



schéma unique DES SOLIDARITÉS



schéma unique des SOLIDARITÉS

113

LES FICHES - actions

93

LE BILAN DES RÉALISATIONS

61 LES QUATRE AXES STRATÉGIQUES DU schéma unique

7

LES BESOINS ET L'OFFRE DE SERVICES

3

INTRODUCTION

Rédaction : Directeurs du
Pôle des Solidarités

Maquette et mise en page :
service Communication

Impression : Imprimerie du
Conseil général de l'Aude

Septembre 2014

L'idée du Schéma Unique

Les compétences sociales du Département sont définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles et le Code de la Santé et concernent cinq grands domaines :

- > la protection maternelle et infantile
- > l'aide sociale à l'enfance
- > l'action sociale et l'insertion (*et notamment le RSA*)
- > l'aide aux personnes âgées
- > l'aide aux personnes handicapées.

Ces compétences représentent un budget de fonctionnement de 236 908 029 millions d'euros en 2014, soit 55 % des dépenses de fonctionnement et 46,55 % du budget global de la collectivité.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles fait obligation au Département de se doter de schémas départementaux, documents destinés à définir les besoins sociaux de la population, l'offre de service existante pour y répondre et les perspectives de son évolution. Ces schémas sont valables pour cinq ans maximum.

Seuls sont obligatoires les schémas relatifs à la protection de l'enfance, à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes adultes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est donc de façon volontaire que le Conseil général de l'Aude a souhaité encadrer l'ensemble de ses compétences sociales par des schémas.

L'approche sectorielle est traditionnellement utilisée pour les schémas départementaux sociaux. Toutefois, si elle présente l'avantage d'aborder l'ensemble d'une compétence de façon organisée, elle aboutit à des redites et amène à s'interroger de façon dispersée sur des thèmes qui concernent l'ensemble des publics des politiques sociales.

C'est pourquoi le présent schéma sort de cette approche par public des compétences sociales pour les examiner de façon transversale, en mutualisant les analyses et les moyens.

Dès le début de son élaboration, les professionnels sociaux se sont accordés sur une définition du Schéma Unique :

« Le Schéma Unique des Solidarités est une reformulation des schémas actuels d'organisation sociale et médico-sociale permettant de mutualiser les réponses à des questions communes et transversales tout en respectant la spécificité de chaque secteur »*.

**Définition élaborée par le Comité technique du Schéma puis présentée aux équipes en mai 2012.*

Le schéma est fondé sur une acception large de la notion de solidarités : solidarités avec les personnes en difficultés, tout au long de leur vie, solidarités territoriales avec l'accès aux services publics et enfin solidarités internationales avec l'action du Conseil général en matière de coopération décentralisée.

Le Schéma s'inscrit dans les dynamiques engagées par d'autres documents stratégiques portés par le Conseil général ou d'autres partenaires (Agence Régionale de Santé, Analyse des Besoins Sociaux élaborées par les CCAS et CIAS du Département).

Les orientations du Conseil général s'articulent avec celles du Schéma Régional de l'Organisation Médico-sociale (SROMS), inclus dans le Plan Régional de Santé, porté par l'ARS (les financements du PRIAC).

Le Schéma Unique est le pendant dans le domaine social du Schéma Départemental d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire (SDADDT) « Aude 2030 » dont les orientations influent par exemple sur l'implantation des équipements sociaux et médico-sociaux.

Le Schéma prend également en compte les orientations prises dans le Plan Départemental de l'habitat.

La méthode du Schéma

La méthodologie employée pour l'élaboration du Schéma repose sur trois principes d'association : mobilisation transversale des équipes et des partenaires de l'action sociale, recueil de la parole des usagers et enfin validation des élus départementaux.

Le Conseil général de l'Aude a fait le choix d'élaborer son schéma sans appui extérieur, en faisant confiance à ses équipes et à ses partenaires et avec une vision large des solidarités. La mobilisation **des services départementaux et des partenaires** s'est concrétisée par l'organisation de séminaires et d'ateliers transversaux. Les propositions retranscrites dans le Schéma émanent directement de ces lieux d'échanges et de débats.

