation interne, somme à laquelle s'ajoutent les disponibilités issues des exonérations de charges ZRR affectées à la formation et à la démarche qualité qui atteignent depuis 2005, 149 000 € soit 2 % du total des exonérations dont ont bénéficié les établissements et services adultes handicapés.

L'accompagnement financier ciblé de ces objectifs a permis :

- L'amélioration de la prise en charge des résidents au sein des structures ;
- La professionnalisation des personnels ;
- L'inscription des établissements dans une démarche continue d'amélioration de la qualité en s'appropriant notamment les outils issus de la loi : livret d'accueil, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, règlement de fonctionnement...

A la fin de l'année 2007, 16 établissements pour adultes handicapés avaient entamé une démarche d'auto évaluation.

Enfin, dans le cadre de la lutte contre la maltraitance, le nombre d'inspections a augmenté et a vocation à se développer avec un objectif d'inspections doublé pour les années 2007-2011. L'inspection a pour finalité de disposer d'une évaluation régulière de l'ensemble des structures et d'assurer ainsi une vigilance accrue et le contrôle de la mise en œuvre de bonnes pratiques au sein des établissements.

En 2007, 3 établissements pour adultes handicapés ont été inspectés sur un total d'inspections de 8, l'objectif national étant de 3 pour l'ensemble du secteur médico-social (personnes handicapées et âgées). La même année, 6 séjours de vacances adaptées ont été contrôlés.

### **B – La vocation d'accueil de la Lozère : une réponse aux besoins du département, des départements limitrophes et de la région :**

Ces perspectives de réponse ont fait l'objet d'un repérage des besoins et d'une inscription dans le cadre du **PR**ogramme Interdépartemental d'**AC**compagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), établi sous la responsabilité du préfet de région. La vocation d'accueil s'appuie désormais sur un ensemble d'outils permettant une démarche lisible et transparente.

C'est dans ce cadre que les projets de maintien à domicile des personnes handicapées ont constitué l'un des axes forts du PRIAC, en direction plus particulièrement des personnes handicapées psychiques et des personnes victimes de maladies chroniques invalidantes.

Cette vocation du département à accueillir des handicapés a été recentrée en priorité sur les besoins de la région Languedoc-Roussillon et sur ceux des départements limitrophes. En effet, la diversification et la qualité de l'offre permettent de répondre aux demandes d'orientations d'autres départements.

C'est ainsi qu'un projet de création d'une structure d'accueil d'urgence de 24 places a été présenté et validé par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Cette structure particulièrement innovante prend en compte les carences relevées dans les différents schémas des départements limitrophes.

Cette offre nouvelle s'inscrit dans un recensement d'équipements nécessaires aux besoins et prend en compte l'impératif d'optimisation des ressources financières et de recherche de la qualité de prise en charge qui passent par de nouvelles modalités de coopération entre établissements et services à travers les groupements et la démarche de contractualisation.

Le vieillissement de la population en établissements fonde l'objectif de médicalisation des foyers porté par le PRIAC. La déclinaison de cet objectif en Lozère implique une connaissance plus fine des pyramides des âges et des perspectives d'accueil à venir des foyers d'accueil médicalisé et des maisons d'accueil spécialisé compte tenu de l'importance du taux d'équipement du département pour ces deux types de prise en charge.

Enfin, le partenariat étroit entre les services de l'État, DDASS, DRASS, et la CRAM a permis, malgré un taux d'équipement du département largement supérieur aux moyennes régionales et nationales, de bénéficier d'accompagnements financiers, dans une perspective de modernisation et d'adaptation des outils de prise en charge et une inscription régionale plus marquée.

### **C- Orientations de l'Etat sur la durée du schéma :**

**• Dans le secteur médico-social, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales participe à la réalisation des objectifs du schéma en mettant l'accent sur les orientations suivantes :**

#### **1- Répondre aux besoins non couverts de la population habitant en Lozère :**

- Suivre la montée en charge du SAMSAH et développer le maintien à domicile des personnes handicapées par l'extension de dispositifs tels que SAMSAH, SSIAD PH et l'accueil de jour;
- Favoriser la diversification des prises en charge : externat, accueil séquentiel, périodes d'essai.....

#### **2- Développer des projets innovants en réponse à des besoins interdépartementaux :**

- Suivre le profil des populations accueillies dans le département ;
- Soutenir la création de structures expérimentales répondant à des besoins non couverts : notamment en faveur d'une part d'une prise en charge organisant la transition entre l'accueil en structures enfants et celui en structures adultes et d'autre part de dispositifs de coordination des interventions sanitaires, sociales et médico-sociales en direction de personnes en rupture de suivi ;
- Suivre la mise en œuvre de la structure expérimentale d'accueil d'urgence.

### 3- Poursuivre la politique de contractualisation et la démarche qualité :

- Généraliser les démarches qualité et d'évaluation, pré-requis indispensables au maintien de l'attractivité de l'équipement du département. Ces démarches doivent s'inscrire dans l'élaboration des projets d'établissements des structures ;
- Privilégier la contractualisation et la mutualisation des moyens ;
- Évaluer régulièrement les contrats réalisés ;
- Poursuivre la politique d'inspection contrôle évaluation ;
- Prendre en compte les indicateurs médico-sociaux dans une stratégie de convergence tarifaire et de lissage des coûts ;
- Accompagner les restructurations des structures ;
- Impulser autant que nécessaire les évolutions des agréments des structures dans l'objectif de répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies ;
- Formaliser et développer le travail en réseau ;
- Accompagner la formation du personnel et la mobilité.

