

SCHÉMA
DÉPARTEMENTAL
DE L'AUTONOMIE
DES PERSONNES

2012-2017



Deux idées forces ont concouru à l'élaboration du schéma départemental pour l'autonomie des personnes.

D'une part, la volonté de réunir, dans un même schéma, le champ des personnes âgées et celui des personnes handicapées. Cette convergence a été travaillée autour d'une problématique commune : l'autonomie des personnes.

D'autre part, le souhait d'être le plus concret et opérationnel possible, en s'appuyant sur une large concertation avec l'ensemble des acteurs territoriaux (les institutions publiques, les associations, les établissements et les professionnels du médico-social) afin de partager les constats et les priorités.

Ce schéma départemental pour l'autonomie des personnes 2012-2017 constitue donc la feuille de route du Département pour les 5 prochaines années.

Quatre grands axes structurent ce schéma :

- l'évolution des pratiques de pilotage afin d'acquérir une connaissance fine des publics concernés ;
- l'introduction d'une plus grande souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie ;
- le renforcement des liens avec le secteur psychiatrique afin d'en faire un partenaire à part entière des réponses médico-sociales ;
- le développement des innovations pour favoriser une vie autonome : il s'agit dorénavant de développer des solutions intermédiaires entre le domicile et l'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Parfaitement conscient des enjeux sociétaux majeurs posés par le vieillissement et la prise en charge de la perte d'autonomie, le Conseil général exprime à travers ce schéma sa détermination à préserver les solidarités sur son territoire et à apporter des réponses de proximité, dans le respect des projets de vie des publics fragilisés.

Yves ROME

Sénateur
Président du Conseil général de l'Oise



Préambule	4
Les Grandes Orientations	5
Méthodologie d'élaboration du schéma pour l'autonomie des personnes	6
PARTIE 1 : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL	
1/ Éléments démographiques	
1-1 Évolution de la population	10
1-2 Répartition des personnes âgées : point de vigilance sur les plus de 85 ans	11
1-3 Répartition des personnes handicapées : un repérage difficile	14
2/ Éléments contextuels	
2-1 Bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	14
2-2 Précarisation des personnes retraitées	15
2-3 Bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)	16
2-3-1 La prestation de compensation du handicap enfants	17
2-3-2 La prestation de compensation du handicap adultes	17
2-4 Bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	18
2-5 Les adhérents à la téléalarme	18
2-6 Bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)	19
2-7 L'aide sociale en établissement versée par le département	19
3/ Les services	
3-1 L'accueil et l'accompagnement des usagers	19
3-1-1 La réalisation des précédents schémas	19
3-1-2 La place des relais autonomie des personnes	20
3-2 Les services d'assistance à la personne	20
3-2-1 Taux d'équipement des services d'assistance à la personne	20
3-2-2 Modalités d'intervention des services à domicile et niveaux de réponses possibles	20
3-2-3 Les nouveaux dispositifs issus des derniers schémas	21
3-3 Taux d'équipement de services de soins infirmiers à domicile	21
3-4 Les réseaux de soins	22
4/ Les structures d'hébergement	
4-1 Les structures d'accueil de personnes âgées	22
4-1-1 Le taux d'équipement de structures pour personnes âgées	22
4-1-2 Profils des résidents d'EHPAD	23
4-1-3 La diversification des réponses et alternatives aux réponses d'hébergement	24
4-2 Les structures et services d'accompagnement pour les personnes adultes handicapées	24
4-2-1 Évolutions de l'offre d'accueil	25
4-2-2 Les services d'accompagnement et de maintien à domicile	28
4-2-3 La diversification des réponses et alternatives aux réponses d'hébergement	29
5/ La démographie des personnels médicaux	
5-1 L'adéquation des qualifications et compétences	29
5-2 Enjeux de santé publique et réponses médico-sociales	30
PARTIE 2 : LES ORIENTATIONS ET LES FICHES-ACTIONS	
Introduction	32
Arborescence des fiches-actions	34
Fiches-actions	38
AXE 1 : évolution des pratiques de pilotage	38
AXE 2 : permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	45
AXE 3 : faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	60
AXE 4 : développer les innovations pour favoriser la vie autonome	69
GLOSSAIRE	83



PRÉAMBULE

Le schéma départemental de l'autonomie des personnes est le fruit d'une large consultation des partenaires institutionnels et associatifs et d'une mobilisation de l'ensemble des services de la direction de l'autonomie des personnes et de la MDPH.

Il a pour ambition de fixer dans un même document, les grandes orientations à l'horizon 2017 des priorités départementales en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il s'inscrit dans la continuité des schémas précédents et s'articulera avec le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROSMS) de l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Ainsi, plus de 900 personnes ont été invitées et 407 personnes ont apporté leurs contributions au travers de leur participation à des tables rondes.

Établies sur la base d'un diagnostic territorial préalable, les orientations ont été validées, après avis des instances consultatives (CDCPH, CODERPA et CDDO) par la Commission Permanente en juillet 2012.

Elles sont conçues sous forme de fiches-actions opérationnelles qui pourront faire l'objet d'évaluations annuelles.

Certaines orientations sont spécifiques aux personnes handicapées ou aux personnes âgées et d'autres s'adressent indifféremment aux deux publics.

La dimension territoriale est l'élément novateur de ce schéma autonomie.

Ainsi il s'inscrit dans une démarche de projet territorial dont les finalités sont de :

- définir les perspectives d'adaptation de la politique d'action sociale du département de l'Oise au regard des besoins des habitants, de l'offre existante et des collaborations possibles avec les partenaires,
- Construire des réponses sociales et médico-sociales adaptées qui prennent en compte les spécificités locales.

La vision territoriale a été initiée à travers le diagnostic, qui s'est attaché à formaliser des aspects départementaux ou particuliers des territoires de l'Oise. Elle s'est retrouvée dans les modes de consultation des partenaires locaux et se poursuivra dans la mise en œuvre des fiches-actions.

Les participants ont trouvé dans cette approche, écoute, pragmatisme et prise en compte de leurs réflexions.

Les orientations intègrent cet objectif en valorisant la coordination des dispositifs et acteurs, la mutualisation des moyens et la création de places d'établissements et services sur des secteurs dépourvus.

Certaines actions sont présentées de façon expérimentale. La pertinence de projets portés sur certains territoires sera ainsi évaluée.

Les fiches-actions accordent une place privilégiée aux fonctions d'observatoire indispensables pour mesurer les besoins de la population avec le souci d'un partage entre acteurs et par territoire.



LES GRANDES ORIENTATIONS

- **Équilibrer l'offre de services et d'aides dans les différents secteurs du département** en privilégiant la notion de territoire, pour apporter des réponses de proximité tenant compte des spécificités locales.
- **Fluidifier le parcours des personnes** en respectant leur projet de vie.
- **Soutenir la recherche de qualité de vie à domicile** en diversifiant les modes d'accompagnement et de prise en charge, et en favorisant l'accès au logement et l'adaptation de celui-ci au degré de dépendance ou de handicap.
- **Diversifier et adapter les modes d'accueil** des personnes âgées et des personnes handicapées en développant l'accueil familial, les petites unités de vie et des expérimentations innovantes pour répondre à la double prise en charge des personnes handicapées et de leurs parents vieillissants.
- **Adapter et moderniser la qualité de l'accueil, de l'information et de l'accompagnement des usagers.**
- **Améliorer la prise en compte du handicap psychique** et des situations de grande dépendance (autisme).
- **Soutenir les aidants** pour rompre leur sentiment d'isolement et leur apporter des solutions de répit.
- **Positionner la MDPH en décideur des orientations** des personnes pour éviter les systèmes parallèles.
- Mettre en œuvre les outils de **suivi et d'évaluation** du schéma.



MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU SCHEMA DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES

La conception de ce schéma en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées s'est déroulée en trois grandes phases.

La 1^{ère} phase : diagnostic préalable de mai à octobre 2011

Cette phase a permis d'évaluer les politiques publiques depuis le dernier schéma, d'établir un état des lieux et de mettre en perspective par rapport aux données démographiques et aux besoins repérés. Un cabinet extérieur a assisté le département dans cette démarche.

Ce recueil de données s'est fait à travers des entretiens ciblés et des groupes de travail thématiques réunissant les acteurs des champs concernés. Les thèmes abordés ont concerné : les priorités territoriales, la connaissance des bénéficiaires et des publics, l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que la coordination des services en interne et externe avec les partenaires.

Ce premier travail a été complété qualitativement par un questionnaire envoyé aux établissements et services du champ médico-social. Il a permis de définir des orientations générales et axes prioritaires d'actions à mener.

La 2^{ème} phase : tables rondes de mars à mai 2012

Cette phase a permis une large expression des acteurs de terrains, que ce schéma « vive » au plus près des réalités et que ce schéma s'articule avec les discussions autour de l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale.

Afin de favoriser une large consultation, le choix a été fait d'organiser la réflexion à partir des cinq territoires départementaux à travers cinq tables rondes.

Les axes dégagés au préalable ont été priorisés.

Trois axes issus du diagnostic ont été au cœur des échanges :

Faire de la psychiatrie et du centre hospitalier interrégional un partenaire des réponses médico-sociales du département

- Définir le handicap psychique et les situations d'accompagnement spécifiques.
- Créer les coopérations interinstitutionnelles avec la psychiatrie (en particulier le CHI) sur l'ensemble du département et renforcer les articulations.

Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie

- Moderniser et adapter les structures, services et équipements existants au vieillissement de la population et des personnes handicapées.
- Développer l'accueil familial adulte.
- Réajuster l'offre des places d'EHPAD à tarification maîtrisée.

Développer les innovations pour favoriser une vie autonome

- Apporter des réponses particulières aux handicaps psychiques et aux troubles du comportement communes ou spécifiques aux personnes âgées et aux personnes handicapées.
- Diversifier les offres et les modes d'accompagnement.
- Trouver et développer des solutions multiples de logements adaptés et accessibles aux personnes pour contribuer à leur autonomie et diversifier les offres.



Deux axes ont été travaillés en interne :

- **Évolution des pratiques dans le pilotage :**

- Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics.
- Positionner la MDPH en décideur des orientations des personnes pour éviter les systèmes parallèles.
- Créer un système de gestion centralisé des listes d'attente de places en établissement.

- **Renforcer la coordination départementale, le projet départemental et créer les outils de la réussite**

- Définir le cahier des charges du Conseil général pour les appels à projets, même conjoints.
- Veiller à la qualité des modes d'accompagnement proposés aux Isariens (procédure d'évaluation des établissements et services...).

Ces deux axes ont été regroupés dans l'axe : évolution des pratiques de pilotage.

Un axe a été évoqué dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de l'organisation médico-sociale et n'apparaîtra pas en tant que tel dans le schéma départemental : maintenir et attirer des professionnels adaptés aux enjeux de l'autonomie et santé des Isariens.

Chaque table ronde était composée d'une cinquantaine de personnes issues des comités locaux de coordination (ou réseaux) personnes âgées et personnes handicapées, des instances départementales : CDCP, CDAPH, comité départemental représentatif des personnes retraitées et âgées (coderpa), comité départemental du développement durable de l'Oise (CDDO) ainsi que des acteurs clés du champ de l'autonomie (en particulier l'ARS et les services du CHI, secteur adulte...). L'objectif étant de continuer dans un esprit de convergence entre les champs des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ce sont ainsi plus de 250 partenaires qui ont pu débattre autour de l'équipe de direction de la DAP avec la participation de la MDPH, au cours de 2 demi-journées.

Chaque table ronde se décomposait en trois ateliers : un par axe issu de la première phase.

Ces travaux ont abouti à des constats et des propositions de fiches-actions soumises au cours du mois de mai aux participants. Elles ont été présentées au comité de pilotage, présidé par le vice-président à l'autonomie, fin mai.

3^{ème} phase : recueil des avis des instances consultatives en juin 2012

Le département a fait le choix d'associer en amont les instances consultatives dans la discussion autour des enjeux départementaux. De cette manière les membres du comité départemental des retraitées et personnes âgées (CODERPA), du conseil départemental consultatif de personnes handicapées (CDCPH) et du Conseil de Développement Durable de l'Oise (CDDO) ont été invités aux réunions des tables rondes pré-citées. En complément les fiches-actions finalisées ont été transmises pour avis à ces 3 instances consultatives.



Suite à des échanges en réunion plénière du CDCPH, le vice-président, résume en 11 points les préconisations à retenir dans la mise en œuvre des actions :

- 1/** la convergence dans la recherche d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est possible avec un souci d'éviter les amalgames.
- 2/** le maintien à domicile et/ou les établissements médico-sociaux sont l'objet d'une demande de compétences plus fines mais aussi plus larges donc des intervenants bien formés, et un environnement adapté (logement, forme d'habitat, E.M.S.).
- 3/** le projet de vie doit rester au centre des dispositifs.
- 4/** promouvoir et proposer de vraies actions de formations et mise à jour des compétences.
- 5/** la qualité des évaluations reste primordiale.
- 6/** la mutualisation des compétences ARS/CG et le partenariat avec la Région doivent être complémentaires (fluidité).
- 7/** ne pas omettre la bientraitance qui doit toujours être en ligne de mire.
- 8/** la prise en compte des personnes selon leurs déficiences. En sachant que la personne ne se résume pas à sa déficience.
- 9/** permettre des choix alternatifs et complémentaires pour le projet de vie. Le choix doit rester possible.
- 10/** faire rénover (avec l'appui associatif) les textes pour assouplir les cloisonnements et ouvrir les passerelles. Favoriser l'inclusion.
- 11/** développer la communication entre et vers les professionnels et le grand public pour une bonne appropriation du secteur médico-social par tous.

Ces préoccupations rejoignent celles du CODERPA et du CDDO.

4^{ème} phase : validation en juillet

Le schéma départemental de l'autonomie des personnes a été validé par la Commission Permanente du 12 juillet 2012.

Les fiches-actions issues des tables rondes avec les partenaires, de la réflexion en interne et avec l'ARS sont complétées par des projets déjà engagés ou travaillés récemment.

Diagnostic TERRITORIAL



1 ÉLÉMENTS DÉMOGRAPHIQUES

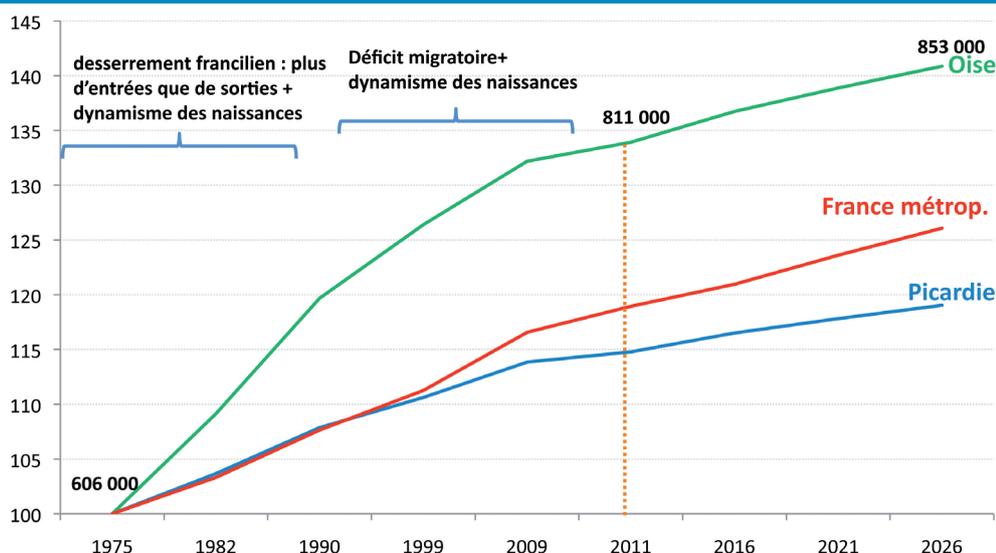
1-1 ÉVOLUTION DE LA POPULATION (indice base 100 en 1975)

La population a augmenté d'un tiers depuis 1975.

L'augmentation de la population à venir serait plus modeste qu'au niveau national mais toujours plus élevée que la tendance régionale, d'où une part grandissante de la population Isarienne dans la population picarde.

L'Oise, département le plus jeune et le plus dense de la Picardie avec 135 habitants au km², connaît une croissance de population assez homogène sur l'ensemble de son territoire". Il enregistre un taux naturel supérieur à la moyenne régionale et nationale (0,63 % dans l'Oise contre 0,39 % en France).

ÉVOLUTION DE LA POPULATION (indice base 100 en 1975)



Source : Insee - Recensement de la population 2008 et Projections Omphale

Évolution de la population depuis 75 :

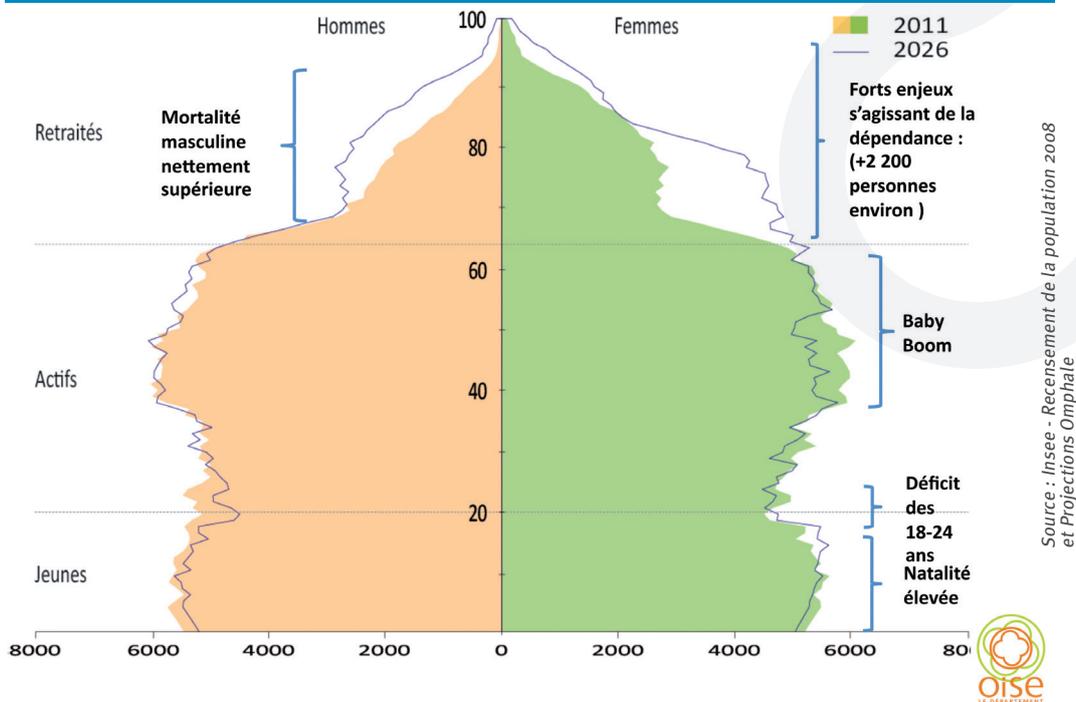
Le département a vu sa population augmenter d'un tiers, plus rapidement qu'au niveau régional ou national.

Deux périodes distinctes :

- Jusqu'en 1990, le dessalement francilien a alimenté l'installation d'une population travaillant sur Paris ou sa première couronne, principalement dans le Sud-Oise (Creil, Nogent, Montataire, Méru) et dans les agglomérations beauvaisienne et compiégnoise,
- La hausse de la population s'est ralentie dans les années 1990 sous l'effet d'une inversion des tendances migratoires : les départs de population ont été plus nombreux que les entrées, tandis que le solde naturel se maintient à un niveau élevé (dynamisme des naissances).

Les projections de population laissent augurer une croissance plus faible que le rythme national sur les 15 années à venir mais à un rythme encore plus soutenu qu'au niveau régional.

UN DES PLUS JEUNES DÉPARTEMENTS DE MÉTROPOLE



Un des départements les plus jeunes de métropole :

L'Oise demeure un département très jeune : la population de moins de 20 ans constituait en 2008 plus de 27 % de la population de l'Oise, contre 25% en France métropolitaine.

L'Oise se positionne ainsi au 7^{ème} rang des départements les plus jeunes (c'est-à-dire où la part des moins de 20 ans est la plus élevée), et au deuxième rang des départements hors Île-de-France = France de Province.

2 raisons :

- Le taux de natalité est élevé,
- Le département est attractif pour les familles,

À l'horizon 2026, et à l'image de l'ensemble du territoire français, l'Oise devra faire face dans les prochaines années au vieillissement de la population mais conserverait une part relative de jeunes plus importante que dans le reste de la région. La population des 65 ans et plus devrait fortement augmenter, notamment sur la période 2011-2021 (+ 40 000 environ soit, approximativement, l'équivalent de la ville de Compiègne). La problématique de la dépendance des plus âgés, essentiellement alimentée par la tranche des + 85 ans, doit être anticipée. La hausse du nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait moins vite que la population âgée, passant de 10 000 à 12 200 d'ici 2020.

