



CONSEIL GÉNÉRAL Haute-Loire

Social et santé

Chaque jour, avec vous.



2009 - 2013

Le Schéma départemental
en faveur
des enfants et adultes
en situation de handicap

Editorial

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le Conseil général de la Haute-Loire a adopté le 2 février 2009 les schémas 2009-2013 en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap après l'avis favorable du Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale d'Auvergne. A cette occasion, tous les élus ont tenu à souligner la qualité du travail réalisé avec l'ensemble des partenaires.

Ces documents sont en effet le fruit d'une année et demi de travail d'analyse, de réflexion concertée et de propositions à laquelle ont pris part, directement ou indirectement, près de 2.000 personnes. Une nouvelle fois je tiens à les en remercier.

J'ai personnellement tenu à ce que ce travail soit placé sous le signe de la sincérité et de la concertation et je suis très satisfait que ces objectifs aient été remplis.

Mon souhait est que tant les personnes âgées que les personnes en situation de handicap de Haute-Loire puissent, grâce aux actions prévues dans ces schémas, trouver partout sur notre territoire départemental une meilleure réponse à leurs besoins et d'organiser leur vie selon leurs aspirations.

Notre mobilisation collective est nécessaire pour atteindre cet objectif.

Gérard ROCHE
Président du Conseil général

Sommaire

<u>I. Introduction</u>	4
<u>A. Un schéma, pour quoi faire ?</u>	4
<u>B. La méthodologie retenue pour l'élaboration du nouveau schéma</u>	5
<u>II. Etat des lieux du dispositif de prise en charge</u>	7
<u>A. Une analyse démographique : la Haute-Loire, une évolution dynamique de la population</u> 7	
<u>B. La prise en charge des personnes en situation de handicap : quels moyens en Haute-Loire ?</u>	8
<u>C. Des caractéristiques différenciées sur les territoires de Haute-Loire</u>	15
<u>III. Evaluation qualitative</u>	35
<u>A. Liminaire</u>	35
<u>B. Bilans des actions des précédents schémas</u>	36
1. <u>Bilan des actions du schéma en faveur de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap 2002-2007</u>	36
2. <u>Bilan des actions du schéma en faveur des adultes en situation de handicap 2002-2007</u>	39
<u>C. Synthèse de l'évaluation du dispositif</u>	41
1. <u>Le dispositif en faveur de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap</u>	41
2. <u>Le dispositif en faveur des adultes en situation de handicap</u>	42
3. <u>Les problématiques transversales</u>	43
<u>D. Evaluation détaillée</u>	44
1. <u>L'accompagnement à domicile</u>	44
a) <u>La prise en charge de la demande d'accompagnement à domicile</u>	44
b) <u>La diversité de l'accompagnement sur le territoire</u>	45
c) <u>L'accueil familial</u>	46
d) <u>La qualité de l'accompagnement à domicile</u>	46
e) <u>L'aide aux aidants naturels</u>	47
f) <u>L'aide au transport des personnes en situation de handicap</u>	48
g) <u>L'adaptation du logement des personnes en situation de handicap</u>	49
h) <u>L'accès à la vie sociale</u>	49
i) <u>L'accessibilité des lieux publics pour les personnes en situation de handicap</u>	50
2. <u>L'accompagnement en établissement</u>	52
a) <u>La répartition de l'offre sur le territoire</u>	52
b) <u>La diversité de l'accompagnement en établissement</u>	53
c) <u>Accompagner les personnes en situation de handicap psychique</u>	54
d) <u>L'accompagnement de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap</u>	55
e) <u>L'accompagnement du passage à l'âge adulte</u>	56
3. <u>Handicap et insertion professionnelle</u>	57
a) <u>L'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap</u>	57

4.	<u>L'information et la coordination</u>	58
a)	<u>L'organisation des modalités de coordination</u>	58
b)	<u>La fluidité de l'information sur le territoire</u>	59
IV.	<u>Les orientations du nouveau schéma</u>	60
1.	<u>Axe 1 : Renforcer le dépistage et le diagnostic précoces</u>	61
2.	<u>Axe 2 : Accroître la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap</u>	65
3.	<u>Axe 3 : Favoriser des réponses adaptées d'intégration dans la vie sociale et professionnelle</u>	73
4.	<u>Axe 4 : Apporter des réponses à des problématiques spécifiques</u>	79
5.	<u>Axe 5 : Informer, former et coordonner</u>	84
VI.	<u>Annexe : les perspectives démographiques</u>	93
A.	<u>Précautions méthodologiques</u>	93
B.	<u>Les enseignements de l'évolution démographique à venir</u>	95
C.	<u>Analyse détaillée de l'évolution démographique 2008-2028 en Haute-Loire</u>	96
1.	<u>L'évolution de la population du département d'ici à 2028</u>	96
2.	<u>L'évolution de la population âgée de 0 à 19 ans</u>	97
3.	<u>L'évolution de la population âgée de 20 à 59 ans</u>	99
4.	<u>L'évolution de la population âgée de 60 ans et plus</u>	101

I. Introduction

L'élaboration d'un schéma départemental des établissements et services en faveur des enfants et des adultes en situation de handicap est certes une obligation légale, qui incombe au Conseil général. Mais c'est surtout l'occasion pour l'ensemble des partenaires du secteur des personnes handicapées de poser un diagnostic sur la prise en charge actuelle et pour le Conseil général de définir les grandes orientations de ses politiques pour les 5 prochaines années.

L'élaboration de ce schéma s'est déroulée sur 18 mois, qui ont permis de réaliser ce travail de fond, structurant pour les années à venir.

A. Un schéma, pour quoi faire ?

Prévus à l'article L. 113-2 du Code de l'action sociale et des familles, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis pour une période de 5 ans. Ils sont élaborés au niveau départemental et adoptés par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat et avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

Ils doivent être en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) mentionnés aux articles L. 6121-1 et L. 6121-3 du Code de la santé publique¹.

Par ailleurs, il convient de rappeler que depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui a introduit au sein du Code de l'action sociale et des familles l'article L.313-4, **les schémas sont devenus opposables** : tout projet doit dorénavant être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental.

Enfin, depuis 2005, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (**PRIAC**) visé à l'article L.312-5-1 du Code l'action sociale et des familles doit quant à lui être actualisé sur la base de ce schéma départemental. Selon cet article, les priorités de financement de création ou extension d'établissements ou de services sont établies et actualisées notamment sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. C'est dire l'importance stratégique du schéma départemental.

L'objectif général du schéma est :

- D'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

¹ Le SROS actuellement en vigueur en Auvergne date de mars 2006.

- De dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- De déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;
- De préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du Code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au premier point ;
- De définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

B. La méthodologie retenue pour l'élaboration du nouveau schéma

Les précédents schéma, élaborés en 2002, sont venus à échéance en 2007. Le chantier du nouveau schéma a été lancé en juin 2007. Il s'achève en février 2009.

Première caractéristique : ce schéma en faveur des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) a été **élaboré en parallèle de celui en faveur des personnes âgées**. Ces deux schémas présentent en effet des problématiques proches sur de nombreux points et certains dispositifs leur sont communs. Cette volonté de mener les deux schémas de manière parallèle répond également aux orientations de rapprochement posées dans la loi du 11 février 2005.

Gérard Roche, Président du Conseil général, a également annoncé de manière très forte qu'il souhaitait **un schéma « sincère »** : qui fasse l'état des besoins de la manière la plus objective possible et que les réalisations puissent ensuite être programmées dans le temps, en fonction des moyens du Conseil général, quitte à dépasser la période programmatique des 5 ans. Le Conseil général s'est appuyé dans ses travaux sur la collaboration d'un cabinet extérieur, Enéis Conseil.

La concertation a été le maître-mot de la réalisation du schéma, ceci dans un triple objectif :

- premièrement, associer le plus largement possible les services du Conseil général, de l'Etat et les professionnels à la définition de la politique publique ;
- deuxièmement, interroger les personnes en situation de handicap et leurs familles à la fois sur leur vision du dispositif mais également sur une définition de leurs besoins ;

- troisièmement, établir un recensement de données statistiques concernant les services et établissements sur l'ensemble du territoire.

L'importance des modifications du dispositif qui sont intervenues au cours de ces dernières années a naturellement impliqué d'aborder le système d'accompagnement dans son ensemble et non seulement au travers du prisme des deux précédents schémas.

Une **centaine d'acteurs** ont ainsi été entendus *in situ* afin de faire part de leur approche du dispositif, des atouts qui pouvaient caractériser celui-ci en Haute-Loire mais aussi des points d'amélioration que le prochain schéma unique devait prendre en compte.

Plusieurs enquêtes à l'échelle du département ont été menées :

- une enquête auprès des personnes en situation de handicap à domicile
- une enquête spécifique sur les publics accueillis en établissement
- un questionnaire auprès des directeurs d'établissements hébergeant des personnes en situation de handicap

Deux sessions de groupes de travail, réunissant environ 90 participants ont permis de réfléchir, ensemble, à des pistes d'actions.

Au total, **ce sont près de 2.000 personnes** qui ont pris part directement à la phase de diagnostic et/ou à celle d'élaboration des orientations.

Le présent schéma départemental 2009-2013 se compose de deux parties :

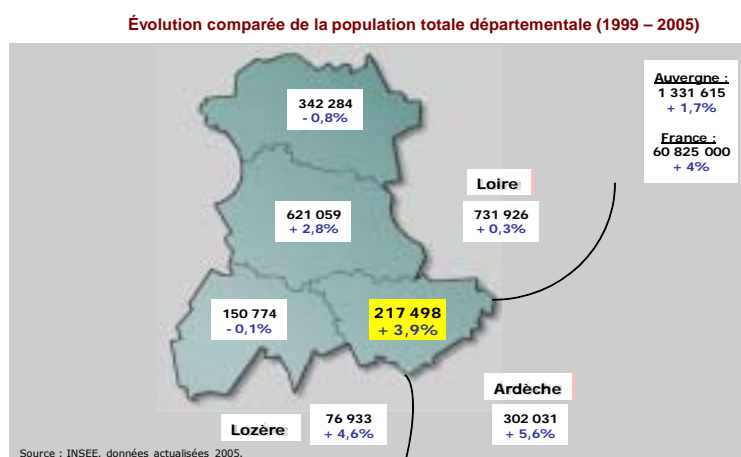
1. en premier lieu, une partie consacrée à l'évaluation du dispositif permet de positionner le département de la Haute-Loire par rapport aux moyennes régionales et nationales. Cette partie consacrée à l'évaluation s'attache également à décrire de façon précise la répartition des capacités (établissement/domicile) sur l'ensemble du territoire. Un diagnostic approfondi du dispositif, allant au-delà de la simple évaluation du précédent document directeur, est proposé. Il recouvre de manière exhaustive l'ensemble des éléments de la prise en charge, en étayant le bilan de quelques exemples observés sur le terrain.
2. dans une deuxième partie, les orientations du schéma et leurs déclinaisons en actions sont exposées. Les plans d'action sont élaborés de manière à entrer dans les détails de la mise en œuvre sans pour autant enfermer les acteurs dans des dispositifs trop contraignants.

II. Etat des lieux du dispositif de prise en charge

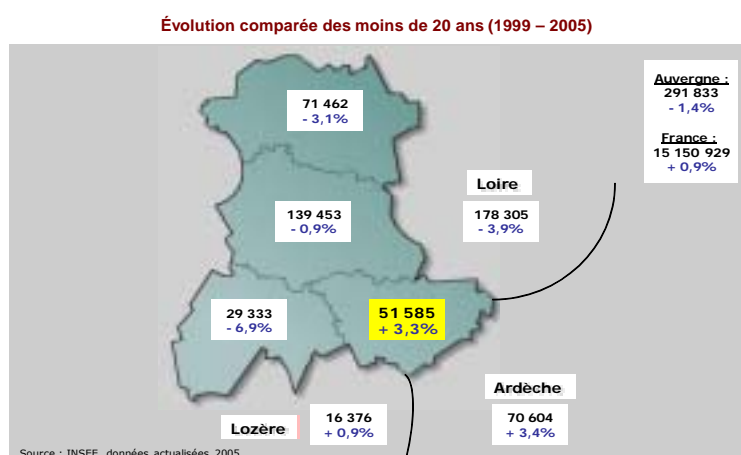
A. Une analyse démographique : la Haute-Loire, une évolution dynamique de la population

A dominante rurale, la Haute-Loire est le second département le moins peuplé de la région Auvergne. En 2005, le département comptait 217 418 habitants, l'Allier 342 284, le Cantal 150 774, et le Puy de Dôme 621 059 habitants. Selon les estimations INSEE de 2008, le département compte aujourd'hui un peu plus de 219 400 habitants.

La Haute-Loire a connu la plus importante croissance démographique de la région depuis 1999 (+ 3,9 %), quasi équivalente à la moyenne nationale (+ 4 %).

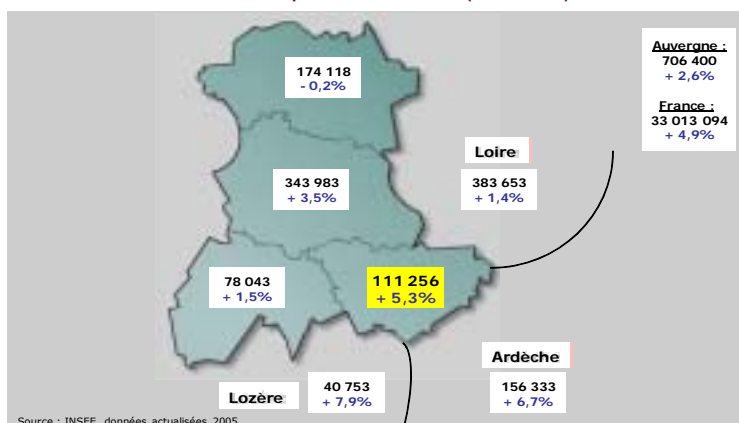


La Haute-Loire compte plus de **51 800 habitants âgés de moins de 20 ans** (soit 23,5 % de la population). L'évolution de cette tranche d'âge s'est révélée dynamique ces dernières années. Ainsi, de 1999 à 2005, leur nombre a augmenté de plus de 3 %, soit un rythme trois fois supérieur aux moyennes nationale (+ 0,9 %) et régionale (- 1,4 %). **Au sein de la région Auvergne, la Haute-Loire représente le seul département qui a connu une croissance positive de cette catégorie de population**, tous les autres départements ayant connu une diminution du nombre d'habitants âgés de moins de 20 ans.



La moitié de la population auvergnienne est âgée entre 20 et 59 ans, soit 111 256 personnes. A l'image des moins de 20 ans, leur croissance a été la plus importante de la région depuis 1999.

Évolution comparée des 20 – 59 ans (1999 – 2005)

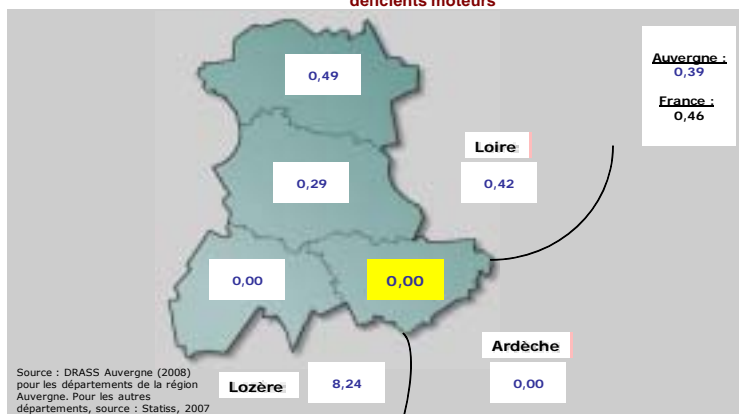


B. La prise en charge des personnes en situation de handicap : quels moyens en Haute-Loire ?

Pour les enfants : un taux d'équipement² important pour certaines situations de handicap et une absence de réponse pour d'autres

En matière d'équipement en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap, la Haute-Loire et le Cantal constituent les deux départements de la région ne disposant **d'aucune place en établissements pour l'accompagnement des enfants et adolescents déficients moteurs**. Les départements limitrophes qui sont équipés (Loire, Lozère, Puy de Dôme) représentent les seuls recours possibles pour ces personnes et leur famille.

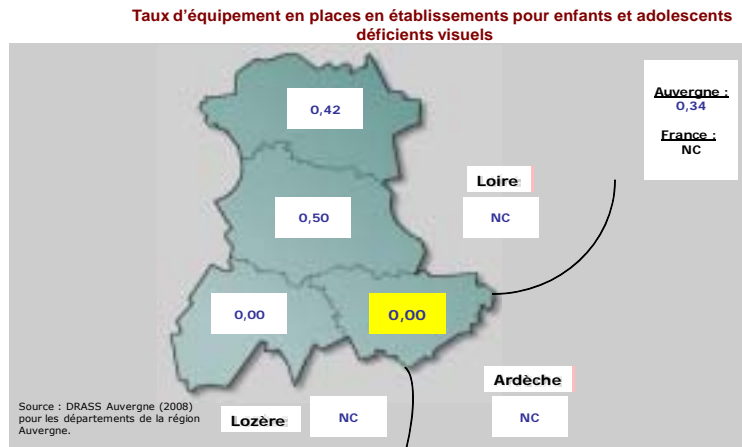
Taux d'équipement en places en établissements pour enfants et adolescents déficients moteurs



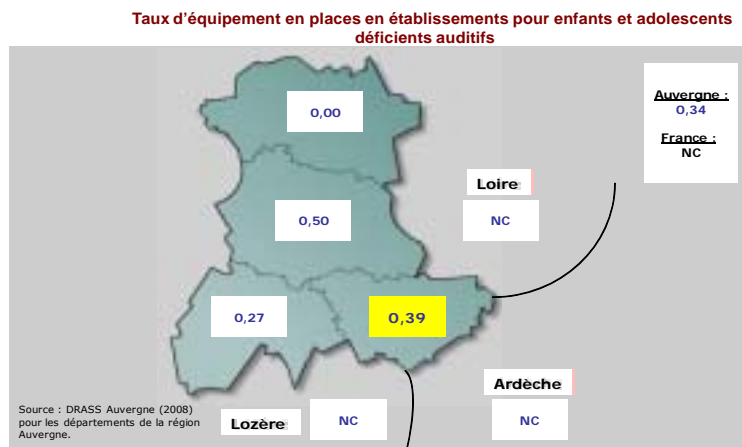
L'accompagnement des enfants et adolescents présentant une déficience visuelle est peu développé au sein de la région Auvergne : seul les départements de l'Allier et du Puy de

² le taux d'équipement s'entend comme le nombre de places autorisées pour 1.000 personnes de moins de 20 ans

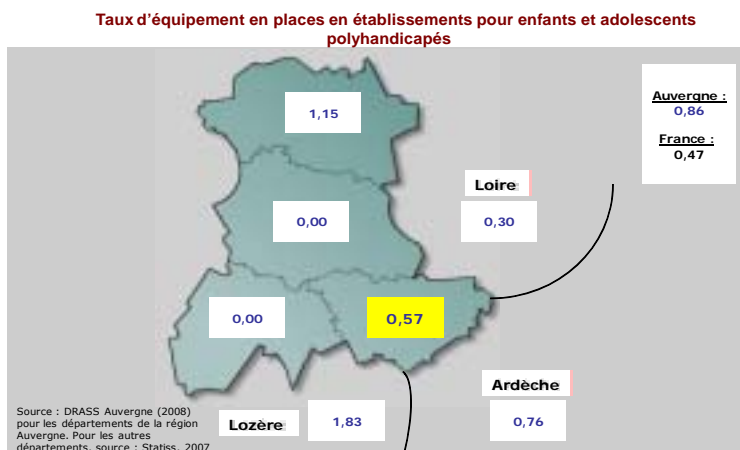
Dôme (où est installé le Centre de rééducation pour déficients visuels – CRDV) disposent de structures adaptées pour l'accompagnement de ces publics.



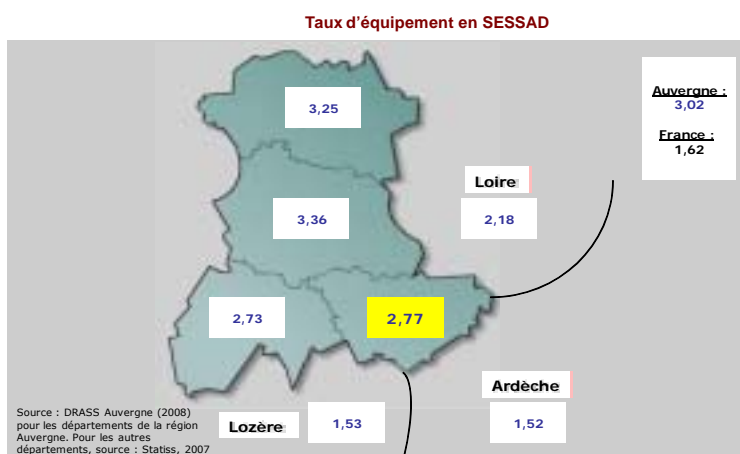
En revanche, **l'accompagnement des enfants et adolescents présentant une déficience auditive** est assurée en Haute-Loire, qui dispose d'un niveau d'équipement en la matière **supérieur à la moyenne régionale** et à son voisin le Cantal.



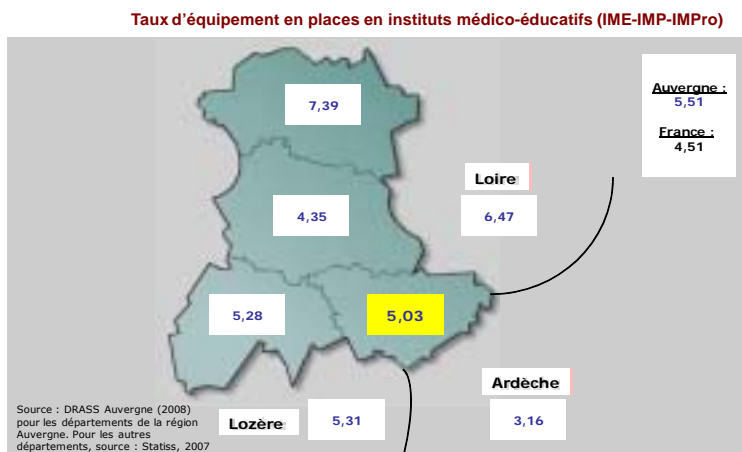
Par ailleurs, l'accompagnement en structure pour les **enfants et adolescents polyhandicapés** est assuré en Haute-Loire. Avec **0,57 places pour mille** enfants et jeunes adultes âgés de moins de 20 ans, la Haute-Loire présente un niveau d'équipement supérieur au Cantal et au Puy de Dôme (non équipés), et à la Loire (0,30 %), mais inférieur à ceux de l'Ardèche et de la Lozère.