### 4- Favoriser la coopération entre les secteurs sanitaire et médico-social et entre les établissements et services médico-sociaux :

- Intégrer dans les projets de maisons médicales pluridisciplinaires (volet urgences du Schéma ROS) la couverture du secteur médico-social ;
- Développer des conventions de partenariat entre les structures médico-sociales et sanitaires et notamment avec le CHS ;
- Impulser le regroupement des établissements et services en promouvant les groupements de coopération sociale et médico-sociale.

***Dans le cadre de l'Insertion par le travail, la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle anime le dispositif partenarial en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées :***

### 5- Renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées :

L'insertion professionnelle des personnes handicapées s'inscrit dans les objectifs prioritaires de l'action des services publics agissant dans le domaine de l'emploi et de l'insertion, comme il l'a été rappelé par la circulaire du 15 janvier 2007 sur la mise en œuvre de l'orientation vers le marché du travail d'une part et sur le pilotage de la politique de l'emploi en faveur des travailleurs handicapés d'autre part.

Conformément à ces instructions, l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés est un axe structurant de l'action du service public de l'emploi qui :

- Mobilise ses moyens et les dispositifs de droit commun pour ce public en particulier (bilans, actions de découverte, de mobilisation, contrats aidés...)

- S'attache au renforcement des liens avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) (réunions de travail communes, participation à l'équipe pluridisciplinaire, conventions de coopération, désignation d'un référent emploi par la MDPH et d'un correspondant handicap par l'ANPE.)

Par ailleurs, les acteurs du Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés, animé par la DDTEFP (PDITH), travaillent de façon coordonnée et complémentaire sur les trois axes suivants :

- Préparation et accès à l'emploi : actions de mobilisation des entreprises, de pré mobilisation vers l'emploi, de bilan de compétences adaptées, de préparation au code de la route, accompagnement des entreprises adaptées...
- Maintien dans l'emploi : animation de deux structures visant à prévenir le risque d'exclusion des salariés handicapés hors de l'entreprise, instruction des diverses mesures spécifiques d'aide à l'emploi ...
- « sortie évitement » du milieu protégé : action en faveur des jeunes handicapés orientés vers l'apprentissage

Ces actions spécifiques sont réalisées grâce à l'accompagnement financier de l'AGÉFIPH, de l'ANPE, de la CRAM et de la DDTEFP dans le cadre d'un partenariat élargi associant la MDPH, le conseil général, le MEDEF, le CBEN, le CRO AFPA, les établissements accueillant les jeunes handicapés ainsi que d'organismes agissant dans le domaine de la formation et de l'insertion, avec l'appui de CAP EMPLOI.

Avec un budget total de plus de 400 000 euros en 2006, le PDITH a ainsi pu accompagner vers l'emploi plus de 300 travailleurs handicapés, soit un budget moyen d'environ 1300 euros par personne.

Cette mobilisation a permis de diminuer le pourcentage de personnes handicapées par rapport au nombre total de demandeurs d'emploi de 13,7 % en décembre 2006 à 11,3% en mars 2007.

Le plan d'action qui se poursuit en 2008 devra permettre de soutenir cet effort.

***S'agissant de l'accessibilité et de l'adaptation des équipements, la Direction Départementale de l'Équipement accompagne la mise en œuvre des objectifs de la loi du 11 février 2005 :***

#### 6- Développer l'accessibilité des espaces et des transports publics :

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a permis des avancées décisives s'agissant de l'accessibilité en étendant le notion de handicap aux handicaps sensoriels et mental et en tenant compte de toute la chaîne des déplacements : voirie, transports, cadre bâti et espaces publics.

Concernant le cadre bâti, la loi rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation neufs, privés ou publics et, dans certains cas, des locaux d'habitation existants à l'occasion de travaux, excepté pour les propriétaires construisant ou améliorant un logement pour leur propre usage.

Il en est de même des établissements et des installations recevant du public qui doivent être accessibles à toutes les personnes handicapées.

A l'instar des dispositions législatives et réglementaires antérieures, la conformité à la réglementation, plus exigeante, s'impose pour toute autorisation d'ouverture d'un nouvel établissement recevant du public (ERP).

Pour les établissements recevant du public existant, la réglementation impose une mise en conformité partielle ou totale suivant la classification de l'établissement :

- ✓ Accessibilité totale à partir du 1er janvier 2015, pour les établissements les plus importants (ERP de 1ère à 4ème catégories). Un diagnostic d'accessibilité de ces établissements doit être établi au plus tard le 1er janvier 2011 ;
- ✓ Pour les petits établissements existants (ERP de 5ème catégorie), une partie de l'établissement où tous les services ou prestations de l'organisme peuvent être fournis doit être accessible au 1er janvier 2015.

Pour les parties des bâtiments préfectoraux recevant du public et les établissements d'enseignement supérieur appartenant à l'État, le délai est ramené au 31 décembre 2010.

Pour ces projets, un avis préalable de la commission consultative d'accessibilité est obligatoire. Des dérogations sont possibles mais elles sont strictes et très encadrées. Elles concernent notamment une impossibilité technique ou la conservation du patrimoine architectural.

Ces dérogations sont accordées, par le préfet, sur avis de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité. Cette commission réunit des représentants des associations de personnes handicapées, et suivant le type de dossiers :

- ✓ Des représentants des propriétaires et gestionnaires de logements ;
- ✓ Des représentants des propriétaires et exploitants d'établissements recevant du public ;
- ✓ Des représentants des maîtres d'ouvrage et gestionnaires de voirie ou d'espaces publics.