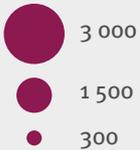
1-2 RÉPARTITION DES PERSONNES ÂGÉES : POINT DE VIGILANCE SUR LES PLUS DE 85 ANS

L'évolution de la population des plus de 75 ans est conforme à celle de la moyenne nationale. Un point de vigilance est à souligner pour les personnes de plus de 85 ans avec une progression de 39,5% ces 5 dernières années.

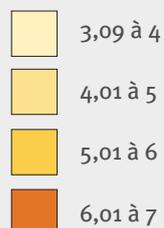
L'amélioration globale de la santé a pour effet de réduire le taux de prévalence du phénomène de dépendance à tous les âges. La croissance des effectifs dépendants sera donc alimentée principalement par les plus de 85 ans (+ 20 % d'ici 5 ans).

LÉGENDE

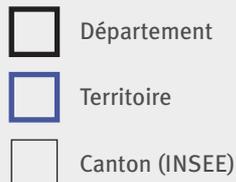
Nombre de personnes âgées entre 75 et 84 ans



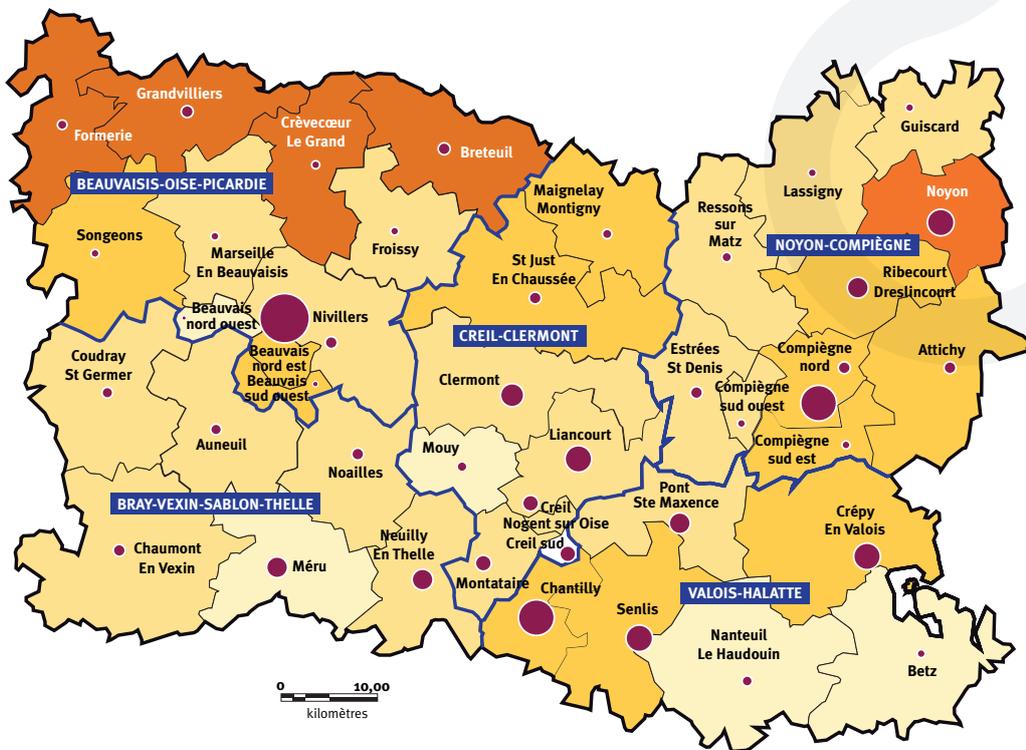
Part de la population cantonale âgées entre 75 et 84 ans (%)



Limites administratives



RÉPARTITION DES 75-84 ANS EN 2008 DANS LES CANTONS DU DÉPARTEMENTS DE L'OISE



Source : CG60/DDN/OP
Réalisation : CG60/Pôle Administration Générale/DDN/BSIG
Date : Février 2012

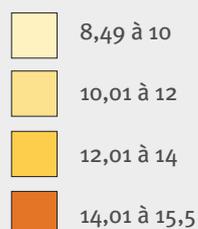
RÉPARTITION DES 60-74 ANS EN 2008 DANS LES CANTONS DU DÉPARTEMENTS DE L'OISE

LÉGENDE

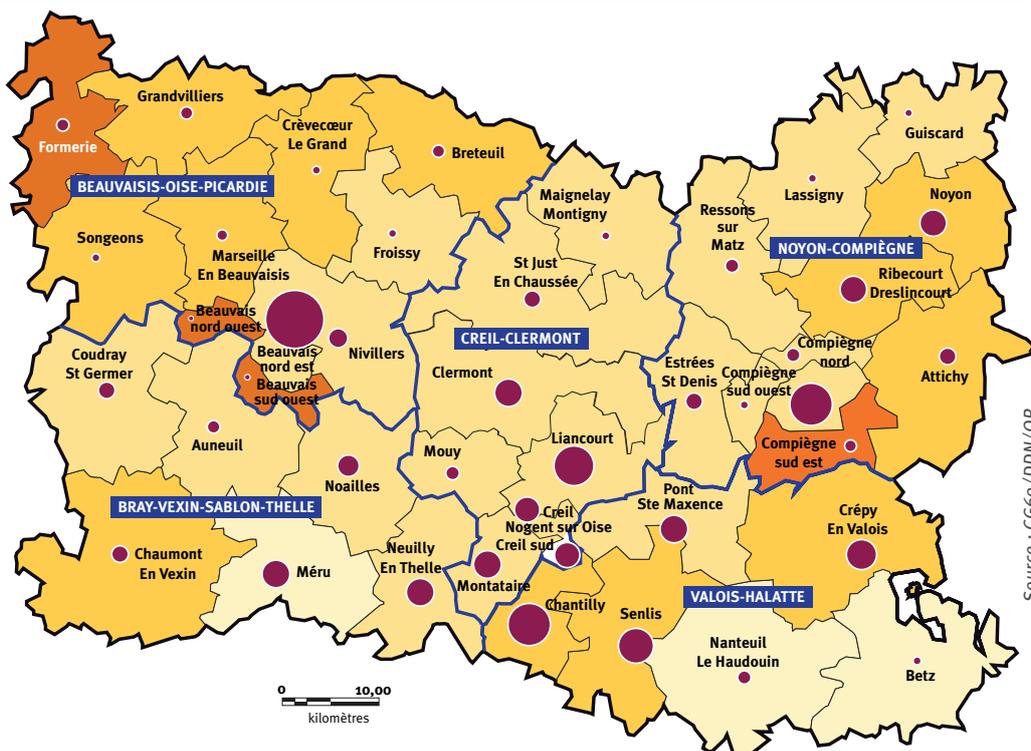
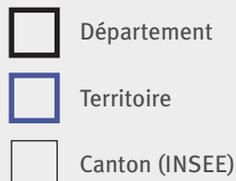
Nombre de personnes âgées entre 60 et 74 ans



Part de la population cantonale âgées entre 60 et 74 ans (%)



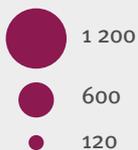
Limites administratives



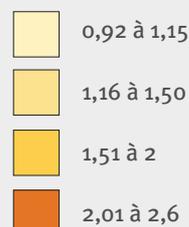
Source : CG60/DDN/OP
Réalisation : CG60/Pôle Administration Générale/DDN/BSIG
Date : Février 2012

LÉGENDE

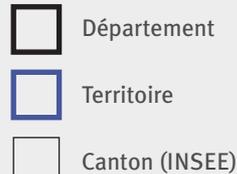
Nombre de personnes âgées de plus de 85 ans



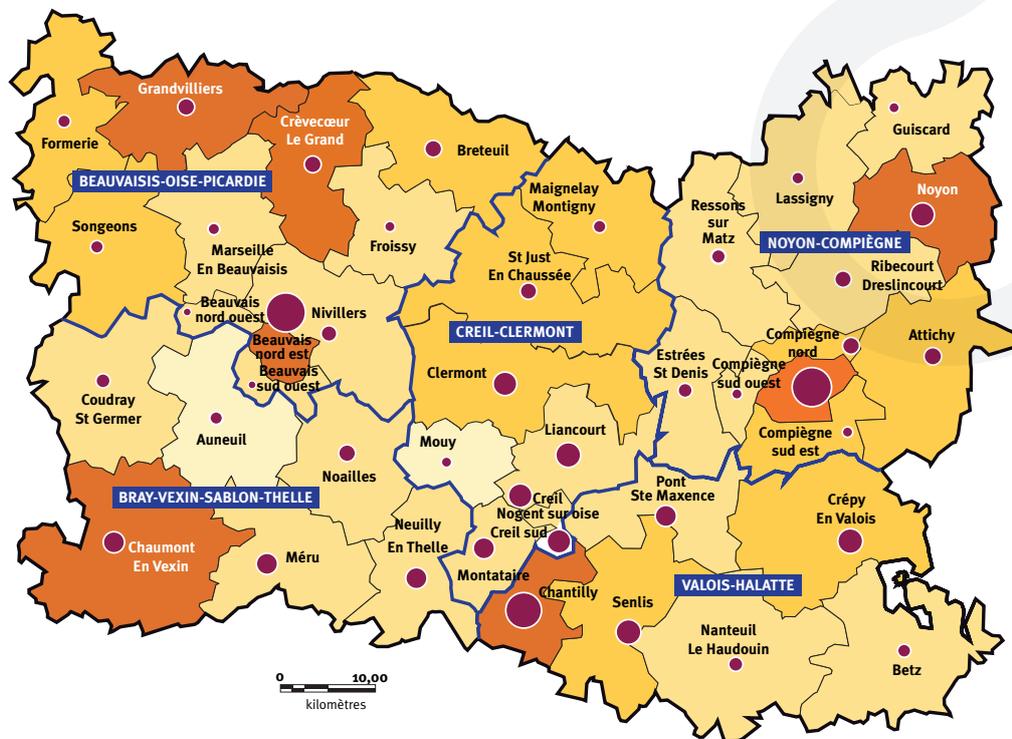
Part de la population cantonale âgées de plus de 85 ans (%)



Limites administratives



RÉPARTITION DES PLUS DE 85 ANS EN 2008 DANS LES CANTONS DU DÉPARTEMENTS DE L'OISE



Source : CG60/DDN/OP
Réalisation : CG60/Pôle Administration Générale/DDN/BSIG
Date : Février 2012

Part de personnes âgées, dépendantes ou non, vivant en Picardie à domicile ou chez des proches

Ages révolus	Population totale		Population potentiellement dépendante	
	2005	2020	2005	2020
De 60 à 74 ans	98,4	98,5	78,1	78,6
De 75 à 84 ans	94,1	95,5	69,2	75,2
85 ans ou plus	72,4	80,1	48,8	58,1
Ensemble des 60 ans ou plus	95,2	95,9	64,1	67,6

Note de lecture : en 2005, 48,8 % des personnes dépendantes de plus de 85 ans vivent à domicile (donc, 51,2 % vivent en institution). Source : INSEE, enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance 1998-1999 - Omphale, enquête annuelle de recensement 2005

Les tendances pour 2020 s'expriment nettement en faveur d'une vie à domicile choisie par les plus de 75 ans devenus dépendants mais aussi les + de 85 ans dépendants (+ 19 % en 15 ans).

Le nombre de personnes potentiellement dépendantes en Picardie devrait augmenter de 5 500 entre 2005 et 2020 pour atteindre environ 33 500 personnes en 2020. La population âgée dépendante augmenterait moitié moins vite que l'ensemble de la population âgée : la population âgée dépendante progresserait de 20 %.

La croissance des effectifs dépendants sera donc alimentée principalement par les plus de 85 ans. Leur effectif devrait doubler d'ici 2020, mais il reste cependant relativement faible.

Le recul de l'âge d'entrée dans la dépendance explique également la faible évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. L'amélioration globale de la santé a pour effet de réduire le taux de prévalence du phénomène de dépendance à tous les âges.

1-3 RÉPARTITION DES PERSONNES HANDICAPÉES : UN REPÉRAGE DIFFICILE

Les personnes handicapées à domicile sont difficiles à quantifier précisément par le Conseil général et la MDPH. L'identification peut s'établir en partie sur la base des bénéficiaires de prestations.

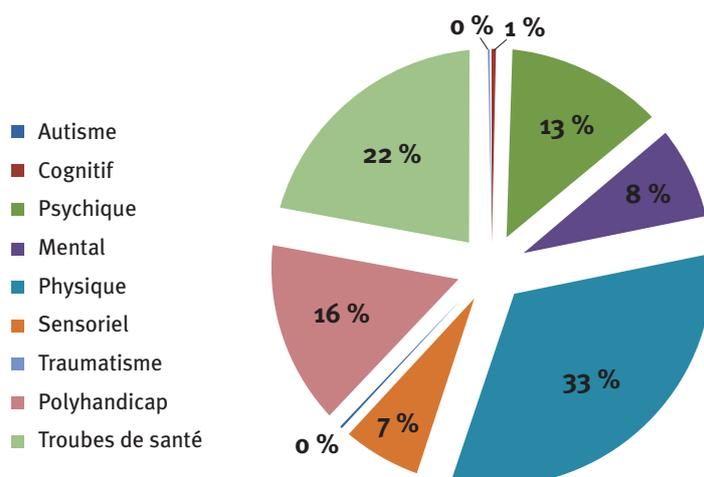
Il est admis par les professionnels que des situations sont parfois découvertes très tardivement et dans l'urgence, comme par exemple les personnes handicapées prises en charge par leurs parents vieillissants, et qui n'ont jamais fait l'objet d'une reconnaissance ou d'une demande quelconque par les parents. Au décès ou à l'hospitalisation du parent, des situations de rupture de prise en charge à domicile brutales et non préparées sont rencontrées.

Intégrer le traitement en urgence avec des réponses particulières et individualisées est l'enjeu autour de ce type d'urgence car rien ne permettra d'éviter ces situations.

Des personnes handicapées de l'Oise trouvent aussi des réponses hors département.

Globalement les déficiences de l'ensemble des personnes handicapées ayant eu une orientation, que ce soit en établissement ou à domicile sont les suivantes :

DÉFICIENCES DES PERSONNES HANDICAPÉES AYANT UNE ORIENTATION



Source : MDPH

Handicap psychique : 1% de la population souffrirait de schizophrénie ou 2% de maladie bipolaire. Il n'existe pas de recensement local des handicapés.

2 ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

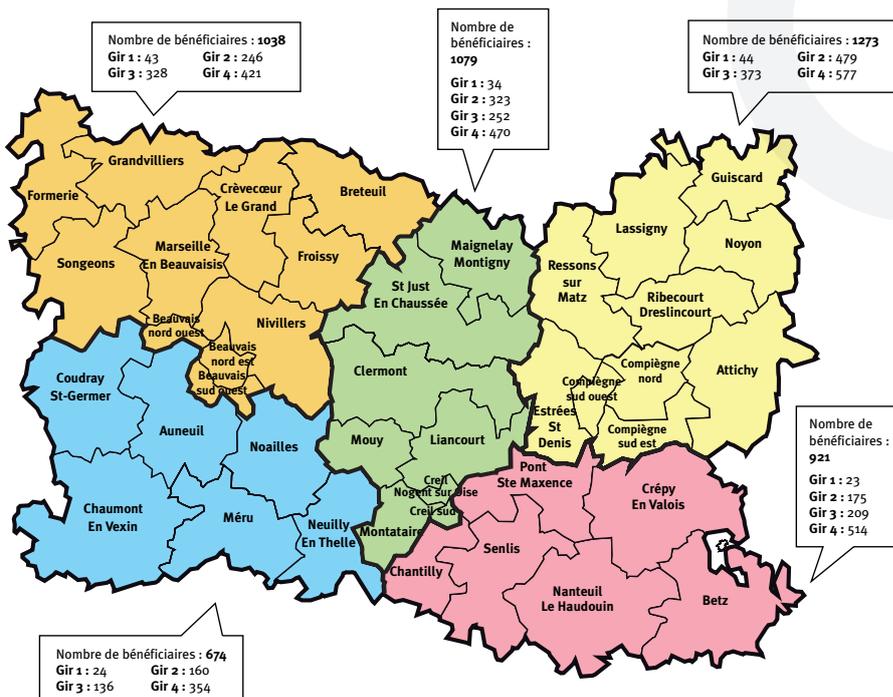
2-1 Bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie est une prestation universelle destinée aux personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus.

Les équipes médico-sociales du département procèdent à l'évaluation du niveau de dépendance des demandeurs de l'APA lors de visite à domicile. Il s'agit d'une évaluation pluridisciplinaire s'attachant à prendre en compte la situation familiale, sociale et environnementale.

La répartition entre les personnes âgées bénéficiaires de l'APA vivant à domicile et en établissement mérite une attention particulière :

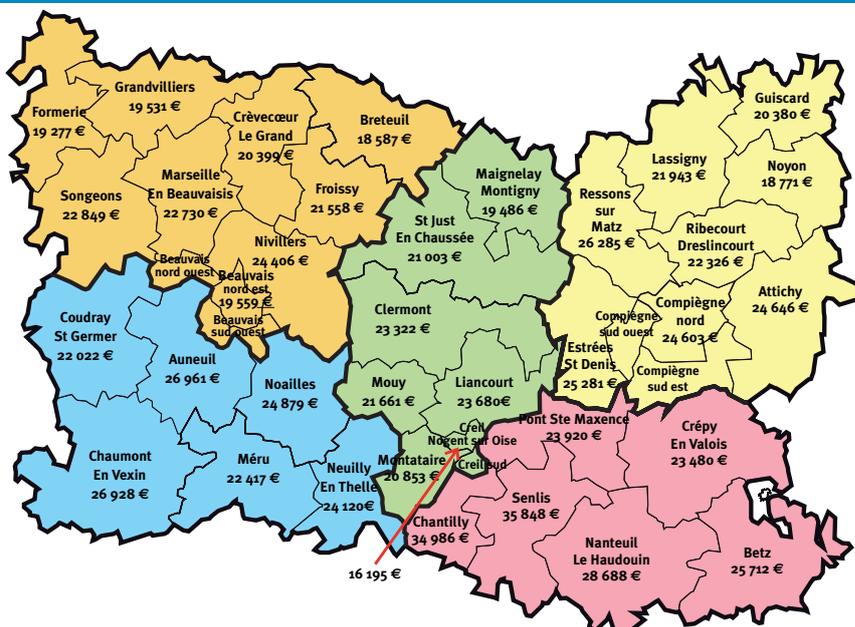
Bénéficiaires APA	2008	2010	2011
À domicile	3757	4659	4985
En établissement	3996	3742	3889



2-2 PRÉCARISATION DES PERSONNES RETRAITÉES

La précarisation de la population âgée et le choix de vivre le plus longtemps possible à domicile, sont autant de raisons qui expliquent le recul de l'âge d'entrée en établissement.

REVENUS NETS IMPOSABLES



MONTANT MOYEN MENSUEL DES PENSIONS DE VIEILLESSE : 715,10 €



2-3 BÉNÉFICIAIRES DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP (PCH)

La prestation de compensation du handicap (PCH) est une aide personnalisée, visant à financer les besoins de compensation des personnes handicapées au regard de leur projet de vie. Il est possible de bénéficier de la prestation à domicile ou en établissement.

Cette prestation comprend cinq éléments : les aides humaines (élément 1), les aides techniques (élément 2), l'aménagement du logement, du véhicule et les surcoûts éventuels liés aux frais de transport (élément 3), les charges spécifiques ou exceptionnelles (élément 4), les aides animalières (élément 5).

Le paiement de ces différents éléments est réalisé par le Conseil général du département de domicile et peut être, selon les cas, mensuel (paiement chaque mois) ou ponctuel (paiement en 1 à 3 fois).

Toute personne handicapée peut bénéficier de la prestation de compensation, sous condition de résidence, si :

Son handicap génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an :

- une difficulté absolue pour réaliser au moins une activité essentielle de la vie ;
- une difficulté grave pour réaliser au moins deux activités essentielles de la vie.
- elle en fait la demande avant 60 ans (sous certaines conditions restrictives, la demande peut être effectuée après 60 ans).

Lorsqu'une personne bénéficiaire de la PCH dépasse les 60 ans, elle peut choisir de conserver cette prestation ou de bénéficier de l'APA lors du renouvellement de ses droits.

Près de 3000 personnes handicapées bénéficiaient en 2010 de la PCH (prestation de compensation du handicap) pour permettre leur maintien à domicile.

2-3-1 La Prestation de compensation du handicap enfants

Les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la PCH depuis avril 2008, dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de son complément, dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH.

Les aides accordées par décomposition de la PCH enfant :

Nature de la compensation	Aides accordées (au 31.12.10)	Aides payées (au 31.12.10)	%
Aides humaines	309	277	89
Aides techniques	33	8	24
Aménagement de véhicules	6	4	66
Aménagement de logement	29	10	34
Surcoût transport	40	18	45
Aides spécifiques	170	73	43
Aides exceptionnelles	19	8	42
Aides animalières	4	3	75
Total	610	401	66

Source : MDPH

Le paiement s'effectuant sur facture, le décalage entre PCH payée et accordée est variable selon le type d'aide prévu dans le plan d'aide. L'aide humaine est celle qui est mise en œuvre en priorité.