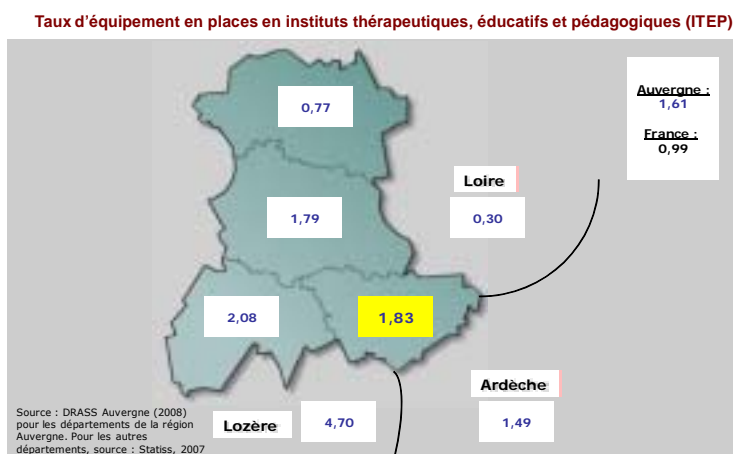
Au sein de la région Auvergne, après le Cantal, le département est le moins équipé en places de SESSAD (2,77 places pour mille enfants et jeunes adultes âgés de moins de 20 ans). Toutefois, l'offre disponible reste supérieure à la moyenne nationale ainsi qu'aux ratios ligérien, ardéchois et lozérien.



Avec **5,03 places pour mille**, le département dispose d'un niveau **d'équipement en IME – IMPro supérieur à la moyenne nationale et proche de la moyenne régionale**, où l'Allier et la Cantal présentent une offre plus importante. Hors Auvergne, on observe des taux d'équipement supérieurs dans la Loire et la Lozère.

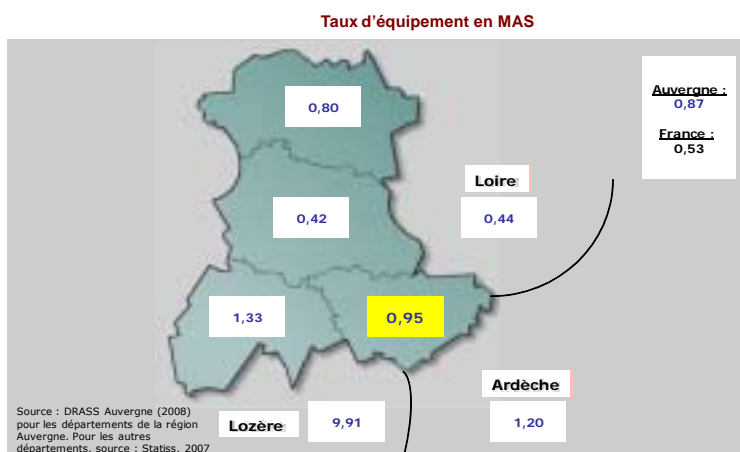


S'agissant des **ITEP** (instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques), la Haute-Loire est le second département de la région le mieux équipé pour ce type de structure, avec 1,83 places pour mille enfants et jeunes adultes âgés de moins de 20 ans. **Le département est ainsi deux fois plus équipé que la moyenne française**. Ses voisins ligériens et ardéchois sont quant à eux moins bien dotés : par exemple, la Loire présente un ratio d'équipement six fois inférieur à celui de la Haute-Loire.

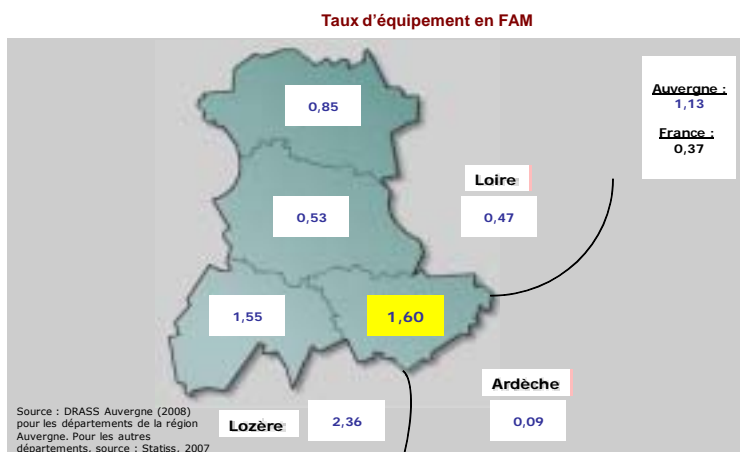


Pour les adultes : un taux d'équipement important, supérieur à la moyenne nationale

L'offre départementale en MAS s'élève à 0,95 place pour mille adultes âgés de 20 à 59 ans, soit le second taux le plus élevé de la région. La Haute-Loire est par conséquent mieux dotée que la Loire (0,44 ‰) et le Puy de Dôme (0,42 ‰), et affiche **un taux supérieur à la moyenne nationale**.

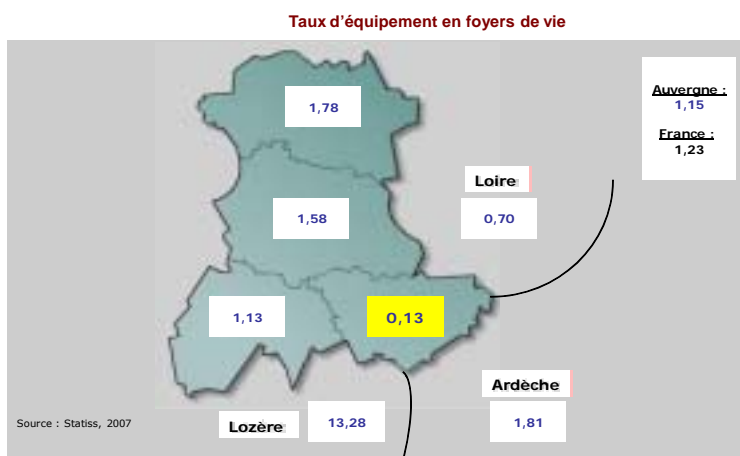


Au sein de la région Auvergne, la Haute-Loire est le **département le mieux équipé en FAM**. Avec 1,60 place pour mille, le département est trois fois plus équipé que le Puy de Dôme et la Loire, et quatre fois plus que la moyenne nationale. Ce rapport s'élève de un à seize en comparaison avec l'Ardèche qui ne peut offrir que moins de 0,1 place pour mille.

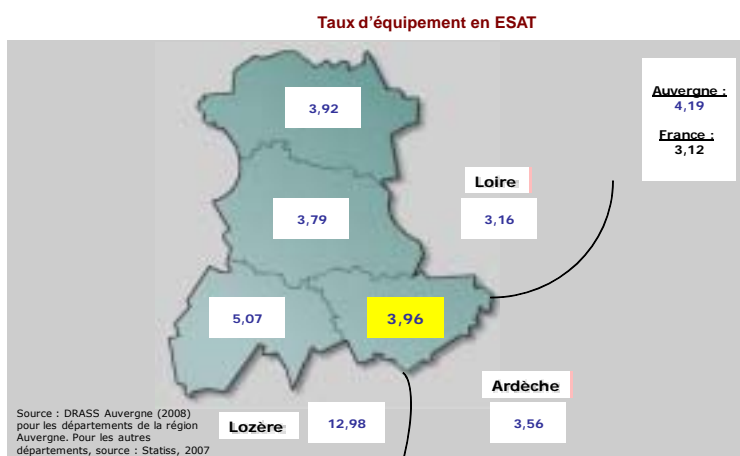


En revanche, la Haute-Loire présente un déficit de places en foyers de vie. En effet, l'équipement départemental est le plus faible de la région. Le département est ainsi neuf fois moins équipé au regard des moyennes régionale et nationale constatées au STATISS 2007. En

outre, tous les départements limitrophes offrent un nombre de places plus important. Cet écart a toutefois été en partie corrigé avec l'ouverture de places fin 2007, ce qui a permis de porter le taux d'équipement à **1,02‰**



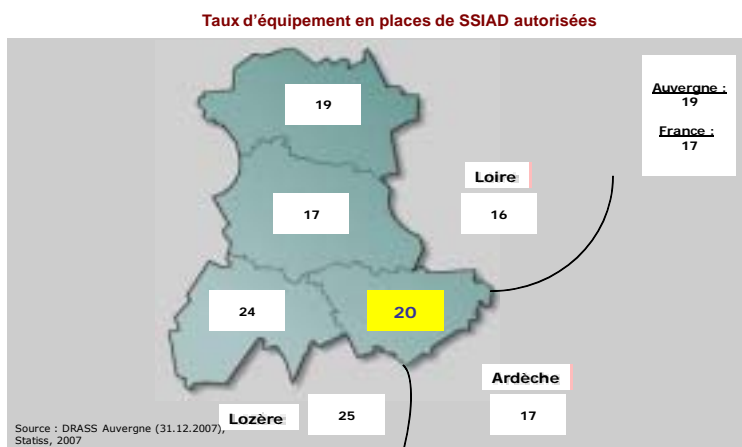
L'offre en ESAT, équivalente à près de 4 places pour mille adultes âgés de 20 à 59 ans, est supérieure, quoique très proche, à celle observée dans l'Allier, le Puy de Dôme, la Loire et l'Ardèche. Seul le Cantal et la Lozère présentent des niveaux d'équipement en places d'ESAT supérieurs à la Haute-Loire.



Le taux d'équipement en places de SSIAD du département de la Haute-Loire présente le second taux le plus élevé de la région Auvergne (20 places de SSIAD pour mille habitants âgés de 75 ans et plus, soit un point de moins que le taux cible fixé par le Ministère de la

Santé). Il est **supérieur d'un point au taux moyen régional, et de 3 points au taux moyen français.**

Selon la DRASS Auvergne, parmi les 403 places de SSIAD autorisées en 2008, 13 places sont spécifiquement dédiées aux personnes en situation de handicap.

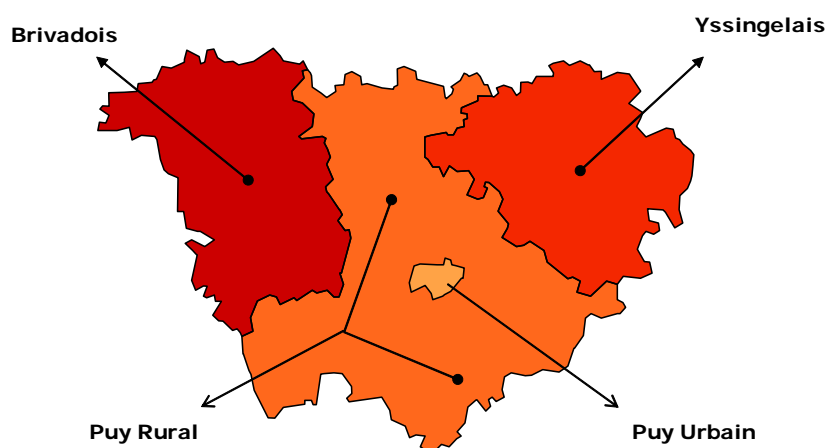


C. Des caractéristiques différenciées sur les territoires de Haute-Loire

Afin d'affiner l'analyse, nous avons réalisé des diagnostics au niveau de 4 sous-territoires du département qui correspondent aux territoires d'action sociale du Conseil général de la Haute-Loire :

- Territoire du Brivadois
- Territoire de l'Yssingelais
- Territoire du Puy Urbain
- Territoire du Puy Rural

Les territoires ne présentent en effet pas des caractéristiques uniformes et les pistes d'action proposées doivent tenir compte des différences territoriales.



Les « fiches d'identité territoriale » chiffrées suivantes donnent une lecture synthétique de l'ensemble des indicateurs pertinents propres à chacun de ces territoires.

HAUTE - LOIRE

Nombre de personnes de 0 à 19 ans : 51 585

Nombre de personnes de 20 à 59 ans : 111 256

ETABLISSEMENTS									
		Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement			Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement
IME	-hébergement permanent	258	258	5,00	Déficiences intellectuelles	-hébergement permanent	255	255	4,94
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ITEP	-hébergement permanent	94	94	1,82	Troubles du comportement	-hébergement permanent	94	94	1,82
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ESAT	-hébergement permanent	445	445	4,00	Polyhandicap	-hébergement permanent	122	122	2,37
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	1	1	0,02
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	3	3	0,06
Foyer d'hébergement	-hébergement permanent	205	211	1,84	Déficiences auditives	-hébergement permanent	20	20	0,39
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	2	2	0,02		-hébergement temporaire	0	0	0,00
MAS	-hébergement permanent	107	107	0,96	Plurihandicap	-hébergement permanent	140	140	1,26
	-accueil de jour	1	1	0,01		-accueil de jour	14	15	0,13
	-hébergement temporaire	3	3	0,03		-hébergement temporaire	0	0	0,00
FAM	-hébergement permanent	162	154	1,38	TED	-hébergement permanent	10	10	0,19
	-accueil de jour	14	14	0,13		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	2	0,02		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer de vie	-hébergement permanent	99	93	0,84	Autisme	-hébergement permanent	37	37	0,72
	-accueil de jour	14	13	0,12		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	9	10	0,09		-hébergement temporaire	0	2	0,04

Nom du territoire : BRIVADOIS

Nombre de personnes de 0 à 19 ans : 8 038

Nombre de personnes de 20 à 59 ans : 19 627

ETABLISSEMENTS									
		Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement			Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement
IME	-hébergement permanent	38	38	4,73	Déficiences intellectuelles	-hébergement permanent	38	38	4,73
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ITEP	-hébergement permanent	54	54	6,72	Troubles du comportement	-hébergement permanent	54	54	6,72
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ESAT	-hébergement permanent	75	75	3,82	Polyhandicap	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer d'hébergement	-hébergement permanent	38	44	1,94	Déficiences auditives	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
MAS	-hébergement permanent	0	0	0,00	Plurihandicap	-hébergement permanent	27	27	1,38
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
FAM	-hébergement permanent	27	27	1,38	TED	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer de vie	-hébergement permanent	26	20	1,32	Autisme	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	5	4	0,20		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	4	2	0,10		-hébergement temporaire	0	0	0,00

Nom du territoire : PUY RURAL

Nombre de personnes de 0 à 19 ans : 14 508

Nombre de personnes de 20 à 59 ans : 32 086

ETABLISSEMENTS									
		Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement			Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement
IME	-hébergement permanent	53	53	3,65	Déficiences intellectuelles	-hébergement permanent	60	60	4,14
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ITEP	-hébergement permanent	21	21	1,45	Troubles du comportement	-hébergement permanent	21	21	1,45
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ESAT	-hébergement permanent	234	234	7,29	Polyhandicap	-hébergement permanent	107	107	3,33
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	1	1	0,03
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	3	3	0,09
Foyer d'hébergement	-hébergement permanent	100	100	3,12	Déficiences auditives	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
MAS	-hébergement permanent	107	107	3,33	Plurihandicap	-hébergement permanent	70	70	2,18
	-accueil de jour	1	1	0,03		-accueil de jour	0	1	0,03
	-hébergement temporaire	3	3	0,09		-hébergement temporaire	0	0	0,00
FAM	-hébergement permanent	70	70	2,18	TED	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	1	0,03		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer de vie	-hébergement permanent	15	15	0,47	Autisme	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	1	1	0,03		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00

Nom du territoire : PUY URBAIN

Nombre de personnes de 0 à 19 ans : 7 723

Nombre de personnes de 20 à 59 ans : 18 858

ETABLISSEMENTS									
		Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement			Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement
IME	-hébergement permanent	109	109	14,11	Déficiences intellectuelles	-hébergement permanent	99	99	12,82
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ITEP	-hébergement permanent	19	19	2,46	Troubles du comportement	-hébergement permanent	19	19	2,46
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ESAT	-hébergement permanent	18	18	0,95	Polyhandicap	-hébergement permanent	15	15	1,94
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer d'hébergement	-hébergement permanent	43	43	2,28	Déficiences auditives	-hébergement permanent	20	20	2,59
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
MAS	-hébergement permanent	0	0	0,00	Plurihandicap	-hébergement permanent	33	33	1,75
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	14	14	0,74
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
FAM	-hébergement permanent	33	33	1,75	TED	-hébergement permanent	10	10	1,29
	-accueil de jour	14	14	0,74		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer de vie	-hébergement permanent	0	0	0,00	Autisme	-hébergement permanent	15	15	1,94
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00

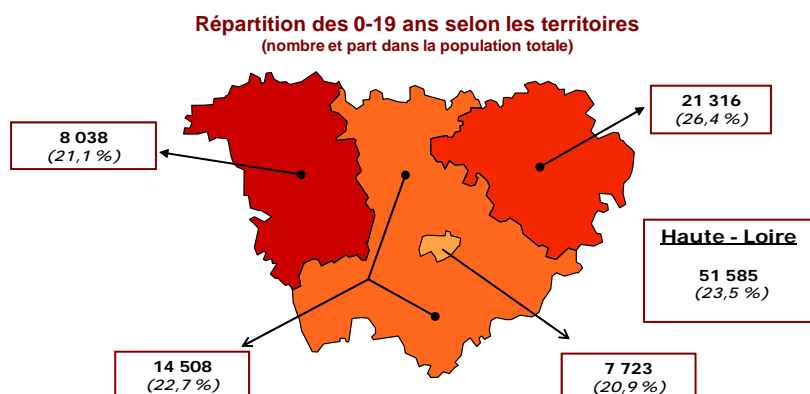
Nom du territoire : YSSINGELAIS

Nombre de personnes de 0 à 19 ans : 21 316

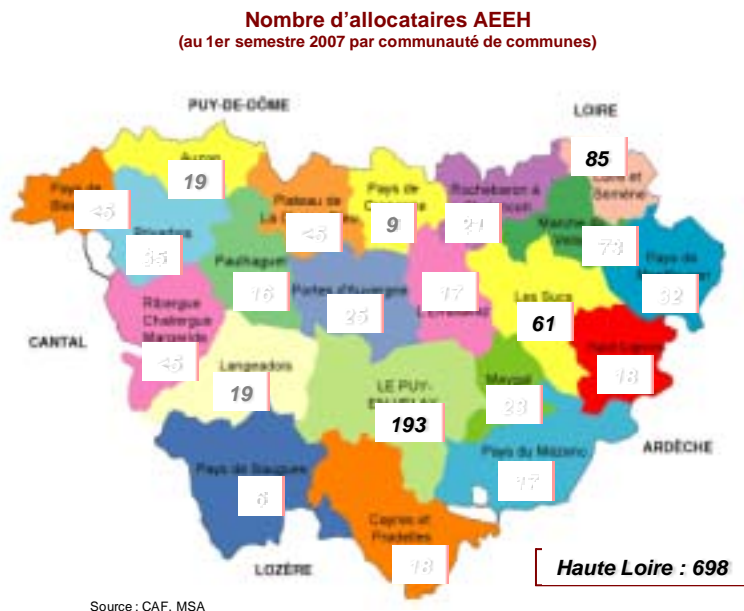
Nombre de personnes de 20 à 59 ans : 40 685

ETABLISSEMENTS									
		Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement			Nombre de places autorisées	Nombre de places installées	Taux d'équipement
IME	-hébergement permanent	58	58	2,72	Déficiences intellectuelles	-hébergement permanent	58	58	2,72
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ITEP	-hébergement permanent	0	0	0,00	Troubles du comportement	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
ESAT	-hébergement permanent	118	118	2,90	Polyhandicap	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer d'hébergement	-hébergement permanent	24	24	0,59	Déficiences auditives	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	2	2	0,05		-hébergement temporaire	0	0	0,00
MAS	-hébergement permanent	0	0	0,00	Plurihandicap	-hébergement permanent	10	10	0,25
	-accueil de jour	0	0	0,00		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	0	0,00		-hébergement temporaire	0	0	0,00
FAM	-hébergement permanent	32	24	0,79	TED	-hébergement permanent	0	0	0,00
	-accueil de jour	0	6	0,15		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	0	2	0,05		-hébergement temporaire	0	0	0,00
Foyer de vie	-hébergement permanent	58	58	1,43	Autisme	-hébergement permanent	22	22	1,03
	-accueil de jour	8	8	0,20		-accueil de jour	0	0	0,00
	-hébergement temporaire	5	5	0,12		-hébergement temporaire	0	2	0,09

Le département compte environ 51 600 habitants âgés de moins de 20 ans, soit 23,5 % de la population totale. Plus des deux tiers d'entre eux habitent dans l'Yssingelais, où ils représentent plus d'un habitant sur quatre sur le territoire (contre un sur cinq dans le Puy Rural).