En Lozère, cette commission dont le secrétariat est assuré par la direction départementale de l'équipement se réunit une fois toutes les trois semaines pour examiner les dossiers présentés par les maîtres d'ouvrage. Elle traite 130 dossiers par an en moyenne.

## 7- La voirie et les espaces publics

La loi de 2005 impose que soit établi dans chaque commune à l'initiative du maire ou, le cas échéant, du président de l'établissement public de coopération intercommunale, un plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics.

Ce plan fixe notamment les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite, l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement d'automobiles. Il précise également les conditions et les délais de réalisation des aménagements.

Le décret du 21 décembre 2006 détaille les modalités de réalisation de ces plans qui doivent être aboutis au plus tard à fin 2009.

Afin d'aider les collectivités dans cette démarche, la direction départementale de l'équipement se met à leur disposition pour les assister dans l'élaboration de leur plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics.

## 8- Les transports publics

Les principales mesures sont destinées à doter la France de transports accessibles à tous.

La loi donne ainsi un délai de dix ans (2015) aux autorités organisatrices de transport pour rendre accessibles leur service aux personnes handicapées et à mobilité réduite.

Préalablement, ces organismes doivent élaborer un schéma directeur d'accessibilité de leur service de transport.

Là encore, la direction départementale de l'équipement peut aider les autorités organisatrices de transports dans leur démarche d'élaboration de ce schéma.

***Concernant la participation des personnes handicapées, la Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports promeut le développement de la pratique sportive et l'accès aux loisirs.***

## 9- Soutenir l'accès des personnes handicapées aux loisirs et aux sports par l'octroi de financements et l'organisation de manifestations.

Le soutien financier apporté au Pôle d'excellence rurale « Complexe euro-méditerranéen Tourisme Sports Loisirs Handicap » traduit la volonté de mise aux normes des équipements du centre de Montrodât afin d'en faire un lieu attractif de séjour et d'entraînement pour les sportifs handicapés.

Dans le cadre d'un partenariat DDJS DDASS et GEM (groupement d'entraide mutuelle), un programme d'évaluation de la pratique sportive est en cours d'élaboration. A la fois, outil d'analyse et de promotion de la pratique sportive, les résultats de ce programme permettront d'identifier les difficultés rencontrées par les personnes handicapées.

## 10- Développer une approche préventive

Si l'Etat intervient dans le financement et le contrôle, ses services développent également une approche préventive qui passe par :

- La connaissance des besoins et des évolutions. Les enquêtes à l'échelon national, régional et départemental sont disponibles sur le site de la DRASS à l'adresse suivante :
  - [www.languedoc-roussillon.sante.gouv.fr](http://www.languedoc-roussillon.sante.gouv.fr)
- L'information sur les dispositifs, les évolutions réglementaires ;
- La communication sur les indicateurs médico-sociaux dont les principaux résultats font l'objet d'une large diffusion annuelle ;
- L'accompagnement des promoteurs de nouveaux projets ;
- une implication dans la mise en place et le fonctionnement de la MDPH tant au niveau financier (l'État a contribué à hauteur de 619 783 € en 2006 et 400 443 € en 2007, sommes qui intègrent le coût des personnels mis à disposition) que dans la participation à la commission exécutive et à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

- l'association des représentants des personnes handicapées et des opérateurs au suivi des dispositifs en confiant au comité départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) ou à l'association ALMA des compétences mieux définies d'évaluation des résultats du schéma et d'interpellation des pouvoirs publics.

Mes services sont en pilotage ou associés à la réalisation des objectifs du schéma départemental en faveur des adultes handicapés contribuant ainsi soit sur un champ de compétences propre ou en partenariat avec les services du Conseil Général à poursuivre la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## **FICHES ACTIONS**

# **1. Accès aux droits et à la citoyenneté**

## **1.1. Accès à l'information / droits**

### **♦ Constat :**

Les personnes en situation de handicap et leurs familles ont des difficultés à accéder à l'information relative à leurs droits.

### **♦ Objectif :**

Rendre accessible au public concerné et à leurs aidants :

- le droit spécifique aux personnes handicapées
- le droit commun sur les questions posées

Produire un document clair et opérant.

### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées et leurs familles.

### **♦ Moyens :**

Créer une base d'information sur le site Internet de la MDPH  
Créer un fascicule d'information grand public  
Déconcentrer les lieux d'information

### **♦ Evaluation :**

Evaluation diffusion des plaquettes d'information : nombre plaquettes diffusées.  
Evaluation du site Internet de la MDPH.

### **♦ Pilotage :**

M.D.P.H.

## **1. Accès aux droits et à la citoyenneté**

### **1.2. Informer sur les dispositifs d'accompagnement à domicile**

#### **♦ Constat :**

Les personnes à domicile si elles ne sont pas en contact direct avec un assistant social ignorent quels sont les opérateurs sur leur territoire de vie.

#### **♦ Objectif :**

Mettre en place un fascicule de présentation des différents registres d'accompagnement à domicile :

- Aide à domicile et soins infirmiers à domicile,
- Groupes d'entraide mutuelle.

#### **♦ Public visé :**

Les personnes handicapées et leurs familles.

#### **♦ Moyens :**

Créer une base d'information sur le site Internet de la DDASS, du Conseil général et de la MDPH.

Créer un fascicule d'information grand public.

Déconcentrer la diffusion sur les centres sociaux territoriaux.

#### **♦ Evaluation :**

Evaluation diffusion des plaquettes d'information : nombre plaquettes diffusées.

Evaluation du site Internet de la MDPH.