Dans la mise en œuvre de l'aide humaine, le recours à l'aidant familial représente 80 %.

Le pourcentage du choix de l'aidant familial est bien supérieur aux autres modalités d'aides humaines avec près de 80 % (alors qu'il est de 52 % chez les adultes). Cette solution s'impose souvent aux familles qui préfèrent rester au domicile pour s'occuper d'un enfant handicapé.

L'écart entre l'aide accordée et la réalisation effective interroge quant aux raisons : absence de solutions, difficultés de mise en œuvre sur les aides techniques, spécifiques.

2-3-2 La Prestation de compensation du handicap adultes

Nature de la compensation	Aides accordées (au 31.12.10)	Aides payées (au 31.12.10)
Aides humaines	2 472	1 791
Participation vie sociale	998	748
Fonction élective	2	0
Aides techniques	1 397	942
Aménagement de véhicules	239	194
Aménagement de logement	719	491
Surcoût transport	586	353
Aides spécifiques	1 055	481
Aides exceptionnelles	213	108
Aides animalières	7	5
Total	7 688	5 113

Source : MDPH

Le mode d'intervention privilégié auprès de la personne handicapée reste le recours aux aidants familiaux et aux modes prestataires. La première solution reste souvent la plus adaptée à la présence constante auprès des personnes handicapées.

Aides humaines	Nombre accordé	%	Nombre d'heures moyen
Mode prestataires	778	36,28	72,81
Mode mandataires	55	2,57	155,35
Emploi direct	64	2,99	97,33
Aidant familial	1 085	50,6	110
Forfait	162	7,56	34,5
Total	2 144	100	

Source : MDPH

2-4 BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE (ACTP)

Le dispositif de l'ACTP est remplacé par celui de la PCH, en vigueur au 1^{er} janvier 2006. Cependant, les personnes admises au bénéfice de l'ACTP avant cette date peuvent continuer à la percevoir, tant qu'elles en rempliront les conditions d'attribution et qu'elles en exprimeront le choix, à chaque renouvellement des droits.

L'ACTP représente encore 5 918 432 euros malgré la mise en place de la PCH.

Près de 1000 personnes continuaient à bénéficier de l'ACTP au 31.12.2010.

2-5 LES ADHÉRENTS À LA TÉLÉALARME

Le département propose à plus de 8 000 adhérents un service d'appel d'urgence relié à une plateforme d'écoute installée au SDIS. Le service s'adresse à des personnes âgées, des personnes handicapées ou des personnes souffrant de pathologie.



2-6 BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ L'AAH

Les allocataires peuvent être en établissement ou à domicile. L'attribution de l'AAH est fixée par la CDAPH sous réserve de remplir les conditions fixées par la CAF qui est l'organisme de paiement.

AAH adultes	Picardie	Oise	France métropolitaine
Nombre d'allocataires au 31.12.2009	33 171	11 552	854 155
Allocataires de l'AAH / 1.000 personnes de 20 à 59 ans	32,4	26,4	25,7

Sources : CAF, MSA, CNAF, CCMSA

2-7 L'AIDE SOCIALE EN ÉTABLISSEMENT VERSÉE PAR LE DÉPARTEMENT

Près de **1800 personnes handicapées** et près de **1300 personnes âgées** ressortissantes de l'Oise bénéficient de l'aide sociale pour leurs frais d'hébergements en établissement ou frais d'accompagnement par des services (SAMSAH et SAVS).

269 personnes originaires de l'Oise vivent dans des établissements de Belgique faute d'avoir trouvé une place adaptée à leur handicap dans l'Oise (étude MDPH/DAP).

Une centaine de personnes handicapées vivent chez des particuliers accueillants familiaux.

3 LES SERVICES

3-1 L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

3-1-1 La réalisation des précédents schémas

Le schéma de pilotage et de coordination adopté en 2007 prévoyait la mise en œuvre de relais de proximité dans chaque territoire rassemblant des **équipes dédiées en matière d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie**.

À ce jour, 5 relais et leurs annexes couvrent le territoire et sont engagés dans une convergence des réponses apportées aux personnes en perte d'autonomie.

Les relais autonomie des personnes (RAP) sont des lieux ressource pour les usagers et les familles. Ils sont les relais directs de la MDPH pour qui ils réalisent 25% de l'accueil des personnes handicapées et de la direction de l'autonomie des personnes.

Les relais ont pour missions fondamentales au regard des précédents schémas :

- l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement des personnes en prenant en compte la situation globale de chaque personne afin de favoriser le maintien à domicile,
- la coordination des intervenants et des services notamment avec le secteur sanitaire dans le cadre des hospitalisations,
- la mise en œuvre de l'action sociale,
- l'animation et le développement sur les territoires.

3-1-2 La place des relais autonomie des personnes

Les accueils généralistes de premier niveau sont nombreux.

L'utilisateur a aujourd'hui 4 portes d'entrées possibles au Conseil général en vue du maintien de son autonomie :

Le Central à la Direction autonomie des personnes (DAP) et/ou à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) *Les maisons de la Solidarité et Famille* *Les maisons du Conseil général* *Les relais autonomes*

Aux services départementaux s'ajoutent ceux des CCAS, caisses de retraites, services d'aide à domicile, bailleurs sociaux et associations comme les Instances Locales de Gérontologie (ILG) subventionnées par le Département.

Les relais autonomie des personnes (RAP) sont bien identifiés sur l'évaluation des situations complexes et ils ont permis de spécialiser un type d'accueil pour un public peu connu par les services sociaux.

Ce maillage est un avantage mais peu complexifier la représentation aux usagers.

3-2 LES SERVICES D'ASSISTANCE À LA PERSONNE

3-2-1 Taux d'équipement des services d'assistance à la personne

Départements	SAD Agréés qualité	Nb bénéficiaires APA à domicile (GIR 1 à 4)	Nb de SAD pour 1000 personnes en GIR 1 à 4
Aisne	46	8549	5,4
Oise	34	4686	7,3
Somme	77	5646	13,6
TOTAL	157	18881	8,3

3-2-2 Modalités d'intervention des services à domicile et niveaux de réponses possibles

- Les services autorisés prestataires, réalisent environ 80 % des heures prévues dans les plans d'aide APA et PCH proposés par les équipes du Conseil général.
- Si les services couvrent totalement le département, les réponses quantitatives sont parfois difficiles à apporter compte tenu des ressources humaines disponibles et candidatures sur ce type d'emploi.
- La souplesse d'intervention selon les besoins individuels ne peut pas toujours être assurée. C'est le cas pour les interventions de week-end, en soirée, des plans 24 h /24, et parfois en milieu rural ou semi-rural.
- Les difficultés spécifiques d'accompagnement pour la prise en charge des malades psychiques posent le problème de la formation des personnels des services d'assistance à la personne.

3-2-3 Les nouveaux dispositifs issus des derniers schémas

La stimulation à domicile

Soucieux d'apporter des réponses personnalisées aux personnes dépendantes vivant à domicile, le département propose dans le cadre de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie (APA) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) la stimulation à domicile.

La finalité de ce dispositif de stimulation à domicile est de proposer une activité de prévention personnalisée (jeux, stimulation corporelle...) et d'apporter du répit pour les aidants. Il s'agit aussi d'une solution alternative à l'accueil de jour.

L'animation assurée par un service agréé qualité et conventionné avec le département, permet :

- Pour les malades Alzheimer et troubles apparentés, de travailler leur mémoire ainsi que leur capacité d'association.
- Pour les personnes handicapées, de conserver leur autonomie physique, d'améliorer leur confiance et leur estime et de conserver des liens sociaux.

Service de transport adapté

Oise Mobilité, délégation de service public mise en œuvre en 2008, est un service de transport adapté qui s'adresse aux personnes handicapées (cartes d'invalidité à 80 %). Le reste à charge (10 % du coût de revient) de l'utilisateur permet une large utilisation : 500 personnes sont transportées chaque jour.

Le service de convivialité

Sous l'impulsion du département plusieurs services d'aide à domicile et des centres sociaux ruraux proposent aux personnes âgées un service de convivialité reposant sur des activités occupationnelles et destiné à recréer du lien social. Ce service est proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie (APA).

Service itinérant de nuit

Conformément aux attentes définies dans le précédent schéma, le département a développé de nouvelles réponses de services de soutien au domicile de personnes handicapées en expérimentant avec deux services d'aide à domicile des interventions à domicile sur des amplitudes horaires plus étendues. Les interventions sont financées par la prestation de compensation du handicap (PCH).

3-3 TAUX D'ÉQUIPEMENT DE SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Départements	Nb places SSIAD PH	Nb places SSIAD PA	Total	% places PH/nb total de places
Aisne	106	1252	1358	8%
Oise	142	1205	1347	11%
Somme	98	1336	1434	7%
TOTAL	346	3793	4139	8%

- Les demandes de personnes handicapées sont de plus en plus nombreuses depuis les lois favorisant l'inclusion sociale par le maintien à domicile : les interventions de semaine sont privilégiées sans pouvoir répondre aux besoins des personnes les week-ends,
- Les glissements de tâches amènent à s'interroger sur la frontière entre les SSIAD et les services d'aide à domicile,
- Les services rencontrent des difficultés de recrutement de personnels soignants.

3-4 LES RÉSEAUX DE SOINS

Les réseaux de soins, animés par un médecin coordonnateur et une équipe médico-sociale, sont des acteurs actifs de la coordination.

Le territoire compte plusieurs réseaux :

- Réseaux santé gérontologie sur le Noyonnais, le Compiégnois et Beauvais/Vexin (Réseau Aloïse),
- Des équipes mobiles de soins palliatifs,
- Des réseaux cancérologie.

Ces réseaux interviennent à domicile, et parfois en établissements (prise en charge de la douleur et de la fin de vie). Ils proposent de la formation aux professionnels de santé, et parfois aux aidants, et des solutions de répit (ateliers, groupe de parole...).

4 LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT

4-1 LES STRUCTURES D'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES

4-1-1 Le taux d'équipement de structures pour personnes âgées

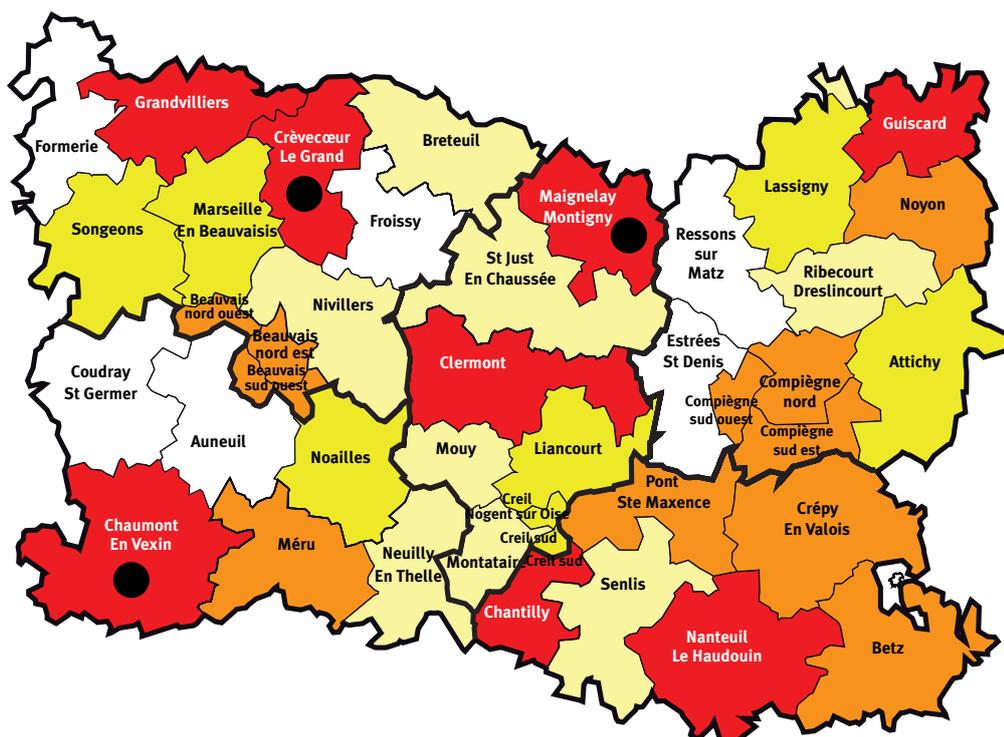
Les EHPAD et USLD

Le département a porté un programme de créations de places en EHPAD arrêté en 2004.

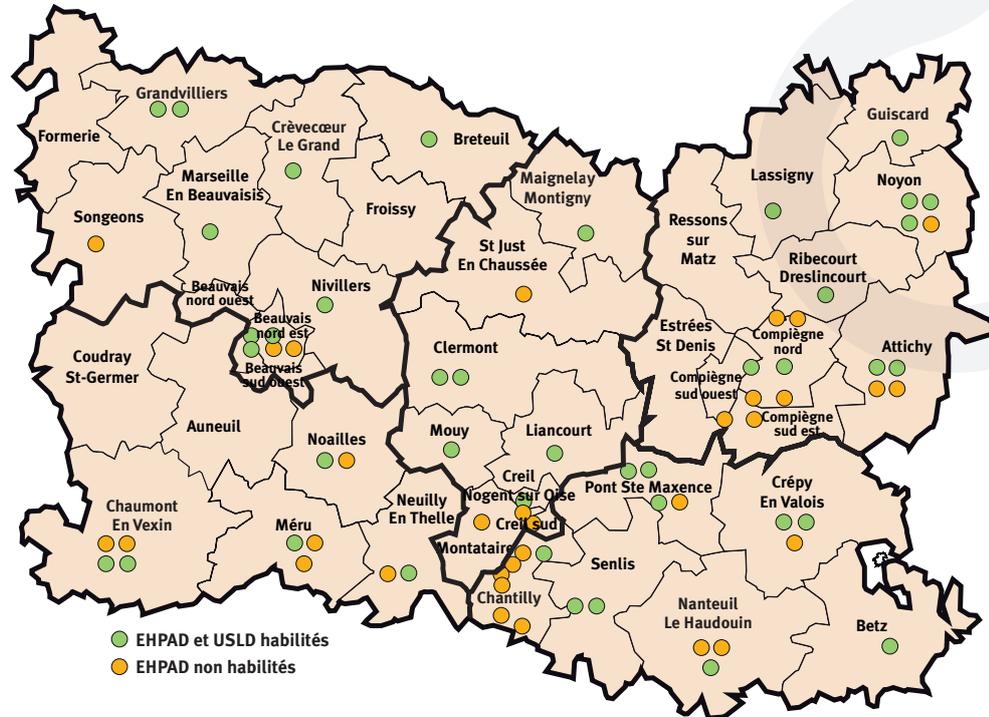
Depuis, le taux d'équipement en établissements et services de soins de l'Oise est supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale : 149,2 / 1000 habitants de plus de 75 ans contre 121,7 en France et 123,2 en Picardie. Cependant, certains cantons sont dépourvus de structures comme Formerie, le Coudray Saint-Germer, Ressons ou Estrées Saint-Denis.

TAUX D'ÉQUIPEMENT EHPAD USLD / POPULATION DE PLUS DE 75 ANS : 120/1000H

LÉGENDE



IMPLANTATIONS DES EHPAD ET USLD PAR CANTONS



Cependant, la répartition entre les établissements conventionnés à l'aide sociale ou non engendre sur certains secteurs des situations paradoxales : le délai d'attente dans les EHPAD s'est largement amélioré, cependant les listes d'attente s'allongent dans les établissements conventionnés.

Beaucoup d'EHPAD, privés à but lucratif, ont des taux d'occupation élevés obtenus en procédant à des admissions en lien avec les hôpitaux de l'Oise et de l'Île-de-France ou des outils de gestion des demandes (Cap Retraite). Les personnes d'autres départements et en particulier d'Île-de-France peuvent représenter jusqu'à 40 % de la capacité.

Les résidences pour personnes âgées (RPA)

Les RPA sont réservées à des personnes âgées autonomes.

L'équipement important en RPA ou logement foyers dans l'Oise (77,4 % de la capacité régionale totale) est à souligner d'autant plus que le taux d'occupation est largement à la baisse ces dernières années.

4-1-2 Profils des résidents d'EHPAD

- Moyenne d'âge « jeune » en EHPAD : 84 ans mais une espérance de vie inférieure dans l'Oise,
- Taux de bénéficiaires aide sociale : autour de 25 % des capacités,
- Durée moyenne de séjour : 3 ans et demi,
- 67 % des résidents sont des personnes isariennes,
- L'accueil de personnes d'autres départements (Île-de-France) contribue à répondre aux besoins de Paris indirectement,
- Un Gir Moyen Pondéré dans la moyenne nationale (entre 600 et 650),
- Des déficiences principales intellectuelles à 51%,
- Des déficiences associées avec le handicap psychique qui intervient à l'âge adulte.

4-1-3 La diversification des réponses et alternatives aux réponses d'hébergement

Accueil séquentiel

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont les seules alternatives à l'hébergement permanent connu et identifié. Même si ces réponses se sont développées elles ne sont pas généralisées sur chaque établissement ou systématiquement accessibles en solution de proximité. La couverture géographique est imparfaite et certains professionnels ignorent l'existence de cette solution.

Par ailleurs, la question du transport est souvent le frein évoqué dans l'accès au service.

Les PASA et UHR semblent avoir été peu sollicités ou envisagés (1 recensé) quoique destinés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Les hospitalisations à domicile sont aussi un axe qui reste à mettre en œuvre sur l'ensemble du Département. Ce point est d'autant plus important qu'il renforce la capacité de diversification et d'installation de solutions autres que l'hébergement classique.

L'accueil familial

L'accueil familial est le point fort de cette diversité même s'il reste actuellement orienté davantage vers les personnes handicapées. Son développement reste d'actualité.

Un projet à partir d'une structure existante médico-sociale et prévoyant l'emploi d'accueillants par une association a été adopté par l'assemblée départementale et est en cours de développement.

L'accueil en petites unités de type familiales a pu se développer avec des résultats positifs en satisfaction et évolution des personnes en particulier pour des personnes âgées. L'accueil familial encadré et accompagné tant du point de vue des accueillis que des accueillants, avec des solutions de répit possible, ont trouvé des développements importants selon les régions.

Certaines associations ou opérateurs envisagent d'adosser des solutions de logement adaptés permettant de réunir deux ou trois familles sur un site. Les dispositions permettant l'emploi et le suivi de ce dispositif permettront d'explorer d'autres offres aux familles.

Concept d'EHPAD hors les murs

Le concept innovant d'EHPAD hors les murs s'appuie sur la mobilisation des dispositifs d'accompagnement et de soin possibles aujourd'hui et apporte une réponse à la question de la surveillance et des relais possibles de nuit. L'idée est d'apporter le même niveau de service qu'un EHPAD sur un lieu où vit la personne âgée qui est son domicile.

Au-delà de la recherche de concept particulier, il s'agit plus de la capacité à proposer des professionnels, avec le savoir-faire et savoir-être utile avec ces pathologies, qui est recherchée. Ces concepts sont tous tournés vers plus de convivialité et un caractère familial. La configuration des locaux et le bon dimensionnement des capacités autorisées sont autant de questions à résoudre.

Les services du Département ont travaillé en partenariat avec des comités locaux de concertation à l'élaboration d'un cahier des charges dans la perspective d'un appel à projet.

4-2 LES STRUCTURES ET SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES

Les taux d'équipement dans l'Oise ont progressé pour la plupart des types d'équipement depuis le dernier schéma départemental mais ils ont encore plus progressé au plan national sur la même période. SSIAD, SAVS et SAMSAH sont bien sûr des orientations privilégiées au plan national et départemental.

D'autres innovations liées à l'initiative du Conseil général en faveur de l'autonomie des personnes ont été prises par le Conseil général de l'Oise.

Les admissions en établissements et services d'accompagnement sont réalisées sur décision d'orientation de la CDAPH. Or, l'absence d'outil de suivi centralisé à la MDPH des listes d'attente d'admission est une difficulté pour connaître précisément les besoins.

L'enquête menée auprès des foyers a confirmé que le délai moyen d'admission est de plusieurs années faute de places qui se libèrent (durée moyenne de séjour de 7 ans) et du taux d'équipement qui reste inférieur à la moyenne nationale.

Accueil des adultes handicapés. Taux d'équipement au 01.01.2010 par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1.000 adultes de 20 à 59 ans

Équipement	Picardie	Oise	France métropolitaine
Taux d'équipement en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)	0,59	0,57	0,64
Taux d'équipement en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)	0,38	0,41	0,51
Taux d'équipement en Foyer de vie	1,73	1,57	1,31
Taux d'équipement en Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT ex CAT)	3,98	3,41	3,35

Source : DREES, ARS,
Enquête ES, FINES

4-2-1 Évolutions de l'offre d'accueil

Établissements de compétence départementale ou de co-compétence avec l'État

Les taux restent inférieurs à la moyenne nationale pour les MAS, et pour les Foyers d'accueil médicalisés (FAM). Pourtant 140 places de FAM ont été créées en 4 ans. Elles sont destinées aux personnes handicapées traumatisées crâniennes (40) et aux handicapés vieillissants à Monchy et Crépy en Valois. Le nombre de places reste très limité pour les adultes autistes (24 lits à Margny les Compiègne).