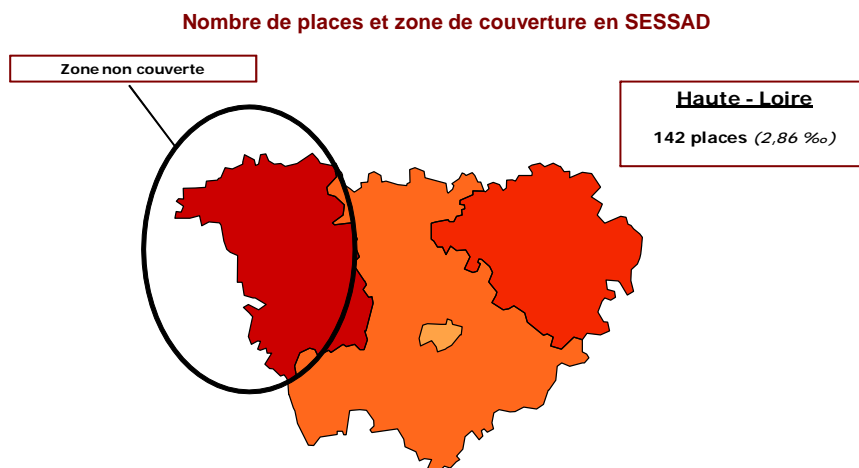
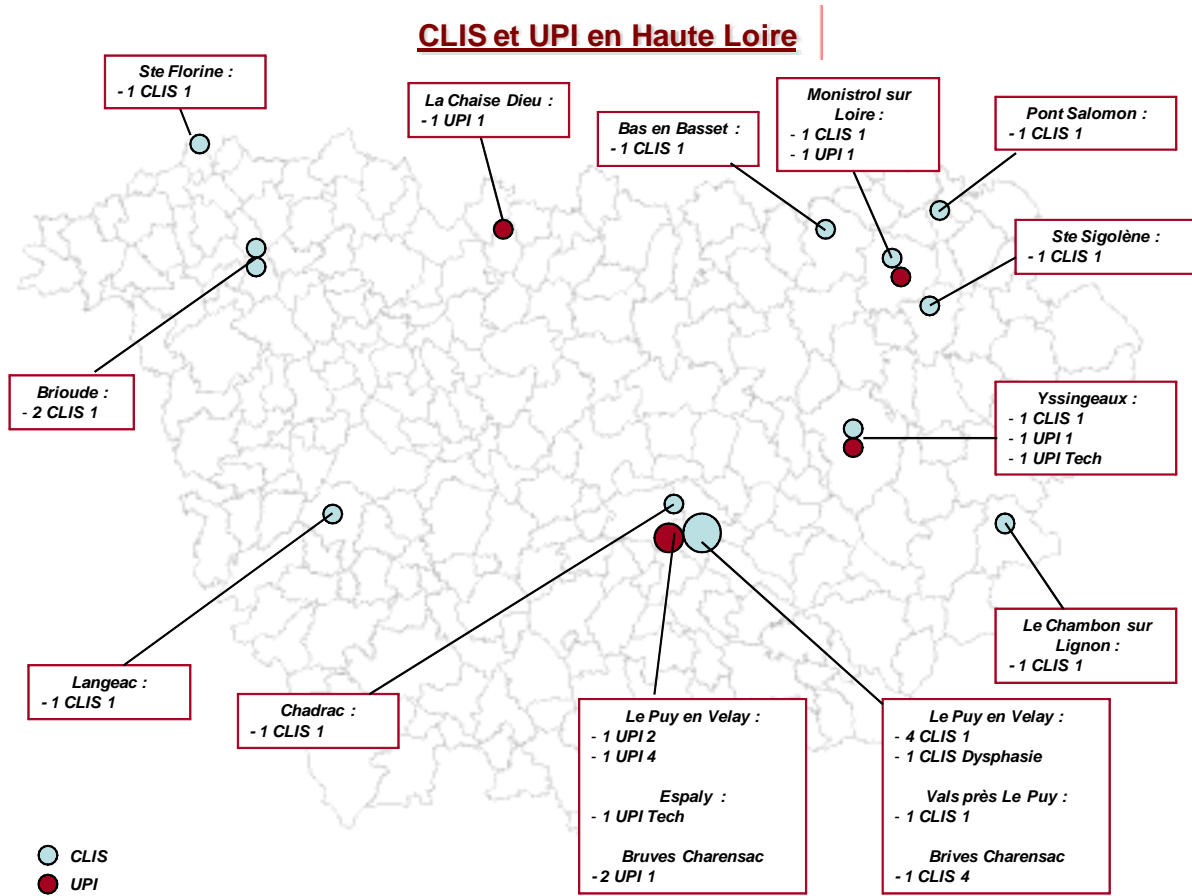
Le département comptait, au 1^{er} semestre 2007, 698 enfants bénéficiaires de l'AEEH. Ceux-ci se concentrent essentiellement sur l'agglomération du Puy en Velay et dans l'Est du département, autour de l'Yssingelais.



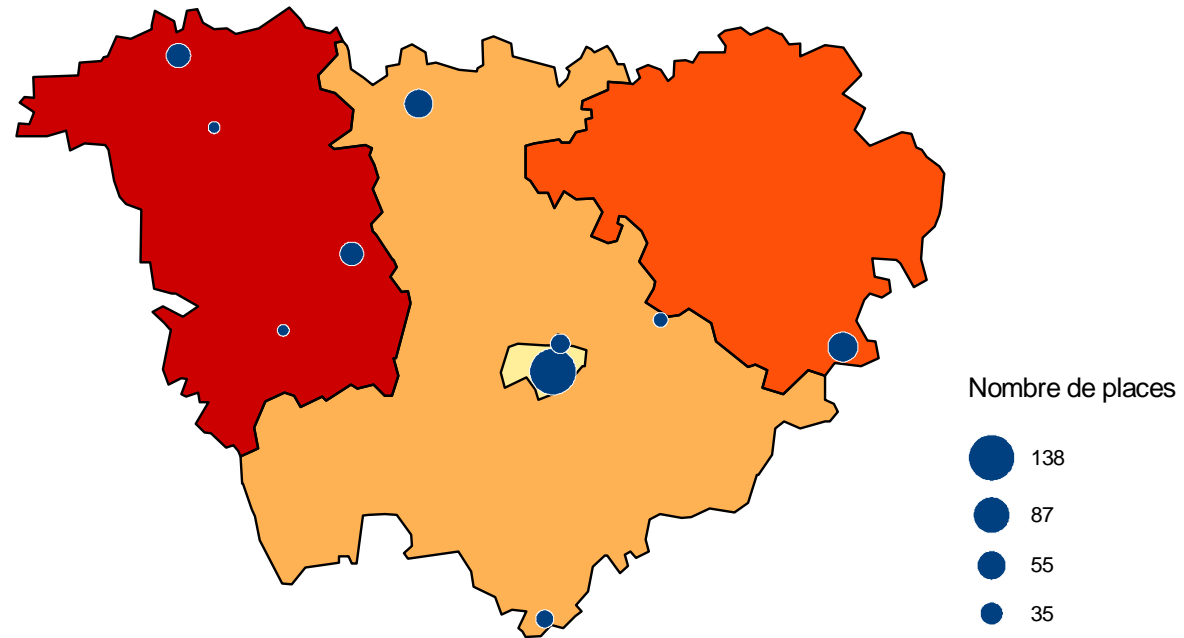
41 % des bénéficiaires AEEH résident dans les communautés de communes situées au Nord et à l'Est de celle des Sucs.
Plus d'un bénéficiaires AEEH sur quatre réside au sein de l'agglomération du Puy en Velay contre moins de 1 % dans les communautés de communes Plateau de la Chaise-Dieu, de Ribeyre, Chaliergue, Margeride, et du Pays de Blesle.

Le dispositif d'accompagnement scolaire des enfants et adolescents en Haute-Loire est très développé. Tous les territoires disposent aujourd'hui d'équipements de type CLIS ou UPI, de différents niveaux, et parfois spécialisés comme la CLIS Dysphasie au Puy en Velay. Il existe

également plusieurs UPI Tech dans le département. Ce dispositif s'appuie également sur les 146 places de SESSAD existantes. Toutefois, l'Ouest du département n'est pas couvert.

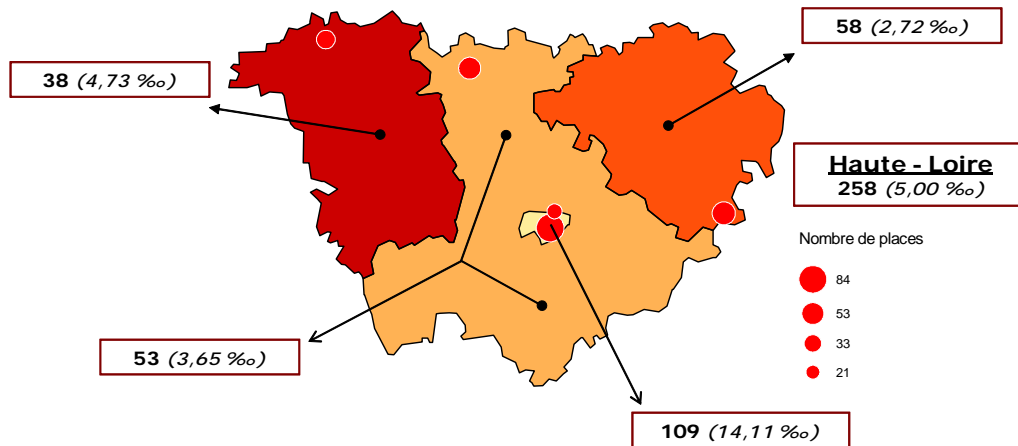


Etablissements pour enfants et adolescents en situation de handicap



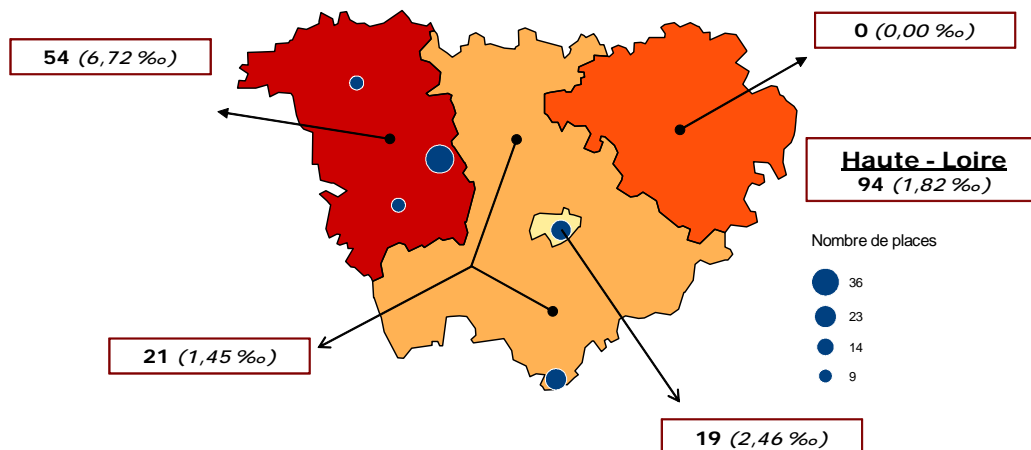
Les 258 places d'IME (dont IMPro) sont surtout concentrées sur le territoire du Puy Urbain (109 places, soit un ratio de 14,11 places pour mille enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans). Les territoires du Puy Rural et de l'Yssingelais présentent un équipement quasi similaire respectivement de 53 places (3,65 ‰) et 58 places (2,72 ‰). Enfin, celui du Brivadois, avec 38 places, dispose du second meilleur taux d'équipement.

Nombre de places et taux d'équipement en IME

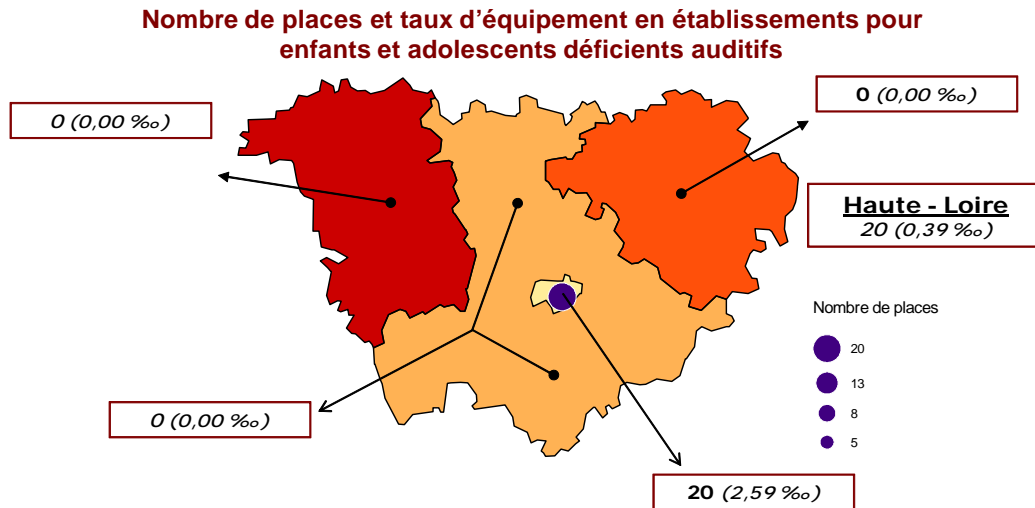


Les 94 places d'ITEP que compte le département se répartissent sur trois territoires : le Brivadois (54 places – territoire le mieux équipé), le Puy Rural (21 places – le moins équipé) et le Puy Urbain (19 places). L'Yssingelais ne dispose pas à ce jour de places d'ITEP.

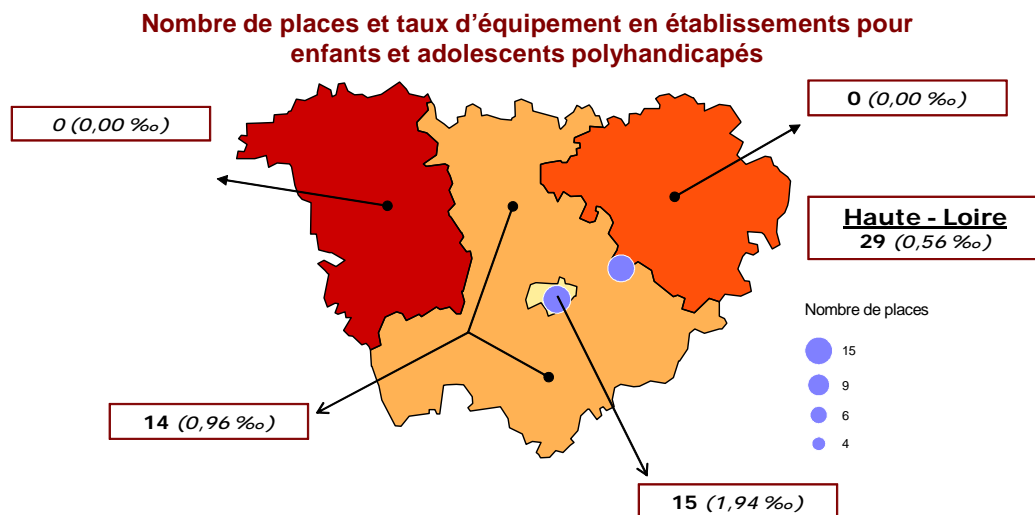
Nombre de places et taux d'équipement en ITEP



L'accompagnement des enfants et adolescents déficients auditifs est assuré, pour le département, sur le territoire du Puy Urbain. Il existe aujourd'hui 20 places, soit un taux d'équipement s'élevant à 0,39 place pour mille enfants et adolescents âgés de moins de 20 ans.

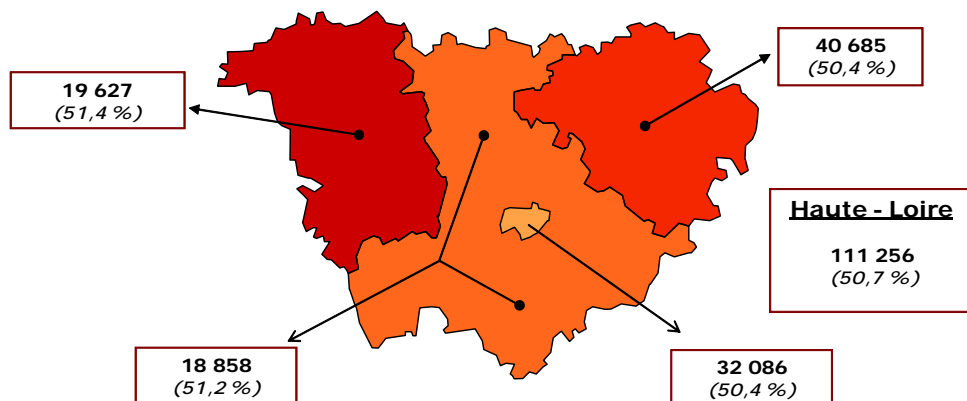


Le département dispose de 29 places pour l'accueil et l'accompagnement des enfants et adolescents en situation de polyhandicap. Celles-ci sont situées dans les territoires du Puy Urbain et du Puy Rural.



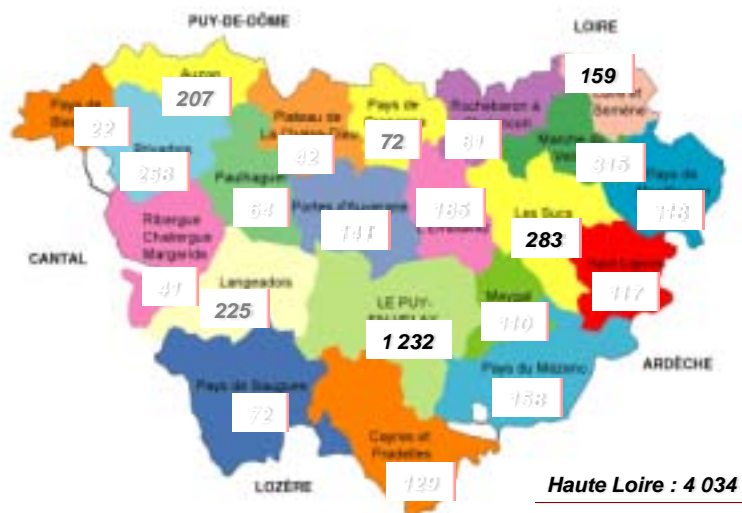
La population âgée entre 20 et 59 ans représente 111 256 personnes en Haute-Loire, soit 50,7 % de la population totale. Un habitant sur trois dans le département situé dans cette classe d'âge habite dans le territoire de l'Yssingelais. Par ailleurs, avec 40 685 habitants âgés entre 20 et 59 ans, ce territoire compte davantage de personnes de cette tranche d'âge que le Puy Rural et le Brivadois réunis.

Répartition des 20-59 ans selon les territoires
(nombre et part dans la population totale)



Au 1^{er} semestre 2007, un peu plus de 4 000 personnes bénéficiaient de l'AAH, dont plus de 25 % habitent au sein de l'agglomération du Puy en Velay.

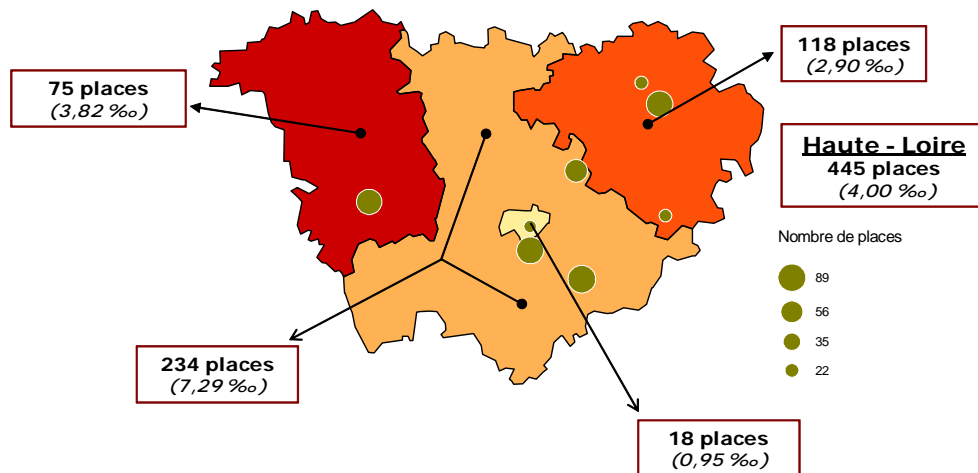
Nombre d'allocataires AAH
(au 1^{er} semestre 2007 par communauté de communes)



Source : CAF, MSA

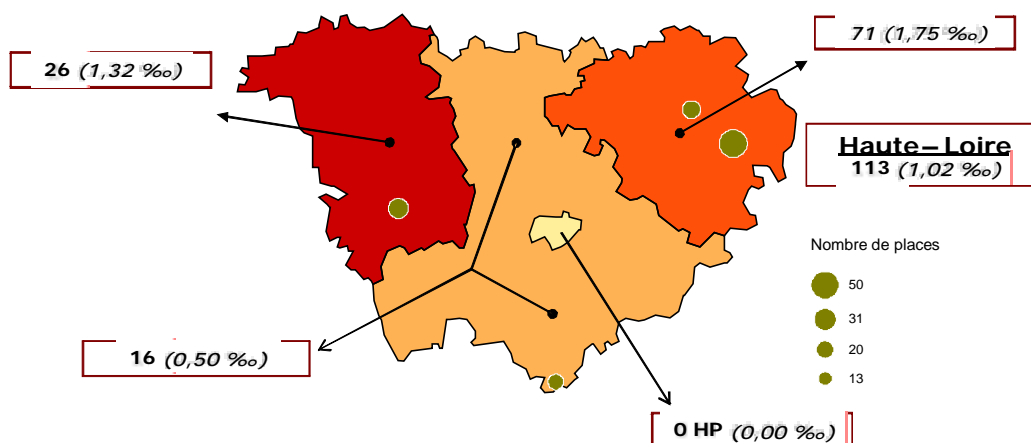
L'accompagnement des adultes en situation de handicap se réalise au travers de plusieurs types de structures. Parmi elles, les ESAT représentent une capacité d'accueil équivalente à 438 places. Celles-ci sont réparties pour moitié sur le territoire du Puy Rural (234 places, soit 7,27 places pour mille adultes âgés de 20 à 59 ans), et pour un quart sur celui de l'Yssingelais (au demeurant deux fois moins équipé que le Puy Rural). Celui du Brivadois en compte 75 (4,41 %) et celui du Puy Urbain 18 places (0,63 %).