#### **♦ Opérateurs :**

DSD / DDASS / MDPH/ en lien avec le CDCPH.

## **1. Accès aux droits et à la citoyenneté**

### **1.3. Informer sur les établissements et services**

#### **♦ Constat :**

Rendre accessible à tous publics les missions et coordonnées des institutions et services œuvrant dans le champ de l'accompagnement des adultes handicapés, quel que soit leur lieu de vie.

#### **♦ Objectif :**

Clarifier les objectifs et les missions de chaque établissement et service, annoncer la population prise en charge et les modalités d'accueil, souligner les complémentarités sur chaque territoire.

#### **♦ Public visé :**

Les personnes handicapées et leurs familles.

#### **♦ Moyens :**

Créer une base d'information DDASS, DSD, MDPH avec la collaboration des acteurs de terrain pour informer par territoire sur les réponses disponibles en termes d'accompagnement.

#### **♦ Evaluation :**

Réalisation d'un fichier établissements disponible sur le WEB.

#### **♦ Pilotage :**

La DSD de Lozère en collaboration avec la DDASS, appuyée par le CDCPH.

## **2. Une vie à domicile de qualité**

### **2.1. Accès au logement : le parc disponible**

#### **♦ Constat :**

Pour les personnes handicapées, comment connaître le parc disponible de logements adaptés ?

Pour les bailleurs, comment accéder à l'information relative aux aides à l'aménagement de l'habitat ?

#### **♦ Objectif :**

L'objectif est de dresser une liste actualisée de ces logements de manière à pouvoir les croiser avec les demandes.

#### **♦ Public visé :**

Personnes dont le handicap permet un maintien à domicile.

Bailleurs privés / bailleurs publics.

#### **♦ Moyens :**

La MDPH pourrait se rapprocher des services de l'Etat dans le cadre de la loi Dalo, afin de connaître le nombre de logements adaptés.

Vérifier l'existence de plaquette ou fiche informative, diffusée en direction des bailleurs privés par l'ANAH, la DDE, l'ADIL, le Centre des Impôts.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de plaquettes d'information diffusées.

#### **♦ Pilotage :**

Les services de l'Etat, dans le cadre de la politique d'accès au logement de la population générale, développeront un axe de travail sur l'accessibilité des logements aux personnes en situation de handicap.

Il est suggéré le pilotage d'un groupe de projet devant déboucher sur une mise en réseau des offres et des demandes.

## **2. Une vie à domicile de qualité**

### **2.2. Connaître les besoins des personnes en matière de logement adapté**

#### **♦ Constat :**

Méconnaissance des besoins des personnes en matière de logements adaptés et de maintien à domicile, au plan départemental et par territoire.

#### **♦ Objectif :**

L'objectif est de connaître ces besoins afin d'y répondre de façon la plus adaptée.

#### **♦ Public visé :**

Les personnes handicapées et leur famille, dans le cadre d'un projet de vie privilégiant le maintien à domicile.

#### **♦ Moyens :**

Mobiliser les associations représentatives des personnes en situation de handicap pour connaître les besoins des personnes concernées.

Mobiliser la MDPH pour repérer les besoins de logement au travers des projets de vie des personnes.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes handicapées ayant accès à l'information.

#### **♦ Pilotage :**

Les services de l'Etat, le conseil général et la MDPH pour coordonner le pilotage du groupe projet.

## **2. Une vie à domicile de qualité**

### **2.3. Créer des logements indépendants supervisés**

#### **♦ Constat :**

Le vieillissement des ascendants des personnes en situation de handicap génère des besoins en termes d'accompagnement à la vie quotidienne et en soins.  
Les personnes en situation de handicap prises en charge en établissement peuvent souhaiter s'autonomiser, ce qui nécessite la mise en place de logements supervisés.

#### **♦ Objectif :**

Garantir le choix de vie des personnes en situation de handicap.  
Leur permettre de « tester » leur projet d'autonomie dans un cadre sécurisé.

#### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées souhaitant prendre une certaine indépendance par rapport à leur famille ou par rapport à une vie institutionnelle.

#### **♦ Moyens :**

Mise en place de logements supervisés par un professionnel rattaché à un établissement, permettant un accompagnement, une socialisation et un apprentissage de l'autonomie au quotidien.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de logements supervisés occupés.

Enquête de satisfaction.

#### **♦ Pilotage :**

DSD, dans le cadre de la mutation des dispositifs institutionnels.

### **3. Une vie à domicile de qualité :**

#### **Accès au transport et aide à la mobilité**

##### **3.1. Développer le transport à la demande**

#### **♦ Constat :**

Pour chaque personne en situation de handicap, pouvoir se déplacer quel que soit son lieu d'habitation et en fonction de ses besoins constitue un élément clé de sa citoyenneté.

Le développement du transport apparaît nécessaire en raison de l'absence de desserte publique sur le département.

#### **♦ Objectif :**

Développer le transport à la demande.

#### **♦ Public visé :**

Personnes en situation de handicap, mais aussi personnes âgées isolées et personnes en difficulté.

#### **♦ Moyens :**

Profiter de l'élaboration du Schéma directeur d'accessibilité pour étudier de façon approfondie la solution du service de transport à la demande.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes utilisatrices.  
Enquête de satisfaction.

#### **♦ Pilotage :**

DSD / DRTB du conseil général, et DDE.

Dans le cadre du schéma directeur d'accessibilité, développer le transport à la demande dans les zones sans desserte publique pour les habitats dispersés et les personnes en situation de perte d'autonomie (personnes handicapées, personnes âgées).