Les élus du Conseil général ont été impliqués tout au long de l'élaboration du Schéma : validation des axes de travail et des actions par le Président et le Comité de pilotage composé des Vice-Présidents, association de la Commission des Solidarités à l'étude des thématiques retenues. Assurer



un lien continu entre les élus départementaux et les professionnels tout au long de l'élaboration du Schéma était un axe essentiel du projet.

Les temps forts

Élaboration du Diagnostic

L'élaboration du Schéma a réuni les acteurs professionnels du secteur social et médico-social, tous domaines confondus, autour de questionnements transversaux et non plus sectoriels lors de séminaires de diagnostic organisés en juillet 2012 à Carcassonne, Narbonne et Limoux.

Thématiques des séminaires de diagnostic :

- > notre territoire (vieillesse, jeunesse, cohésion sociale, logement)
- > nos publics (évolution des publics, handicap psychique, insertion professionnelle)
- > nos valeurs (accès au service public, accueil, citoyenneté et isolement)
- > nos pratiques (accompagnement en établissement, accompagnement individuel, prévention, évaluation).
- > nos partenariats (outils de pilotage, principes, ouvertures vers la culture, l'éducation, l'économie, la mobilité).

Près de 300 participations ont été comptabilisées aux cinq séminaires de juillet 2012 avec un pic à 70 participants à Carcassonne au séminaire sur le partenariat.

Cette première phase de diagnostic a permis de faire émerger près de 80 axes de travail communs.

Sélection et validation des axes du Schéma

Les pistes de travail issues des séminaires de diagnostic ont permis d'identifier des axes stratégiques et opérationnels ainsi que des actions concrètes à mener.

Après analyse des comptes rendus de séminaires, quatre axes stratégiques ont pu être identifiés :

- > favoriser un accès équitable aux droits et aux services publics sur tout le territoire
- > accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations
- > adapter les prises en charge aux projets de vie des personnes
- > renforcer le partenariat pour observer, agir, piloter et évaluer

Les axes stratégiques et opérationnels ont été présentés pour validation au Président et Vice-Présidents du Conseil général au sein du Comité de pilotage, le 17 décembre 2012.

Concertation en ateliers et écriture des propositions d'actions

L'objectif de la phase de concertation fut de définir, pour chaque axe opérationnel, les programmes d'actions permettant de le mettre en œuvre. Ce travail a été mené selon le même principe que la phase diagnostic, avec des groupes de travail élargis, composés d'agents et de partenaires. En fonction du thème traité, les modalités de travail ont été différentes.

Certains thèmes furent travaillés en interne par les services du Pôle des Solidarités, notamment lorsqu'il s'agissait de faire le bilan d'actions déjà prévues dans les schémas précédents.

D'autres thèmes étaient déjà travaillés dans d'autres instances dont le travail fut pris en compte (par exemple sur les questions de désertification médicale ou de l'accueil des jeunes enfants) ;

Enfin, treize ateliers de travail ont été organisés réunissant des agents du Département et des partenaires et ont traité des problématiques transversales :

- > valorisation des publics de l'action sociale (*citoyenneté, culture, utilité sociale*)
- > mobilité et logement
- > économie sociale et solidaire
- > la fonction accueil
- > les outils de prévention
- > l'accompagnement des aidants
- > le handicap psychique
- > les parcours de vie
- > la mobilisation pour la jeunesse
- > les freins à l'emploi
- > l'observatoire départemental de l'action sociale
- > le pilotage des politiques sociales
- > le partenariat international en matière d'action sociale.

La méthodologie de ces ateliers était séquencée en étapes. Lors du premier atelier, les participants étaient invités à définir les termes, à identifier les besoins et à poser les questions préalables à la recherche d'actions. Le deuxième atelier était organisé en formation plénière (30 à 50 participants). Après avoir présenté les termes du débat, les participants ont élaboré en petits groupes des propositions d'actions, restituées ensuite à la tribune.



Le troisième atelier avait pour objectif d'étudier les propositions d'actions recueillies lors de la plénière. Une sélection a été opérée, assortie d'une mise en évidence des conditions de réussite et des points de vigilance. À l'issue de ce travail en atelier, des propositions de rapports ont été rédigées.