Concernant les foyers de vie, le taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale ce qui n'était pas le cas en 2002 :

- 73 places de plus sont installées (ou en cours) pour des déficiences intellectuelles dont 35 avec déficience visuelle associée,
- Pour autant, 262 personnes se tournent (ou sont accompagnées) encore vers la Belgique sur ce type d'orientation. Elles sont réparties dans 38 établissements belges. 20 ont un agrément type Foyer de vie, 3 un agrément FAM et 15 ont un double agrément Foyer de vie et FAM. Ce double agrément ne facilite pas la lisibilité des critères et du véritable motif d'admission et ainsi que du ou des projets d'établissement. Le nombre de personnes de l'Oise par établissement varie entre 1 à 60 personnes. Le principal motif annoncé dans la motivation de l'orientation de ces personnes dans ces établissements est le handicap psychique pour lequel la France et l'Oise ne présenteraient pas assez de réponses institutionnelles et en particulier de FAM handicap psychique.

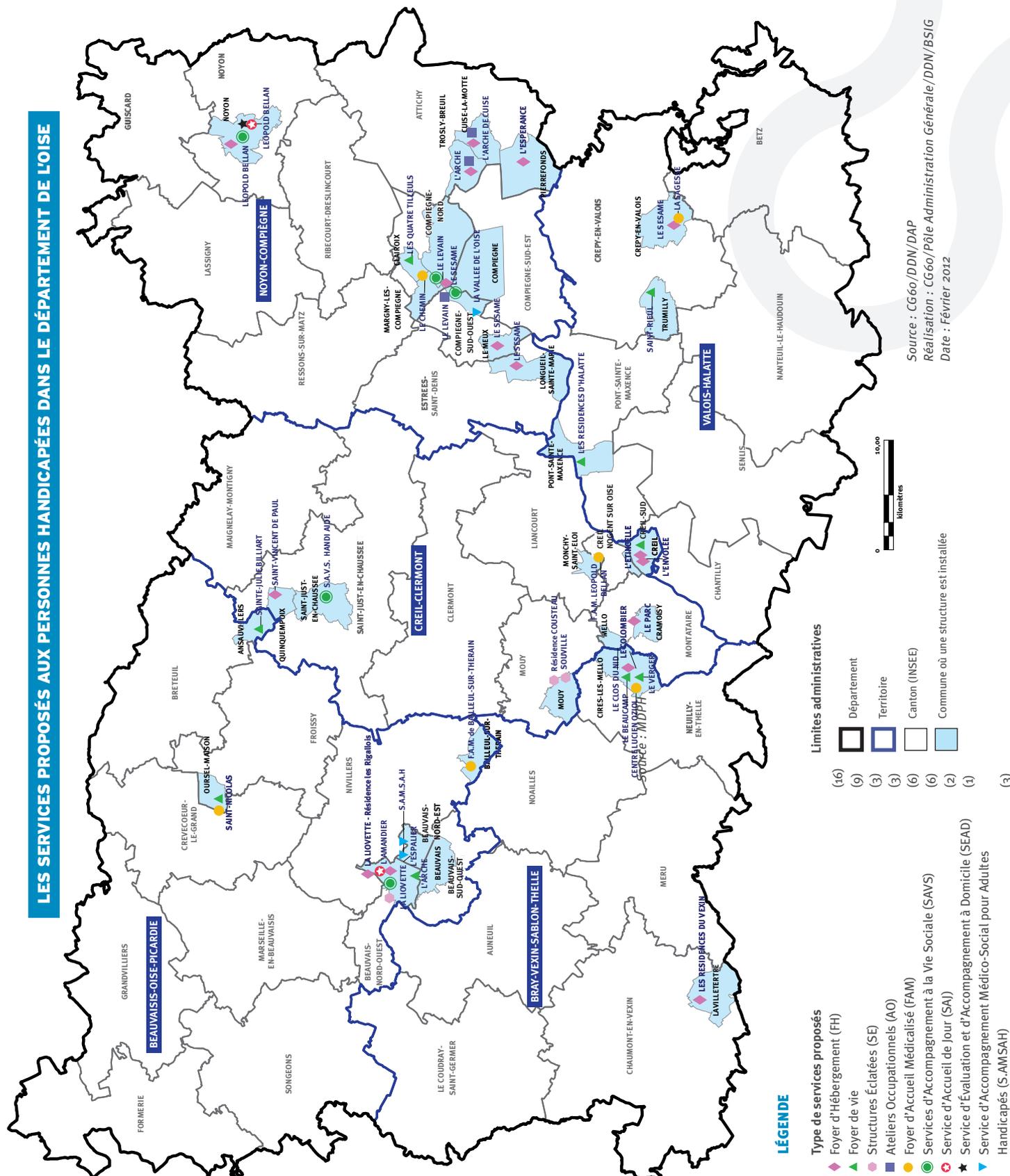
Le bon niveau d'équipement en ESAT a toujours été une constante malgré le faible nombre de structures rapporté au nombre de places. Les foyers d'hébergement, dont la capacité a toujours été supérieure à la moyenne nationale, représentent 35 % des places d'ESAT comme pour la moyenne de la France.

Lits et places installés (sources Conseil général/DAP)

Type de structure	Nombre de places offertes dans l'Oise en 2010	Nombre de places offertes dans l'Oise en 2011	Perspectives de places offertes dans l'Oise en 2012
Foyer d'hébergement (FH) et structures éclatées	719	723	723
Services d'accompagnement à la vie sociale	146	151	171
Services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées	63	69	89*
Foyer de vie	413	413	413
Foyer d'accueil médicalisés (FAM)	223	288	288
Accueil de jour et ateliers occupationnels	78	92	112
TOTAL	1642	1736	1796

- 20 places de SAVS et 40 places de SAJ pour personnes avec déficience motrice à Beauvais (APF)
- 20 places de SAMSAH pour personnes déficientes mentales à Ribécourt

LES SERVICES PROPOSÉS AUX PERSONNES HANDICAPÉES DANS LE DÉPARTEMENT DE LOISE



LÉGENDE

- Type de services proposés**
- ◆ Foyer d'Hébergement (FH)
 - ▲ Foyer de vie
 - Structures Éclatées (SE)
 - Ateliers Occupationnels (AO)
 - Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
 - ★ Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)
 - ★ Service d'Accueil de Jour (SAJ)
 - ★ Service d'Évaluation et d'Accompagnement à Domicile (SEAD)
 - ▲ Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes (SAMSAH)
 - ★ Handicapés (S.AMSAH)

Limites administratives

- (16) Département
- (9) Territoire
- (3) Canton (INSEE)
- (6) Commune où une structure est installée



Source : CG60/DDN/DAP
 Réalisation : CG60/Pôle Administration Générale/DDN/BSIG
 Date : Février 2012



Les amendements Creton

Une centaine de personnes, ayant une orientation vers un dispositif adultes, sont maintenues dans les conditions de l'amendement CRETON dans leur structure d'accueil "enfants" (IME, IMPRO, ...) faute de places en établissements pour adultes ; les plus anciens sont aujourd'hui âgés de 40 ans.

En 2004, ils étaient 62, leur nombre a donc progressé de 61,9 %. Seuls 14 relèvent d'une orientation relevant d'une compétence du Conseil général. La création de places n'a donc pas profité à ces personnes maintenues en IME ou établissements pour polyhandicapés pour l'essentiel.

Les 18-25, tranche d'âge sensible, représentent 88 % des amendements CRETON.

Les orientations adultes pour les personnes en amendements CRETON (après avoir enlevé les doublons et double orientations), prises entre mai 2009 et avril 2011 nous apportent les constats suivants :

Orientation	Ordinaire	ESAT	FAM	Foyer vie	FH	SAMSAH	SAVS	MAS
Nombre	5	47	2	30	34	8	2	16
Tranche d'âge		19-21 ans	20-21 ans	19 à 23 ans	19-22 ans	19-22 ans	19-21 ans	20 à 42 ans

Source : MPDH

Les foyers de vie et les ESAT représentent l'essentiel des orientations prises pour les amendements CRETON.

Les ESAT concernent 32,6 % des orientations se rapportant aux 324 personnes.

Les foyers de vie concernent 20,8 %.

Les foyers d'hébergement sont à rapprocher des données ESAT (ce sont les mêmes personnes).

À noter des attentes de places en MAS pour 16 personnes soit 11 %.

4-2-2 Les services d'accompagnement à domicile

SAMSAH pour les malades psychiques

L'enquête menée a identifié 9 % des personnes accueillies dans les dispositifs Adultes comme ayant une déficience psychiatrique et pour 51 % pour une déficience intellectuelle.

L'UNAFAM établit à 1 % de la population totale le nombre de personnes atteintes de schizophrénie et 2 % le nombre de malades bipolaires. Ces chiffres sont issus de moyennes nationales.

Les SAMSAH, nouvelles réponses mises en œuvre à leur destination, contribuent à mieux connaître ce public.

Le département compte :

- 32 places au SAMSAH « la vallée de l'Oise » de Compiègne
- 17 places au SAMSAH de Beauvais

Toutefois, la difficulté sur le champ du handicap psychique réside dans le fait que bon nombre de ces personnes ne sollicitent rien et n'ont pas de parcours « linéaire ». L'enjeu réside dans la mobilisation des accompagnements à adapter sur les périodes de crise ou d'état non stabilisés rencontrés par ces personnes dans l'évolution possible de la maladie.

D'autre part, les outils de suivi en cours d'installation ou qui restent à installer à la MDPH permettront à terme de mieux cerner le nombre de personnes ayant une déficience psychique dans l'ensemble des orientations prises et les dispositifs (AAH, ACTP, PCH...).

Enfin l'expertise sur le champ psychique dans l'évaluation pourrait être améliorée par des partenariats entre la MDPH et le CHI.

Groupe d'Entraide Mutuel pour les malades psychiques

En application du précédent schéma, le Département a favorisé l'ouverture de Groupe d'Entraide Mutuel pour les malades psychiques à Beauvais et à Creil. Ce sont des lieux d'accueil, d'échange et d'écoute pour les adultes en situation de fragilité psychologique.

Ils assurent l'accompagnement des personnes en souffrance psychique et leur permet de lutter contre l'isolement. C'est un véritable outil d'insertion sociale et de prévention contre l'exclusion.

4-2-3 La diversification des réponses et alternatives aux réponses d'hébergement

Des projets de réponses alternatives sont en cours dans le département sur l'impulsion d'associations représentatives de personnes handicapées ou gestionnaires de structures, et du Conseil général.

L'accueil séquentiel sur le champ du handicap intellectuel et pour les personnes handicapées vieillissantes est envisagé en redéploiement de moyens existants :

- une maison relais pour personnes handicapées psychiques (20 studios avec un couple résident sur place) projet nouvelle forge et UNAFAM,
- des familles gouvernantes (UDAF) pour personne handicapée psychiques et sous protection juridique, sur 2 appartements occupés par 5-6 personnes et avec une maîtresse de maison en journée,
- des logements pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer avec Oise Alzheimer (projet des Petits frères des pauvres avec l'OPAC),
- une expérimentation dans l'un des EHPAD de l'association La Compassion d'une unité de 18 lits pour personnes handicapées psychiatriques de plus de 50 ans centrée sur la vie quotidienne comme outil thérapeutique (équipe d'animateurs et AMP en renfort),
- une unité de logements et services dans l'Oise (ULSO) dont les caractéristiques sont le regroupement d'appartements sociaux entièrement domotisés destinés à des locataires lourdement handicapés et leur famille (de la dimension d'un T2 au T4), et d'un local aménagé accueillant un service d'aide à domicile en fonctionnement 24 h / 24 et 7 jours sur 7 (étude menée par l'OPAC),
- un GCSMS permettant l'intervention d'une équipe mobile à destination des PH ayant un handicap psychique a été envisagé sur l'Ouest du département.

L'ensemble de ces perspectives de développement ne sont pas possibles sans aborder la question du logement, de la personne et de l'habitat au sens large auprès de ces publics.

Aucun projet ne peut être travaillé sans étudier la solution immobilière socle de la réponse, de même que la question de l'adaptation du logement dans un environnement et dans son contenu, de son implantation et des services et équipements de proximité.

Un habitat adapté, organisé en unités "humaines" et permettant la mise en œuvre de services et accompagnements, est l'assise de ces nouvelles réponses.

5 LA DÉMOGRAPHIE DES PERSONNELS MÉDICAUX

5-1 L'ADÉQUATION DES QUALIFICATIONS ET COMPÉTENCES

Les besoins à domicile et en établissement sont bien identifiés mais sont confrontés à un obstacle majeur : la ressource et la raréfaction des professionnels de santé (notamment dans l'est du département).

Cette pénurie est un frein au développement de services à la hauteur des besoins de réponses repérés.

Le PPRS élaboré par l'ARS définit des indicateurs importants sur le cadre de vie et la santé des picards. Ce plan stratégique fait aussi le constat des carences de personnel médical, en particulier pour les spécialistes puisque la Picardie est au dernier rang de la densité démographique (6 mois d'attente pour 1 psychiatre en libéral dans l'Oise expliquée par une densité trois fois moindre qu'au niveau national).

La densité des médecins généralistes est aussi très défavorable avec 61 médecins pour 100.000 habitants dans l'Oise (91 pour 100.000 pour les territoires bien équipés) et il manque déjà 200 médecins sur la région pour être dans la moyenne nationale.

Il en est de même pour les chirurgiens dentistes : 2^{ème} densité régionale la plus faible avec 29,6 chirurgiens dentistes pour Oise Ouest pour 43,3 en moyenne.

Les officines pharmaceutiques sont dans le même cas engendrant des temps d'accès supérieur au délai normal de 39 %.

Ces données sont aussi valables pour le personnel paramédical :

Profession	Densité régionale	Densité nationale
infirmier	62,4 (41,7 pour Oise ouest)	94,2
Masseur kinésithérapeute	47,3	77,5
Orthophoniste	16	24,8

Le cas des infirmiers peut expliquer les difficultés à répondre aux demandes pour les SSIAD qui malgré des ratios dans les normes génèrent des zones non couvertes.

Mais aussi les éducateurs, les aides-soignants sont devenus des qualifications à forte tension sur le marché de l'emploi.

Même les aides à domicile sont devenues difficiles à recruter sur certains secteurs de l'Oise.

Ainsi la démographie médicale et paramédicale est l'enjeu des prochaines années car les créations de places et de lits seront compromises si la ressource humaine nécessaire n'est pas présente.

Les réponses de maisons de santé pluridisciplinaires ont pu être expérimentées mais elles apportent des résultats positifs que si elles sont mises en œuvre avant le départ des compétences.

En tout état de cause et compte tenu des indicateurs de santé défavorables, il paraît difficile d'analyser les ratios d'équipement à la simple lecture des taux moyens nationaux. En effet, les carences de la démographie médicale et paramédicale obligent les établissements et services de la santé et du médico-social à répondre à des demandes sans réponse.

La situation particulière de la Région, confirmée pour l'Oise, oblige à une analyse prenant en compte l'ensemble de l'environnement y compris les indicateurs de santé.

5-2 ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE ET RÉPONSES MÉDICO-SOCIALES

Globalement, l'ensemble des indicateurs de santé publique et de qualité de vie sont négatifs pour la région Picardie. La région reste à la place du 3^{ème} ou 4^{ème} plus "mauvais élève" des résultats.

Cinq points très défavorables : la mortalité, le cancer, le suicide, l'alcool et l'obésité.

Ces aspects méritent d'être analysés au regard des publics et des pathologies dans les dispositifs médico-sociaux du handicap.

Ainsi les données relatives à l'alcoolisme peuvent être rapprochées du nombre croissant de personnes atteintes de la maladie de Korsakoff. Ces maladies engendrent des handicaps pris en charge dans des dispositifs médico-sociaux type foyer de vie et FAM. Ainsi quelques cas sont accueillis dans des établissements belges.

L'absence de réponses sur le sanitaire engendre aussi des demandes plus fortes sur le médico-social. Au-delà du cas du transport de personnes allongées pour enfants des transferts de charges indirects sont constatés. Ex : Les accompagnements des SAAD face à l'impossibilité de réponse des SSIAD.

Les actions de prévention mais aussi curatives mises en œuvre par l'ARS seront à suivre.

Orientation





INTRODUCTION

La concertation territoriale s'est articulée autour d'enjeux identifiés lors de la phase préalable de diagnostic territorial.

Les enjeux sont de deux ordres, prospectifs et financiers :

Les enjeux prospectifs sont :

- le vieillissement de la population (à domicile et dans les ESAT),
- le manque de solutions idoines pour les personnes handicapées psychiques et pour les jeunes de 18-25 ans avec des déficiences,
- la précarisation des personnes retraitées,
- un maillage des places d'EHPAD conventionnées à l'aide sociale à optimiser,
- L'accès à l'information, l'aide aux aidants naturels et solutions de répit à développer,
- une offre de santé insuffisante,
- une démarche qualité en matière d'évolution des pratiques professionnelles pour renforcer les moyens d'accompagnement spécifiques à domicile et en institution (autisme, TED, Alzheimer, troubles psychiques),
- un besoin de coordination et de mutualisation des mises en réseaux.

Les enjeux financiers concernent :

- les nouvelles obligations légales qui incombent au département avec un glissement du sanitaire vers le médico-social,
- la dégradation des finances départementales, confrontées à un effet de ciseau entre des dépenses sociales en forte hausse (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation des personnes handicapées et le revenu de solidarité active) et des recettes en stagnation (impact de la récession).

Ce schéma se donne pour objectifs d'encourager et soutenir, à partir de ressources et solutions existantes, les dynamiques locales et partenariales :

- d'anticipation dans le cadre d'une politique territoriale de développement économique et social,
- de promotion des réponses adaptées et innovantes,
- de développement de l'accessibilité de l'habitat.

Le Conseil général, dans le cadre de ses politiques d'action sociale et d'aménagement du territoire, porte une attention particulière à l'approche territoriale des réponses aux besoins, d'autant plus que certaines zones sont fragilisées par une raréfaction de professions médicales, de services et commerces de proximité.



Le schéma départemental de l'autonomie des personnes s'inscrit dans une démarche de Projet Territorial de Solidarité (PTS) dont les objectifs sont :

- le renforcement de la territorialisation de l'action médico-sociale,
- une vision plus transversale des problématiques des usagers-citoyens portée par les équipes des services de solidarité dans une amélioration continue de la qualité du service rendu,
- le développement de l'animation des territoires et des politiques de soutien aux situations de précarité,
- l'organisation d'un nouveau mode de pilotage de la politique sociale départementale avec la poursuite de l'évaluation des politiques publiques en insistant sur la qualité et l'efficacité des services rendus aux habitants et le renforcement des partenariats.

Quatre grands axes structurent le schéma en faveur de l'autonomie des personnes pour 2012-2017 :

- faire évoluer les pratiques de pilotage,
- permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie,
- faire du secteur psychiatrique un partenaire des réponses médico-sociales,
- développer les innovations pour favoriser la vie autonome.

Ces orientations traduisent les attentes émergées de la concertation avec les partenaires mais aussi des services du Conseil général et de la MDPH. Elles sont déclinées en thématiques et actions dont la plupart donneront lieu à des travaux supplémentaires en vue de leur mise en œuvre opérationnelle sur les territoires.

Les actions sont priorisées avec un code allant d'une mise en application la plus rapide à la moins urgente, soit de 1 à 3.



ARBORESCENCE DES FICHES-ACTIONS

AXE 1 : ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE PILOTAGE

Le précédent schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap a initié une première démarche d'harmonisation des listes d'attente en établissements médico-sociaux qui demeure inaboutie. L'hétérogénéité des pratiques et l'utilisation d'applications métiers différentes à la MDPH et au Conseil général ne permettent pas un croisement des informations et une connaissance suffisante de l'adéquation de l'offre.

La MDPH et le Conseil général doivent améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics. Ainsi, la MDPH va se doter d'outils de suivi des orientations et des listes d'attente en établissements et services. Cette mesure devrait optimiser les réponses territoriales, et permettre d'identifier les besoins émergents ou non couverts.

Une place privilégiée aux fonctions d'observatoire est indispensable pour mesurer les besoins de la population avec le souci d'un partage entre acteurs et par territoire.

Ainsi la mise en œuvre des fiches-actions devra respecter la stratégie de pilotage du projet territorial de solidarité dont les finalités sont de :

- définir les perspectives d'adaptation de la politique d'action sociale du département de l'Oise au regard des besoins des habitants, de l'offre existante et des collaborations possibles avec les partenaires.
- construire des réponses sociales et médico-sociales adaptées qui prennent en compte les spécificités locales.