## **4. Une vie à domicile de qualité**

### **Lutte contre l'isolement social**

#### **4.1. Accéder aux techniques de l'information et de la communication (TIC)**

**♦ Constat :**

Souvent les TIC sont pour les personnes handicapées un moyen d'ouverture sur le monde extérieur, mais cet accès est souvent difficile et nécessite des adaptations tant matérielles que des logiciels et un apprentissage plus important.

**♦ Objectif :**

Mettre en place des dispositifs d'accès aux technologies d'information et de communication afin de rompre l'isolement social du fait de leur handicap.

**♦ Public visé :**

Personnes en situation de handicap.

**♦ Moyens :**

Faciliter l'accès aux TIC pour les personnes en situation de handicap. Favoriser l'émergence d'un pôle ludique et convivial.

**♦ Evaluation :**

Nombre de personnes ayant accès.

**♦ Pilotage :**

Conseil général dans le cadre du développement technologique du territoire.

## **4. Une vie à domicile de qualité**

### **Lutte contre l'isolement social**

#### **4.2. Accès aux sports, aux loisirs, à la culture**

##### **♦ Constat :**

Absence de données disponibles sur les possibilités d'accès des personnes handicapées aux sports, aux loisirs, à la culture, et aux lieux d'hébergement touristiques.

##### **♦ Objectif :**

Accès aux sports, aux loisirs, à la culture et aux activités touristiques pour les publics handicapés, quel que soit leur handicap.

##### **♦ Public visé :**

Les personnes handicapées résidant en Lozère (à domicile ou en établissements) ou y séjournant (touristes).

##### **♦ Moyens :**

- Recenser les offres accessibles dans divers domaines (les lieux, salles accessibles, les activités associatives ouvertes, les matériels spécifiques et leurs disponibilités) en Lozère.
- Recueillir les souhaits et besoins des personnes handicapées.
- Constituer une base de données recensant ces activités, informer, communiquer.
- Mettre en place un guide des équipements sportifs et de loisirs accessible aux personnes handicapées (label accessibilité).
- Promouvoir et encourager les pratiques culturelles, sportives et de loisirs accessibles aux publics handicapés.

##### **♦ Evaluation :**

Nombre d'actions ouvertes aux personnes en situation de handicap.  
Diffusion du guide des équipements sportifs et de loisir accessibles.

##### **♦ Pilotage :**

Comité départemental du tourisme et des loisirs, syndicats d'initiatives et DDJS.

## **4. Une vie à domicile de qualité**

### **Lutte contre l'isolement social**

#### **4.3. Créer un club de loisir et/ou un Groupement d'entraide mutuelle (GEM)**

##### **♦ Constat :**

Les personnes en situation de handicap ont un accès limité aux activités culturelles et de loisirs et se trouvent souvent dans une situation d'isolement social.

##### **♦ Objectif :**

Permettre l'accès aux loisirs des personnes handicapées, lutter contre l'isolement social et faciliter la participation sociale.

Valoriser la solidarité et l'émergence de projets culturels communs.

##### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées adultes vivant à domicile et souhaitant sortir de leur isolement.

##### **♦ Moyens :**

Créer un club de loisirs ou un GEM. Organiser des moyens d'échanges dans le but d'apporter une aide, une écoute.

##### **♦ Evaluation :**

Création d'un GEM et fréquentation (nombre de personnes).

##### **♦ Pilotage :**

DDASS / DDJS/ DSD

Mise en œuvre d'un groupe de proposition, étudier les besoins exprimés et construire un cahier des charges.

## **4. Une vie à domicile de qualité**

### **Lutte contre l'isolement social**

#### **4.4. Créer un chèque d'accès loisir culture sous forme de « vignette d'accès au temps libre »**

##### **♦ Constat :**

Accès limité des personnes handicapées aux événements culturels et aux loisirs, lié au manque d'accompagnants (+ coût de la sortie majoré : l'accompagnant doit payer sa place).

##### **♦ Objectif :**

Lutter contre l'isolement social et accéder au temps libre.

Faciliter l'accès aux accompagnateurs habilités.

##### **♦ Public visé :**

Les personnes handicapées adultes vivant à domicile et leurs accompagnateurs.

##### **♦ Moyens :**

Créer la vignette d'accès au temps libre, qui permet la gratuité aux accompagnants lors de visites. La MDPH valide le besoin d'accompagnement.

##### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes ayant un accès au chèque.  
Enquête de satisfaction.

##### **♦ Pilotage :**

Conseil général

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.1. Créer un S.A.V.S. départemental**

#### **♦ Constat :**

La réussite de l'insertion sociale des personnes handicapées, au-delà de l'accompagnement dans des formules d'hébergement ou d'appartements extériorisés, passe par la création d'un SAVS.

#### **♦ Objectif :**

Favoriser l'insertion sociale et l'ouverture sur la vie de la cité.

#### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées lozériennes vivant en logement autonome.

#### **♦ Moyens :**

Proposer un SAVS départemental détaché de tout dispositif institutionnel.

#### **♦ Evaluation :**

Création du service.  
Nombre de personnes ayant accès à ce service.

#### **♦ Pilotage :**

DSD.

Un cahier des charges sera établi pour un appel d'offre.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.2. Développer des places d'accueil de jour et temporaire**

#### **♦ Constat :**

L'accueil de jour ou temporaire reste une modalité marginale alors même que les personnes handicapées ou les aidants naturels peuvent avoir besoin de répit ou de changement.

#### **♦ Objectif :**

Créer des places d'accueil de jour afin d'assurer l'accompagnement des personnes handicapées à domicile.