Nombre de places et taux d'équipement en ESAT

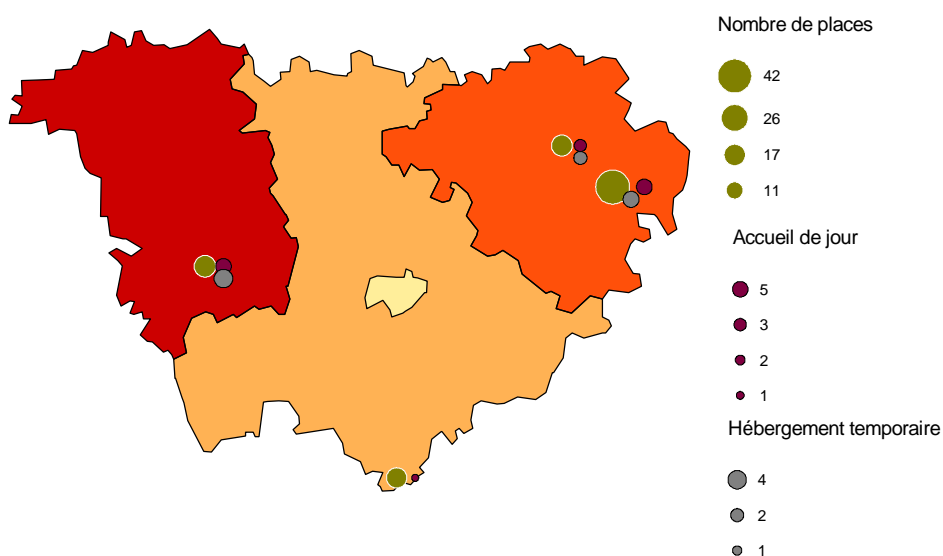


Comparé aux ESAT, le maillage territorial en foyers de vie est plus déséquilibré. Rappelons que la Haute-Loire représente le département le moins équipé de ce type de structure dans la région Auvergne. Les deux tiers des places existantes sont situées dans l'Yssingelais alors que le Puy Urbain n'en compte aucune.

Nombre total de places et taux d'équipement en foyers de vie

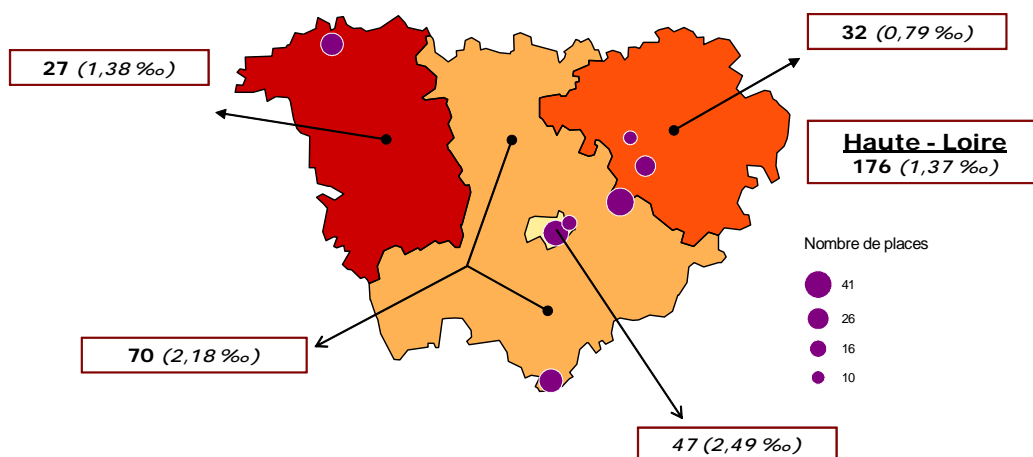


Nombre de places et taux d'équipement en foyers de vie



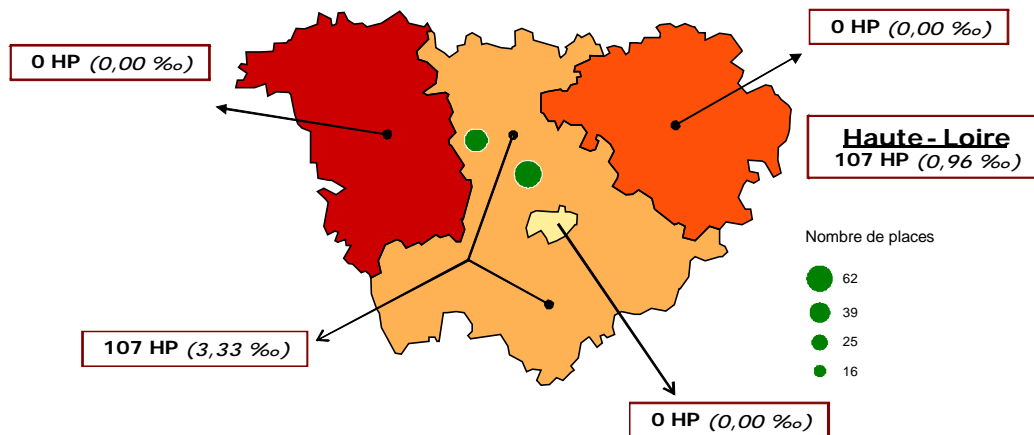
En revanche, avec 154 places de FAM aujourd'hui autorisées, la Haute-Loire dispose du niveau d'équipement le plus élevé de la région. Contrairement aux foyers de vie, ceux-ci sont répartis de manière plutôt homogène dans le département, avec une certaine prépondérance du Puy Rural (qui concentre la moitié des places).

Nombre total de places et taux d'équipement en FAM

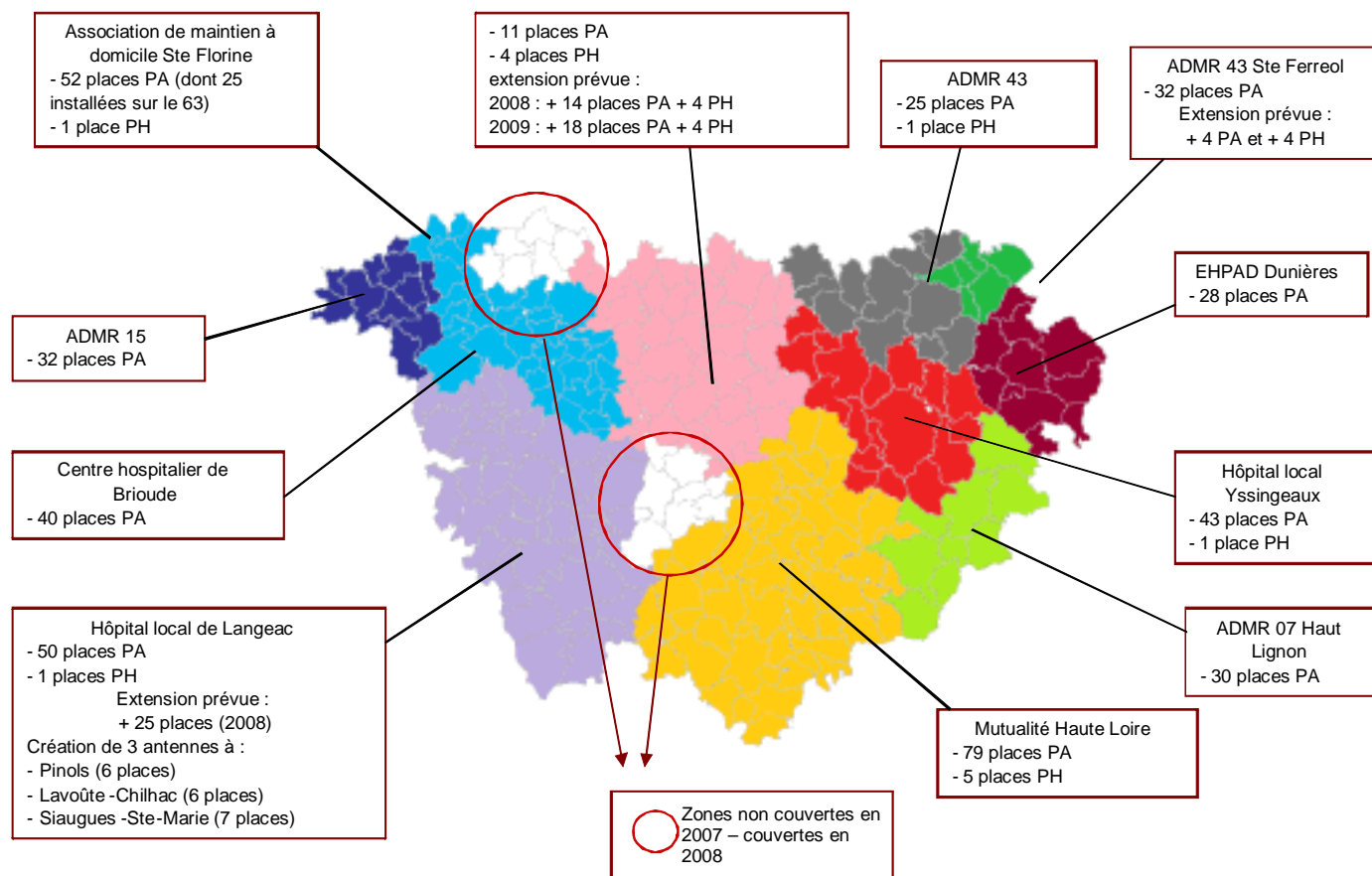


L'équipement en MAS (107 places au total, soit 0,96 place pour mille adultes âgés de 20 à 59 ans) est concentré uniquement sur le territoire du Puy Rural. Ni le Brivadois, ni l'Yssingelais ni le Puy Urbain de dispose de ce type de structure.

Nombre total de places et taux d'équipement en MAS



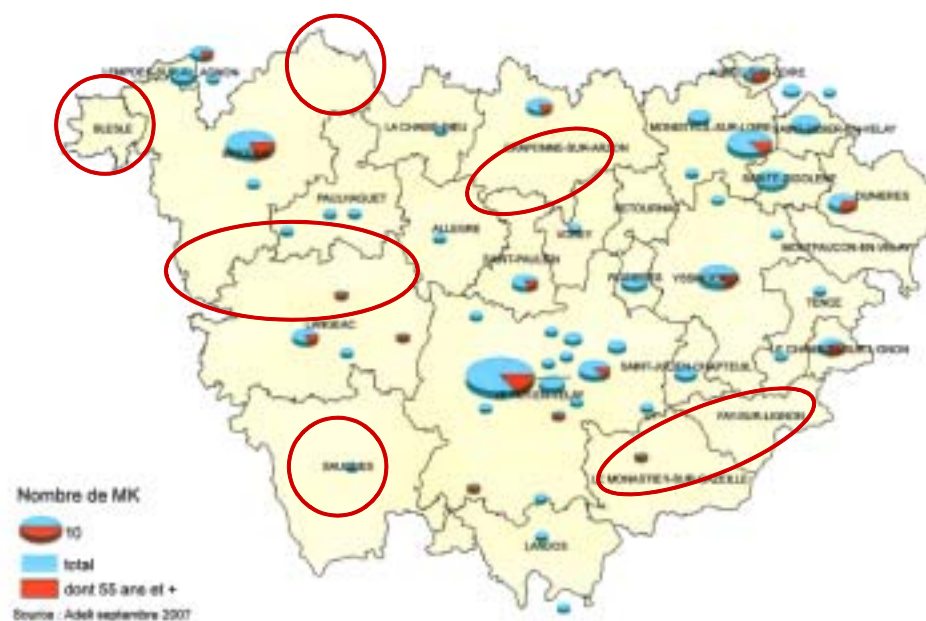
Nombre de places et zones de couverture des SSIAD



Les infirmiers libéraux
par bassin de service intermédiaire en Haute-Loire



Les masseurs kinésithérapeutes libéraux
par bassin de service intermédiaire en Haute-Loire



Au total, des caractéristiques propres à chacun des territoires apparaissent :

- **Le territoire du Brivadois**, territoire le plus avancé dans le vieillissement de la population, est le mieux équipé du département en matière d'établissement pour enfants et adolescents (IME, ITEP). Toutefois, il constitue l'unique zone non couverte par un SESSAD. En dehors des MAS, le Brivadois dispose de tous les types de structures d'accueil pour adultes en situation de handicap (ESAT, FAM, foyers de vie).
- **Le territoire du Puy Rural** présente un équipement en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap moindre au regard du Brivadois. Concernant les équipements scolaires, il ne compte qu'une seule UPI (La Chaise-Dieu) et aucune CLIS. Le Puy Rural constitue le territoire le mieux équipé du département en structures d'accueil en faveur des adultes en situation de handicap (en dehors des foyers de vie).
- **Le territoire du Puy Urbain**, concentre à lui seul 25 % des allocataires AEEH et le dispositif d'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap peut s'appuyer sur des équipements médico-sociaux et scolaires adéquats. Concernant les adultes, le Puy Urbain agrège plus de 30 % des bénéficiaires AAH du département. Si le territoire est équipé en FAM et ESAT, il ne dispose ni de foyer de vie, ni de MAS.
- Enfin, **le territoire de l'Yssingelais**, territoire dont la population est la plus jeune du département, concentre 41 % des bénéficiaires AEEH. Le dispositif d'accompagnement scolaire y est en outre le plus développé. Toutefois, aucune place d'ITEP n'existe sur ce territoire. L'accompagnement des adultes en situation de handicap peut s'appuyer sur un équipement en ESAT, en foyers de vie et en FAM mais n'est pas équipé en MAS.

III. Evaluation qualitative

A. Liminaire

Les textes régissant les schémas médico-sociaux imposent d'évaluer, avant toute rédaction d'un nouveau document directeur, les actions du schéma précédent. Les bilans des actions qui suivent sont présentés de manière synthétique. En effet, le champ du handicap ayant connu des bouleversements significatifs, en particulier au travers de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, il est devenu difficile d'évaluer les actions d'un document ancien de 5 ans sans écarter involontairement un pan très important du dispositif de prise en charge, mis en œuvre postérieurement au schéma directeur. C'est pourquoi, outre un bilan synthétique des actions des précédents schémas, le diagnostic est également constitué d'une évaluation qualitative qui étend son champ d'exploration à l'ensemble des pans de ce dispositif.

Des exemples de réalisation ont été mis en valeur par les partenaires. Bien entendu, d'autres réalisations existent et auraient également pu trouver leur place.

Cette évaluation a été élaborée conjointement avec l'ensemble des partenaires, pour aboutir autant que possible à un diagnostic partagé.

B. Bilan des actions des précédents schémas

1. Bilan des actions du schéma en faveur de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap 2002-2007

ORIENTATION n°1 :	Actions	Bilan
Rééquilibrer les équipements sur le territoire	Créer un IME pour enfants et adolescents déficients intellectuels moyens et profonds avec section pour autiste	Création du SPMS: 25 places
	Créer des SESSAD pour enfants et adolescents déficients intellectuels et/ou présentant des troubles du comportement	Création de 52 places de SESSAD (SESSAD des Sucs, SESSAD SPMS, SESSAD du Val Vert)
	Créer des annexes de SESSAD pour déficients moteurs	16 places créées à Monistrol sur Loire
	Développer l'accès aux soins ambulatoires sur des zones géographiques non couvertes	Partiellement réalisé : une antenne du CMPP à Monistrol sur Loire
	Développer une structure de soins pluridisciplinaires pour enfants atteints d'un trouble spécifique du langage	Non réalisé Toutefois, création de 10 places SSEFIS en 2008 uniquement sur le Puy pour les dysphasies Mais demeurent les difficultés d'évaluation et une absence de vision départementale Un travail est par ailleurs réalisé dans le cadre du CAMSP
ORIENTATION n°2 :	Actions	Bilan
Diversifier les modes de prise en charge et améliorer la prise en charge de certains handicaps	Adapter l'offre de prise en charge en développant le semi – internat	SPMS accueil de jour
	Créer des structures pour déficients visuels et déficients auditifs	Moins de demandes que le schéma ne le prévoyait sur les déficients auditifs
	Créer des annexes de SESSAD pour déficients moteurs	16 places créées à Monistrol sur Loire Pour les déficients visuels, renforcement des moyens du CRDV
	Créer des sections pour autistes	Institut Marie Rivier SPMS accueil de jour et SESSAD Création au niveau régional du centre de ressource autisme sur lequel s'appuie la réflexion sur l'autisme en Haute-Loire Mise en place du réseau départemental sur l'autisme (enfants et adultes)
	Transformer et adapter les agréments existants pour répondre aux handicaps repérés	Création des SESSAD 2 établissements transformés (Le Meygal et l'Institut Marie Rivier)

ORIENTATION n°3 :	Actions	Bilan
Promouvoir la participation des parents	Améliorer le fonctionnement de la CDES concernant les relations avec les usagers	Action réalisée et poursuivie par la MDPH
	Améliorer le fonctionnement de la CDES concernant les relations avec les usagers	Formation autisme ARCADIE Initiatives des établissements et services Une conférence / an au sein du GAMSouvert e aux
	Soutien parental et aide ciblée pour l'enfant	Action non réalisée
	Guidance parental pour parents ayant de jeunes enfants	Action non réalisée : le porteur de projet n'a jamais été identifié
ORIENTATION n°4 :	Actions	Bilan
Construire une évaluation en continu	Créer un dispositif d'observation partagé	Action non réalisée mais intégrée aujourd'hui dans les missions de la MDPH
	Élaborer un dossier individuel type pour les enfants et adolescents handicapés dans le dispositif médico-social	Action non réalisée mais intégrée aujourd'hui dans les missions de la MDPH
	Promouvoir l'évaluation interne et externe de la qualité au sein des établissements et services médico-sociaux	Le GAMS43 a sensibilisé les établissements Aucune vue exhaustive de l'état de mise en œuvre à ce La loi 2002-2 est venue se substituer à cette action
	Mise en œuvre et évaluation du schéma d'organisation médico - sociale	Réalisé partiellement : le dispositif prévue n'a pas été durablement mis en place
ORIENTATION n°5 :	Actions	Bilan
Construire, formaliser et optimiser les mises en réseau	Développer l'insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire des jeunes handicapés	Action non réalisée Expériences en cours Difficultés toujours très importantes pour l'insertion pré-professionnelle
	Repérage des enfants en difficultés d'ordre psychosociales	Action non réalisée : Complexité de l'évaluation mais développement des SESSAD L'extension de la compétence du CMPP aux 0-6 ans y a répondu partiellement Difficultés particulières sur le Brivadois
	Accès au soin pour les enfants en difficultés d'ordre psychosociales	Action non réalisée Réflexions engagées qu'il faut désormais concrétiser
	Création d'un poste de chargé de mission à l'intégration des personnes handicapées par la pratiques des activités de loisirs	Actions réalisées : 1 poste financé pour moitié par le CG et pour moitié par l'Etat
	Création de postes de travailleurs sociaux et d'auxiliaires éducatifs et de loisirs en CLSH	Création d'un second poste financé par l'Etat
Rationaliser le transport spécialisé	Réflexions réalisées au sein du GAMSet du CREMS Mise en place non réalisée	

ORIENTATION n°6 :	Actions	Bilan
Développer l'information	Créer un centre ressource départemental et des relais d'information	Pour la petite enfance, création au sein de la CDAJE d'un groupe ressource pour l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap, en lien avec la MDPH Aujourd'hui, compétence de la MDPH
	Réaliser et publier un guide pratique départemental à l'usage des parents d'enfants handicapés	Réalisé en 2006 mais par actualisé depuis.
	Développer les savoirs partagés : Etat / collectivités / institutions	Action non réalisée Pourrait trouver un réponse à travers le CDCPH
ORIENTATION n°7 :	Action unique	Bilan
Articuler étroitement schéma médico-social et plan Handiscol	Renforcer l'intégration scolaire en milieu ordinaire	Objectifs réalisés

2. Bilan des actions du schéma en faveur des adultes en situation de handicap 2002-2007

Actions 1 & 2	Bilan
<p>Observer et recenser la population des personnes handicapées</p> <p>La gestion des listes d'attente pour la prise en charge en établissements ou par des services de proximité</p>	<p>Commande d'une étude au CREHAI ayant débouché sur une analyse des listes d'attentes en 2004 ainsi que sur la mise en place d'outils. Outils n'ayant pu être utilisés de manière pérenne.</p> <p>Par ailleurs, de nombreuses créations de places en structure ont été réalisées sur la durée du schéma :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 78 places de service d'accompagnement annexé à un ESAT - 95 places de FO (dont une partie, 37 places, par transformation de places de FH) - 44 places de FAM - 8 places de MAS dont une temporaire
Action 3	Bilan
<p>L'identification des personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents</p>	<p>L'expérimentation du lieu ressource autour de Langeac et les cantons environnants, de février 2003 à avril 2006, a été jugée de manière très positive par l'ensemble des acteurs rencontrés.</p> <p>Avec la création de la MDPH, le lieu ressource a disparu. L'intégration du personnel dédié au sein des équipes territorialisées du CG43 n'a pas permis de donner un prolongement à ce dispositif. Toutefois, ces équipes réalisent aujourd'hui l'accompagnement individuel. Il reste encore à développer le repérage et à identifier sur le territoire des points d'accueil dédiés connus du public.</p>
Action 4	Bilan
<p>Pallier l'insuffisance des équipements recensés pour adapter et diversifier les prises en charges : diversifier les modes de prise en charge innovante en établissement : accueil temporaire et accueil de jour</p>	<p>Sur la durée du schéma ont été créées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en foyer de vie : 9 places d'hébergement temporaire et 11 places d'accueil de jour - en foyer d'accueil médicalisé : 4 places d'hébergement temporaire et 20 places d'accueil de jour - un accueil séquentiel à partir de l'IME et du FAM La Meygal de Saint Hostien - 2 SAMSAH <p>Le site internet du CG43 permet aujourd'hui d'obtenir une information sur les structures existantes et leurs modes de prise en charge.</p>

Action 5	Bilan
Assurer une prise en charge individualisée et graduée en fonction de l'évolution et des attentes des personnes permettant l'intégration dans la cité	Il existe à l'heure actuelle très peu de structures capables de prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes présentant des troubles du comportement. Les projets d'établissement des EHPAD prennent rarement en compte l'accueil et l'accompagnement de ces publics.
Action 6	Bilan
Assurer la coordination des acteurs à partir d'une bonne connaissance des besoins : la prise en charge à domicile en liaison avec les établissements dans le cadre d'une coordination	La Haute Loire dispose d'un atout non négligeable en termes de coordination : la mobilisation des acteurs face aux évolutions du dispositif et la coordination interassociative regroupant une très grande majorité d'acteurs au sein du GAMS43. Le partenariat exemplaire noué en Haute Loire pour la constitution de la MDPH constitue également l'illustration de cette bonne qualité de coordination.

C. Synthèse de l'évaluation du dispositif

1. Le dispositif en faveur de l'enfance et de l'adolescence en situation de handicap

Les atouts :

- L'existence de structures et de services dédiés à l'autisme, au polyhandicap et à la déficience auditive.
- Un réseau départemental structuré concernant l'autisme.
- Des Sessad nombreux qui s'appuient sur des établissements spécialisés.
- Une importante scolarisation des enfants handicapés en Haute Loire.