THÈME 1 : Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics

Objectifs :

- acquérir une connaissance plus fine des publics en établissement et à domicile en poursuivant le développement des systèmes d'information,
- Éviter les situations de rupture sur le champ du handicap et repérer les urgences.

THÈME 2 : Développement et convergence des politiques d'action sociale

Objectifs :

- la mise en œuvre des fiches-actions devra respecter la stratégie de pilotage du projet territorial de solidarité,
- la mise en place d'une procédure d'appel à projet doit garantir que les projets proposés correspondent aux attentes du Conseil général et des usagers.



AXE 2 : PERMETTRE LA SOUPLESSE DANS LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN FONCTION DE SON PROJET DE VIE

L'environnement de la personne est déterminant dans le maintien de l'autonomie d'une personne fragilisée par la vieillesse ou une déficience. Les réponses à apporter doivent se construire en tenant compte d'une approche globale de la situation environnementale, familiale et sociale.

La continuité du parcours de vie nécessite de recourir non seulement aux dispositifs de maintien à domicile et aux établissements et services spécialisés, mais aussi de stimuler les capacités d'autonomie de chacun.

Ainsi la prévention et l'animation contribuent au maintien à domicile en agissant auprès de la personne en perte d'autonomie et de son entourage en retardant l'aggravation des incapacités.

Le besoin d'une information accessible et partagée a été mis en avant par l'ensemble des groupes de travail.

Certes le département profite d'un maillage de Relais pour l'Autonomie des Personnes, lieux d'accueil et d'information et d'accompagnement dédiés aux personnes en perte d'autonomie.

Pourtant ce réseau n'est pas encore suffisamment identifié par le public et les professionnels.

La complexité des dispositifs, la multiplicité des acteurs et le foisonnement de l'information, rendent difficile l'accès à une information simple et rapide.

L'admission en établissement, l'orientation vers des services ou la formule de l'accueil familial s'avèrent difficiles pour des familles par méconnaissance des solutions existantes.

Le réseau d'information a besoin d'être développé et structuré pour répondre aux attentes des professionnels et des usagers d'identifier un référent aux situations.

THÈME 1 : La prévention

Objectifs :

- maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes âgées et/ou handicapées,
- fluidifier les sorties d'hôpital par des réponses d'urgence de proximité,
- Éviter les ruptures dans les projets de vie.

THÈME 2 : Adapter les structures existantes

Objectifs :

- réduire les taux de vacances dans les RPA,
- poursuivre la modernisation d'établissements et permettre la cohabitation de tranches d'âge et/ou de handicaps différents,
- offrir des réponses adaptées en faveur des publics ayant un handicap psychique,
- éviter l'éloignement de personnes Isariennes,
- maîtriser les coûts d'accueil.

THÈME 3 : Développement de l'accueil familial

Objectifs :

- développer le dispositif et lever les freins.

THÈME 4 : Coordination et information aux usagers

Objectifs :

- faciliter la lisibilité de l'accès aux services pour les usagers,
- permettre l'identification d'un professionnel référent pour l'utilisateur et/ou les autres professionnels facilitant le suivi de la demande.



AXE 3 : FAIRE DE LA PSYCHIATRIE UN PARTENAIRE DES RÉPONSES MÉDICO-SOCIALES

La distinction entre déficiences intellectuelles et maladies mentales est arrivée tardivement à la demande des familles et des professionnels de reconnaître le handicap psychique. La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances ne parle pas pour autant de handicap psychique mais seulement de troubles cognitifs ou psychiques qui peuvent constituer une cause de handicap. Comme l'explique Sébastien Muller, psychologue, dans un récent article des Actualités sociales, la notion elle-même de handicap psychique reste discutable. Avec l'accent mis sur l'autonomie de la personne, on ne prend plus vraiment en compte les difficultés psychiques individuelles et la notion de souffrance. Les échanges dans les groupes de travail ont révélé que les familles sont toujours aussi démunies face aux difficultés d'insertion sociale et professionnelle de leur proche et sont en attente d'outils spécifiques d'accompagnement.

Les deux entités « sanitaire » et « médico-social » sont le produit d'une histoire qui constitue le socle identitaire de ces deux secteurs :

- espace de soins pour le sanitaire,
- espace d'éducation et de réinsertion pour le social et le médico-social.

Cet historique a d'autant plus de poids dans l'Oise, département sur lequel est implanté un des plus grands centres hospitaliers psychiatriques de France.

Bien souvent, les personnes atteintes de troubles mentaux présentent à la fois :

- des souffrances psychiques, plus ou moins graves, qui demandent des soins,
- des limitations dans leur vie sociale et professionnelle,
- et dans certains cas des troubles du comportement.

À ces difficultés s'ajoutent le manque de bienveillance dont les malades psychiques sont victimes et qui ne facilite pas leur intégration notamment dans le logement autonome, et conduit parfois à une confusion entre maladie mentale et dangerosité. Les groupes de travail ont partagé l'objectif prioritaire d'améliorer le partenariat pour accompagner, chacun avec sa spécificité, les personnes en grande difficulté de vie et garantir la continuité de prise en charge. La moindre rupture peut avoir des conséquences préjudiciables pour les personnes en termes de perte d'autonomie et d'aggravation de pathologie. Il relève d'une responsabilité conjointe de mettre en œuvre un projet commun pour garantir à l'usager et à son entourage une prise en charge globale de qualité.

Les moyens pour y parvenir sont :

- le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social permettant de proposer des réponses croisées aux besoins et attentes variées des personnes et une complémentarité des interventions,
- une collaboration des deux secteurs afin d'assurer la prise en charge globale de l'usager et permettre des orientations adaptées,
- la coordination des actions,
- une démarche commune en recherche et développement.

L'inclusion sociale et l'accès aux services de droit commun de personnes handicapées psychiques ont parfois des limites, et la création de services spécifiques de prise en charge est nécessaire.

THÈME 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi

Objectifs :

- éviter des orientations de malades psychiques vers des dispositifs médico-sociaux sans préparation ou suivi,
- améliorer la connaissance de ce public, de ses besoins et des réponses existantes ou possibles.

THÈME 2 : Ajustement des pratiques professionnelles

Objectifs :

- permettre une montée en compétence,
- prévenir l'usure professionnelle.

THÈME 3 : Information et formation

Objectifs :

- améliorer les coordinations locales et les articulations entre services et intervenants,
- favoriser les échanges d'informations et le suivi des parcours de l'usager.



AXE 4 : DÉVELOPPER LES INNOVATIONS POUR FAVORISER LA VIE AUTONOME

Dans un contexte de vieillissement démographique, la question de l'adaptation du logement et le renforcement des actions d'accompagnement constituent un enjeu essentiel.

La volonté de la grande partie de la population quel que soit son âge ou son handicap est de vivre chez soi et le plus longtemps possible.

Toutefois, faute de logements accessibles et dans un contexte général de pénurie de logements, les politiques de maintien à domicile ne peuvent développer tous les effets escomptés et les entrées en établissements médico-sociaux peuvent devenir les seules alternatives.

L'accès au logement et la qualité de l'habitat conditionnent le projet de vie des personnes et l'évaluation des besoins d'adaptation du logement en constitue un levier indispensable.

L'évaluation en la matière est structurée pour les bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap mais reste limitée pour les personnes âgées.

Les personnes présentant un handicap moteur très lourd, ou un handicap psychique, rencontrent des difficultés plus spécifiques d'accès au logement de droit commun. Le maintien à domicile s'avère également difficile dès lors que peuvent survenir des comportements particuliers.

C'est pourquoi des formes plus souples d'accompagnement peuvent être envisagées (maison communautaire, famille gouvernante, résidence service...).

Par ailleurs beaucoup de propriétaires occupants aux revenus modestes connaissent des difficultés financières pour réaliser des travaux de rénovation et d'adaptation.

Il s'agit d'apporter des réponses de services et d'accompagnement sur les zones dépourvues ou mal équipées.

THEME 1 : Habitat et nouvelles technologies

Objectifs :

- permettre l'intégration de solutions technologiques adaptées aux besoins de chaque individu,
- reconnaître le logement de la personne, clé du maintien à domicile, support de toutes les offres d'accompagnement.

THEME 2 : Évolution des pratiques professionnelles

Objectifs :

- développer un service de maintien à domicile de qualité,
- favoriser les partenariats et mises en réseaux,
- identifier davantage les relais pour l'autonomie des personnes (RAP).

THEME 3 : Accompagnement des personnes

Objectifs :

- apporter des réponses de services et d'accompagnement sur les zones dépourvues ou mal équipées,
- apporter de la lisibilité et de la simplicité en matière d'information,
- innover dans la prise en charge à domicile.



FICHES-ACTIONS

AXE 1 : ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE PILOTAGE

THÈME 1

Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics

Action 1

Portail d'information aux usagers

Action 2

Outil de suivi et gestion des listes d'attente

Action 3

Intégrer le traitement en urgence de situations particulières et en préciser les critères et modalités

THÈME 2

Développement et convergence des politiques d'action sociale

Action 4

Construire une filière d'emplois pérennes et de qualité dans les services d'assistance aux personnes avec un accès privilégié aux allocataires du dispositif RSA

Action 5

Mettre en œuvre les orientations du schéma autonomie en respectant la stratégie de pilotage du projet territorial de solidarité

Action 6

Mise en place de la procédure d'appel à projet

ACTION 1		Portail d'information aux usagers
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage		
Thème 1 : Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics		
Priorité : 1		
Chefs de projet : direction MDPH + Conseil général (direction du département numérique)		
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION		
Constats - Contexte	Depuis son ouverture, en 2006, la MDPH enregistre un nombre de fréquentations physiques et d'appels téléphoniques au numéro vert toujours plus grand. Entre 2010 et 2011, le nombre de contacts à l'accueil a augmenté de 37 %. La plupart des questions concernent la bonne réception du dossier de demandes ou le suivi du traitement du dossier.	
Objectifs opérationnels ou visés	Améliorer la réponse au public et aider à stabiliser le nombre de contacts, physiques et/ou téléphoniques à l'accueil de la MDPH.	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION		
Descriptif du programme d'action	Développer en parallèle un site internet rénové afin de mieux répondre aux attentes des usagers et mettre à disposition un portail permettant le suivi en ligne des demandes en cours et/ou des décisions prises.	
Public visé	L'ensemble des usagers de la MDPH de l'Oise	
ORGANISATION		
Acteurs concernés	Services de la MDPH + services de la Direction du département numérique et de la Communication	
Échéancier	Juin 2012	
ÉVALUATION DU PROGRAMME		
Critères d'évaluation	Nombre de connexions annuelles au site internet + nombre de connexions au portail usagers + nombre de contacts physiques et téléphoniques annuels, à l'accueil de la MDPH	

ACTION 2		Outil de suivi et de gestion des listes d'attente
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage		
Thème 1 : Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics		
Priorité : 1		
Chefs de projet : direction MDPH + Conseil général (direction du département numérique)		
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION		
Constats - Contexte	Deux des missions principales confiées aux MDPH par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées sont la compensation du handicap par l'orientation en établissement médico-social si nécessaire et le suivi des décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Or, force est de constater que ce suivi est difficile en l'absence d'un outil adéquat permettant de croiser orientations prononcées par la CDAPH, les démarches initiées ou non par les personnes handicapées et l'information sur les entrées effectives en établissement ou service médico-sociaux.	
Objectifs opérationnels ou visés	Améliorer le suivi des listes d'attente ainsi que l'observation liée aux orientations en établissements et services médico-sociaux en ayant une meilleure visibilité sur les délais entre orientation et entrées effectives, besoins d'adaptation de l'offre, besoins nouveaux, ...	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION		
Descriptif du programme d'action	Mettre à disposition des services de la MDPH et des établissements et services départementaux un outil informatique permettant à chacun des acteurs d'être informé en temps réel de la situation de la personne handicapée.	
Public visé	Personnes handicapées orientées en EMS + tous les établissements et services	
ORGANISATION		
Acteurs concernés	Services de la MDPH + services de la DAP et de la Direction du département numérique + services de l'ARS + tous les EMS départementaux	
Échéancier	2012 - 2013	
ÉVALUATION DU PROGRAMME		
Critères d'évaluation	Installation dans tous les EMS + amélioration du suivi des listes d'attente + meilleure photographie départementale des besoins en matière d'orientation médico-sociale	

ACTION 3	Intégrer le traitement en urgence de situations particulières et en préciser les critères et modalités
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage	
Thème 1 : Améliorer et poursuivre le développement du système d'information pour connaître les publics	
Priorité : 1	
Chefs de projet : direction MDPH + Conseil général (direction de l'autonomie des personnes)	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	Le traitement de l'urgence reste problématique dans bon nombre de cas. Il est arrêté selon des modalités propres pour l'APA en urgence. Le nombre de saisines de la MDPH pour la PCH d'urgence reste très limité (une dizaine par an). Or, les acteurs, dont les hôpitaux, relèvent la difficulté de signaler les situations d'urgence pour la PCH, mais pour toute demande auprès des services de la MDPH, au travers des formulaires de demandes. Ces difficultés soulignent souvent l'absence de coordination entre partenaires. La sortie d'hôpital reste problématique par exemple, surtout en l'absence d'un pilote bien identifié, mais aussi lors du vieillissement de parents n'ayant jamais eu recours à aucune aide, de l'hospitalisation ou du décès de l'aidant, en cas de rupture brutale de la prise en charge.
Objectifs opérationnels ou visés	Améliorer la prise en compte et le délai de traitement des situations requérant une procédure accélérée en les rendant particulièrement identifiables au sein des services de la MDPH ou de l'APA.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	Mettre à disposition des services tels que les Relais Autonomie des Personnes mais aussi des professionnels extérieurs intervenant auprès de la personne concernée, une fiche de liaison à transmettre directement à un cadre référent de la MDPH ou du service de l'APA, pour une prise en compte optimisée de la demande.
Public visé	Personnes âgées et/ou handicapées en situation d'aggravation ou de rupture de prise en charge
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Services de la MDPH + services de la DAP et tout professionnel extérieur intervenant auprès de la personne
Échéancier	1 ^{er} semestre 2012
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Nombre de saisines des services par le biais de la fiche de liaison + délai de traitement de la demande par le service concerné

ACTION 4	Construire une filière d'emplois pérennes et de qualité dans les services d'assistance aux personnes avec un accès privilégié aux allocataires du dispositif RSA
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage	
Thème 2 : Développement et convergence des politiques d'action sociale	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général et plus particulièrement la direction de l'action sociale et de l'insertion	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Un grand nombre d'intervenants à domicile seront en âge de la retraite d'ici 2020 en Picardie. • Vieillesse de la population qui choisit de demeurer le plus longtemps possible à domicile. • La Prestation de Compensation du Handicap ouvre de nouvelles voies d'accompagnement et de soutien d'où le besoin de développer des compétences spécifiques. • Les services rencontrent parfois des difficultés à affecter des personnels dont le domicile personnel est éloigné du secteur d'intervention.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Entamer une démarche GPEC dans les services d'assistance aux personnes tenant compte des évolutions démographiques de leur personnel. • Prévoir des changements organisationnels dans les services. • Faire évoluer des pratiques en matière d'évaluations et d'interventions. • Établir un plan stratégique prospectif. • Renforcer la qualification et valoriser les métiers d'accompagnement à domicile. • Contribuer au parcours d'insertion des allocataires du RSA et au retour à l'emploi. • Organiser avec les élus locaux et les bailleurs une étude de faisabilité en matière de solutions de logement à proximité du périmètre d'intervention des aides à domicile.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution d'un comité de pilotage avec le conseil régional, la DIRECCTE, le réseau IAE (Insertion par l'activité économique), l'ARACT (agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail), le pôle solidarité du département (DASI et DAP) et le CODERPA. • Séminaire avec des ateliers rassemblant des partenaires suivi d'une restitution. • Élaboration d'un plan d'actions à décliner entre les partenaires institutionnels
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes dépendantes • Allocataires RSA
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Le Conseil général « la Direction de l'Action Sociale et de l'Insertion et la Direction de l'Autonomie des Personnes » - Service d'aide à domicile - Conseil Régional + DIRECCTE
Échéancier	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux de réflexion en 2012 • Plan d'actions en 2013
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Date de séminaire • Contenu du plan d'actions

ACTION 5	Mettre en œuvre les orientations du schéma autonomie en respectant la stratégie de pilotage du projet territorial de solidarité (PTS)
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage	
Thème 2 : Développement et convergence des politiques d'action sociale	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<p>Les services du pôle solidarité se sont engagés dans une démarche projet tendant vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un processus de territorialisation de l'action médico-sociale, • la clarification des priorités politiques territoriales, • l'organisation d'une nouvelle gouvernance de la politique sociale départementale. <p>Les finalités du projet territorial de solidarité sont de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • définir les perspectives d'adaptation de la politique d'action sociale du département de l'Oise au regard des besoins de habitants, de l'offre existante et des collaborations possibles avec les partenaires, • construire des réponses sociales et médico-sociales adaptées qui prennent en compte les spécificités locales.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Le renforcement de la territorialisation de l'action médico-sociale, • Une vision plus transversale des problématiques des usagers-citoyens portée par les services de solidarité dans une amélioration continue de la qualité du service rendu, • Le développement de l'animation des territoires et des politiques de soutien aux situations de précarité, • L'organisation d'un nouveau mode de pilotage de la politique sociale départementale avec la poursuite de l'évaluation des politiques publiques en insistant sur la qualité et l'efficacité des services rendus aux habitants et le renforcement des partenariats.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>La méthode de la démarche du projet territorial de solidarité prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un diagnostic social de territoire partagé : recueil des données socio-démographiques, constitution des groupes de travail territoriaux, et formulation des enjeux de la politique sociale du territoire en fonction du contexte local, • l'élaboration des orientations stratégiques et d'une déclinaison opérationnelle en plan d'actions territoriales.
Public visé	Tout public
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Nombre de fiches d'orientation et de fiches actions

ACTION 6		Mise en place de la procédure d'appel à projet
Axe 1 : Évolution des pratiques de pilotage		
Thème 2 : Développement et convergence des politiques d'action sociale		
Priorité : 1		
Chefs de projet : Conseil général		
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION		
Constats - Contexte	La loi HPST de 2010 instaure le principe du recours à l'appel à projet pour toute création ou extension (30 % de la capacité ou plus de 15 places autorisées initialement) d'établissements et services médico-sociaux.	
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre la loi en instaurant une commission départementale de sélection d'appel à projet social ou médico-social, • Placer le département comme chef de file et maître d'ouvrage, • Mettre en adéquation l'offre et la demande de services et établissements, • S'appuyer sur les orientations définies dans les schémas médico-sociaux et sur les programmes pluriannuels d'investissement, • Organiser la représentation au sein de la commission d'appel à projet départementale. 	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION		
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Constitution de la commission départementale de sélection d'appel à projet social ou médico-social : candidatures et propositions, nomination par arrêté du Président du Conseil général, • Définition des modalités d'organisation : calendrier annuel, • Définir un cadre commun à la rédaction des appels à projets. 	
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées	
ORGANISATION		
Acteurs concernés	Conseil général	
ÉVALUATION DU PROGRAMME		
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Publication de l'arrêté de composition de la commission départementale de sélection d'appel à projet social ou médico-social, • Mise en place du calendrier annuel de réunions de la commission d'appel à projet. 	



FICHES-ACTIONS

AXE 2 : PERMETTRE LA SOUPLESSE DANS LE PARCOURS DE LA PERSONNE EN FONCTION DE SON PROJET DE VIE

THÈME 1

La Prévention

Action 7

Développement du service de convivialité

Action 8

Mettre en place les conditions au respect du projet de vie de la personne âgée

Action 9

Faire de la prévention un enjeu départemental

Action 10

Mise en place d'une procédure harmonisée de traitement des situations préoccupantes d'adultes vulnérables

Action 11

Favoriser le balluchonnage

THÈME 3

Développement de l'accueil familial

Action 17

Faire connaître l'accueil familial comme solution d'hébergement temporaire

Action 18

Développer l'accueil familial avec des supports institutionnels : établissements sociaux et médico-sociaux

THÈME 2

Adapter les structures existantes

Action 12

Adapter les RPA ou foyers logements aux besoins de la population vieillissante ou handicapée

Action 13

Développer l'accueil séquentiel des personnes âgées et personnes handicapées

Action 14

Innover en matière de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et rechercher des solutions pour les parents vieillissants de personnes handicapées

Action 15

Rééquilibrer l'offre d'EHPAD conventionnés à l'aide sociale

Action 16

Favoriser la création et l'extension de places en FAM et Foyer de vie pour répondre au handicap psychique, à l'autisme et troubles associés

THÈME 4

Coordination et information aux usagers

Action 19

Développer les liens de coordination institutionnelle et les réseaux existants pour simplifier l'accès à l'information des usagers et leurs familles

ACTION 7		Développement du service de convivialité	
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie			
Thème 2 : Prévention et maintien à domicile			
Priorité : 1			
Chefs de projet : Conseil général			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte		<ul style="list-style-type: none"> Le service de convivialité est récent et mérite d'être bien connu des professionnels, Restriction des interventions aux allocataires de l'APA à domicile. L'accès limité au transport est repéré comme un frein aux sorties extérieures, Absence de lieux ressources pour envisager des animations et activités collectives à thème. 	
Objectifs opérationnels ou visés		<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir les services de convivialité par la mise en relation de personnes âgées et le maintien du lien social, Étudier des formes de mutualisation autour du transport pour favoriser les sorties collectives, Engager des partenariats entre les services de convivialité et les ESMS ou les collectivités pour favoriser les échanges intergénérationnels. 	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action		<p>Expérimentation durant 2 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir une campagne d'information avec les relais dans les territoires et les collectivités, Recenser par territoire les moyens de transport publics ou privés et mutualiser ces moyens pour une meilleure couverture des besoins, Répertorier les lieux ressources susceptibles d'accueillir de manière ponctuelle des ateliers d'animation collective. <p>Bilan de l'expérimentation départementale, et réflexion sur un rapprochement avec la CARSAT.</p> <p>Étude sur la pérennisation du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> Au regard d'indicateurs d'impact mesurés entre autre par un questionnaire de satisfaction, En s'appuyant sur des expériences déjà menées par des communes pour recourir à des personnels en service civique. 	
Public visé		Personnes âgées	
ORGANISATION			
Acteurs concernés		SAD - ESMS - Conseil général - Centres sociaux ruraux	
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation		<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes concernées, Durée moyenne de prise en charge, Questionnaire de satisfaction. 	