La collectivité a mis à la disposition des professionnels des moyens pour nourrir leur réflexion. Afin de délimiter le périmètre de la réflexion et de connaître les attentes de l'Institution, une lettre de mission signée par Anne-Marie JOURDET, Vice-Présidente en charge des solidarités, a été transmise aux participants lors du premier atelier. Elle a permis de situer les objectifs et le cadre de la réflexion. Agents et partenaires ont également eu accès à un espace en ligne dédié à leurs ateliers. Ils y ont trouvé de la documentation utile à leurs réflexions.

Lors du premier atelier, les participants ont parfois souligné la nécessité de rencontrer une personne qualifiée sur le sujet abordé. Il pouvait s'agir d'intervenants ayant une expertise spécifique ou étant en mesure de restituer une expérience pertinente.

Ainsi, plusieurs personnalités qualifiées sont intervenues lors des ateliers pléniers :

- Madame **Virginie POIJOL**, ethno-sociologue, Directrice du LERIS (*atelier accompagnement des jeunes en difficultés*)

- Madame **Muriel NIVERT-BOUDOU** de la Chambre Régionale de l'Économie Sociale du Languedoc-Roussillon (*atelier Économie Sociale et Solidaire*)

- Madame **Marie-Christine SABADIE** du CODES11 (*Atelier prévention*)

- Monsieur **Anton SALEH**, médecin USSAP-CH Limoux (*atelier sur l'accompagnement des aidants*)

- Madame **Marie-Aude PREVOST**, psychologue mobile au sein de l'inter-secteur de pédopsychiatrie (USSAP) (*atelier « éviter les ruptures de parcours »*)

Séminaire de restitution des travaux des ateliers

Ce sont plus de 150 personnes, agents départementaux et partenaires sociaux, qui ont assisté le 5 novembre 2013 au Conseil général à la restitution des travaux issus des ateliers organisés dans le cadre de l'élaboration du Schéma Unique des Solidarités.

L'objectif du séminaire était de rapporter à l'en-

semble des participants aux treize ateliers, qui se sont déroulés de janvier à juillet 2013, l'intégralité des questionnements et des pistes d'actions proposées. La présentation de ces propositions s'est faite dans le respect des quatre axes stratégiques et des objectifs opérationnels retenus par le comité de pilotage le 17 décembre 2012.

À l'issue de ce séminaire, le comité technique (l'équipe de direction du Pôle des Solidarités) a retravaillé les programmes d'actions en vérifiant notamment leur faisabilité.

Présentation aux élus départementaux et validation des programmes d'actions

À l'issue de cette phase de travail et de concertation, une nouvelle étape de validation par les élus du contenu des programmes a été nécessaire, avant que les services du Pôle des Solidarités n'engagent le travail d'écriture concrète des actions. Cette présentation-validation a eu lieu le 5 mai 2014.

Présentation des actions aux partenaires institutionnels du Conseil général

Certaines actions élaborées collectivement impliquent les partenaires du Conseil général dans le domaine social et médico-social. Aussi les axes et objectifs du Schéma Unique ont été présentés à la Conférence de territoire le 16 juin 2014 en vue de recueillir son avis et éventuelles remarques.

Présentation du Schéma à la Commission des Solidarités

Une pré-version finalisée du Schéma a été présentée à la Commission des Solidarités du 17 juin 2014. Les remarques des élus ont été retranscrites et intégrées au document.

Présentation du Schéma à la Commission de Coordination des Politiques Publiques de Santé

En application de l'article L 321-5 du Code de l'action sociale et de la famille la Commission de coordination des Politiques Publiques de Santé a été saisie pour avis le 24 septembre 2014.

Elle a émis un avis favorable sur les dispositions présentées.