Les points d'amélioration :

- Absence de places d'ITEPro et des réponses institutionnelles peu adaptées aux besoins des jeunes relevant de prises en charges conjointes (ITEP-Pedopsychiatrie-Protection de l'Enfance).
- Manque de places SESSAD « troubles du comportement » et absence totale sur l'Est.
- Manque de places de CAMSP zones Ouest Nord et Sud du département.
- Des carences en matière de diagnostic précoce des enfants, notamment souffrant de dyspraxies, et partant, des réponses apportées à ces publics.
- L'absence de réponse pour les enfants déficients visuels.
- Un lien insuffisant entre la pré-professionnalisation des adolescents handicapés et les conditions de leur entrée dans la vie active ou vers le travail adapté.

2. Le dispositif en faveur des adultes en situation de handicap

Les atouts :

- Un maillage territorial des équipes PA-PH départementales pour l'évaluation à domicile.
- Un effort important réalisé pour équiper le territoire en FAM.
- L'existence d'un Cap Emploi dynamique et d'un service de maintien dans l'emploi qui gagnerait à être renforcé.
- Une progression des structures dans l'adaptation de leur fonctionnement aux besoins et attentes.

Les points d'amélioration :

- Un manque de places ressenti en MAS, en foyers de vie et en ESAT.
- Des carences en termes d'accompagnement des personnes vivant en milieu ordinaire et des travailleurs handicapés.
- La disparition non remplacée du dispositif «lieu ressource » pour les personnes adultes handicapées à domicile.
- Une insuffisance des solutions d'hébergement intermédiaire du type accueil séquentiel ou accueil d'urgence.
- Un manque de structures / services dédiés au dépistage et à l'accompagnement de certaines déficiences.
- Une insuffisance de réponses aux personnes atteintes d'un handicap psychique.
- L'absence de stratégie pour accompagner les personnes handicapées retraitées, et plus largement, les personnes handicapées vieillissantes.

3. Les problématiques transversales

Les atouts :

- Des partenariats locaux très forts.
- L'existence du GAMS 43 qui fédère les acteurs.
- Une démarche qualité déjà largement promue au sein des établissements.
- Des initiatives locales dynamiques et innovantes sur lesquelles le département peut capitaliser.
- Une MDPH dont la valeur ajoutée est reconnue par l'ensemble des acteurs.

Les points d'amélioration :

- Un déséquilibre territorial important en matière d'établissements et un manque de places dans certains types de structure.
- Une insuffisance dans l'observation et l'évaluation continue des besoins.
- Un déficit croissant de médecins psychiatres pouvant intervenir dans le médico-social.
- Une aide aux aidants peu développée pour les familles dont l'enfant n'est pas pris en charge par une institution.
- Des solutions de transport trop peu développées.
- Des bâtiments et équipements publics encore peu accessibles.
- Un dispositif d'information à l'attention des familles encore lacunaire.
- Une stratégie départementale qui gagnerait à être plus lisible pour les acteurs.

D. Evaluation détaillée

1. L'accompagnement à domicile

a) La prise en charge de la demande d'accompagnement à domicile

Le soutien à domicile constitue un défi pour améliorer la qualité et la diversité de l'accompagnement dans le département. En Haute-Loire, des services d'accompagnement à domicile ont pu émerger, tels le SAMSAH Polyhandicap d'Allègre (unique en Haute-Loire), adossé à la MAS d'Allègre. Toutefois, des services à domicile type SESSAD sont encore lacunaires dans l'Ouest du département, sur le Brivadois notamment.

L'expérimentation du lieu ressources autour de Langeac a été jugée de manière très positive par l'ensemble des acteurs rencontrés. En effet, les actions de repérage des publics (répondant à l'orientation n°1 du précédent schéma) ont permis d'accompagner en amont des situations qui n'avaient fait l'objet d'aucun dépistage. Avec la création de la MDPH, le lieu ressource a disparu. L'intégration du personnel dédié au sein des équipes territorialisées du Conseil général n'a pas permis de donner un prolongement à ce dispositif. Toutefois, ces équipes réalisent aujourd'hui le repérage et l'accompagnement individuel. Il reste encore à identifier sur le territoire des points d'accueil dédiés connus du public. Le repérage demeure également à développer (même si la diffusion de l'APA et de la PCH a permis de l'améliorer).

Concernant l'enfance dyspraxique, les acteurs ont souligné le manque de capacité de diagnostic alors qu'ils constatent une augmentation très importante du nombre de dossiers déposés. Ainsi, après l'âge de 6 ans, les familles doivent se rendre à Lyon, Clermont-Ferrand, ou St Etienne, où les délais d'attente sont très importants.

Enfin, le CAMSP souffre d'un manque de places et de moyens qui obère sa capacité d'intervention en amont.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Expérimentation d'un lieu ressources de février 2003 à avril 2006 sur Langeac et les cantons environnants, réalisée à partir de la collaboration de l'ADAPEI, l'APAJH, l'ADMR, le Conseil général et la MSA. L'objectif consistait à aller à la rencontre des personnes vivant à domicile et hors de tout dispositif d'accompagnement.
- Mise en place par l'association ARCADIE d'un service de garde à domicile.
- Existence du SAMSAH APRES (le Puy en Velay) pour les personnes cérébro-lésées.
- La liste d'attente (2007) de la MDPH fait apparaître 30 enfants en attente d'une place en SESSAD.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Le département connaît de grandes difficultés pour repérer les personnes en situation de handicap vivant à domicile et en dehors de tout dispositif. De nombreux acteurs ont émis des attentes fortes quant à la réactivation du lieu ressources à partir de la MDPH. Le développement de petites unités de vie, offrant une vie en communauté réduite, semble correspondre aux attentes de certains acteurs. L'identification et l'évaluation des besoins des personnes à domicile demeurent des enjeux auxquels il convient de trouver une réponse rapidement.

b) La diversité de l'accompagnement sur le territoire

Des acteurs ont relevé certains manques : un SAMSAH dédié au handicap moteur, un ITEP-Pro. En particulier, l'adaptation des ITEP aux besoins répertoriés en Haute-Loire nécessite d'être examinée.

Les structures récemment transformées en faveur de personnes polyhandicapées ne semblent pas identifiées par les acteurs, lesquels regrettent que l'accueil en IME ne corresponde pas à leurs besoins. Les jeunes doivent par conséquent se rendre dans les départements voisins (Lozère, Puy de Dôme, voire jusqu'en Isère).

Sur le territoire du Brivadois, le projet de création d'une UPI se heurte à l'absence de couverture par un SESSAD. Le SSESD du Puy-en-Velay ne peut intervenir sur Brioude en raison de la distance. De plus l'APF du Puy de Dôme n'intervient plus.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Création d'une antenne du Centre médico psycho-pédagogique (CMPP) à Monistrol sur Loire, après avoir reçu un avis favorable du CROSMS le 23 octobre 2006. 353 enfants reçus par le CMPP en 2007 contre 326 en 2006 et 255 en 2005.
- 1 650 séances de CMPP ont été financées depuis 2003, permettant le suivi de 100 enfants supplémentaires.
- 52 places de SESSAD ont été créées entre 2003 et 2007.
- 15 places en forfait soin ont été financées pour les SAMSAH.
- Création de 17 places de SSIAD dédiées aux Personnes en situation de handicap.
- Existence d'un SESSAD pour déficients visuels sur Yssingeaux, mais avec 20 enfants et adolescents en liste d'attente.
- Création du service APRES pour l'accompagnement des personnes cérébro-lésées.
- Le SAAAIS (le service type SESSAD du CRDV de Clermont-Ferrand) intervient pour environ 15 enfants de Haute-Loire – il bénéficie d'une petite antenne au collège Lafayette au Puy-en-Velay. Il n'existe pas d'autres structures de prise en charge de la déficience visuelle tant pour les enfants que pour les adultes.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

L'accompagnement à domicile en Haute-Loire demeure très sectorisé. A un type de handicap correspond un service d'accompagnement. Ce fonctionnement, qui permet d'encadrer la réponse des associations, biaise la diversité des prises en charge, certains handicaps (tel le handicap psychique, sensoriel ou physique) ne trouvant pas de réponses locales à leurs besoins spécifiques.

c) L'accueil familial

Le département compte 56 familles d'accueil agréées, totalisant 60 places autorisées pour l'accueil de personnes handicapées. La famille d'accueil se présente comme une véritable alternative à l'institution et la vie en famille est un réel choix de l'adulte handicapé.

La loi est venue renforcer les possibilités d'amélioration de la qualité de l'accompagnement, notamment par le biais de formations.

Chiffres et exemples de réalisation :

- En octobre 2007, on comptait 47 personnes handicapées accueillies en familles d'accueil et 13 places encore disponibles.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Les places d'accueil temporaire en famille, ou de familles d'accueil thérapeutique, constituent des solutions intéressantes de soutien et de période de répit en faveur des accueillants. Par ailleurs l'ouverture des activités des établissements aux personnes accueillies en famille d'accueil serait intéressante.

d) La qualité de l'accompagnement à domicile

Les bases de la réussite de l'accompagnement à la vie autonome sont : la connaissance du handicap, l'apprentissage des actes de la vie et la volonté d'intégrer la personne à la vie de la cité.

La formation des professionnels aux handicaps est un élément fort de la qualité de cet accompagnement. Toutefois, peu de plans de formations spécifiques pour l'aide aux personnes handicapées ont été mis en œuvre par les services d'aide à domicile du département.

Par ailleurs, il semble important de limiter le « défilé » des intervenants auprès de la personne et de coordonner le projet de la personne en lien avec la MDPH.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

La formation en continu des professionnels est une garantie de qualité. Trois voies semblent aujourd'hui envisageables tout en étant complémentaires : l'extension de l'activité des structures au domicile des personnes qu'elles accompagnent en partie, la possibilité qu'elles interviennent auprès de personnes qui ne sont pas prises en charge par leur établissement, et la formation des personnels des services à domicile à la spécificité du handicap.

e) L'aide aux aidants naturels

L'aide aux aidants naturels consiste en un processus d'écoute, de soutien, de guidance aux familles. La relation établie par les professionnels des structures de prise en charge et la famille est primordiale, les acteurs observant une grande souffrance chez les aidants quant à l'idée d'envisager une séparation, ceci lorsque les aidants sont âgés et que le maintien à domicile devient plus difficile.

De nombreuses structures ont développé le principe du référent qui fait le lien entre l'institution et les parents. Par ailleurs, les familles sont intégrées au sein des structures, notamment par le biais du conseil de la vie sociale, et participent à des activités ponctuelles qui favorisent l'écoute et le passage d'informations.

L'aide aux aidants passe également par la mise en place de groupes de parole. Or ceux-ci sont encore trop peu développés pour les familles des personnes à domicile, même s'ils ne sont peut-être pas souhaités par tous les aidants.

La création de SAMSAH et de SAVS permet d'offrir des temps de répit aux aidants naturels. En outre, ces services permettent de préparer à plus ou moins long terme un placement en institution, lorsque les aidants familiaux ne seront plus en mesure d'assumer l'aide au quotidien ou si l'évolution du handicap ne permet plus un maintien au domicile. Par ailleurs, l'hébergement alternatif demeure encore trop peu structuré dans le département.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Existence d'un service de guidance familiale au sein du CAMPS.
- La moyenne d'âge des aidants familiaux des personnes accompagnées par le SAMSAH d'Allègre est de 67 ans. 65 % des aidants familiaux ont plus de 60 ans. Dans 67 % des cas, la personne en situation de handicap vit avec un seul aidant (père, mère, sœur).

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Il est aujourd'hui nécessaire de développer la guidance des familles, notamment pour les familles de personnes en situation de handicap psychique. Souvent démunies face au handicap de leur proche, les familles sont à la recherche d'aides pour accompagner ceux-ci dans les meilleures conditions. L'accompagnement faisant suite au dévissage du handicap doit être renforcé.

Un service de soutien doit également être garanti pour les familles de personnes en situation de handicap vivant à domicile, non affiliées à une association, et souvent plus difficile à repérer.

f) L'aide au transport des personnes en situation de handicap

En Haute-Loire, la question du transport reste cruciale au vu de l'éloignement de certaines structures par rapport aux bassins de vie.

Sur ce point, les acteurs regrettent que ce désengagement soit intervenu avant que la PCH ne vienne (partiellement) prendre le relais.

Par ailleurs, le Conseil général a adopté en 2007 un schéma d'accessibilité de son réseau de transport qui permettra la mise en place dès 2009 d'un système de transport à la demande géré par la MDPH. Enfin, rappelons que le Conseil général a également la charge de la prise en charge du transport des élèves handicapés.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Un dispositif de transport à la demande adapté aux personnes handicapées existe également sur l'agglomération du Puy en Velay.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Une des attentes souvent soulevées de la part des acteurs a été la question de l'adaptation de la PCH quant à la prise en charge du coût du transport dans le cadre des solutions d'accueil de jour notamment. Si les solutions de transport à la demande gagneraient à être renforcées, et si le transport des personnes à mobilité réduite constitue désormais une problématique prise en compte, celui des personnes déficientes sensorielles reste encore mal assuré.

g) L'adaptation du logement des personnes en situation de handicap

L'adaptation du logement, au même titre que le dispositif de transport, est un des facteurs-clés de succès du maintien à domicile. Les travaux à réaliser peuvent aller de la simple porte à remplacer, de la baignoire à adapter jusqu'à la création d'une pièce à vivre.

Aujourd'hui financées par la PCH, toutes les demandes d'adaptation des logements passent par la MDPH. L'ergothérapeute, accompagnée d'une assistante sociale, consulte à domicile et préconise des modifications.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux mènent une politique d'adaptation des logements à destination de personnes à mobilité réduite.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Signature en juin 2007 d'une convention entre la MDPH et le CAL-PACT.
- Un poste d'ergothérapeute au sein de la MDPH assure un regard technique sur l'amélioration et l'adaptation du logement.
- Aujourd'hui, 20 % des logements de l'OPAC 43 sont accessibles aux personnes à mobilité réduite, dont la moitié est totalement accessible en fauteuil roulant. L'objectif général de l'OPAC 43 est de porter cette proportion à 40 % d'ici à 2012.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Les acteurs ont noté un manque de lisibilité du dispositif d'adaptation du logement, notamment pour les parents d'enfants handicapés. L'accompagnement des travailleurs handicapés à travers la question du logement peut faire l'objet de réflexion au sein du prochain schéma.

h) L'accès à la vie sociale

L'occupationnel permet de maintenir les liens sociaux. Ces activités de jour se déclinent autour de centres de travail qui ont su développer et proposer des temps partiels de travail.

Les attentes des personnes accompagnées par les services d'accompagnement à domicile (SAMSAH, SAVS) se concentrent surtout sur l'accès aux activités culturelles, de loisirs, d'expression, sportives et avoir d'autres relations sociales hors du domicile. Dans la plupart des situations de handicap, les acteurs observent que la personne et son entourage évoquent en priorité leurs difficultés au quotidien dues au fait de ne pas pouvoir accéder à des activités, d'être privés de relations sociales. De plus, les aidants familiaux se sentent démunis quant aux possibilités de proposer des activités hors du domicile.

L'offre en termes d'activités sportives dans le département s'est beaucoup développée sous l'impulsion notamment de la Direction départementale de la Jeunesse et des Sports. En revanche l'offre de loisirs à destination des personnes en situation de handicap vivant en dehors de structures d'accueil pourrait être renforcée. Les actions de l'association ARCADIE ont été développées en ce sens.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Exemples d'activités organisées par le SAMSAH d'Allègre en 2006 : sorties piscine à Lavoûte sur Loire, à la Maison pour Tous de Brives Charensac, à la base nautique de Lavalette, à la station de ski du Lioran, à l'espace quad de Coucouron.
- Depuis 2001, l'association Arcadie propose gratuitement à toute personne en situation de handicap en Haute-Loire du matériel spécialisé : tricycle médicalisé, tricycle VTT pour adultes et enfants, matériel d'accès aux plans d'eau, etc.
- Le Conseil général organise un spectacle à l'attention des personnes en situation de handicap lors des Fêtes du Roi de l'Oiseau

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Il semble aujourd'hui important d'encourager des partenariats avec les associations qui organisent des activités de jour. L'accueil de jour séquentiel pourrait s'avérer une des solutions possibles pour garantir des occupations ponctuelles.

i) L'accessibilité des lieux publics pour les personnes en situation de handicap

Depuis le 1^{er} janvier 2007, tout type de travaux sur des établissements recevant du public doit faire l'objet d'un dépôt de dossier auprès de la DDE afin de garantir l'adaptation des lieux publics aux personnes à mobilité réduite. D'une manière générale, les établissements de première catégorie se sont rapidement mis aux normes. Toutefois, des efforts restent encore à réaliser dans le secteur scolaire.

Si les handicaps physiques sont aujourd'hui bien pris en compte, il n'en est pas de même pour les déficiences sensorielles pour lesquelles les lieux publics, y compris mairies et postes, sont encore largement inadaptés.

Enfin, l'accessibilité des ESAT aux personnes à mobilité réduite gagnerait à être renforcée.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Élaboration en 2003 du schéma d'accessibilité de la commune de Langeac en partenariat avec des travailleurs de l'ESAT de Langeac.
- L'ESAT de Langeac accueille actuellement 4 personnes à mobilité réduite.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

La démarche « accessibilité » fait l'objet d'amples réflexions en Haute-Loire sous l'impulsion notamment de la loi de 2005. Toutefois, si les handicaps physiques sont plutôt bien pris en compte, il n'en est pas de même concernant les déficiences sensorielles.

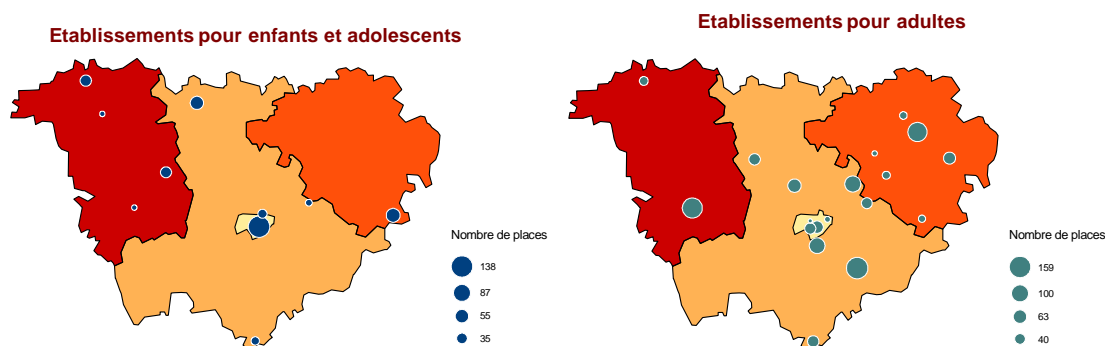
2. L'accompagnement en établissement

a) La répartition de l'offre sur le territoire

La répartition des structures d'accueil représente un enjeu fort du présent schéma. En effet, certaines zones du département se trouvent actuellement sur-dotées en regard de leur population (par exemple, le plateau Vivarais-Lignon). D'autres, comme l'Ouest du département, souffrent d'un équipement insuffisant, créant ainsi une inégalité de traitement sur le territoire.

D'un autre côté se pose la question de l'éloignement de ces structures par rapport aux bassins de vie, d'où sont originaires la plupart de leurs résidents. Une réflexion doit être menée quant à l'opportunité d'un rapprochement entre services et domiciliation de la personne en situation de handicap.

Les établissements pour personnes en situation de handicap, en tant qu'employeurs importants, participent au maintien d'activités économiques dans les zones rurales. Cependant, leur implantation ne saurait être déconnectée de toute étude de besoins préalable.



Chiffres et exemples de réalisation :

- Le territoire du Puy en Velay ne dispose d'aucune place de foyer de vie.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Certains acteurs pointent un besoin important de places en foyer de vie sur le Puy en Velay et à proximité des foyers d'hébergement. En tout état de cause, l'augmentation de la capacité en places, comme sa diversité, exigent de pouvoir identifier en amont une offre locale afin de ne pas procéder à des créations qui ne seraient pas en adéquation avec des besoins réels. L'étude des besoins à partir des listes d'attente issues de la CDAPH devra être affinée tout au long du présent schéma.

b) La diversité de l'accompagnement en établissement

Le département de la Haute-Loire dispose d'un taux d'équipement important en structures d'accueil pour les personnes en situation de handicap. Toutefois, il existe un manque de foyers de vie sur le Puy en Velay. De plus, il n'existe actuellement aucune structure en mesure d'accompagner les déficiences visuelles et auditives : les familles et les personnes doivent alors s'orienter vers des structures situées dans les départements de la Loire ou du Puy de Dôme. Il en est de même pour les personnes en situation de polyhandicap (orientation vers la Lozère, le Puy de Dôme, le Cantal). Le manque de places en ESAT a également été pointé.

Il est également apparu que certaines orientations ont été proposées par défaut. L'absence de places en ITEPro, le manque de places en foyer de vie et MAS demeurent les raisons invoquées. Les solutions d'accueil de jour comme d'hébergement temporaire gagneraient à être développées afin de prévenir et d'accompagner les situations d'urgence. D'autres formules d'accompagnement, type accueil séquentiel, pourraient être développées.

Enfin, il manque une réponse adaptée pour des enfants ne trouvant pas actuellement leur place en ITEP ou IMPro.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Aucun ITEPro n'existe en Haute Loire.
- Création depuis 2003 de places d'accueil pour les enfants et adolescents en situation de handicapé : 13 places d'IME, 29 places en structures d'accueil pour personnes en situation de polyhandicap, 30 places d'accueil pour les personnes connaissant des déficiences auditives ; pour le volet adultes en situation de handicap : 11 places de MAS, 44 en FAM.
- La MDPH enregistré au 31.12.2007 les listes d'attente suivantes :
 - 50 personnes en attente d'une place en ESAT.
 - 27 personnes en MAS
 - 17 personnes en foyer de vie et 18 personnes en attente d'établissement dans le 42, 48, 63 et 07 avec des problématiques particulières (troubles moteurs importants : IMC et troubles psychiatriques)
 - 18 personnes en FAM (contre 39 personnes en 2007)
 - 15 jeunes adultes en amendements Creton : orientation MAS : 3, ESAT : 7, FV : 3, FAM : 2.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Le renforcement des places en ITEP et en foyers de vie sur le Puy en Velay est une attente répétée des acteurs, tout comme l'accroissement des places en MAS et en ESAT. Enfin, une réflexion doit être menée en termes de diversification des formes d'accueil (internat, accueil de jour, accueil temporaire).

c) Accompagner les personnes en situation de handicap psychique

Une des caractéristiques du handicap psychique réside dans la diversité et la variabilité dans le temps de l'efficacité professionnelle et sociale des personnes : se succèdent ainsi des phases de rémission et de régression. Pour les associations, il est apparu nécessaire de disposer d'un éventail de solutions.