Permettre l'accès à des séjours d'accueil temporaire sur des périodes déterminées.

#### **♦ Public visé :**

Adultes handicapés vivant au domicile familial.

Personnes en situation de handicap vivant en domicile indépendant.

#### **♦ Moyens :**

Prévoir des places d'accueil de jour disponibles. Permettre un accueil de jour à la carte.

Une orientation CDA / MDPH sera demandée.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de places et fréquentation.

#### **♦ Pilotage :**

Conseil général / DSD/ DDASS

Groupe de projet prévoyant des places d'accueil de jour par territoire, sur appel d'offre et en redéploiement de moyens.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.3. Dissocier les projets de travail et d'accompagnement : déverrouiller le contrat conjoint ESAT / Foyer d'accompagnement**

#### **♦ Constat :**

Des verrouillages administratifs existent entre la capacité de l'ESAT et celle du Foyer, le foyer est consubstantiel de l'ESAT. Les travailleurs handicapés n'ont pas la possibilité d'être en ESAT sans foyer d'hébergement et vice versa.

#### **♦ Objectif :**

Décloisonner les formules de travail et d'accompagnement, répartir l'offre hébergement et de travail différemment.

- Prendre en compte les différents temps de vie et dissocier projet de travail et accompagnement social.
- Trouver un dispositif plus souple qui permette la prise en compte dissociée du temps de travail et du temps de vie sociale.
- Trouver un aménagement dans le règlement départemental, permettre le travail à temps partiel, valoriser le temps libéré.

#### **♦ Public visé :**

Travailleurs handicapés.

#### **♦ Moyens :**

Désolidariser les deux dispositifs dont les orientations sont différentes.

Rendre possible l'accueil en ESAT en externat.

Adapter une offre standardisée au cas par cas (possibilité d'exercer une activité à temps partiel).

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes en ESAT en externat.

Nombre de personnes hébergées, non travailleurs en ESAT.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS et DSD

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.4. Permettre, à partir d'un établissement, un service de soin et d'accompagnement externalisé à la carte**

#### **♦ Constat :**

Les personnes handicapées vivant à domicile ont du mal à accéder aux soins paramédicaux et à diverses prestations (maintenance matérielle ou fourniture de repas) qui sont les garanties d'une vie à domicile de qualité.

#### **♦ Objectif :**

Permettre le maintien à domicile via les services que proposent les établissements. Proposer des prestations techniques externalisées quand le dispositif libéral n'est pas accessible.

#### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées vivant à domicile.

#### **♦ Moyens :**

Conventions de prestations liant les établissements, les associations d'aide à domicile et les personnes handicapées.

Mise à disposition du plateau technique de l'établissement.

Permettre un suivi individualisé « à la carte » pour des bénéficiaires à domicile qui n'auraient pas l'opportunité d'un tel service.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes bénéficiant d'un service externalisé / établissement.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS et DSD

Initier un processus expérimental tendant à proposer, par territoire, des services à la personne via des prestations externalisées des établissements.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.5. Créer des appartements de transition**

#### **♦ Constat :**

Le retour à domicile de personnes devenues lourdement handicapées peut poser quelques difficultés. Il s'agit de bien vérifier la faisabilité d'une vie autonome à domicile (capacités physiques et mentales, ressources humaines disponibles, moyens financiers...). Il s'agit de proposer à ces personnes un appartement adapté, adossé à un établissement, qui permettrait de vérifier la capacité à réaliser leur projet de vie autonome. Ce lieu est également un « sas » permettant de refonder un nouveau projet de vie.

#### **♦ Objectif :**

- Faire la transition entre les établissements médico-sociaux et le domicile
- Réévaluer les besoins sur un territoire donné.
- Rechercher un assouplissement des dispositifs qui permette un meilleur service aux personnes en situation de handicap vivant en Lozère.

#### **♦ Public visé :**

Personnes lourdement handicapées en situation de transition sociale (rupture familiale, sortie de centre de rééducation) et n'ayant pas de lieu d'accueil adapté.

#### **♦ Moyens :**

Proposer quelques appartements adaptés et territorialisés, selon les besoins, adossés à des EMS qui en assureraient la gestion. Un appel d'offres auprès des associations pourrait permettre de labelliser ce type d'appartements.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un apport de transition dans l'année.

#### **♦ Pilotage :**

Conseil général / DSD et DDASS

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.6. Former le personnel intervenant à domicile**

#### **♦ Constat :**

Difficulté pour trouver du personnel formé pour intervenir au domicile des personnes handicapées en raison de la spécificité de cette prise en charge. Problème de disponibilité de ce personnel pour entreprendre des formations.

Au-delà de la difficulté à trouver du personnel formé, il est bien difficile de conserver les personnes embauchées, la concurrence des emplois stables fournis par les établissements médico-sociaux laisse peu de chance aux associations d'aide à domicile.

#### **♦ Objectif :**

Proposer des formations adaptées au personnel embauché par les associations et conforter leur statut pour les fidéliser.

#### **♦ Public visé :**

Professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées.

#### **♦ Moyens :**

Mise en place d'actions de formation obligatoire et rémunérée.

Favoriser les regroupements d'employeurs pour faciliter la formation et sécuriser le parcours professionnel.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de professionnels ayant suivi des formations qualifiantes.

#### **♦ Pilotage :**

DSD en collaboration avec les services d'aide à domicile + DDTEFP.

Qualifier les professionnels et sécuriser les modes d'intervention à domicile.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.7. Développer l'accueil en familles agréées des personnes handicapées**

#### **♦ Constat :**

Seules deux familles d'accueil et de soutien existent en Lozère.