ACTION 8	Mettre en place les conditions du respect du projet de vie de la personne âgée
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 1 : Prévention et maintien à domicile	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées ne sont pas interrogées sur leur projet de vie au moment du remplissage des dossiers de demande de prestations APA et aide-ménagère, • L'environnement (famille, logement...) n'est pas suffisamment pris en compte dans l'évaluation des besoins, • Un manque de coordination entre les différents services, professionnels et aidants naturels intervenant auprès de la personne est relevé, • La prise en charge est souvent morcelée, • Le manque d'accessibilité du domicile peut constituer un frein au maintien à domicile dans de bonnes conditions, • Les situations complexes se multiplient, • La population âgée est une population fortement touchée par le suicide.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer à la personne âgée un moyen de se faire entendre, d'exprimer ses attentes et besoins, • Promouvoir l'approche globale dans l'accompagnement des personnes âgées qui tient compte des facteurs environnementaux et familiaux, • Apporter un éclairage supplémentaire aux services d'aide à domicile désignés pour intervenir, • Rechercher l'assouplissement dans les modalités d'attribution des différentes aides (transfert de l'aide à l'aidant et cumul des aides) et de leur réalisation pour s'adapter au rythme de vie de la personne âgée et à l'évolution de ses besoins (ex : redéploiement des heures au retour d'hospitalisation), • Anticiper les sorties d'hospitalisation et créer les conditions favorables au retour à domicile, • Utiliser le projet de vie individualisé pour affiner des projets d'animation (ex : prise en charge par le service de convivialité), • Partager les éléments recueillis avec les services d'aide à domicile pour garantir une qualité de réponse aux personnes âgées.

ACTION 8	Mettre en place les conditions du respect du projet de vie de la personne âgée
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 1 : Prévention et maintien à domicile	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Expérimentation menée auprès des bénéficiaires APA avec les services d'aide à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> La procédure mise en œuvre à titre expérimentale depuis 2012 prévoit : <ul style="list-style-type: none"> la possibilité de redéployer les heures d'aide à la personne non utilisées suite à une hospitalisation (> ou = à 8 jours) pour une personne âgée prise en charge par un service prestataire d'aide à domicile, une facturation tant au bénéficiaire qu'au Conseil général des heures réellement effectuées. Étude des impacts organisationnels tant du côté des équipes évaluatrices du Conseil général que des services d'aide à domicile. <p>Établir des protocoles de sorties d'hospitalisation entre les relais pour l'autonomie et les centres hospitaliers généraux et psychiatriques.</p> <p>Élargir l'approche pluridisciplinaire en favorisant le recours à un ergothérapeute pour l'aménagement de l'habitat de la personne âgée.</p> <p>Inscrire dans le règlement départemental d'aide sociale les mesures qui auraient fait preuve de leur efficacité.</p> <p>Monter un comité de pilotage rassemblant les équipes des relais pour l'autonomie des personnes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer un guide de conduite d'entretien et de formalisation du projet de vie, Établir un programme d'information/formation des équipes pour un accompagnement au changement des pratiques professionnelles et une bonne utilisation du guide, Arrêter un échéancier et un plan de charge.
Public visé	Personnes âgées
ORGANISATION	
Acteurs concernés	SAD - Conseil général et notamment les RAP
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de plans d'aide redéployés, Délai moyen de maintien à domicile des personnes ayant bénéficié d'un redéploiement d'heure après une hospitalisation.

ACTION 9		Faire de la prévention un enjeu départemental	
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie			
Thème 1 : Prévention et maintien à domicile			
Priorité : 2			
Chefs de projet : Conseil général et notamment les relais autonomie des personnes			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte		<ul style="list-style-type: none"> Les actions collectives apparaissent souvent comme secondaires, Responsabilité des bénévoles limitée, Problèmes de moyens humains, problèmes de mobilité. 	
Objectifs opérationnels ou visés		<ul style="list-style-type: none"> Placer l'animation au centre des actions collectives, Maintenir le lien social des personnes, Prévenir, Exercer sa citoyenneté (Personne Âgée - Personne Handicapée), Lutter contre l'isolement des Personnes Âgées à domicile , Aider la cellule familiale. 	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action		<p>Développer les partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> Organiser les modes de transport en lien avec les partenaires locaux (CCAS, inter-communauté), Parer aux situations d'isolement (mettre en œuvre un réseau d'alerte...), Mutualisation, mobilisation et mise en synergie des activités et supports d'animations par le biais de conventions partenariales (activités inter-EHPAD associant des P.A à domicile, lieux de rencontres communs inter-structures Personnes Handicapées, Réfléchir à un partenariat entre ludothèque départementale et EHPAD, Communiquer et mobiliser le dispositif « trans'culture » du Conseil général. <p>Compléter l'animation par des actions d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des actions d'information et de prévention destinées aux aidants familiaux. <p>Diversifier les métiers intervenant au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir la prise en charge à domicile assurée par les services d'aide à domicile à une diversité de métiers, Développer le service de convivialité et le service de stimulation à domicile. <p>Identifier l'animation dans le budget départemental et trouver des financements croisés</p> <ul style="list-style-type: none"> Établir un programme d'animation et le budget correspondant, Mélanger les publics des actions portées par le pôle solidarité, Respecter une procédure de validation des animations (public visé, partenaire, évaluation..) et monter des outils de recensement des actions collectives organisées par le pôle solidarité, Recourir au mécénat. 	
Public visé		Personnes âgées et personnes handicapées	
ORGANISATION			
Acteurs concernés		Conseil général - Établissements - Services - Associations	
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation		<ul style="list-style-type: none"> Taux de fréquentation des animations, Bilan de satisfaction. 	

ACTION 10	Mise en place d'une procédure harmonisée de traitement des situations préoccupantes d'adultes vulnérables
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 1 : Prévention et maintien à domicile	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de répondre à l'urgence. • Voisins, bailleurs sociaux, élus... sont confrontés à certaines situations face auxquelles ils sont démunis. • Difficulté de savoir qui est compétent, en fonction de quelle situation (maltraitance ; délaissement...).
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la sécurité des personnes dépendantes à domicile, • Coordonner les acteurs des champs médicaux-sociaux et la justice si besoin.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Établir une procédure harmonisée de traitement des situations préoccupantes d'adultes vulnérables, en s'appuyant sur la procédure en matière d'enfance et sur l'existant au sein des MSF et des RAP (sans moyens supplémentaires), • Informer et consulter les partenaires de la procédure, • Réfléchir à la mise en place d'une mission départementale d'observation des situations préoccupantes d'adultes vulnérables (à l'image de la CRIP dans le domaine de l'enfance).
Public visé	Les professionnels du médico-social ; les familles ; les aidants ; le Conseil général ; l'ensemble des partenaires ; toute personne susceptible d'avoir connaissance d'informations préoccupantes sur un adulte vulnérable.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général (DASI, DAP, DEF)
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Validation de la procédure par les directions concernées, • Mise en place d'un comité de pilotage réunissant la DAP, la DASI, la DEF sur la mise en place d'un observatoire des situations d'adultes vulnérables, • Mise en place de l'observatoire.

ACTION 11		Favoriser le baluchonnage	
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie			
Thème 1 : Prévention et maintien à domicile			
Priorité : 3			
Chefs de projet : Conseil général et notamment des relais pour l'autonomie des personnes			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les aidants naturels ont besoin de répit, de repos, de solutions de remplacement tout en sachant que leur proche est en sécurité et entouré à son domicile, • Les familles cherchent à préserver les habitudes de leur proche tout en lui donnant l'occasion de pratiquer des activités nouvelles avec un nouvel intervenant, • Les hébergements temporaires en maison de retraite ne sont pas répartis équitablement dans le département. 		
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une solution aux aidants naturels qui souhaitent être libérés temporairement de leurs charges quotidiennes, et s'absenter en toute sérénité, • Développer en priorité le baluchonnage sur les territoires dépourvus d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, • Prévenir les risques d'épuisement des aidants, • Éviter les placements en urgence. 		
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action	<p>Monter un comité technique rassemblant les services du Conseil général et notamment les équipes des relais pour l'autonomie, des services d'aide à domicile, des familles d'accueil et des représentants d'aidants naturels pour développer la démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • déterminer le public cible et les territoires prioritaires, • préciser les réponses attendues par le dispositif, • sécuriser juridiquement la prise en charge, • déterminer la nature et les modalités d'intervention (actes programmés ou non, durée des interventions, etc...), • réfléchir aux conditions de prise en charge par le département. <p>Rechercher et négocier des cofinancements.</p> <p>Lancer un appel à projet expérimental.</p>		
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées		
ORGANISATION			
Acteurs concernés	Conseil général - Services d'aide à domicile - famille d'accueil - aidants naturels		
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction d'un cahier des charges pour un appel à projet, • Cofinancements obtenus. 		

ACTION 12	Adapter des RPA ou foyers-logements aux besoins de la population vieillissante ou handicapée
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 2 : Adapter les structures existantes	
Priorité : 3	
Chefs de projet : Gestionnaires de RPA	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Bon taux d'équipement de RPA dans l'Oise mais taux d'occupation variable d'un territoire à l'autre, • Manque d'information à destination des personnes dépendantes et de leurs familles, • Superficie des logements inadaptée aux demandes et besoins d'une grande part de la population (pas assez de F2 ou F3), • Absence d'une présence de nuit dans certaines RPA, • Réponse à certains besoins sécuritaires qui ne sont plus assurés dans le domicile propre (appel d'urgence).
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Créer et favoriser les liens entre les RPA et les EHPAD de telle sorte que les RPA/EHPAD deviennent des lieux ressources et d'échanges (animation collective), • Développer des séances de stimulation collective au sein des RPA accessibles aux personnes à domicile, • Transformer des surfaces de RPA en logements adaptés pour personnes handicapées avec les activités appropriées à ces publics.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Développer l'animation dans les RPA pour les rendre plus attractives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire de la communication autour des services offerts par les RPA, • développer les actions collectives au sein des RPA, • remettre des personnels adaptés aux besoins des locataires. <p>Mener une réflexion sur l'avenir des RPA et sur les possibilités de réaffectation des logements pour un nouveau public :</p> <ul style="list-style-type: none"> • état des lieux sur la sous-occupation des RPA, • vérifier les besoins de logement pour les personnes handicapées et définir les profils de ces personnes, • étude conjointe des propriétaires et des gestionnaires de possibilités de réaffectation des prêts et logements.
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées en capacité de vivre en milieu ordinaire
ORGANISATION	
Acteurs concernés	RPA - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Nombre de résidences et de logements réaffectés à un public de personnes handicapées.

ACTION 13	Développer l'accueil séquentiel des personnes âgées et personnes handicapées
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 2 : Adapter les structures existantes	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général et plus particulièrement les Relais pour l'Autonomie des Personnes	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des professionnels et des familles sur les lieux d'implantation et les objectifs des accueils séquentiels. • Couverture en places d'accueils séquentiels en établissement à optimiser. • Accueil de jour en EHPAD réservé aux personnes atteintes d'Alzheimer ou de troubles apparentés. • L'aidant ou l'accueillant n'est pas toujours pris en considération dans l'accueil temporaire ou de jour.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les dispositifs séquentiels sous ses différentes formes (accueil temporaire, de jour, d'urgence ou de nuit), • Ouvrir les accueils de jour des EHPAD aux personnes âgées qui ne souffrent pas de troubles cognitifs, • Développer l'accueil de jour et alternatif des personnes handicapées (en Foyer d'Accueil Médicalisé et en Foyer de Vie), • Prendre en considération le soutien apporté par les aidants et accueillants pour en définir les modalités d'accueil.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Référencer les places d'accueil séquentiel par territoire et leur utilisation, • Mener une campagne d'information sur l'accueil séquentiel : portes ouvertes organisées par les établissements, relais par le réseau partenarial local, • Placer les RAP au cœur du repérage des situations pour une prise en charge alternée domicile/établissement, • Recueillir les informations nécessaires auprès des aidants et accueillants et les associer aux modalités d'accueil,
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées accueillies à titre ponctuel au sein d'un ESMS - Personnes Agées Alzheimer ou apparentées - Aidants familiaux
ORGANISATION	
Acteurs concernés	EHPAD - Foyers pour personnes handicapées - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Outils de communication mis en place.

ACTION 14	Innovier en matière de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et rechercher des solutions pour les parents vieillissants de personnes handicapées
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 2 : Adapter les structures existantes	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Problème de prise en charge des moins de 60 ans à handicap psychique (et plus particulièrement en EHPAD), • Absence de structures mixtes personnes âgées/ personnes handicapées, • Personnel insuffisamment formé ou dont les profils sont inadaptés au vieillissement des personnes handicapées, • Des situations sont parfois découvertes très tardivement et dans l'urgence au moment du décès de parents de personnes handicapées non accompagnées par les services sociaux.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Restructurer des places existantes pour la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes (unités spécifiques au sein des EHPAD), • Imaginer des structures d'accueil associant la prise en charge d'adultes handicapés et de leurs parents vieillissants sur un même site géographique (petites unités de vie avec un pavillon ressource), • Renforcer les dispositifs de mutualisation et de coopération entre les établissements personnes âgées et personnes handicapées.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un projet de transformation et d'aménagement à titre expérimental de places EHPAD en unités spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes, • Élaborer un cahier des charges pour la création d'établissements mixtes pouvant accueillir les personnes handicapées majeures et leurs parents vieillissants, • Adapter les formations et les compétences du personnel au public accueilli (ex : éducateur spécialisé en EHPAD, aide-soignant en Foyer de vie).
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes handicapées vieillissantes, • Personnes handicapées majeures et leurs parents vieillissants.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	EHPAD - Foyers pour personnes handicapées - Conseil général
Echéancier	Expérimentation 2013-2017
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan des expérimentations, • Nombre de projets aboutis.

ACTION 15	Rééquilibrer l'offre d'EHPAD conventionnés à l'aide sociale
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 2 : Adapter les structures existantes	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'équipement départemental d'EHPAD supérieur à la moyenne nationale. Répartition inégale des établissements conventionnés à l'aide sociale dans les territoires, • Une répartition entre les établissements conventionnés ou non à l'aide sociale qui engendre des situations paradoxales : sur un territoire pourtant bien doté globalement, des files d'attente peuvent s'allonger auprès d'établissements habilités alors que des établissements privés ont des lits vides.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter des réponses de proximité d'hébergement adapté aux personnes âgées et à leurs familles en situation de précarité, • Tendre vers une répartition équitable des places d'EHPAD aide sociale par territoire, • Négocier avec des EHPAD non conventionnés des accords visant à un conventionnement partiel à l'aide sociale.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Étude des besoins : état des lieux des taux d'équipement, et analyse des besoins en fonction des ressources moyennes de la population, • Étudier le niveau de tarification applicable et attractive pour les établissements partiellement habilités à l'aide sociale.
Public visé	Personnes âgées
ORGANISATION	
Acteurs concernés	EHPAD - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Nombre d'EHPAD partiellement conventionnés par territoire

ACTION 16	Favoriser la création et l'extension de places en FAM et Foyer de vie pour répondre au handicap psychique, à l'autisme et troubles associés
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 2 : Adapter les structures existantes	
Priorité : 1	
Chefs de projet : ARS - Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Délai d'attente pour une admission en établissement trop long dans l'Oise, • Orientation en Belgique faute de places ou en raison de délais trop longs dans l'Oise, notamment à la sortie d'hospitalisation et d'établissements, • Taux d'équipement FAM dans l'Oise inférieur à la moyenne nationale. • Les attentes et besoins en termes d'accompagnement éducatif et de soins sont différents selon des tranches d'âge, 25-30 ans et 40-50 ans, • Des associations comme la Nouvelle Forge et la Compassion ont déjà travaillé sur des projets de cette nature, en référence au précédent schéma handicap.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les délais d'attente d'admission en établissement spécialisé, • Favoriser l'orientation et la prise en charge dans l'Oise, c'est-à-dire à proximité de la famille et aussi éviter les départs vers la Belgique, • Inscrire le projet de création dans une démarche de développement territorial : création d'emplois directs et indirects non délocalisables, apporter une réponse aux Isariens...
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer avec l'ARS un cahier des charges en cas de compétences partagées, • Établir une programmation financière, • Lancer un appel à projet, • Arrêter les conditions et modalités d'admission et de prise de charge (aide du CMP, service ambulatoire, etc...), et les moyens de gestion des temps de crise, dans une convention cadre à établir avec le CHI.
Public visé	Personnes handicapées psychiques, autistes et avec des troubles associés, avec un besoin de présence humaine permanente et d'un accompagnement éducatif en distinguant les 25-30 ans des 40-50 ans.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	ARS - Conseil général-CHI-ESMS
Échéancier	Démarrage de l'appel à projet au 3 ^{ème} trimestre 2012 dans la perspective de l'ouverture en 2014 d'un FAM pour personnes autistes et troubles psychiques.
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription des projets au programme pluriannuel d'investissement du département, • Date de lancement des appels à projet, • Nombre de projets retenus et financés.

ACTION 17	Faire connaître l'accueil familial comme solution d'hébergement temporaire
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 3 : Développement de l'accueil familial	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<p>L'hébergement temporaire présente plusieurs intérêts non seulement pour l'accueilli mais aussi pour sa famille ou les structures médico-sociales.</p> <p>Cet hébergement constitue une solution :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de transition possible pour des personnes sortant d'hospitalisation mais dont le retour à domicile reste provisoirement difficile, • de répit pour des aidants naturels, • de préparation à un hébergement permanent, • de vacances, • d'alternative à l'hébergement collectif notamment en période de crise de résidents souffrants de troubles psychiques. <p>L'hébergement temporaire en famille d'accueil est une pratique peu diffusée. Plusieurs raisons sont invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une méconnaissance et un manque d'information des médecins de ville et hospitaliers, • l'impact financier de l'hébergement temporaire lorsque les accueillis doivent assumer leurs charges habituelles de logement ou de résidence en foyers médico-sociaux, tout en réglant les frais d'hébergement temporaire à l'accueillant familial, • un nombre insuffisant d'accueillants familiaux intéressés par ce mode de rémunération.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un réseau de familles d'accueil, • Diffuser de l'information auprès des professionnels.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Poursuivre les informations collectives auprès des comités locaux de coordination animés par les relais pour l'autonomie des personnes, (comme le réseau handicap du Noyonnais-Compiègnais), les réseaux de santé...</p> <p>Monter un comité technique rassemblant les services du Conseil général, des établissements et des accueillants familiaux pour mettre en place des réseaux, envisager le salariat d'accueillants par des structures médico-sociales et travailler sur des conventions de réservation simplifiant la contractualisation.</p>
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées de plus de 20 ans
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général - Accueillants familiaux Établissements médico-sociaux
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accueillants proposant de l'hébergement temporaire, • Nombre d'accueillis en hébergement temporaire et répartition entre personnes vivant habituellement à domicile et résidents de structure.