En dehors du GEM et du centre hospitalier spécialisé Ste Marie, aucune structure ne peut accompagner les personnes en situation de handicap psychique dans le département.

Par ailleurs, le déficit en matière de démographie médicale et paramédicale dans le département conduira dans les cinq prochaines années au départ de 50 % des médecins psychiatres. Ainsi, une expérimentation de partenariat a été lancée entre le secteur sanitaire (centre hospitalier spécialisé Ste Marie au Puy en Velay) et le secteur médico-social (association ADAPEI). L'objectif de ce partenariat consiste à mettre en place une équipe mobile afin de pallier les difficultés liées à la démographie médicale et paramédicale.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Ouverture en mars 2007 d'un GEM au Puy en Velay avec 25 adhérents et 2 animateurs à mi-temps, financé par l'Etat à hauteur de 75 000 € par an complété par une subvention de démarrage de 11 500 € du Conseil général.
- 64 % des personnes accompagnées au sein de l'ADAPEI ont des traitements liés à des difficultés psychiatriques.
- Révision en 2006 du projet associatif de l'ADAPEI avec définition d'un objectif d'accompagnement psychiatrique des personnes.
- Un tiers des personnes accueillies au centre hospitalier Ste Marie ne correspond pas totalement au projet de l'établissement.
- Un seul ESAT psychiatrique existe dans le département, à Rosière (60 places).

Attentes des acteurs et points de vigilance :

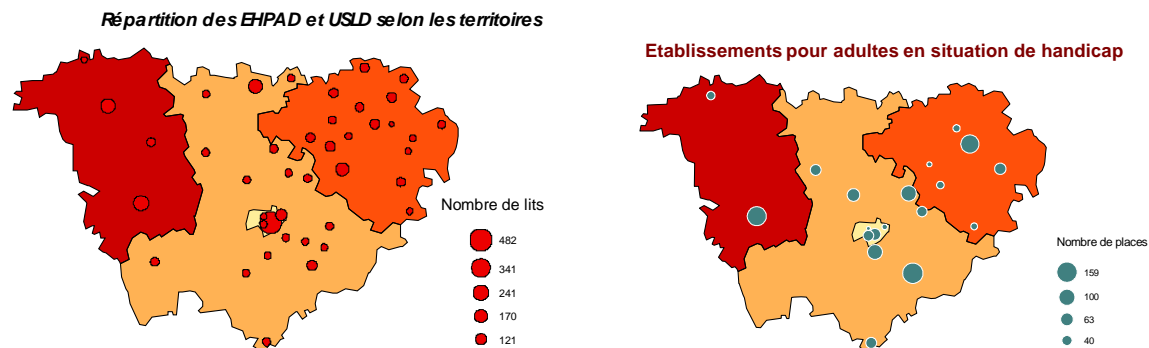
L'ensemble des acteurs rencontrés a souligné que l'insertion sociale était, pour les personnes en situation de handicap psychique, particulièrement difficile : outre la difficulté de répondre aux exigences de certains projets, notamment professionnels, les périodes d'isolement rendent délicate la démarche même d'intégration. Enfin, une attente / vigilance récurrente des acteurs s'est concentrée autour de l'augmentation de l'accompagnement des troubles psychiques par le secteur médico-social, autour de l'encadrement et des compétences nécessaires à cet accompagnement.

d) L'accompagnement de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap

De nombreux acteurs ont soulevé le problème récurrent de l'accompagnement mal adapté, parfois inadapté, de ces personnes par les EHPAD, en raison du manque de formation des personnels. Par ailleurs le projet d'établissement des structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes est bien souvent inadapté au projet de vie de la personne en situation de handicap.

Par ailleurs, il n'existe aujourd'hui que peu de structures capables d'accompagner l'avancée en âge des personnes en situation de handicap qui présentent des troubles du comportement. Plusieurs acteurs ont souhaité la création d'un EHPAD psychiatrique dans le département.

Après l'ESAT, il existe un manque de lisibilité des solutions d'accueil pour les personnes en situation de handicap qui avancent en âge. L'information à leur destination quant à l'éventail des choix existant gagnerait à être développée.



Chiffres et exemples de réalisation :

- L'établissement de Beaux Malataverne regroupe à la fois un FAM et un EHPAD.
- Le vieillissement est sensible dans les FAM et les MAS où, aujourd'hui, 18 % des personnes accueillies ont plus de 60 ans. Celles-ci représenteront 22 % en 2010.
- 50 % des personnes travaillant aujourd'hui en ESAT sur le bassin du Puy vont arrêter leur activité dans les cinq prochaines années.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

L'accompagnement des 3^{ème} et 4^{ème} âges ne peut être identique. Il s'agit par conséquent de déterminer les conditions de ces différents types d'accompagnement en établissement : médicalisation des structures d'accueil existantes pour personnes en situation de handicap, création d'unité spécifique dans les EHPAD, etc.

e) L'accompagnement du passage à l'âge adulte

Les acteurs constatent tous la difficulté pour les adolescents en situation de handicap à aborder le passage vers le monde adulte. Cette difficulté réside notamment dans le fonctionnement des institutions pour adolescents qui préparent peu à l'entrée dans le monde adulte et dans l'inadaptation des structures pour adultes, malgré un travail partenarial entre ces établissements.

Les temps d'adaptation, ou stages, au sein des foyers doivent permettre aux jeunes d'appréhender leur nouveau mode de vie. Améliorer la qualité et la durée de ces périodes permettrait une meilleure appréciation de ces orientations.

La MDPH met actuellement en place une « cellule de transition » pour étudier la situation de ces jeunes adultes.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Au sein de l'ESAT de Langeac, un groupe de 5 jeunes de l'IME Bergoide de Vergongheon vient travailler une journée par semaine.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

Il semble aujourd'hui important de repenser la transition du monde de l'adolescence vers monde des adultes. Le suivi des sorties de structures d'accueil et l'intégration dans les structures d'accompagnement social et professionnel pour adultes semble devoir être renforcés.

3. Handicap et insertion professionnelle

a) L'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap

Le département dispose de plusieurs structures – ESAT ou EA – qui favorisent l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Toutefois, une évolution constante (qui n'est pas propre au département) réside dans une exigence de productivité accrue des ces personnes pas toujours en phase avec leurs moyens.

Outre le milieu protégé, de nombreuses initiatives se font jour pour soutenir la personne en situation de handicap dans sa démarche d'insertion professionnelle, des actions de Cap Emploi aux bonnes pratiques locales initiées par certaines associations.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Existence d'un service de maintien dans l'emploi (SAMETH).

Attentes des acteurs et points de vigilance :

S'il revient au PDITH de développer les actions nécessaires à l'insertion professionnelle, l'accompagnement social des travailleurs en situation de handicap non pris en charge par des institutions constitue un enjeu majeur (notamment pour les personnes en situation de handicap psychique).

L'accès des travailleurs en situation de handicap au milieu ordinaire, la formation comme l'accès à la VAE, doivent faire l'objet d'une réflexion partagée avec l'ensemble des acteurs concernés (SPE, Conseil général, centres de formation, ...) et d'une action volontariste et coordonnée.

4. L'information et la coordination

a) *L'organisation des modalités de coordination*

Comme dans tout dispositif médico-social, la coordination demeure l'un des enjeux majeurs de la réussite de l'accompagnement : fluidité, qualité de l'accueil en urgence, adéquation des solutions proposées avec les besoins et les souhaits de la personne, ne peuvent être garanties que par un travail régulier de partenariat étroit entre les différents acteurs.

Aujourd'hui la coordination doit répondre à de nouveaux défis, dont la nécessité est renforcée par la diversité et la quantité de bonnes pratiques et des types d'offres présentes sur le territoire.

Le dispositif a très tôt anticipé les possibilités de mutualisation offertes par le législateur et a su s'adapter notamment en créant des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Enfin, les acteurs ont d'ores et déjà engagé des réflexions quant à l'articulation de services d'accompagnement à domicile avec des services de psychiatrie et d'insertion dans l'emploi. Toutefois, les actions coordonnées entre acteurs du domicile semblent peiner à voir le jour.

Chiffres et exemples de réalisation :

- Mise en place d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) entre l'ITEP Jeanne de L'Estonnac, le FAM Saint Nicolas, l'EHPAD Saint Christophe et la maison d'enfant à caractère social « La Renouée ».

Attentes des acteurs et points de vigilance :

La Haute-Loire dispose d'un atout non négligeable en termes de coordination, à savoir la mobilisation des acteurs face aux évolutions du dispositif.

La qualité de la coordination passe également par l'encouragement de certaines structures, encore trop cloisonnées dans leur handicap, à développer des partenariats. En outre, si des collaborations étroites entre le domicile et l'institutionnel émergent, celles-ci sont encore trop éparpillées et insuffisamment développées pour permettre une véritable fluidité des parcours et permettre de sortir de la logique de filière.

b) La fluidité de l'information sur le territoire

Au même titre que la coordination, l'information constitue un enjeu traditionnellement important des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

La MDPH a été créée en 2005 et la première CDAPH s'est réunie dès janvier 2006. Les orientations en CDAPH sont réalisées en association avec les établissements. Toutefois, son organisation peut paraître complexe pour les personnes souffrant d'un handicap psychique qui soulèvent le manque de lisibilité de l'institution.

Néanmoins, plusieurs journées d'information sont organisées chaque année. Mais demeure toutefois à développer un système efficace de remontée de l'information et de centralisation des données permettant à terme de constituer un observatoire départemental. Cette question a focalisé les attentes de nombreux acteurs.

Attentes des acteurs et points de vigilance :

La MDPH doit structurer sa capacité à produire de l'information, à la diffuser auprès des acteurs. Elle doit par ailleurs progresser dans son observation des besoins sur le territoire départemental.

IV. Les orientations du nouveau schéma

5 axes déclinés en 23 fiches-action structurent le schéma 2009-2013 en faveur des enfants, adolescents et adultes de la Haute-Loire en situation de handicap :

- **Axe 1 : Renforcer le dépistage et le diagnostic précoces (3 fiches-action)**
- **Axe 2 : Accroître la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap (5 fiches-action)**
- **Axe 3 : Favoriser des réponses adaptées d'intégration dans la vie sociale et professionnelle (5 fiches-action)**
- **Axe 4 : Apporter des réponses à des problématiques spécifiques (4 fiches-action)**
- **Axe 5 : Informer, former et coordonner (6 fiches-action)**

1. Axe 1 : Renforcer le dépistage et le diagnostic précoces

Action 1: Améliorer la précocité du dépistage des troubles du développement

Action 2 : Organiser le diagnostic précoce des troubles du développement

Action 3 : Améliorer la couverture départementale en CAMSP

Action 1: Améliorer la précocité du dépistage des troubles du développement

Pilote :

- Conseil général (PMI)

Partenaires :

- Structures d'accueil des jeunes enfants (crèches, RAM, CLSH ...)
- Secteur sanitaire (médecins libéraux, pédiatrie, pédopsychiatrie)
- Education nationale et Direction diocésaine de l'enseignement catholique
- Services sociaux
- CAMSP

Objectifs :

- Améliorer le dépistage précoce des enfants présentant un risque d'évolution vers un handicap
- Développer les actions de prévention à l'attention des professionnels et des parents

Constat :

- Certaines situations de handicap peuvent être « évitées » si elles sont dépistées, diagnostiquées et traitées à temps, notamment dans certaines situations où le handicap se développe dans un contexte familial.

Public visé :

- Enfants de 0 à 6 ans, et plus particulièrement ceux âgés de 0 à 3 ans, présentant des troubles du comportement / du développement risquant d'évoluer vers un handicap

Bénéfices attendus :

- Améliorer la précocité du diagnostic et de la prise en charge, notamment avant 3 ans.
- Faciliter la démarche vers une étape de diagnostic adapté pour les parents et les professionnels

Modalités de mise en œuvre :

- Sensibiliser tous les professionnels en contact avec de jeunes enfants sur les signaux d'alerte (réunions professionnelles – plaquettes – constitution d'un réseau)
- Sensibiliser les parents des jeunes enfants
- Assurer la transmission du dépistage réalisée par le médecin scolaire / généraliste / de PMI et le suivi de ce dépistage

Indicateurs :

- Nombre de réunions du réseau
- Nombre de plaquettes / brochures diffusées
- Rapport d'activité de la PMI

Action 2 : Organiser le diagnostic précoce des troubles du développement

Pilote :

- Conseil général (PMI)

Partenaires :

- Pédiopsychiatrie (Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie)
- ARH
- CAMSP
- Réseau autisme
- CMPP
- SESSAD
- MDPH

Objectifs :

- Améliorer la précocité du diagnostic des enfants présentant un risque d'évolution vers une situation de handicap.
- Disposer d'un lieu unique de diagnostic pour les enfants présentant des troubles « dys », TED, etc.

Public visé :

- Enfants de 0 à 6 ans présentant des troubles du développement risquant d'évoluer vers une situation de handicap, « évitable » si elle est dépistée, diagnostiquée et traitée à temps.

Bénéfices attendus :

- Eviter l'émergence ou l'aggravation du handicap dû à un diagnostic tardif ou incomplet
- Assurer une prise en charge adaptée
- Constituer un réseau de professionnels

Modalités de mise en œuvre :

- Développer les partenariats (conventions entre PMI – SESSAD, CMPP, CAMSP – pédiopsychiatrie) pour l'élaboration du diagnostic des retards de développement, des troubles du comportement, des troubles moteurs et sensoriels des 0-6 ans.
- Demander à l'ARH l'inscription au SROS de la création d'un pôle ressources départemental qui pourrait être porté par la pédiopsychiatrie pour le diagnostic des enfants présentant des troubles du développement - ce pôle pourra faire appel, à travers la signature de conventions de partenariat, à des compétences existantes au sein des établissements et services sanitaires, médico-sociaux (compétence du SROS).

Indicateurs :

- Nombre d'enfants diagnostiqués au sein du pôle ressources
- Nombre de conventions de partenariat signées

Action 3 : Améliorer la couverture départementale en CAMSP

Pilotes :

- Etat (DDASS)
- Conseil général

Partenaires :

- Etablissements et services médico-sociaux et associations
- Professionnels libéraux
- Pédopsychiatrie (Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie)

Objectif :

- Permettre l'accès à un CAMSP sur l'ensemble du département

Constat :

- Le CAMSP du Puy-en-Velay ne peut offrir ses services (40 places) qu'à la partie centrale du département : de nombreux enfants ne peuvent y avoir accès faute de place et en raison des déplacements trop importants.

Public visé :

- Enfants 0-6 ans en situation de handicap nécessitant une prise en charge CAMSP.

Bénéfices attendus :

- Equité d'accès à un CAMSP.
- Diagnostic et prise en charge précoces.

Modalités de mise en œuvre :

- Identifier les besoins et les ressources des territoires découverts (2009).
- Lancer des appels à projets pour assurer la couverture de ces territoires.

Indicateur :

- Taux de couverture du territoire

2. Axe 2 : Accroître la réponse aux besoins des personnes en situation de handicap

Action 4 : Améliorer la couverture départementale des services et établissements pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap et adapter les réponses aux besoins

Action 5 : Créer des places de SSIAD supplémentaires pour les personnes en situation de handicap

Action 6 : Créer des places d'ESAT supplémentaires

Action 7 : Diversifier les modalités d'hébergement pour les travailleurs en ESAT

Action 8 : Créer des places d'accueil supplémentaires adaptées aux besoins (MAS, FAM ou FO)

Action 4 : Améliorer la couverture départementale des services et établissements pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap et adapter les réponses aux besoins

Pilote :

- Etat (DDASS)

Partenaires :

- ESMS et associations
- MDPH
- Education nationale
- Pédopsychiatrie (Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie)
- Conseil général

Objectif :

- Assurer une couverture équilibrée de l'équipement médico-social sur l'ensemble du territoire départemental

Constats :

- La couverture départementale en établissements et services est, en 2007, très inégalitaire :
 - o SESSAD : 119 places sur la zone du Puy, 18 sur le Brivadois et 26 sur l'Yssingelais
 - o CMPP : 290 enfants suivis sur la zone du Puy, 49 sur l'Yssingelais, 0 sur le Brivadois
 - o ITEP : 40 places sur la zone du Puy (Pradelles), 54 sur le Brivadois (Chavaniac-Lafayette)
 - o IME : 109 places sur la zone du Puy, 91 sur le Brivadois, 58 sur l'Yssingelais
 - o Etablissement pour déficients auditifs : 20 places sur la zone du Puy (Marie Rivier)
 - o Etablissements pour polyhandicapés : 29 places sur la zone du Puy
- La liste d'attente (2007) de la MDPH fait apparaître 30 enfants en attente d'une place en SESSAD.

Public visé :

- Enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap âgés entre 4 et 20 ans

Bénéfices attendus :

- Réduire les listes d'attente, les orientations sans solutions, l'incertitude des parents
- Garantir l'équité de la prise en charge sur le département
- Adapter les modalités de prise en charge à partir du diagnostic partagé

Modalités de mise en œuvre :

- Organiser une couverture départementale des SESSAD en développant l'implantation géographique des services et établissements existants et les coopérations (notamment grâce aux restructurations partielles des IME et des ITEP pour les SESSAD)
- Etendre la prise en charge dans les ITEP au-delà de 16 ans pour assurer la formation professionnelle
- Etendre la prise en charge dans les SESSAD à partir de 4 ans et assurer la couverture départementale
- Améliorer la couverture territoriale en CMPP
- Renforcer la mutualisation des compétences disponibles dans les Etablissements et services médico-sociaux existants

Indicateurs :

- Zones non-couvertes par un SESSAD
- Zones sans accès à un CMPP

Action 5 : Créer des places de SSIAD supplémentaires pour les personnes en situation de handicap

Pilote :

- Etat (DDASS)

Partenaires :

- SSIAD existants

Constat :

- Il n'existe aujourd'hui que 17 places de SSIAD spécialisées « personnes handicapées » (13 sur la zone du Puy, 2 sur le Brivadois, 2 sur l'Yssingelais)

Objectif :

- Assurer la continuité et la qualité des soins des personnes en situation de handicap vivant à domicile

Public visé :

- Personnes en situation de handicap vivant à domicile

Bénéfice attendu :

- Facilitation et amélioration de la qualité du maintien à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Evaluation des besoins
- Création de 30 places supplémentaires financées dans le cadre du PRIAC sur la durée du schéma

Indicateurs :

- Nombre de places de SSIAD
- Nombre de personnes en situation de handicap bénéficiant de ce service

Action 6 : Créer des places d'ESAT supplémentaires

Pilote :

- Etat (DDASS)

Partenaires :

- ESMS et associations

Constats :

- La Haute-Loire compte 445 places en ESAT, 252 sur la zone du Puy, 75 dans le Brivadois et 118 dans l'Yssingelais
- 50 personnes en situation de handicap de Haute-Loire sont aujourd'hui en attente d'une place en ESAT

Objectif :

- Augmenter les perspectives de travail pour les personnes en situation de handicap et susceptibles d'intégrer dans l'immédiat le milieu ordinaire

Bénéfice attendu :

- Garantir l'accès à l'emploi

Public visé :

- Travailleurs en situation de handicap avec orientation ESAT

Modalités de mise en œuvre :

- Créer 25 places d'ESAT supplémentaires, à partir de l'existant, et financées dans le cadre du PRIAC sur la durée du schéma.
- Exigence de mutualisation des moyens et de coopération avec les ESMS existants.

Indicateur :

- Nombre de places créées

Action 7 : Diversifier les modalités d'hébergement pour les travailleurs en ESAT

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Associations porteurs de projet

Objectif :

- Répondre aux besoins des travailleurs en situation de handicap

Constat :

- Quelques foyers annexés en ESAT ont été restructurés. Les travailleurs en ESAT souhaitent aujourd'hui de plus en plus disposer d'un habitat non collectif ou semi-collectif avec cependant un accompagnement adapté.

Bénéfices attendus :

- Favoriser l'autonomie des travailleurs en ESAT
- S'adapter aux besoins diversifiés des travailleurs en ESAT

Public visé :

- Adultes en situation de handicap bénéficiant d'une orientation vers un hébergement annexé à un ESAT

Modalités de mise en œuvre :

- Réhabiliter les foyers d'hébergement pour répondre aux normes d'hébergement actuelles
- Diversifier les modalités d'accueil et d'hébergement
- Assurer l'accompagnement des travailleurs en ESAT vivant à domicile en dehors des activités de l'ESAT (à travers un service d'accompagnement de l'établissement ou un SAVS)
- Assurer une possibilité d'hébergement temporaire à l'occasion de restructuration d'établissements existants

Indicateur :

- Nombre de places d'hébergement temporaire et taux d'occupation

Action 8 : Créer des places d'accueil supplémentaires adaptées aux besoins (MAS, FAM, FV)

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- Associations porteurs de projet

Objectif :

- Répondre aux besoins d'accueil des personnes en situation de handicap de la Haute-Loire

Constats :

La MDPH enregistré au 31.12.2007 les listes d'attente suivantes :

- 27 personnes en MAS
- 17 personnes en foyer de vie et 18 personnes en attente d'établissement dans le 42, 48, 63 et 07 avec des problématiques particulières (troubles moteurs importants : IMC et troubles psychiatriques)
- 18 personnes en FAM (contre 39 personnes en 2007)
- 15 jeunes adultes en amendements Creton : orientation MAS : 3, ESAT : 7, FV : 3, FAM : 2.