Vote du Schéma par l'Assemblée délibérante

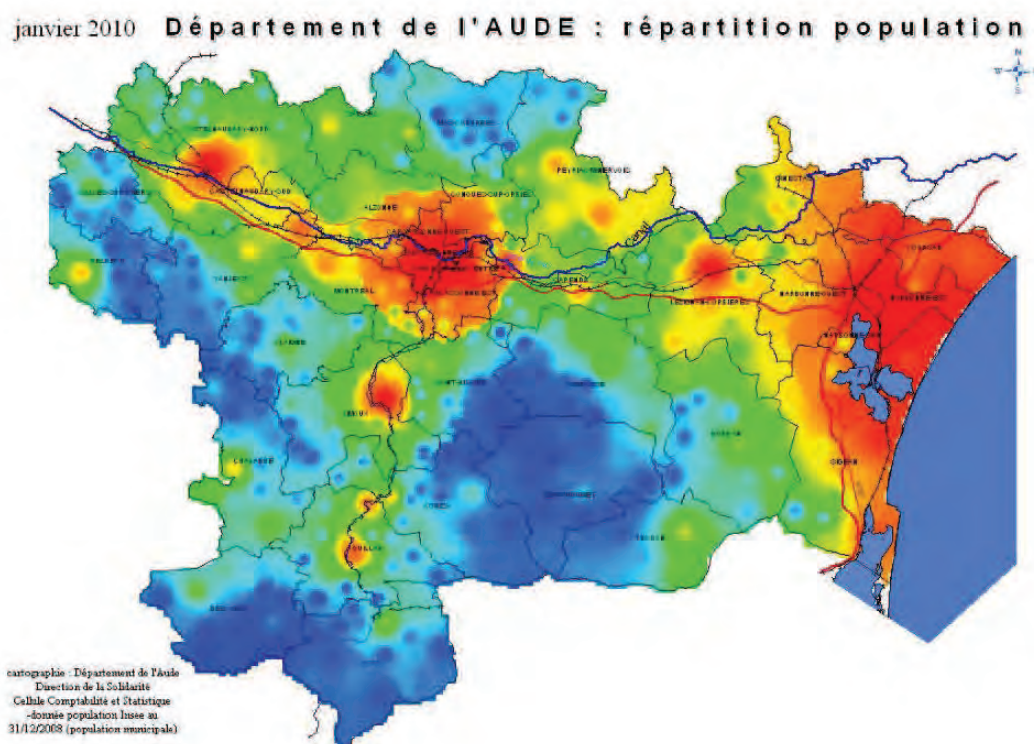
Le Schéma Unique des Solidarités a été adopté par l'Assemblée Départementale le 24 octobre 2014.



Les Besoins et L'offre de services

1-enjeux sociaux du territoire

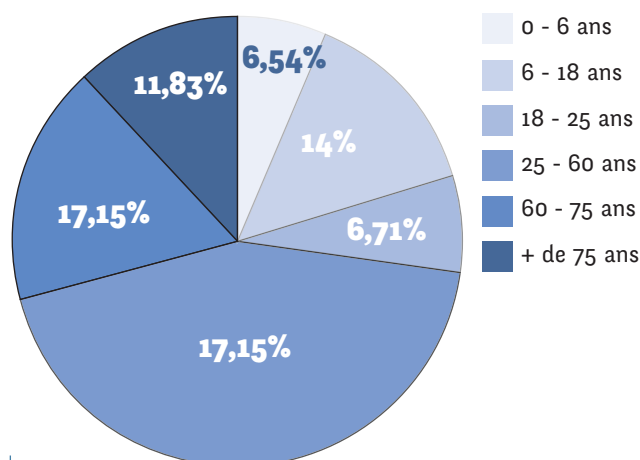
L'Aude compte 359 967 habitants (décret JO 31/12/2013). Avec une densité de 48 hab./km², c'est un département rural dont la population est inégalement répartie sur le sillon audois et le littoral.



La carte matérialise la répartition de la population : en jaune et rouge, les zones les plus peuplées. En vert et bleu, les zones les moins peuplées.

Ces dernières décennies, la population a augmentée de 30 % sur les parties est et nord-ouest du département.

La dynamique démographique révèle une forte attractivité du département dans l'arc méditerranéen. Le solde migratoire est particulièrement positif concernant la tranche d'âge des 35-50 ans : des couples avec enfants souvent actifs (41 % des arrivants ont un emploi) et les plus de 55 ans qui s'installent pour une fin de carrière ou la retraite (18 % des arrivants sont retraités).