ACTION 18	Développer l'accueil familial avec des supports institutionnels : établissements sociaux et médico-sociaux
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 3 : Développement de l'accueil familial	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les accueillants familiaux ont besoin d'écoute et d'accompagnement, de recourir à des professionnels 7 jours / 7 notamment en cas de crise d'accueillis souffrant de troubles de comportement ou de maladie psychique. • Les conditions d'accueil ne correspondent pas toujours aux exigences architecturales prévues au code de l'action sociale et des familles et aux normes d'accessibilité. • L'accueil familial est créateur d'emplois. • L'hébergement en famille constitue une solution alternative à l'hébergement collectif et son coût reste pour l'instant inférieur à celui d'une maison de retraite ou d'un foyer pour personne handicapée.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Mutualiser les moyens en regroupant sur un même lieu ou à proximité plusieurs familles, • Apporter un soutien et un accompagnement aux accueillants familiaux grâce à la mutualisation des personnels et des dispositifs des structures (accès à la formation continue, visite à domicile d'infirmiers, groupe de parole, groupe d'échanges de pratiques professionnelles...), • Trouver des solutions pour accorder des aides financières à l'aménagement des logements des accueillants, • Proposer avec l'appui d'opérateurs des logements adaptés et accessibles, destinés à l'activité d'accueil en famille, • Établir des accords avec le CHI et les CMP pour que leurs équipes assurent régulièrement les suivis après admission en famille, et les retours d'hospitalisation de façon à faciliter leur maintien en famille.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • S'inspirer d'expériences menées dans d'autres départements ou pays et mener des études de faisabilité notamment avec des bailleurs sociaux ou des promoteurs privés, • Lancer un appel à projet innovant reposant sur la création d'un réseau d'accueillants familiaux intégrant un volet immobilier adapté, plusieurs familles pouvant être regroupées sous forme de petites unités pour mutualiser les moyens. Le projet devra s'attacher à formaliser les liens avec le secteur sanitaire et psychiatrique, • Intégrer la formule de l'accueil familial dans le développement du concept d'EHPAD hors les murs.
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées de plus de 20 ans
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général - familles d'accueil - structures médico-sociales
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accueillants recrutés, • Nombre d'accueillis, • Nombre de conventions autorisant des structures à devenir employeur d'accueillants familiaux, • Nombre de petites unités rassemblant des accueillants familiaux.

ACTION 19	Développer les liens de coordination institutionnelle et les réseaux existants pour simplifier l'accès à l'information des usagers et leur famille
Axe 2 : Permettre la souplesse dans le parcours de la personne en fonction de son projet de vie	
Thème 4 : Coordination et information aux usagers	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général et plus particulièrement les RAP désignés référents	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble du département est désormais couvert par des relais pour l'autonomie des personnes en charge de l'information, de l'orientation et de l'accompagnement des personnes dépendantes, • Manque un interlocuteur unique personne âgée et personnes handicapées Famille pour le suivi et l'orientation de la personne dans le respect de son projet de vie, • Manque de coordination fonctionnelle notamment entre l'hôpital et les professionnels aidants (sorties d'hospitalisation), • Pas de fiche synthétique et harmonisée sur l'ensemble du territoire (dossier partagé), • Les réseaux de santé ne sont pas assez étendus mais ont passé des conventions avec les services du département en matière de partage d'informations sur des publics communs, • Méconnaissance du grand public et de certains professionnels des lieux et personnes ressources.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les réseaux de coordination et favoriser les connaissances mutuelles, • Créer des outils accessibles de partage (portail, site internet...).
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer autour du rôle et des missions des RAP en tant que pilote de l'action gérontologique et du handicap sur son territoire (auprès des médecins - infirmiers - pharmaciens - travailleurs sociaux des autres organismes, etc..), • Recenser les réseaux existants sur le territoire et les redynamiser et étendre aux territoires non pourvus (comités gérontologiques et handicap, instances locales de gérontologie par exemple), • Mettre en place des coordonnateurs locaux et/ou interlocuteurs uniques par territoire éventuellement accessibles via une plate-forme (centre d'appel/site internet/mise à disposition d'une personne ressource), • Créer un répertoire interactif des lieux et services, site internet avec centralisation des places disponibles (gestion des listes d'attente), • Créer une fiche synthétique adaptée à chaque type de public permettant le partage d'information entre professionnels et aussi avec les aidants naturels (lien hôpital/établissement/domicile).
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées - Famille
ORGANISATION	
Acteurs concernés	ESSMS - Établissements hospitaliers - Assistantes sociales - RAP
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Répertoire, • Désignation d'interlocuteur unique par territoire.



FICHES-ACTIONS

AXE 3 : FAIRE DE LA PSYCHIATRIE UN PARTENAIRE DES RÉPONSES MÉDICO-SOCIALES

THÈME 1 Coordination en matière d'évaluation et de suivi

Action 20

Formaliser le partenariat
entre le secteur médico-social
et le secteur psychiatrique

Action 21

Développer en intersectoriel les équipes
mobiles adultes psychiatriques à destination
des EHPAD et établissements
pour personnes handicapées

Action 22

Sécuriser les admissions en EHPAD
de personnes handicapées psychiques
après hospitalisation

Action 23

Associer les personnels des CMP
aux équipes pluridisciplinaires préparatoires
aux réunions de la CDAPH

THÈME 3 Information et formation

Action 25

Informar les professionnels des missions
de la MDPH et des dispositifs en faveur
des personnes handicapées

Action 26

Favoriser les rencontres
interinstitutionnelles

THÈME 2 Ajustement des pratiques professionnelles

Action 24

Favoriser l'installation ou le maintien
des groupes d'analyse de pratiques
professionnelles dans les services
et établissements

ACTION 20	Formaliser le partenariat entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général - CHI - ARS	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Moyens et réponses différenciés d'un secteur psychiatrique à un autre, • Raréfaction du personnel médical, • Complexité administrative pour déterminer le secteur psychiatrique compétent, • Éclatement des dispositifs et organisations, • Besoin d'écoute, d'orientation et conseils des familles naturelles, des accueillants familiaux et des professionnels, • Besoin de relais et soutien exprimé par les établissements et services.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser des partenariats existants pour pérenniser les relations et viser à les développer sur d'autres sites, • Rechercher la fluidité du parcours de la personne handicapée notamment en anticipant le passage de l'enfant handicapé au jeune adulte et en s'interrogeant sur le projet de vie des 16-25 ans, • Apporter de la lisibilité à l'information et de la simplicité aux démarches des familles, • Soutenir les dispositifs passerelles entre le CHI et les établissements et services pour les personnes âgées et personnes handicapées afin de faciliter les retours d'hospitalisation psychiatrique ou générale, l'insertion et le maintien en établissement et/ou dans l'emploi, • Valoriser et développer des pratiques professionnelles existantes, • Placer l'usager au centre de la discussion.

ACTION 20	Formaliser le partenariat entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général - CHI - ARS	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une convention cadre de partenariat entre le CG-ARS-CHI de Clermont en inscrivant les principes fondamentaux : <ul style="list-style-type: none"> - de réflexion pluridisciplinaire en matière d'évaluation, - de suivi des CMP pour favoriser les admissions et les maintiens en établissements et donc éviter les hospitalisations, - d'échanges interinstitutionnels et démarche commune de recherche et développement, - de favoriser les instances de régulation, - de développer la formation et l'information interinstitutionnelle. <p>Décliner la convention avec des protocoles pour les modalités d'application en s'assurant de la couverture des services des CMP selon des modalités identiques sur le département.</p> <p>Passer des accords individuels avec les établissements et services ou des groupements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir un projet pluriannuel et interinstitutionnel pour alimenter des structures de réflexion locale <ul style="list-style-type: none"> - rassembler l'ARS, la cohésion sociale, le département, le Procureur, le CHI et les associations représentatives, - organiser des rencontres sectorielles et une démarche commune en recherche et développement, - trouver des outils pertinents de recueils d'information pouvant être partagés par tous les métiers.
Public visé	Professionnels du secteur médico-social et du secteur sanitaire
ORGANISATION	
Acteurs concernés	CG - ARS - CHI- CMP - Établissements et services - Associations de personnes handicapées ou de familles
Échéancier	2013 - 2017
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration et signature de convention et protocoles, • Nombre de rencontres sectorielles.

ACTION 21	Développer en intersectoriel les équipes mobiles adultes psychiatriques à destination des EHPAD et établissements pour personnes handicapées
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi	
Priorité : 1	
Chefs de projet : CHI - Conseil général - ARS	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les secteurs psychiatriques sont inégalement dotés selon la politique menée, • Les CMP manquent de personnels ce qui ne facilite pas la préparation des sorties d'hospitalisation du CHI. • Les établissements sont inégalement répartis sur le territoire départemental, • La psychiatrie de liaison existe comme par exemple la coordination active pédopsychiatrique dans les hôpitaux généraux ou la psychogériatrie, • Certaines pratiques et partenariats avec les services psychiatriques sont efficaces comme la mobilisation des professionnels du médico-social avant la sortie d'hospitalisation, ou encore la participation de SAMSAH à des réunions d'évaluations, • Des expériences d'équipes mobiles pour adultes existent sur d'autres départements.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer les suivis après admission, et les retours d'hospitalisation pour faciliter l'insertion et favoriser le maintien en établissement, • Limiter les hospitalisations, • Mutualiser les moyens des secteurs psychiatriques avec la mise en place d'un service intersectoriel.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • S'inspirer de la coordination active pédopsychiatrique pour définir les missions et les moyens à prévoir pour le développement d'équipes mobiles, • Profiter du lancement du projet d'établissement du CHI de Clermont et de la mise en place d'un pôle unique intersectoriel garant des relations avec les structures médico-sociales pour proposer au CHI d'inscrire ce projet parmi les priorités, • Monter un groupe projet entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social pour s'entendre sur une programmation pluriannuelle d'extension. Il s'agit de déterminer des territoires, et d'innover en matière de mode de financement de ce service (ex : convention payante avec les établissements).
Public visé	Résidents d'EHPAD et personnes handicapées accueillies en établissements spécialisés
ORGANISATION	
Acteurs concernés	CHI - CG - ARS - ÉTABLISSEMENTS
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place du groupe projet.

ACTION 22	Sécuriser les admissions en EHPAD de personnes handicapées psychiques après hospitalisation
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi	
Priorité : 2	
Chefs de projet : CHI - ARS - Conseil général - EHPAD	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Une proportion de plus en plus significative de résidents d'EHPAD souffrant de maladies psychiques et/ou de troubles du comportement, • Clivage entre le secteur médico-social et psychiatrique en matière de diffusion d'informations sur les personnes, en cas de refus des intéressés, • Les EHPAD n'ont pas de médecins psychiatres, • Le temps restreint de médecin coordonnateur ne permet pas d'échanges réguliers avec les médecins de CMP de l'Oise et avec les services psychiatriques hors Oise, • Manque d'unicité entre les secteurs psychiatriques.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Appui par le CHI et des CMP de l'Oise aux équipes d'EHPAD par la transmission de leur éclairage et expertise en vue de l'admission de personnes handicapées psychiques sortant d'hôpital et qui ne sont pas dans le périmètre d'intervention du CHI de Clermont, • Prévoir des instances de régulation une fois par mois pour les situations suivies par le CMP, • Se positionner face à des situations complexes.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Inscrire ces intentions dans une convention cadre entre le CHI de Clermont et le Conseil général, et établir des protocoles entre les secteurs psychiatriques adultes, le Conseil général et les EHPAD. • Participer au comité inter-éthique porté par l'hôpital Paul Doumer.
Public visé	Résidents d'EHPAD souffrant de maladies psychiques et/ou de troubles du comportement
ORGANISATION	
Acteurs concernés	CHI - ARS - Conseil général - EHPAD
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	Signature de la convention cadre et des protocoles

ACTION 23	Associer les personnels des CMP aux équipes pluridisciplinaires préparatoires aux réunions de la CDAPH
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 1 : Coordination en matière d'évaluation et de suivi	
Priorité : 1	
Chefs de projet : MDPH	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • La MDPH ne dispose pas de médecin psychiatre dans ses équipes. • Besoin d'éclairage des membres des équipes pluridisciplinaires en matière de projet de vie et projet professionnel lorsque les demandes déposées à la MDPH ne sont pas toujours suffisamment étayées, • Des demandes exceptionnelles émanant de CMP mériteraient d'être exposées par leurs services pour une meilleure compréhension, • La MDPH invite déjà aux équipes pluridisciplinaires des professionnels désignés par le CHI et la valeur ajoutée de leur participation est reconnue et mesurable. Il s'agit pour l'instant d'AS ou de cadre administratif, • Décalage entre les solutions d'accompagnement à l'insertion des MSF et la réalité des troubles de certains bénéficiaires RSA, • L'absence d'instance de partage d'informations et de régulation entre MSF et CMP ne favorise pas l'insertion sociale et professionnelle de certains allocataires du RSA.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer un principe fondamental de réflexion pluridisciplinaire comme par exemple l'élaboration d'un protocole commun de présentation d'une situation de handicap psychique en vue d'admission, • Valoriser et développer des pratiques professionnelles existantes, • Apporter un éclairage supplémentaire avec la présence d'infirmiers ou médecins psychiatres dans certaines instances de régulation, • Placer l'usager au centre de la discussion, • Inscrire le projet d'insertion sociale et professionnel dans les priorités du projet de vie.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • La MDPH continuera à solliciter les AS du CHI pour les réunions des équipes pluridisciplinaires. • Le principe de la réflexion pluridisciplinaire pourrait être repris dans les termes d'une convention cadre entre le département et le CHI.
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes handicapées ayant déposé une demande d'orientation et/ou de prestations à la MDPH notamment en terme d'insertion professionnelle, • Professionnels des CMP : cadres socio éducatifs, cadres supérieurs de santé et chef de pôle.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	MDPH - Conseil général - CHI
Échéancier	2013
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Les termes de la convention cadre CHI/CG confortant le principe de la participation, autant que nécessaire des personnels des CMP/CHI aux équipes pluridisciplinaires de la MDPH, • Taux de fréquentation des personnels CMP/CHI aux équipes pluridisciplinaires.

ACTION 24	Favoriser l'installation ou le maintien des groupes d'analyses de pratiques professionnelles dans les services et établissements
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 2 : Ajustement des pratiques professionnelles	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Services et établissements	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'écoute et d'accompagnement des familles, • Besoin d'éclairage supplémentaire des équipes et de supervision des équipes, • Manque de bienveillance vis-à-vis des malades psychiques qui conduit à des confusions entre maladie et dangerosité, • Besoin d'exprimer la difficulté de certaines prises en charge, de dédramatiser et de prendre du recul.
Objectifs opérationnels ou visés	<p>L'accompagnement des aidants professionnels et aidants naturels consiste à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • améliorer les compétences des équipes en termes de savoir-faire et savoir-être, • prévenir l'usure professionnelle de façon à maintenir la motivation, • garantir la bientraitance.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un état des lieux de l'existant sous forme de questionnaire, • Monter un Comité de pilotage pour travailler sur le cahier des charges d'un groupe d'analyse : détail des objectifs, de la qualification de l'animateur du groupe, des effectifs, des indicateurs... • Mobiliser les psychologues et psychiatres de CHI pour les animations des groupes d'analyse, • Établir avec les financeurs une programmation pluriannuelle des financements.
Public visé	SAD - SSIAD - Établissements - Associations - Familles
ORGANISATION	
Acteurs concernés	ARS, Conseil général, CHI et CMP
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Cahier des charges, • Programmation pluriannuelle, • Nombre de psychologues mobilisés.

ACTION 25	Informers les professionnels des missions de la MDPH et des dispositifs en faveur des personnes handicapées
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 3 : Information et formation	
Priorité : 2	
Chefs de projet : MDPH	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Éclatement des lieux d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées (MDPH, CMP, RAP, CHI, MCG, associations...), • Les certificats médicaux et les conclusions sociales qui accompagnent les demandes déposées à la MDPH ne sont pas toujours suffisamment étayés, • Évolution significative de certains dispositifs (ex : conditions d'attribution de l'AAH et de la carte d'invalidité),, • Méconnaissance de nouveaux services dans le paysage médico-social (ex : SAMSAH), • L'institutionnalisation demeure trop souvent la première des orientations envisagées alors que d'autres solutions pourraient être activées et répondre aux attentes et besoins des usagers en termes d'inclusion sociale et de projet professionnel.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Se donner les moyens d'informations actualisées et partagées par les acteurs des secteurs médico-social et sanitaire, • Former des relais pour favoriser l'accès aux droits, • Élargir l'offre de service et les solutions, • Répondre aux attentes de l'utilisateur.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Recueillir annuellement les besoins d'information auprès des professionnels pour préparer des programmes annuels et pluriannuels.</p> <p>Organiser les modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réunions d'information auprès des comités locaux animés par les relais pour l'autonomie, etc, • élargir les formations mensuelles organisées par la MDPH à de nouveaux acteurs comme les CMP et les établissements, • solliciter l'intervention de la MDPH dans les écoles de formation.
Public visé	EHPAD, services d'assistance aux personnes, les SSIAD, les CMP, les professionnels du Conseil général et élèves des écoles type IRFFE, IPSI et aides soignantes, etc.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	MDPH - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Programme d'information/formation mis en place, • Nombre de réunions organisées, • Taux de participation.

ACTION 26	Favoriser les rencontres interinstitutionnelles
Axe 3 : Faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales	
Thème 3 : Information et formation	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général - CHI	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Éclatement des lieux d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées, • Évolution significative de certains dispositifs (ex : conditions d'attribution de l'AAH et de la carte d'invalidité), • Méconnaissance de nouveaux services dans le paysage médico-social (ex : SAMSAH), • Attentes des professionnels en termes de démarche commune.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Se donner les moyens d'informations actualisées et partagées par les acteurs des secteurs médico-social et sanitaire, • Former des relais pour favoriser l'accès aux droits, • Élargir l'offre de service et les solutions, • Entamer une démarche commune de recherche et développement, • Expérimenter de nouvelles voies de passage pour des problématiques qui résistent et persistent.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Inscrire dans la convention cadre à signer entre le département et le CHI, le principe des échanges interinstitutionnels et d'une démarche commune de recherche et développement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reproduire les bonnes pratiques du réseau handicap de Compiègne-Noyon sur d'autres territoires en particulier en développant des groupes de travail thématiques, • ouvrir le conseil local de santé mentale de Chantilly à d'autres partenaires : maisons de la solidarité et des familles, relais pour l'autonomie des personnes, la MDPH, • faire appel à des intervenants extérieurs, notamment des universitaires pour accompagner la démarche de recherche et développement, • autres à préciser.
Public visé	Services du CHI et du département
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général - CHI
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rencontres (séminaires, tables rondes...), • Nombre de participants, • Nombre de contributions d'universitaires dans la démarche de recherche et développement.



FICHES-ACTIONS

AXE 4 : DÉVELOPPER LES INNOVATIONS POUR FAVORISER LA VIE AUTONOME

THÈME 1 Habitat et nouvelles technologies

Action 27

Créer des petites unités de vie

Action 28

Améliorer la vie quotidienne des personnes
en perte d'autonomie à l'aide
de nouvelles technologies à domicile

Action 29

Développer des unités
de logement et de services

THÈME 3 Accompagnement de la personne

Action 34

Créer une plateforme
d'information

Action 35

Favoriser la création
de SAVS et de SAMSAH

Action 36

Développer le concept d'EHPAD
hors les murs

THÈME 2 Évolution des pratiques professionnelles

Action 30

Faire évoluer les compétences
des professionnels pour une prise
en charge adaptée au profil du bénéficiaire

Action 31

Mutualiser les programmes de formation

Action 32

Organiser des comités et rencontres
interprofessionnels

Action 33

Développer des partenariats
entre les bailleurs sociaux
et les services du département
dans le cadre du logement adapté

ACTION 27		Créer des petites unités de vie	
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome			
Thème 1 : Habitat et nouvelles technologies			
Priorité : 2			
Chefs de projet : Les services du Conseil général			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte		<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de « petites structures » de vie pour des temps de vie pérennes ou temporaires, associant habitat, accompagnement médico-social et prévention de la perte d'autonomie, Le paysage actuel des solutions d'hébergement ne permet pas de respecter certains projets de vie, Les conditions d'attributions des prestations légales pour le maintien à domicile ne sont pas suffisantes pour assurer l'équilibre financier des petites unités, Certaines structures sont déjà bien avancées sur des projets : <ul style="list-style-type: none"> - Projet UDAF « famille - gouvernante » (présence d'un tiers) pour des personnes isolées et en souffrance psychique, - Projet de pension de famille Fondation L.Bellan et CMP qui n'avait pas abouti mais qui peut être remobilisable (projet pour 20 personnes avec présence d'un tiers sur place et mutualisation des moyens et professionnels dans le cadre de l'accompagnement du projet de vie des (PH). 	
Objectifs opérationnels ou visés		<ul style="list-style-type: none"> Proposer des alternatives d'habitat associant logement, accompagnement médico-social, maintien du lien social, intergénérationnel, habitat adapté, services et prestations de proximité, Soutenir et accompagner les projets de « co-location » inter-générationnel, Mobilisation des aides techniques et des financements possibles, Évolution des structures sur le profil des personnes accueillies, Développer des solutions intermédiaires d'habitat entre le domicile et l'établissement afin de favoriser le libre choix des personnes âgées et des personnes handicapées sur leur lieu de vie, Mobiliser les élus locaux. 	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action		<ul style="list-style-type: none"> État des lieux pour connaître l'existant : recenser sur le territoire les projets avancés à l'aide des RAP : activer le réseau partenarial, les collectivités locales, les bailleurs publics sur des projets innovants d'habitat sur le département (béguinage, MARPA...) en lien avec le plan départemental de l'habitat et le soutien des structures mises en place par le CG, pour aider et conseiller les collectivités et les porteurs de projets (Conseil d'architecture d'urbanisme et de l'environnement de l'Oise, l'établissement public foncier local du département de l'Oise, l'assistance départementale pour les territoires de l'Oise), Procédure retenue : l'appel à projet - Élaboration d'un cahier des charges par un Comité de suivi réunissant les professionnels concernés, Recherche de financements notamment au travers des orientations du schéma habitat, pour soutenir des projets en expérimentation. 	
Public visé		Personnes âgées et personnes handicapées	
ORGANISATION			
Acteurs concernés		Conseil général - bailleurs sociaux - associations - établissements médico-sociaux - élus locaux	
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation		<ul style="list-style-type: none"> Rédaction de cahiers des charges 	

ACTION 28	Améliorer la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie à l'aide des nouvelles technologies à domicile
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 1 : Habitat et nouvelles technologies	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) peuvent favoriser l'autonomie de la personne et son maintien dans son propre domicile en apportant confort et sécurité, et un renforcement du lien social, Elles peuvent faciliter la coordination des aidants (professionnels médicaux et médico-sociaux, familiaux, ...) notamment dans le cadre d'une plateforme territoriale de proximité, • L'ARS a prévu de consacrer un schéma sur la télémédecine.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter plus de confort et de sécurité à la personne dans son domicile, par l'utilisation de moyens techniques d'assistance basés sur la surveillance à distance et des systèmes de détecteur à usage multiple, • Prendre en compte l'environnement global de la personne (ses aidants, son logement, son accès à une vie sociale, ...) pour le maintien d'une vie sociale par la mise à disposition de divers outils de communication interactifs, • Améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des personnes dépendantes et de leur entourage.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Rédaction du cahier des charges définissant les modalités d'expérimentation et d'évaluation des nouvelles technologies adaptées au maintien à domicile des personnes dépendantes, • Expérimentation sur un échantillonnage de personnes volontaires et sur un territoire donné de technologies innovantes, • Établissement du bilan expérimental et des conditions de généralisation du dispositif, • Extension du marché téléalarme à un prestataire de téléassistance prévoyant la fourniture de nouveaux matériels : détecteurs de chute, téléconsultation, balise anti-fuite, ... • Expérimentation adossée au concept d'EHPAD hors les murs.
Public visé	Personnes âgées / Personnes handicapées vivant à domicile
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Sociétés de fournitures et d'installations de produits domotiques - Prestataires de téléassistance - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Production du cahier des charges relatif à l'expérimentation de nouvelles technologies, • Nombre de foyers équipés par ces nouvelles technologies, • Production du bilan d'étude expérimentale, • Renouvellement du marché téléalarme.