L'accueil en famille permet de diversifier l'offre et de proposer un choix de vie en famille.

#### **♦ Objectif :**

Développer les familles d'accueil et de soutien afin de lutter contre l'isolement social et de prendre en compte le vieillissement des ascendants.

Permettre aux personnes qui ont vécu longtemps en institution un accueil en famille.

Dans le cadre de loi, il est possible de favoriser l'émergence de familles d'accueil recevant à leur domicile une à deux personnes handicapées.

#### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées vivant au domicile.  
Personnes handicapées vivant en institution.

#### **♦ Moyens :**

Développer les familles d'accueil et de soutien et veiller à la qualité de la prise en charge.  
Possibilité de prises en charge souples (accueil journée et dans la durée).

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de familles d'accueil et nombre de personnes accueillies.

#### **♦ Pilotage :**

Conseil général / DSD

La régulation et le contrôle technique de ces familles pourraient être confiés en mission à un établissement médico-social, sur un territoire donné.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.8. Favoriser une réflexion départementale sur l'accueil en établissement et la politique d'admission**

#### **♦ Constat :**

Certains accueils en EMS s'effectuent dans l'urgence et sans connaissance préalable du candidat.

#### **♦ Objectif :**

Préparer l'admission afin qu'elle ne se fasse pas dans l'urgence.

Vérifier que l'admission est conforme aux agréments de l'établissement.

Créer un observatoire des flux de population lozériens et non lozériens demandant une entrée dans les établissements de Lozère.

Favoriser les recrutements de proximité (locaux, régionaux, départements limitrophes) et le redéploiement des structures vers des projets innovants, notamment dans les secteurs dépourvus.

#### **♦ Public visé :**

Personnes en situation de handicap, bénéficiant d'une orientation CDA, en recherche d'une solution d'accueil adaptée.

#### **♦ Moyens :**

Mettre en place une véritable politique d'admission départementale.

- Travailler la préparation du projet d'entrée en établissement,
- Vérifier l'orientation choisie par le candidat,
- Constituer des listes d'attente basées sur une bonne connaissance du candidat et croisées entre établissements.

#### **♦ Evaluation :**

Etude de la population accueillie en établissements, sur les 2 dernières années.  
Enquête de satisfaction.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS / DSD / MDPH

Mettre en œuvre un groupe de travail sur les politiques d'admission et le croisement des listes d'attentes afin d'avoir une vision partagée de l'attente des candidats et de leur nombre.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.9. Accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées.**

Créer un observatoire.

#### **♦ Constat :**

Les personnes handicapées travaillant en ESAT, les personnes handicapées vivant à domicile ou dans un foyer de vie ou une MAS peuvent avoir des problèmes de santé surajoutés et une perte d'autonomie qui nécessitent un accueil spécifique pour eux.

#### **♦ Objectif :**

Créer un dispositif d'observation de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement.

Offrir à chaque personne en situation de handicap, avançant en âge, une prise en charge en rapport avec son projet individuel.

#### **♦ Public visé :**

Personnes handicapées avançant en âge en perte d'autonomie.

#### **♦ Moyens :**

Rechercher des solutions de prise en charge adaptées à chaque situation.  
Etayer les dispositifs.

#### **♦ Evaluation :**

Création de l'observatoire.

#### **♦ Pilotage :**

DSD / DDASS et MDPH

Mettre en place un travail en réseau pour permettre des possibilités diversifiées.

Travail en réseau et régulation par les autorités de tarification et la MDPH afin que les places spécifiquement destinées aux personnes handicapées vieillissantes leur soient effectivement dévolues.

Au travers d'un observatoire à créer au sein de la MDPH, suivi démographique de la population accueillie en établissement et vivant à domicile et anticipation de son avancée en âge.

## **5. Mutation des réponses institutionnelles pour prendre en compte les besoins individuels des personnes handicapées**

### **5.10. Création d'un centre d'accueil temporaire régional**

#### **♦ Constat :**

Pour les personnes atteintes de maladies neurologiques chroniques et/ou évolutives, il est difficile de trouver des solutions d'accueil temporaire répondant à leurs besoins et comportant une dimension médicalisée.

#### **♦ Objectif :**

Apporter des réponses d'accueil de répit, temporaire (90 jours par an max.) intégrant la dimension médicale.

Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants.

Répondre aux besoins de la population du Languedoc-Roussillon et des départements limitrophes.

#### **♦ Moyens :**

Créer un centre d'accueil temporaire étayé par un projet thérapeutique adapté.

#### **♦ Evaluation :**

Nombre de bénéficiaires accueillis dans l'année.

Origine des bénéficiaires.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS

Réflexion sur les attentes en terme d'accueil temporaire des populations lourdement handicapées issues de la région Languedoc-Roussillon et des départements limitrophes des autres régions.

## **6. Accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en Lozère**

### **6.1. Recherche de maillage entre le CHS et les Etablissements Médico-Sociaux**

#### **♦ Constat :**

Absence de souplesse entre les dispositifs, préjudiciable à une prise en charge ajustée des trajectoires individuelles des personnes hospitalisées en CHS et relevant du médico-social.

#### **♦ Objectif :**

- Renforcer les collaborations entre les structures en formalisant les pratiques.
- Favoriser la souplesse des trajectoires individuelles en réduisant les obstacles administratifs.
- Assouplir le fonctionnement inter établissements.