Bénéfices attendus :

- Améliorer la prise en charge
- Eviter les situations de personnes à domicile sans solution

Public visé :

- Adultes en situation de handicap bénéficiant d'une orientation vers un type d'établissement

Modalités de mise en œuvre :

- Créer un Foyer de vie sur le bassin du Puy-en-Velay par redéploiement partiel des places de foyers d'hébergement.
- Créer prioritairement des places de MAS financées par le PRIAC (inscription PRIAC : 5 places programmées 2008-2010).
- Utiliser l'année 2009 pour affiner l'analyse des besoins à partir des données MDPH et inscrire au PRIAC les créations envisagées à partir de 2011.
- Lancer en cas de besoin des appels à projets (en consolidation d'établissements existants).
- Exigence de mutualisation des moyens et de coopération avec les Etablissements et services médico-sociaux existants.

Indicateurs :

- Nombre de places créées

- Réduction des listes d'attente MDPH

3. Axe 3 : Favoriser des réponses adaptées d'intégration dans la vie sociale et professionnelle

Action 9 : Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les lieux d'accueil pour enfants

Action 10 : Engager une réflexion sur le dispositif de formation pré-professionnelle

Action 11 : Améliorer la qualité de l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap, jeunes et adultes, pour favoriser leur autonomie et leur maintien dans l'emploi

Action 12 : Améliorer les transitions entre ESAT et milieu ordinaire

Action 13 : Soutenir l'intégration dans la vie sociale

Action 9 : Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les lieux d'accueil pour enfants

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- CDAJE
- Etat (Jeunesse et Sports)
- Communes et Communautés de communes
- Réseau Autisme

Objectif :

- Assurer l'accueil des enfants en situation de handicap dans tous les lieux d'accueil pour enfants

Constat :

- Sur la base d'un questionnaire de 2004 auprès des familles suivies en CDES, 18 % des parents ont rencontré des difficultés pour faire garder leur enfant dans les premières années de sa vie.

Bénéfices attendus :

- Eviter les ruptures de prise en charge
- Soutien à la parentalité

Public visé :

- Enfants en situation de handicap âgés de 0 à 16 ans

Modalités de mise en œuvre :

- Concrétiser la réflexion du sous-groupe « handicap » de la CDAJE pour améliorer l'accueil dans les établissements d'accueil de jeunes enfants et chez les assistants maternels
- Poursuivre ce même travail pour les centres de loisirs
- Réfléchir à la possibilité d'un accueil temporaire pour les jeunes en situation de handicap (dans le cadre des temps de répit offerts aux parents, lors des weekends, etc.)

Indicateurs :

- Nombre de jeunes enfants en situation de handicap accueillis en crèche
- Nombre de jeunes enfants en situation de handicap accueillis par des assistants maternels
- Nombre de jeunes enfants en situation de handicap accueillis en centre de loisirs
- Nombre d'établissements d'accueil de jeunes enfants adaptés

Action 10 : Engager une réflexion sur le dispositif de formation pré-professionnelle

Pilote :

- Etat (DDTEFP, Education Nationale)

Partenaires :

- Conseil général
- Conseil Régional
- MDPH
- Etablissements médico-sociaux concernés (IMPro, ITEP, ESAT, etc.)
- CFAS
- AGEFIPH
- Organismes de formation
- GAMS

Objectif :

- Améliorer le dispositif de formation pré-professionnelle

Constat :

- Les adolescents et jeunes adultes concernés ont besoin d'un accompagnement spécifique avant leur sortie pour leur permettre d'atteindre le niveau de compétence et d'autonomie requis

Public visé :

- Adolescents et jeunes adultes âgés de 14 à 20 ans dans un projet pré-professionnel et professionnel

Bénéfices attendus :

- Améliorer la réponse aux besoins
- Constituer un réseau de professionnels

Modalité de mise en œuvre :

- Poursuivre les travaux du groupe de travail du GAMS 43 en charge de réfléchir au dispositif existant et de formuler des propositions quant à son évolution (rôle des UPI-TECH, services de suite des IMPRO, liens avec les entreprises et les ESAT, développement des agréments SESSAD au-delà de 16 ans, articulation avec les services du SPED etc.)

Indicateur :

- Réunions du groupe de travail – ses conclusions

Action 11 : Améliorer la qualité de l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap, jeunes et adultes, pour favoriser leur autonomie et leur maintien dans l'emploi

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- MDPH
- Etat (DDTEFP)
- CFAS
- SAMETH
- Etablissements et services médico-sociaux
- Conseil Régional
- AGEFIPH
- Missions locales

Objectif :

- Permettre aux travailleurs en situation de handicap d'être mieux accompagnés sur le plan social

Constat :

- L'accès à un emploi ou un apprentissage pour les personnes en situation de handicap peut être mis en cause par des difficultés d'ordre social (logement, transport). L'intégration professionnelle ne peut omettre cette dimension sociale.

Public visé :

- Travailleurs en situation de handicap, en particulier au début de leur activité professionnelle

Bénéfices attendus :

- Favoriser l'accession et le maintien dans l'emploi
- Consolider l'autonomie sociale à long terme du travailleur en situation de handicap

Modalités de mise en œuvre :

Plusieurs pistes sont à examiner :

- Confirmer et développer les rôles / missions d'accompagnement du CFAS, des SESSAD, SAMSAH, SAVS, missions locales, équipes d'accompagnement des ESAT
- Mettre en place des conventions de partenariats, de mutualisation d'actions (le cas échéant, de moyens)

Action 12 : Améliorer les transitions entre ESAT et milieu ordinaire

Pilote :

- Etat (DDTEFP)

Partenaires :

- Etat (DDASS)
- ESAT
- Chambre interconsulaire
- MDPH
- AGEFIPH
- CAP EMPLOI

Objectif :

- Favoriser l'accès au milieu ordinaire des travailleurs en situation de handicap, avec possibilité de retour en ESAT

Constat :

- Aujourd'hui, très peu de travailleurs d'ESAT ont la capacité et l'opportunité d'intégrer le milieu ordinaire. De plus, la crainte de perdre une place d'ESAT, parfois attendue pendant de longs mois, peut être un frein à toute tentative.

Public visé :

- Travailleurs en ESAT

Bénéfices attendus :

- Améliorer les tentatives et réussites de passage en milieu ordinaire
- Développer l'autonomie des travailleurs en situation de handicap

Modalités de mise en œuvre :

- Evaluer des dispositifs d'insertion en cours d'expérimentation
- Améliorer la communication sur l'activité des ESAT en direction des entreprises et des publics concernés (jeunes en formation pré-professionnelle, travailleurs en situation de handicap)
- Renforcer les liens entre les ESAT et les entreprises
- Faciliter le retour en ESAT en cas d'échec en milieu ordinaire

Indicateurs :

- Nombre de détachements individuels ou collectifs en milieu ordinaire
- Nombre de mises à disposition de travailleurs en ESAT en milieu ordinaire
- Nombre de travailleurs d'ESAT ayant intégré une entreprise en milieu ordinaire

Action 13 : Soutenir l'intégration dans la vie sociale

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Communes et Communauté de communes
- Associations
- Etat (Jeunesse et Sports)
- MDPH

Objectif :

- Favoriser la participation à la vie locale, sociale, culturelle, sportive ...

Constat :

- Les personnes en situation de handicap vivant à domicile souffrent parfois de solitude et n'ont toujours pas accès aux animations culturelles et sociales qu'offre notre département.

Bénéfices attendus :

- Rupture de l'isolement des personnes en situation de handicap
- Participation des personnes en situation de handicap à la vie culturelle et sportive de notre département

Public visé :

- Enfants, adolescents et adultes en situation de handicap vivant à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Démarrage au 1^{er} décembre 2008 du dispositif de transport à la demande mis en œuvre par le Conseil général dans le cadre du schéma directeur d'accessibilité des transports.
- Pilotage de ce dispositif par un animateur basé à la MDPH
- Organisation par cet animateur, en complément du dispositif de transport à la demande, d'un dispositif d'accès aux manifestations culturelles et sportives. Recensement / élaboration de propositions dans ces domaines, constitution d'un collectif de partenaires support de cette action.

Indicateurs :

- Nombre de transport à la demande
- Nombre de manifestations culturelles utilisées à travers ce dispositif
- Nombre de personnes en situation de handicap y ayant eu accès au cours de l'année

4. Axe 4 : Apporter des réponses à des problématiques spécifiques

Action 14 : Offrir une prise en charge adaptée aux adolescents et jeunes adultes en situation complexe

Action 15 : Améliorer la prise en charge des personnes déficientes visuelles (enfants – adolescents – adultes)

Action 16 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques

Action 17 : Développer des solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes

Action 14 : Offrir une prise en charge adaptée aux adolescents et jeunes adultes en situation complexe

Pilotes :

- Etat (DDASS)
- Conseil général

Partenaires :

- MDPH
- Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Etat (Education nationale)
- Pédopsychiatrie (Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie)
- Etablissements et services médico-sociaux et associations

Objectif :

- Apporter une réponse de prise en charge pour des adolescents et jeunes adultes cumulant handicaps et problématiques multiples qui mettent aujourd'hui à mal les structures existantes

Constats :

- Certains adolescents et jeunes adultes, par la multiplicité des handicaps et des problématiques qui sont les leurs, ne trouvent pas leur place dans les dispositifs actuels et connaissent des trajectoires heurtées, incohérentes, qui aggravent encore leur situation
- Les établissements sollicités (ITEP, Foyer départemental de l'enfance, Centre hospitalier spécialisé, Maison d'enfants à caractère social) montrent leurs limites dans ces prises en charge

Public visé :

- Adolescents et jeunes adultes cumulant handicaps et problématiques multiples qui mettent aujourd'hui à mal les structures existantes

Bénéfices attendus :

- Amélioration de la prise en charge
- Cohérence du parcours de l'adolescent ou du jeune adulte – limitation des ruptures
- Eviter l'épuisement des parents et des structures

Modalité de mise en œuvre :

- Constitution d'un groupe de travail chargé d'évaluer le besoin et de définir le projet (notamment en lien avec les restructurations des ITEP-IME existants)

Indicateur :

- Nombre de situations vues en commission « cas complexes »

Action 15 : Améliorer la prise en charge des personnes déficientes visuelles (enfants – adolescents – adultes)

Pilotes :

- Etat (DDASS)
- Conseil général

Partenaires :

- MDPH
- Caisses de sécurité sociale
- Associations porteurs de projet

Constats :

- Le SAAAIS (le service type SESSAD du CRDV de Clermont-Ferrand) intervient pour environ 15 enfants de Haute-Loire – il bénéficie d'une petite antenne au collège Lafayette au Puy-en-Velay. Il n'existe pas d'autres structures de prise en charge de la déficience visuelle tant pour les enfants que pour les adultes.
- Les taux de prévalence nationaux appliqués aux enfants et adolescents de Haute-Loire font estimer 23 situations de déficients visuels

Objectif :

- Répondre aux besoins des personnes déficientes visuelles

Public visé :

- Enfants, adolescents et adultes (dont personnes âgées) déficients visuels

Modalités de mise en œuvre :

- Expérimenter avec la CNSA la mise en place d'une antenne du CRDV en Haute-Loire sur les publics enfants et adultes (dont personnes âgées)
- Création d'un SAFEP, SAAAIS, SAMSAH / centre ressources pouvant intervenir auprès des personnes âgées

Indicateur :

- Nombre de personnes prises en charge par un service

Action 16 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées psychiques

Pilote :

- GAMS

Partenaires :

- Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie
- ESMS
- Conseil général
- Etat (DDASS)
- Associations

Constat :

- Le handicap psychique est aujourd'hui très peu pris en charge en dehors du Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie (prise en charge lourde) et du GEM du Puy-en-Velay porté par l'association UNAFAM (accompagnement).

Objectif :

- Offrir une prise en charge adaptée aux personnes handicapées psychiques

Bénéfice attendu :

- Répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques

Public visé :

- Adultes handicapés psychiques

Modalités de mise en œuvre :

- Encourager la création d'un réseau départemental sur le handicap psychique
- Dans le cadre de ce réseau, évaluer les besoins des personnes handicapées psychiques en termes d'accompagnement (GEM, maison relais, SAVS, FAM spécialisé)

Indicateurs :

- Nombre de partenaires du réseau
- Nombre de places en maisons relais
- Nombre de GEM sur le territoire

Action 17 : Développer des solutions adaptées pour les adultes en situation de handicap avançant en âge

Pilote :

- Conseil général

Partenaires :

- Etat (DDASS)
- MDPH
- Etablissements et services médico-sociaux et associations

Constats :

- Le vieillissement des personnes en situation de handicap vivant à domicile est une réalité : le précédent schéma avait évalué à près de 400 le nombre de personnes en situation de handicap à domicile sans autre soutien que familial et pour 50 d'entre elles l'aidant familial avait lui-même plus de 70 ans
- Le vieillissement est également sensible dans les FAM et les MAS où, aujourd'hui, 18 % des personnes accueillies ont plus de 60 ans. Celles-ci représenteront 22 % en 2010.
- En ESAT : par exemple, 50 % des personnes travaillant aujourd'hui en ESAT sur le bassin du Puy vont arrêter leur activité dans les cinq prochaines années

Objectif :

- Assurer le bien-être et une prise en charge adaptée à l'âge de la personne

Public visé :

- Adultes en situation de handicap avançant en âge à domicile et en établissements

Modalités de mise en œuvre :

- Organiser une couverture territoriale équilibrée des besoins d'accueil pour les personnes ne pouvant plus travailler, mais n'ayant pas atteint le 4^{ème} âge (cf fiche n°8).
- Mettre en place un groupe de travail sur l'identification des besoins des Adultes en situation de handicap entrant en dépendance et la faisabilité d'unités spécifiques au sein des EHPAD.
- Favoriser la mutualisation des ressources entre les structures pour personnes en situation de handicap et le secteur médical à travers la mise en place de conventions (permettant de médicaliser certains établissements pour leur permettre une prise en charge plus complète).

5. Axe 5 : Informer, former et coordonner

Action 18 : Renforcer le rôle d'observatoire et d'évaluation de la MDPH

Action 19 : Favoriser la diffusion de l'information

Action 20 : Renforcer la qualité de l'accompagnement à domicile

Action 21 : Favoriser la coordination des interventions à domicile autour des personnes en situation de handicap

Action 22 : Elaborer une culture commune entre tous les professionnels et favoriser le travail en réseau

Action 23 : Améliorer la qualité de l'accompagnement durant les temps scolaires par la formation des acteurs

Action 18 : Renforcer le rôle d'observatoire et d'évaluation de la MDPH

Pilote :

- MDPH

Partenaires :

- Conseil général
- Etat (DDASS)
- INSEE
- DREES
- Associations

Constat :

- Les éléments statistiques aujourd'hui disponibles (listes d'attentes, types et niveaux de déficiences, prévalences, etc.) sont insuffisants

Objectif :

- Assurer une meilleure connaissance des besoins et de l'offre dans le domaine du handicap

Bénéfices attendus :

- Meilleure adaptation du dispositif aux besoins
- Anticipation des évolutions
- Aide à la décision

Modalités de mise en œuvre :

- Mettre en place le nouveau logiciel au sein de la MDPH (début 2009)
- Mettre en place un dispositif de recueil de statistiques
- Elaborer et diffuser le rapport d'activité de la MDPH

Action 19 : Favoriser la diffusion de l'information

Pilotes :

- MDPH
- Conseil général

Partenaires :

- Etat (DDASS)
- Acteurs du champ du handicap
- Collectivités locales

Constat :

- L'information sur le handicap et les différentes prises en charge disponibles est aujourd'hui incomplète et parcellaire

Objectif :

- Offrir une information complète et fiable aux personnes et aux familles sur le handicap et les prises en charge possibles

Bénéfices attendus :

- Améliorer l'accès aux droits et à la vie sociale
- Favoriser la précocité des prises en charge

Modalités de mise en œuvre :

- Créer un site internet pour la MDPH (2009)
- Créer un répertoire des ressources associatives, médico-sociales, sanitaires, de loisirs (2009) - le mettre en ligne sur le site de la MDPH et l'actualiser régulièrement
- Organiser les relais de diffusion de cette information
- Créer des supports papiers spécifiques en fonction des besoins
- Mettre en place des relais visio-publics sur les territoires pour accéder aux informations de la MDPH (début 2009)
- Organiser un Forum sur le handicap : conférences, stands des partenaires, ateliers (2010)

Indicateurs :

- Taux de fréquentation du site internet de la MDPH
- Nombre de points visio-publics créés et taux d'utilisation

Action 20 : Renforcer la qualité de l'accompagnement à domicile

Pilotes :

- Etat (DDASS, DDTEFP)
- Conseil général

Partenaires :

- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SSIAD
- MDPH

Objectif :

- Améliorer le bien-être des personnes en situation de handicap accompagnées à domicile

Public visé :

- Personnes en situation de handicap accompagnées à domicile

Modalités de mise en œuvre :

- Inclure dans les conventions avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile des objectifs pluriannuels de formations spécifiques sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap des intervenants à domicile
- Encourager les services d'aide et d'accompagnement à domicile à intégrer dans leur politique de formation des volets handicap

Indicateurs :

- Part des personnels formés au sein des différents services à domicile

Action 21 : Favoriser la coordination des interventions à domicile autour des personnes en situation de handicap

Pilote :

- MDPH

Partenaires :

- Etat (DDASS)
- Conseil général
- CPAM
- Professionnels libéraux
- SSIAD
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile
- SAVS
- SAMSAH
- Service des tutelles
- Centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie

Objectifs :

- Améliorer le bien-être des personnes en situation de handicap vivant à domicile en coordonnant les interventions
- Assurer la mission de suivi de la MDPH

Constat :

- Les personnes en situation de handicap qui « bénéficient » d'une prise en charge complexe avec une multitude d'intervenants peuvent souffrir du « défilé » à leur domicile d'interventions non coordonnées.

Public visé :

- Adultes en situation de handicap bénéficiant d'une prise en charge à domicile (notamment type SSIAD ou services d'aide et d'accompagnement à domicile)

Bénéfice attendu :

- Améliorer la prise en charge

Modalité de mise en œuvre :

- Désigner dans les situations complexes un référent chargé de coordonner les interventions et d'être l'interlocuteur de la famille

Indicateur :

- Nombre de référents nommés

Action 22 : Elaborer une culture commune entre tous les professionnels et favoriser le travail en réseau

Pilotes :

- Conseil général
- Etat (DDASS)

Partenaires :

- MDPH
- Acteurs du champ du handicap

Objectif :

- Elaborer une connaissance et une culture communes entre tous les acteurs du handicap

Bénéfices attendus :

- Cohérence de la prise en charge
- Amélioration des coordinations
- Meilleure connaissance des acteurs
- Identification et diffusion des bonnes pratiques

Modalités de mise en œuvre :

- Organiser 2 demi-journées de travail réunissant les professionnels pour aborder des thématiques d'intérêt commun : le projet de vie, les évolutions législatives, la notion de vie sociale et de participation, la conception du handicap, les critères d'évaluation des besoins de la personne, etc.
- Evaluer l'action et la pérenniser si elle semble pertinente lors de sa première année

Indicateurs :

- Nombre d'acteurs participant à ces demi-journées
- Taux de satisfaction des participants

Action 23 : Améliorer la qualité de l'accompagnement durant les temps scolaire, par la formation des acteurs

Pilote :

- Etat (Education nationale)

Partenaires :

- Conseil général
- GAMS
- MDPH

Objectif :

- Offrir à l'ensemble des intervenants auprès de l'enfant une formation commune adaptée

Constat :

- 2 pôles de formations internes à l'Education nationale existent :
 - o Le Secrétariat Général de l'Inspection Académique assure la formation et le retour à l'emploi des EVS
 - o L'IEN-ASH accompagne l'entrée dans la fonction des EVS et des AVS

Bénéfices attendus :

- Améliorer l'accompagnement des enfants en situation de handicap bénéficiant d'une notification d'aide humaine de la part de la MDPH
- Améliorer le soutien aux parents

Modalités de mise en œuvre :

- Créer un réseau des intervenants – Assurer la connaissance des acteurs entre eux
- Identifier les ressources locales en matière de formation
- Organiser des formations communes

Indicateurs :

- Nombre de formations communes dispensées
- Nombre de personnes formées

V. Glossaire

A

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AES : Allocation d'Education Spéciale (remplacée par l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé loi du 11-02-05)
AGEFIPH : Association nationale pour la Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées
API : Allocation Parent Isolé
ARH : Agence Régionale de l' Hospitalisation
AVS : Auxiliaire de Vie Scolaire

C

CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP : Centre d'Action médico-sociale précoce
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (remplace COTOREP et CDES)
CDAJE : Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant
CDCPH : Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale (remplacée par la CDAPH loi du 11-02-05)
CFA : Centre de Formation des Apprentis
CFAS : Centre de Formation et d'Apprentissage Spécialisé
CG : Conseil général
CLIS : Classe d'Intégration Scolaire
CLSH : Centre de Loisirs Sans Hébergement
CMP : Centre Médico – Psychologique
CMPP : Centre Médico - Psycho – Pédagogique
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'autonomie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAHI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CRDV : Centre de rééducation pour déficients visuels
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

D

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

E

EA : Entreprise Adaptée (anciennement Atelier Protégé)
EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail (anciennement CAT)

F

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé (remplace FDT)
FH : Foyer d'Hébergement
FIPH ou FIPH-FP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FO : Foyer occupationnel
FSL : Fonds Solidarité Logement
FV : Foyer de Vie

G

GAMS : Groupement d'associations médico-sociales
GEM : Groupe d'entraide mutuelle

H

HAD : Hospitalisation à domicile

I

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut médico-professionnel

IR : Institut de Rééducation (devenu ITEP)

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (anciennement IR)

M

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MTP : Majoration Tierce Personne

P

PA : Personnes âgées

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PH : Personnes handicapées

PMI : Protection maternelle et infantile

PDITH : Programme Départemental d'insertion des Travailleurs Handicapés

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie.