ACTION 29		Développer des unités de logement et de services
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome		
Thème 1 : Habitat et nouvelles technologies		
Priorité : 2		
Chefs de projet : Opérateurs		
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION		
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Demande pressante de personnes très dépendantes sur le plan moteur mais autonomes intellectuellement, de vivre en milieu ordinaire de façon indépendante et non pas en établissement médico-social. • Les bailleurs sociaux n'effectuent pas systématiquement un suivi et une gestion spécifique des logements adaptés. • La MDPH et les services sociaux territoriaux connaissent des situations individuelles de personnes qui cherchent un logement adapté auxquelles ils ne trouvent pas de solutions. • L'offre de logements adaptés n'est pas suffisante pour répondre aux projets de vie. • L'environnement n'est pas toujours adapté (transport, voies, services...). • Un collectif d'associations a travaillé sur les caractéristiques de ces unités : <ul style="list-style-type: none"> - regroupement d'une dizaine de logements destinés à des personnes lourdement handicapées physiquement, - présence 24h/24 d'un service d'aide à domicile pour suppléer aux actes essentiels en dehors des interventions programmées des plans d'aide. 	
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidifier le parcours des personnes handicapées et répondre à leur libre choix de vie, • Proposer des alternatives d'habitat associant logement de droit commun et services en favorisant la mixité et l'inclusion sociale de personnes très dépendantes sur le plan moteur mais autonomes intellectuellement, • Recourir à la domotique pour adapter des logements sociaux, • Associer des bailleurs sociaux et les élus locaux au développement de projet, • Encourager les opérateurs à effectuer un suivi plus fin de la gestion de leurs logements accessibles et adaptés en prévoyant un lien avec la MDPH et les services sociaux. 	

ACTION 29	Développer des unités de logement et de services
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 1 : Habitat et nouvelles technologies	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Opérateurs	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Mise en place d'un comité chargé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'arrêter les caractéristiques principales d'une unité de logement et de service, • de vérifier les besoins dans l'Oise , • d'étudier la faisabilité du projet : conditions architecturales, organisation et financement du service, critères de choix d'implantation (présence de services et commerces, accessibilité des transports...), • de recueillir l'avis des associations, • de proposer à la validation du Conseil général les principes de financement du service via la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), • de programmer la construction, • d'envisager la mise en place d'une clause de préférence pour les personnes handicapées moteur, • d'établir des protocoles avec la MDPH et les services sociaux pour repérer des situations et les orienter vers les logements dédiés disponibles (développement d'outils informatiques, de rencontres inter services...).
Public visé	Personnes handicapées moteur relevant du logement social et nécessitant une présence 24 h/24 pour suppléer à des actes essentiels.
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Opérateurs - associations - Conseil général
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de logements d'ULSO construits, • Taux de remplissage des logements, • Signature de protocoles entre les bailleurs et les services du Conseil général.

ACTION 30	Faire évoluer les compétences des professionnels pour une prise en charge adaptée au profil du bénéficiaire
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 2 : Évolution des pratiques professionnelles	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Services du Conseil général et plus particulièrement les relais pour l'autonomie des personnes	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de s'adapter aux besoins de la personne : il est plus facile d'effectuer des actes techniques que de s'adapter à la personne, • Les familles financent trop rarement des temps d'intervention en complément de ceux pris en charge par le Conseil général, ce qui ne permet pas toujours de respecter le rythme de vie des bénéficiaires, • Besoin d'éclairage des équipes intervenantes sur les attentes du bénéficiaire et sur des situations de prise en charge lourde. • Supervision à renforcer.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les compétences des équipes en termes de savoir-être et savoir-faire, • Tendre vers une meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement des personnes dépendantes, • Garantir aux familles et entourage une équité de traitement sur l'ensemble du territoire.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • État des lieux des guides et procédures déjà mis en place, notamment dans le cadre de la démarche qualité, par les services d'aide à domicile pour recueillir les attentes et besoins de la personne en fonction de son projet de vie, • Harmoniser les pratiques sur l'ensemble du département, • Monter des groupes de travail sur des situations spécifiques comme par exemple la prise en charge d'une personne handicapée par deux aides à domicile dans le cadre d'analyses des pratiques. • Impulser des mutualisations de formation.
Public visé	Les professionnels du médico-social - personnes âgées et personnes handicapées
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Services du Conseil général - MDPH - services d'aide à domicile
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un référentiel

ACTION 31		Mutualiser les programmes de formation	
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome			
Thème 2 : Évolution des pratiques professionnelles			
Priorité : 3			
Chefs de projet : Associations - établissements - services			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des métiers, • Les actions de prévention de la perte d'autonomie ne sont pas suffisamment placées au centre du dispositif de prise en charge individuel ; notamment en EHPAD par le biais de nouveaux métiers ou prestations innovantes, • Nécessaire qualification et formation continue des professionnels dans le cadre d'un accompagnement médico-social et éducatif de qualité et répondant aux problématiques des usagers, • Des expériences de regroupement entre structures sont concluantes : l'organisation des remplacements des stagiaires est facilitée, et les formations sont moins coûteuses, • Problème de la valorisation des métiers, • Recrutement laborieux. 		
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la formation des professionnels, • Adapter le personnel en fonction des besoins de la personne, • Mutualiser les moyens pour réaliser des économies d'échelle. 		
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'une convention entre les différentes structures pour : <ul style="list-style-type: none"> - mutualiser les moyens entre les services d'aide à domicile et les établissements et obtenir une formation commune, - échange d'expériences entre le domicile et l'établissement, - formation continue entre les structures pour diminuer les coûts. • Réunir un Comité de pilotage représentatif des services et établissements pour déterminer les formations envisagées. 		
Public visé	Les professionnels du médico-social		
ORGANISATION			
Acteurs concernés	Services d'aide à domicile - Établissement		
Échéancier	2014 - 2015		
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes de formation montés 		

ACTION 32	Organiser des comités et rencontres interprofessionnelles
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 2 : Évolution des pratiques professionnelles	
Priorité : 2	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires sont trop souvent cantonnés dans leur champ de compétence et d'intervention alors même qu'ils accompagnent le même public, • Risque de chevauchement compte tenu de la superposition des dispositifs pour un public identique, • La pertinence des réseaux gérontologiques et du réseau handicap adultes sur certains territoires est reconnue, comme lieu privilégié d'échanges et de reconnaissance mutuelle, • Manque d'information des mairies et des médecins de ville pour orienter les familles, • Des spécificités des champs gérontologiques et du handicap n'encouragent pas toujours le rapprochement des différents acteurs et certains projets ne sont pas mis en œuvre par méconnaissance des dispositifs à mobiliser, • Problème du coût restant à la charge des bénéficiaires ou résidents qui les amène à renoncer à la mise en œuvre des dispositifs d'aide ou à l'institutionnalisation, • Glissement de tâches entre services.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Développer la connaissance mutuelle des partenaires handicap et gérontologique et de leur champs respectif pour favoriser l'évolution de leurs structures, vers une dynamique de projet autour de la personne en perte d'autonomie, • Favoriser le repérage des personnes ressources dans leur domaine de compétences, • Poursuivre la mise en réseau des partenaires pour mobilisation de leur expertise, mutualisation des connaissances et des moyens, mise en œuvre d'actions et projets communs, • Favoriser les rencontres et échanges, • Comprendre le périmètre d'intervention de chacun pour apporter une meilleure fluidité au parcours de la personne, • Partager ses expériences professionnelles.

ACTION 32		Organiser des comités et rencontres interprofessionnelles	
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome			
Thème 2 : Évolution des pratiques professionnelles			
Priorité : 2			
Chefs de projet : Conseil général			
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action		<ul style="list-style-type: none"> • Réunir un COPIL représentatif des services et établissements : <ul style="list-style-type: none"> - création d'un annuaire, - développer le numérique : créer une carte interactive avec l'ensemble des partenaires en fonction du lieu d'habitation du demandeur, - définition d'un service du Conseil général chargé d'informer les partenaires de la réglementation en matière de la politique du handicap et de la gérontologie. • Travailler sur un protocole ou une convention actant le principe des échanges inter-institutionnels : <ul style="list-style-type: none"> - prévoir des journées rencontres entre professionnels pour créer des liens et avoir différentes approches, - organiser des journées « t hèmes ». Le RAP pourrait être le lien. 	
Public visé		Les professionnels de santé ; les structures ; les SAD ; le département	
ORGANISATION			
Acteurs concernés		Services d'aide à domicile - services du Conseil général - MDPH	
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation		<ul style="list-style-type: none"> • Annuaire, • Signature de convention. 	

ACTION 33	Développer les partenariats entre les bailleurs sociaux et les services du département dans le cadre du logement adapté
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 2 : Évolution des pratiques professionnelles	
Priorité : 3	
Chefs de projet : Conseil général	
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION	
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet de vie principal d'un grand nombre de personnes âgées et de personnes handicapées est de trouver un logement adapté de droit commun, • Peu de logements aménagés et adaptés sur le marché du logement. • Les aides à l'amélioration du logement sont limitées aux personnes à faible ressources, • Précarisation de la population des retraités : certains propriétaires de leur bien ne peuvent pas entamer des travaux coûteux : frein au maintien à domicile, • Absence de lien entre les usagers et les bailleurs.
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Rapprocher l'offre et la demande en matière de logement, • Favoriser la mixité sociale, • Respecter le choix de la personne de vivre à domicile, • Éviter les orientations en établissements médico-sociaux faute de logements adaptés.
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • État des lieux de l'existant : <ul style="list-style-type: none"> - recenser les logements accessibles aux personnes en perte d'autonomie, - informer les usagers de l'offre existante. • Établir un partenariat entre les bailleurs, les services du Conseil général et la MDPH pour convenir de modalités pratiques de recueil, d'échanges, de diffusion et d'informations (cf bourse de logement ...). Encourager les bailleurs sociaux à effectuer un suivi plus fin de la gestion de leurs logements accessibles et adaptés en prévoyant un lien avec la MDPH et les services sociaux. • Créer une mission d'observation.
Public visé	Les personnes handicapées - personnes âgées - les bailleurs - les services du CG
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général - Bailleurs sociaux
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de suivi, • Observatoire.

ACTION 34		Créer une plateforme d'information	
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome			
Thème 3 : L'accompagnement de la personne			
Priorité : 2			
Chefs de projet : Conseil général			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • La dépendance est un sujet anxiogène et les réunions d'informations collectives n'atteignent pas suffisamment le public ciblé, • Le manque d'informations centralisées conduit à des placements en urgence, • Les usagers reprochent le manque de lisibilité des périmètres de compétence des professionnels, • Les dispositifs existants ne sont pas suffisamment repérés. • Tous les territoires sont couverts par le maillage des relais pour l'autonomie des personnes, lieux d'accueil, d'orientation, de ressources et d'accompagnement. 		
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une plateforme à destination des personnes âgées et personnes handicapées, et de leurs familles pour centrer l'information. 		
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action	<p>Monter un comité technique en charge de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les limites des missions de la plateforme (accueil, information et orientation), • Déterminer le maître d'œuvre et les moyens à développer (numéro vert, site internet ...), • Mener une étude de faisabilité et plan de financement. 		
Public visé	Personnes âgées et personnes handicapées - familles		
ORGANISATION			
Acteurs concernés	Professionnels de médico-social (services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile,...) et le Conseil général		
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre prévisionnel de personnes cibles, • Coût. 		

ACTION 35		Favoriser la création de SAVS et de SAMSAH	
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome			
Thème 3 : L'accompagnement de la personne			
Priorité : 2			
Chefs de projet : Les services du Conseil général			
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION			
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les SAVS et SAMSAH n'interviennent pas de manière homogène sur l'ensemble du département, • Ces services sont moins coûteux qu'une entrée en établissement, • Ces services contribuent à l'autonomie de la personne. 		
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à un véritable besoin sur certains territoires, • Favoriser l'accompagnement individualisé et développer la capacité de vie sociale des personnes handicapées sur différents aspects de vie quotidienne : logement, loisirs, parentalité..., • Permettre aux personnes de revenir dans des dispositifs de droit commun, notamment pour les personnes qui n'ont plus leur place en établissement, • Présenter les services d'accompagnement comme une passerelle pour les établissements, • Améliorer les modalités d'accompagnement des SAVS et SAMSAH en fonction des publics et de l'évaluation de leurs besoins, • Renforcer les missions de l'accompagnement à la vie sociale dans le cadre d'un projet d'intervention structuré et complémentaire aux autres modalités d'aide à domicile. 		
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION			
Descriptif du programme d'action	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un état des lieux et en parallèle déterminer les besoins : <ul style="list-style-type: none"> - identifier les spécificités de chaque SAVS et SAMSAH et leur maillage sur les territoires, - Enquêter sur les types et les degrés de handicap accueillis pour mieux identifier les compétences d'accompagnement nécessaires ainsi que le contenu des différents projets de services, • Vérification des besoins, • Prévoir un Comité de pilotage pour rédiger le cahier des charges pour un appel à projet et un référentiel et construction d'outils d'évaluation. 		
Public visé	Les personnes handicapées		
ORGANISATION			
Acteurs concernés	Associations - Conseil général - ARS		
ÉVALUATION DU PROGRAMME			
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Lancement appel à projet, • Nombre de places SAVS et SAMSAH autorisées. 		

ACTION 36		Développer le concept d'EHPAD hors les murs
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome		
Thème 3 : L'accompagnement de la personne		
Priorité : 1		
Chefs de projet : Conseil général		
PRÉSENTATION DU PROGRAMME D'ACTION		
Constats - Contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Les diverses structures et services de prise en charge des personnes âgées (HAD, SSIAD, SAD, EHPAD) se distinguent en principe par le degré de charge de soins et le mode de facturation. Mais en réalité bien souvent c'est la disponibilité des services qui fait la décision. Ils présentent des frontières inadaptées aux situations rencontrées, et ne facilitent pas le parcours des personnes, • Les personnes âgées souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile mais souffrent d'isolement, • Il existe un double besoin de présence, exprimé dans le besoin de compagnie, et de sécurité que l'on retrouve en institution. • Des services offerts par les EHPAD pourraient être davantage proposés aux personnes vivant à domicile (animation, restauration, veille...), • La raréfaction des médecins de ville ne facilite pas le maintien à domicile, • Les services d'aide à domicile n'ont pas les moyens humains pour intervenir la nuit et pour des interventions non programmées, • Les familles soulignent la difficulté de s'adresser à un interlocuteur unique lorsque les intervenants à domicile sont issus de différents secteurs. 	
Objectifs opérationnels ou visés	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les hospitalisations et la logique de recours in extremis aux soins intensifs, • Offrir aux personnes et familles un interlocuteur unique, disponible et attentif à leurs besoins, • Apporter une réponse supplémentaire à la prise en charge sanitaire et favoriser le développement de structures mobiles gériatriques, • Intégrer les EHPAD parmi les éléments constitutifs d'une filière gériatrique ouverte au médico-social, • Faciliter le retour d'hospitalisation en coordonnant les interventions à domicile : anticipation et articulation entre les SSIAD, l'HAD, les services d'aide à domicile, et les EHPAD, • Profiter d'un accompagnement plus qualifié à domicile pour compenser des déficiences multiples, • Apporter du répit aux aidants au travers de l'animation ou mesures favorisant le développement de liens sociaux, • Adapter le logement de la personne ou tout autre logement comparable à un domicile, • Répondre à des problèmes quotidiens de menus travaux, • Créer des emplois non délocalisables, • Recourir à l'appel à projet pour inciter à la coordination des acteurs en intégrant dans le réseau les accueillants familiaux. 	

ACTION 36	Développer le concept d'EHPAD hors les murs
Axe 4 : Développer les innovations pour favoriser la vie autonome	
Thème 3 : L'accompagnement de la personne	
Priorité : 1	
Chefs de projet : Conseil général	
DESCRIPTIF DU PROGRAMME D'ACTION	
Descriptif du programme d'action	<p>Monter un comité technique interne à la Direction de l'autonomie des personnes, rassemblant des représentants des services centraux de la direction de l'autonomie des personnes et un responsable de relais pour l'autonomie qui s'attachera à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pré-définir le contenu du concept, • animer les travaux avec les partenaires, • élaborer le cahier des charges et lancement de l'appel à candidature.
Public visé	Personnes âgées à domicile
ORGANISATION	
Acteurs concernés	Conseil général - ARS
Échéancier	Lancement de l'appel à candidature au 2 ^{ème} semestre 2012
ÉVALUATION DU PROGRAMME	
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de candidats à l'appel à candidature, • Nombre d'expérimentations.



- ARACT** : agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
- ARS** : agence régionale de la santé
- CARSAT** : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
- CDAPH** : commission des droits et de l'autonomie de personnes handicapées
- CESAP** : comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées
- CHI** : centre hospitalier interdépartemental
- CLA** : cellules locales d'appui CLA (dispositif RSA)
- CMP** : centre médico-psycho
- CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- CODERPA** : comité départemental des retraités et des personnes âgées
- CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- DAP** : direction de l'autonomie des personnes
- DASI** : direction de l'action sociale et de l'insertion
- DEF** : direction de l'enfance et des familles
- ESAT** : établissement et service d'aide par le travail
- FAM** : foyer d'accueil médicalisé
- GCSM** : groupement de coopération social et médico-social
- GEM** : groupement d'entraide mutuelle
- GREAF** : groupement de régulation et d'accompagnement familial
- HAD** : hospitalisation à domicile
- IME** : institut médico-éducatif
- IMP** : institut médico-pédagogique.
- IMPRO** : institut médico-professionnel
- INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques
- IRFFE** : institut régional de formations aux fonctions éducatives
- IFSI** : institut de formation aux soins infirmiers
- IRPR** : institut régional de psychothérapie et de rééducation
- MDPH** : maison départementale des personnes handicapées
- PASA** : pôles d'activités et de soins adaptés
- PRIAC** : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- RSA** : revenu de solidarité active
- SAAD** : services d'accompagnement et d'assistance à domicile
- SAMSAH** : services d'accueil médico-social et de soins pour adultes handicapés
- SDIS** : services départementaux d'incendie et de secours
- SPASAD** : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- SSR** : soins de suite et de réadaptation
- SSIAD** : services de soins infirmiers à domicile
- UHR** : unités d'hébergement renforcées

Qui contacter ?

Conseil général de l'Oise

Pôle Solidarité

Direction de l'autonomie des personnes

1 rue Cambry CS 80941

60024 BEAUVAIS Cedex

Tél : 03 44 06 66 30

www.oise.fr