#### **♦ Moyens :**

Modifier le règlement départemental de l'aide sociale pour permettre le financement des périodes de stages ou séjours d'observations dans les établissements médico-sociaux.

Favoriser une dynamique d'échanges et d'analyse des situations.

Proposer un temps d'évaluation institutionnel avec l'équipe demandeuse et concernée au Centre de réadaptation.

#### **♦ Evaluation :**

##### **Indicateurs :**

- nombre de personnes sorties du CHS vers le médico-social,
- nombre de personnes ayant effectué un stage dans le médico-social,
- nombre de situations partagées,
- temps de travail partagé par situations communes.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS/ DSD

Mettre en place en collaboration avec les acteurs de terrain un observatoire des flux de populations concernées par des prises en charge partagées et/ou consécutives. Rechercher des modèles conventionnels pour rapprocher et cadrer les modalités de collaboration.

Proposer des formations communes pour que les professionnels agissent de façon coordonnée.

## **6. Accès aux soins et à la santé**

### **6.2. Mettre en place une cellule sanitaire et sociale sectorisée**

#### **♦ Constat :**

Difficulté de la prise en considération de la souffrance psychique des personnes handicapées psychiques vivant à leur domicile (CHRS compris) en situation de déni de besoins de soins.

#### **♦ Objectif :**

Apporter une réponse appropriée à ces situations fréquentes (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers) afin d'éviter l'aggravation des troubles et le recours aux soins sous contrainte.

Emergence d'une équipe itinérante.

#### **♦ Public visé :**

Personnes désocialisées.

#### **♦ Moyens :**

Emergence d'une équipe itinérante.

Création de cellules de « *veille sanitaire et sociale* » sectorisées, dont les missions seraient d'assurer la mise en relation des personnes, de collecter des éléments permettant de recenser et d'identifier l'environnement de la personne, d'assurer un lien entre cette cellule et les partenaires de psychiatrie, de définir une stratégie d'aide au malade à court et moyen terme.

#### **♦ Evaluation :**

Création de l'équipe itinérante.

Nombre de personnes suivies dans l'année.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS

## **6. Accès aux soins et à la santé**

### **6.3. Améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes handicapées**

#### **♦ Constat :**

L'hospitalisation des personnes handicapées pour une pathologie somatique soulève la question de la méconnaissance réciproque des équipes des deux dispositifs : sanitaire et social.

#### **♦ Objectif :**

Créer en milieu hospitalier les conditions facilitant la délivrance des soins appropriés et une hospitalisation la moins traumatisante possible.

Renforcer les liens.

#### **♦ Moyens :**

Elaborer une fiche standardisée (éléments d'information nécessaires et pertinents au suivi de la personne handicapée).

Former et informer les personnels.

Organiser des formations communes aux personnels hospitalier et médico-social.

#### **♦ Evaluation :**

##### **Indicateurs :**

- Questionnaire de satisfaction des usagers handicapés (adapté à leurs capacités d'expression).
- Formations proposées et/ou suivies par le personnel hospitalier et médico-social en matière de handicap.
- Formations suivies en commun par le personnel hospitalier et médico-social.

#### **♦ Pilotage**

DDASS et DSD

## **6. Accès aux soins et à la santé**

### **6.4. Veiller à la santé et à l'accès aux soins des personnes lourdement handicapées en établissement**

#### **♦ Constat :**

Les personnes polyhandicapées ou avec handicaps multiples, constituent une population traditionnellement accueillie en nombre dans les EMS lozériens, qui présentent des besoins de santé spécifiques.

#### **♦ Objectif :**

Dresser un bilan exhaustif de leur suivi de santé.

Construire des recommandations de bonnes pratiques en matière de suivi de santé.

#### **♦ Moyens :**

Dans le cadre d'une mutualisation des moyens : recenser la population concernée, évaluer la prise en charge actuelle, déterminer le suivi de santé nécessaire.

#### **♦ Evaluation :**

##### **Indicateurs :**

- Nombre de personnes polyhandicapées ou avec des handicaps multiples,
- Taux d'encadrement des personnels médical et paramédical,
- Niveau de formation des personnels engagés auprès de ces personnes,
- Conventions de mutualisation des moyens entre établissements et services.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS et DSD conjointement en appui sur les professionnels de terrain en réseau.

Veiller à ce que le suivi de santé soit fait.

Vérifier que le suivi des soins soit effectif dans la ligne de responsabilité soignante (médecin prescripteur, infirmier et rééducateur).

## **6. Accès aux soins et à la santé**

### **6.5. Vidéoconférence et technologies de l'information et de la communication (TIC) pour les professionnels de santé**

#### **♦ Constat :**

La situation géographique du département et la faible densité médicale en spécialistes rendent hypothétique un suivi de proximité et de haute technicité.

#### **♦ Objectif :**

Augmenter la fréquence des échanges individuels ou groupés entre les patients et les professionnels de santé médical et paramédical.

Réduire l'isolement des patients dans la thérapie quotidienne.

Optimiser le temps des professionnels de santé.

Amener les compétences médicales (diagnostiques, thérapeutiques, conseils de vie quotidienne) au plus près du patient et de son médecin traitant.

#### **♦ Moyens :**

Mettre à disposition des salles équipées d'un système de vidéoconférence via les technologies Internet haut débit.

Rendre accessible sur le territoire départemental les TIC.

#### **♦ Evaluation :**

##### **Indicateurs :**

- Taux d'utilisation et nombre de contacts réalisés en télé médecine.
- Temps moyen d'accès (par la route) à une salle équipée.

#### **♦ Pilotage :**

DDASS\_en lien avec le pôle télé médecine.