R

RAM : Relais d'assistants maternels

RQTH ou RTH : Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé

S

SAFEP : Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce

SAMETH : Service d'accompagnement et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

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

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SPED : Service public de l'emploi départemental

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

SSESD : Service de soins et d'éducation spécialisée à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

T

TED : Troubles envahissants du développement

TH : Travailleur Handicapé

U

UEROS : Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale

UPI : Unité Pédagogique d'Intégration

V

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

VI. Annexe : les perspectives démographiques

A. Précautions méthodologiques

- *Les projections de population présentées ci-dessous ont été réalisées à partir du modèle Omphale de l'INSEE. La base prospective de ce modèle repose sur le scénario médian de projection et les données actualisées du recensement 2005.*
- *La pertinence du modèle Omphale de l'INSEE dépend en grande partie du zonage de population retenu. Chaque zone ou territoire devant compter, en 1999, plus de 50 000 habitants, un redécoupage des territoires du département fut réalisé afin d'obtenir ces données prospectives.*
- *Les 3 territoires retenus sont l'aire Yssingelaise, l'aire du Puy en Velay et l'aire du Brivadois. Chacun agrège des communautés de communes, suivant un regroupement le plus pertinent et cohérent possible (voir ci-après la composition de chacune des aires).*
- *Si ce découpage ne reflète que partiellement l'évolution des territoires d'action sociale (hormis dans le cas de l'Yssingelais où le découpage ici est identique à celui du territoire d'action sociale), il a le mérite de mettre en exergue les tendances de fond de chacune des catégories de population à partir d'un périmètre souvent peu retenu dans ce genre d'étude, celui des communautés de communes.*

- **L'aire Yssingelaise :**

- Communauté de communes Loire & Semène
- Communauté de communes Les Marches du Velay
- Communauté de communes Les Sucs
- Communauté de communes du Pays de Montfaucon
- Communauté de communes du Haut Lignon
- Communauté de communes de Rochebaron à Chalençon



- **L'aire du Puy en Velay :**

- Communauté d'agglomération du Puy en Velay
- Communauté de communes des Portes d'Auvergne
- Communauté de communes de l'Emblavez
- Communauté de communes du Meygal
- Communauté de communes du Mezenc
- Communauté de communes de Craponne sur Arzon



- **L'aire du Brivadois :**

- Communauté de communes d'Auzon
- Communauté de communes de Ribeyre, Chaliergue et Margeride
- Communauté de communes du Brivadois
- Communauté de communes du Langeadois
- Communauté de communes du Pays de Blesle
- Communauté de communes de Paulhaguet
- Communauté de communes du Pays de Saugues
- Communauté de communes du Plateau de la Chaise Dieu
- Communauté de communes du Pays de Cayres et de Pradelles



B. Les enseignements de l'évolution démographique à venir

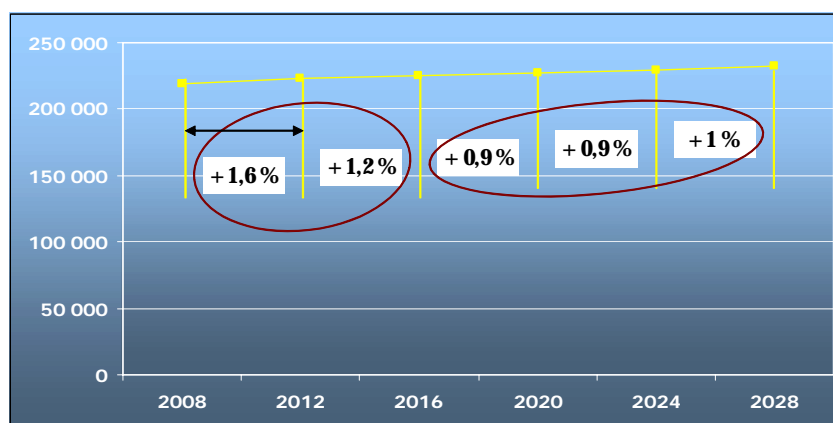
- *Le département de la Haute-Loire connaîtra, comme tous les départements français, une croissance importante de sa population âgée et très âgée dans les prochaines années, conjuguée à une croissance faible de sa population totale.*
- *Toutefois, l'évolution départementale se distinguera par rapport à celle des autres départements auvergnats par une croissance plus importante 1) de sa population totale, 2) de sa population très jeune, et 3) de sa population âgée de plus de 60 ans.*
- *Tous les territoires seront touchés par ce phénomène, mais tous ne connaîtront pas les mêmes évolutions :*
 - *L'aire Yssingelaise agrègera les plus fortes croissances et sa population demeurera la plus jeune du département, alors que ce territoire connaîtra la plus forte augmentation, en valeur relative comme absolue, des plus de 60 ans.*
 - *L'aire du Puy en Velay connaîtra un phénomène de glissement de classe d'âge, à partir des 20-59 ans vers les plus de 60 ans, amorçant un phénomène de vieillissement.*
 - *Le vieillissement de la population de l'aire du Brivadois ira croissant.*

C. Analyse détaillée de l'évolution démographique 2008-2028 en Haute-Loire

1. L'évolution de la population du département d'ici à 2028

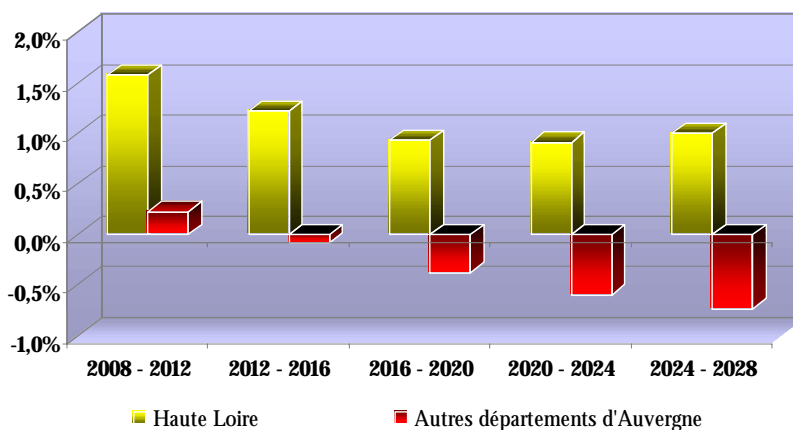
Selon l'INSEE, la Haute-Loire compte en 2008 un peu plus de 219 300 habitants. Le département verra sa population légèrement croître d'ici quatre ans et dépassera, autour de 2015 les 225 000 habitants. D'ici 10 ans, la population aura augmenté de 3 % par rapport à aujourd'hui, et en 2025, la Haute Loire comptera 230 500 habitants.

Evolution de la population de la Haute Loire (2008 - 2028)



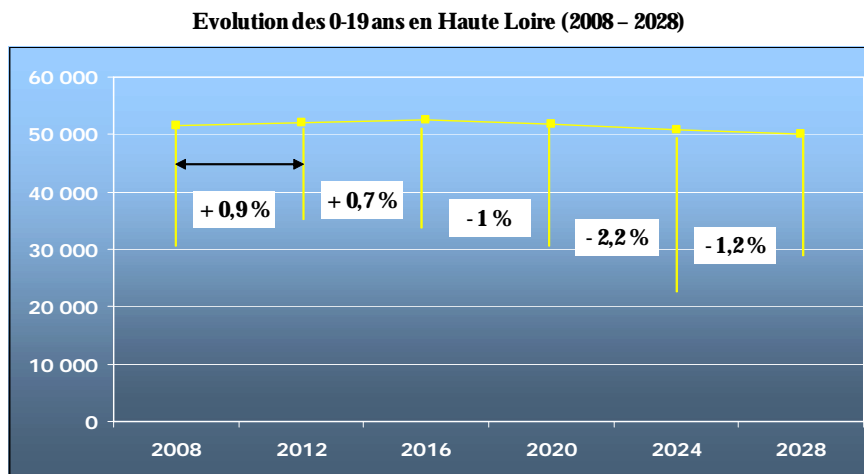
Au regard de l'évolution de la population des autres départements de la région Auvergne, la Haute Loire se distinguera par une croissance continue et supérieure, tandis que l'Allier, le Puy de Dôme et le Cantal connaîtront un phénomène de stagnation jusqu'en 2016.

Evolution comparée des taux de croissance des populations de la Haute Loire et des autres départements de la région Auvergne (2008 - 2028)

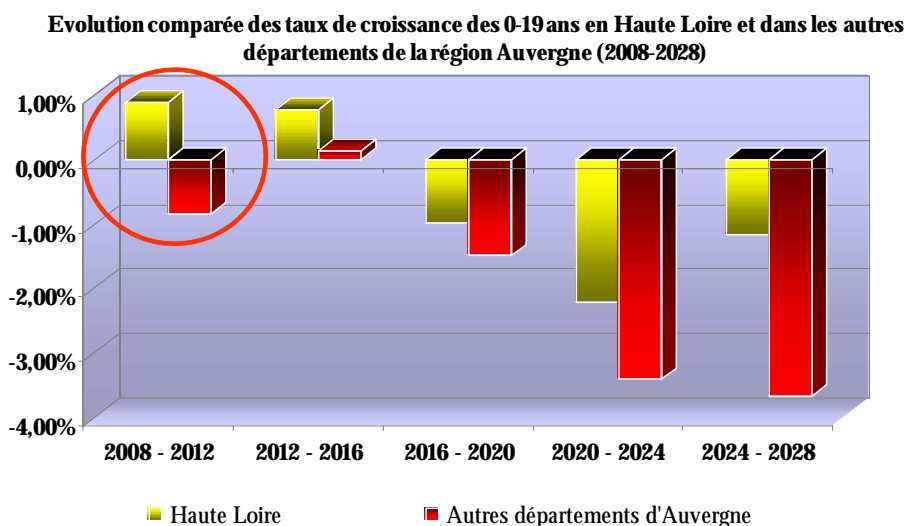


2. L'évolution de la population âgée de 0 à 19 ans

Le nombre des 0-19 ans dans le département, aujourd'hui de 51 585 enfants et adolescents environ, augmentera légèrement : + 0,9 % d'ici à 2012, et + 2 % d'ici à 2016 où l'on comptera 840 jeunes de plus qu'en 2008. A partir de 2016, le département verra le nombre de ses jeunes diminuer : - 503 entre 2016 et 2020 ; - 1 138 entre 2020 et 2024 ; - 613 entre 2024 et 2028.



La Haute Loire ne suivra pas la même tendance que les autres départements de la région : d'une part, le nombre d'enfants et d'adolescents auvergnats augmentera d'ici 10 ans tandis qu'en Auvergne, il diminuera ou restera quasiment stable ; d'autre part, après 2016, leur diminution sera plus rapide dans les autres départements qu'en Haute-Loire.



L'Yssingelais verra sa population d'enfants et d'adolescents augmenter trois fois plus rapidement que le niveau départemental. Inversement, la décreue sera trois fois plus rapide dans le Brivadois.

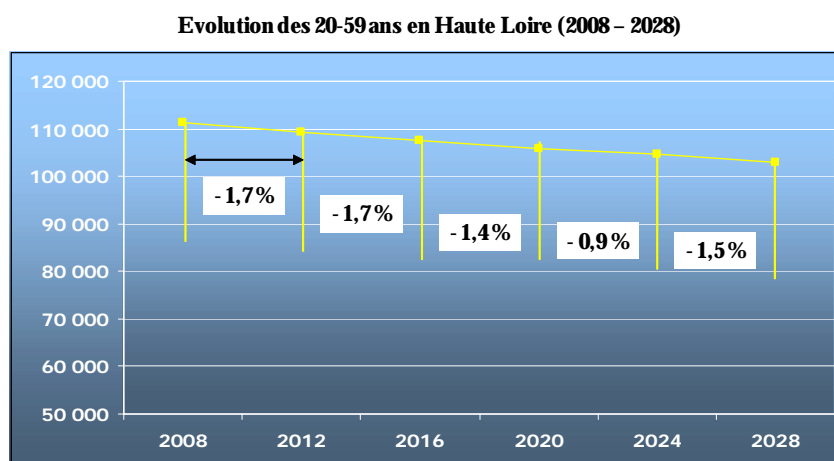
Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 0 - 19 ans		51 521	51 977	52 361	51 858	50 720	50 107
Evolution / 2008	Nbre	--	456	840	337	-801	-1 414
	%	--	0,88%	1,60%	0,65%	-1,58%	-2,82%
Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 0 - 19 ans		20 448	20 260	20 134	19 725	18 991	18 373
Evolution / 2008	Nbre	--	-188	-314	-723	-1 457	-2 075
	%	--	-0,92%	-1,54%	-3,54%	-7,13%	-10,15%
Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 0 - 19 ans		21 062	21 955	22 654	22 913	22 894	23 174
Evolution / 2008	Nbre	--	893	1 592	1 851	1 832	2 112
	%	--	4,24%	7,56%	8,79%	8,70%	10,03%
Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 0 - 19 ans		10 011	9 762	9 573	9 220	8 835	8 560
Evolution / 2008	Nbre	--	-249	-438	-791	-1 176	-1 451
	%	--	-2,49%	-4,38%	-7,90%	-11,75%	-14,49%

L'aire Yssingelaise demeurera d'ici à 2028 le territoire dont la population sera la plus jeune de tout le département – plus d'une personne sur 4 ayant moins de 20 ans. Dans l'aire du Puy en Velay (en raison d'une diminution de sa population très jeune) et dans l'aire du Brivadois, une personne sur 5, voire moins concernant le Brivadois à partir de 2012, sera âgée moins de 20 ans.

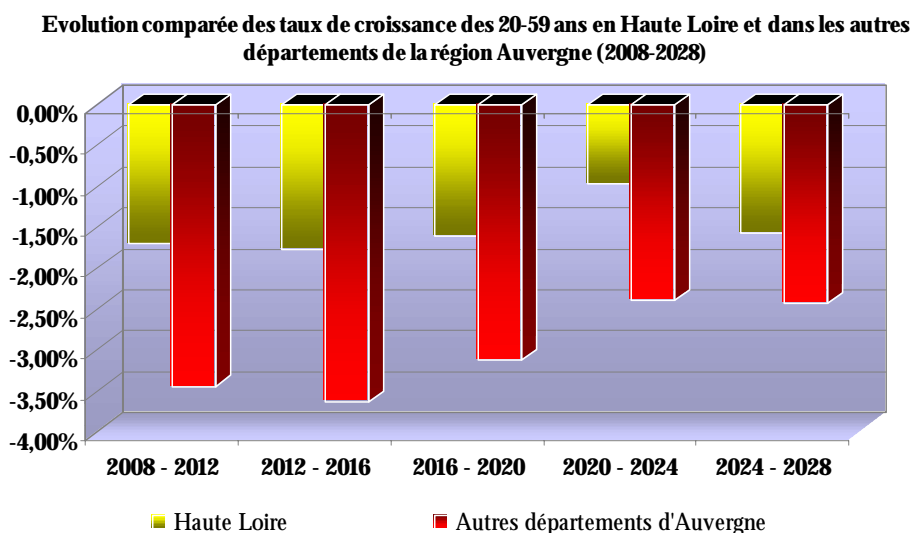
Part des 0-19 ans dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	24%	23%	23%	23%	22%	22%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 0-19 ans	23%	22%	22%	22%	21%	20%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 0-19 ans	26%	26%	26%	26%	25%	24%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 0-19 ans	20%	20%	19%	19%	18%	18%

3. L'évolution de la population âgée de 20 à 59 ans

Chaque année en Haute-Loire, le nombre d'habitants âgés entre 20 et 59 ans diminuera. Aujourd'hui équivalent à plus de 111 200 personnes, ils seront environ moins de 110 000 d'ici 4 ans. En 2016, le département aura perdu environ 3 700 habitants dans cette tranche d'âge.



Par rapport aux autres départements de la région, là encore, la Haute-Loire se distinguera par une moindre décreue du nombre des 20-59 ans : la tendance altiligérienne étant inférieure d'environ 2 points au niveau auvergnat d'ici à 2016. Après cette date, l'évolution du reste de la région se rapprochera progressivement de celle de la Haute-Loire



Cette évolution ne touchera pas de la même manière les territoires : si l'aire Yssingelaise gagne des habitants dans cette tranche d'âge, celle du Puy et le Brivadois verrons le nombre des 20-59 ans diminuer fortement et de façon durable.

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 20 - 59 ans		111 731	109 868	108 031	106 467	105 508	103 917
Evolution / 2008	Nbre	--	-1 863	-3 700	-5 264	-6 223	-7 814
	%	--	-1,70%	-3,42%	-4,94%	-5,90%	-7,52%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 20 - 59 ans		46 023	44 897	43 629	42 407	41 694	40 820
Evolution / 2008	Nbre	--	-1 126	-2 394	-3 616	-4 329	-5 203
	%	--	-2,45%	-5,20%	-7,86%	-9,41%	-11,31%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 20 - 59 ans		40 773	40 993	41 456	42 006	42 677	43 028
Evolution / 2008	Nbre	--	220	683	1 233	1 904	2 255
	%	--	0,54%	1,68%	3,02%	4,67%	5,53%

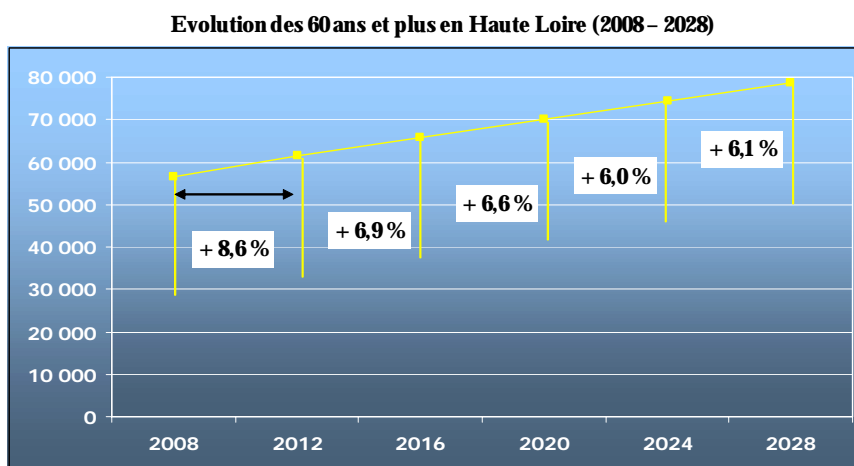
Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre de 20 - 59 ans		24 935	23 978	22 946	22 054	21 137	20 069
Evolution / 2008	Nbre	--	-957	-1 989	-2 881	-3 798	-4 866
	%	--	-3,84%	-7,98%	-11,55%	-15,23%	-19,51%

L'aire du Puy en Velay et l'aire du Brivadois, déjà faibles sur cette tranche d'âge, subiront le plus fortement les conséquences de la baisse de leur nombre.

Part des 20-59 ans dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	51%	49%	48%	46%	46%	44%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 20-59 ans	51%	50%	48%	47%	46%	45%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 20-59 ans	51%	49%	48%	47%	46%	45%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 20-59 ans	50%	48%	47%	46%	44%	42%

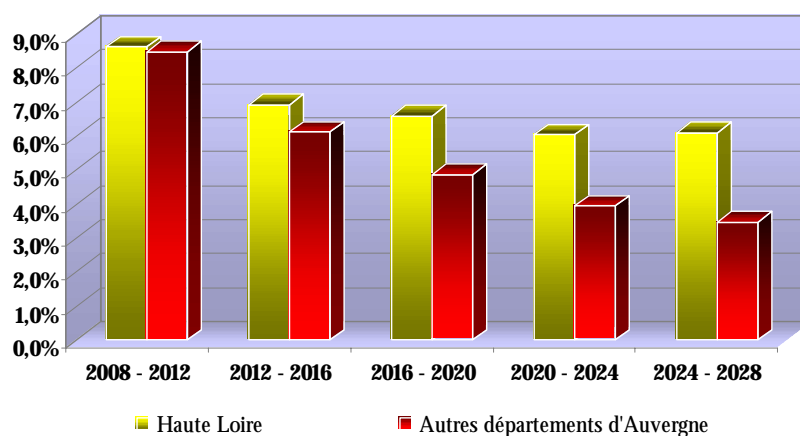
4. L'évolution de la population âgée de 60 ans et plus

Le nombre de personnes âgées dans le département augmentera de manière soutenue : + 8 % d'ici à 2012 (soit 4 870 personnes supplémentaires), et + 14 % d'ici à 2016 (soit 9 120 personnes supplémentaires). Après cette date, cette tendance se poursuivra : entre 2016 et 2028, le département verra sa population âgée augmenter d'environ 1 000 personnes chaque année.



La population âgée de plus de 60 ans augmentera plus rapidement en Haute Loire que dans les autres départements d'Auvergne.

Evolution comparée des taux de croissance des 60 ans et plus en Haute Loire et dans les autres départements de la région Auvergne (2008-2028)



L'aire Yssingelaise sera le territoire qui connaîtra dans les 10 prochaines années l'augmentation la plus rapide de sa population âgée, tandis que le Brivadois, dont la population est déjà très âgée, observera la croissance la plus faible de cette catégorie de population.

Haute Loire		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		56 575	61 447	65 699	70 004	74 211	78 713
Evolution / 2008	Nbre	--	4 872	9 124	13 429	17 636	22 138
	%	--	8,61%	16,13%	23,74%	31,17%	39,13%

Aire du Puy en Velay		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		23 047	24 982	26 664	28 266	29 531	30 804
Evolution / 2008	Nbre	--	1 935	3 617	5 219	6 484	7 757
	%	--	8,40%	15,69%	22,65%	28,13%	33,66%

Aire Yssingelaise		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		18 408	20 559	22 452	24 546	26 799	29 279
Evolution / 2008	Nbre	--	2 151	4 044	6 138	8 391	10 871
	%	--	11,69%	21,97%	33,34%	45,58%	59,06%

Aire du Brivadois		2008	2012	2016	2020	2024	2028
Nbre des plus de 60 ans		15 120	15 906	16 583	17 192	17 881	18 630
Evolution / 2008	Nbre	--	786	1 463	2 072	2 761	3 510
	%	--	5,20%	9,68%	13,70%	18,26%	23,21%

Dans le Brivadois, selon les projections de l'INSEE, 30 % de la population est actuellement âgée de plus de 60 ans, soit le 1^{er} rang départemental. D'ici 5 ans, une personne sur trois aura atteint l'âge de 60 ans. L'aire Yssingelaise conservera son rang de territoire le plus jeune de Haute Loire.

Part des 60 ans et plus dans la population totale	2008	2012	2016	2020	2024	2028
	26%	28%	29%	31%	32%	34%
Aire du Puy	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	26%	28%	29%	31%	33%	34%
Aire Yssingelaise	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	23%	25%	26%	28%	29%	31%
Aire du Brivadois	2008	2012	2016	2020	2024	2028
Part des 60 ans et plus	30%	32%	34%	35%	37%	39%