Répartition de la population audoise

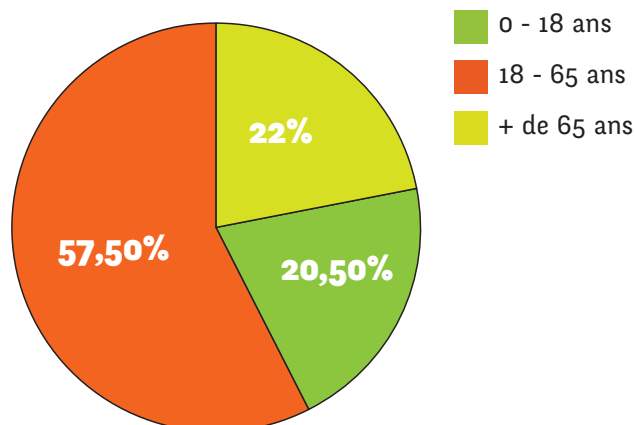


Le Conseil général a vocation à développer le département en créant ou adaptant son offre de services en fonction des besoins de la population et des particularités du territoire.

Il s'implique aussi par l'action du Pôle des Solidarités dans la prise en compte et le traitement des inégalités concernant l'ensemble des publics.

Les compétences sociales du Département sont définies par le Code de l'Action Sociale et des Familles et le Code de la Santé, elles concernent cinq grands domaines :

- > la protection maternelle et infantile
(public : enfants 0-6 ans)
- > l'aide sociale à l'enfance
(public : 0-21 ans)
- > l'action sociale et l'insertion
(notamment le RSA)
(publics 18-25 ans et 25 ans et plus)
- > l'aide aux personnes âgées
- > l'aide aux personnes handicapées.



Répartition de la population par groupe d'âge

1.1. Vieillesse

Le fort taux des nouveaux arrivants âgés de plus de 55 ans et l'allongement de la durée de la vie entraînent un vieillissement de la population qui devrait s'accroître dans les décennies à venir selon les projections jusqu'en 2040 de l'INSEE : les plus de 60 ans pourraient atteindre 38 % de la population audoise.

L'Aude au regard des moyennes nationales

	65 ans et +		75 ans et +		80 ans et +		85 ans et +	
	% de la pop. totale	Rang	% de la pop. totale	Rang	% de la pop. totale	Rang	% de la pop. totale	Rang
Aude	22,0	81	11,7	75	7,3	78	3,6	76
France métropolitaine	17,3		9,1		5,6		2,7	
Province	18,3		9,7		5,9		2,9	

Pourcentage des personnes âgées dans la population, 2012

1-enjeux sociaux du territoire

Située au 81^e rang sur 96 départements pour la tranche d'âge des plus de 65 ans et au 75^e concernant l'indice de vieillissement, l'Aude devra composer avec les besoins croissants des seniors en termes de santé, de soins, d'aide à la personne, d'accompagnements des aidants familiaux, d'adaptation des logements, des équipements et des établissements.

	Valeur	Rang
<i>Aude</i>	96,4	75
<i>France métropolitaine</i>	70,7	
<i>Province</i>	75,7	

Indice de vieillissement, 2011 (part des plus de 65 ans par rapport aux moins de 20 ans)

	Aude		Languedoc-Roussillon		France métropolitaine	
	2007	2040	2007	2040	2007	2040
<i>Âge moyen</i>	42,7	47,3	41,1	45,6	39,3	43,7
<i>part des moins de 20 ans (en %)</i>	22,5	20,2	23,6	21	24,8	22,4
<i>part des 60 ans ou plus (en %)</i>	27,6	37,9	24,9	34,7	21,5	31
<i>part des 80 ans ou plus (en %)</i>	6,6	11,8	5,7	10,8	4,9	9,7

Vieillessement de la population à l'horizon 2040, INSEE, projection Omphale, scénario central

Part des personnes âgées selon leur mode de cohabitation	Personnes de 75 ans et plus							
	ne vivant pas seules						vivant seules	
	en couple ou seules avec leur(s) enfant		en institution		autres cas			
	en %	rang	en %	rang	en %	rang	en %	rang
Aude	49,1	88	8	18	7,5	86	35,4	21
Languedoc-Roussillon	48		9,4		6,8		35,8	
France métropolitaine	46,5		9,5		5,2		38,8	

<i>Revenus mensuels des personnes âgées de plus de 70 ans</i>	Médiane	10% les plus pauvres	10% les plus riches
<i>Aude</i>	988 €	< 546 €	> 1 877 €
<i>France métropolitaine</i>	1 141 €	< 633 €	> 2 255 €



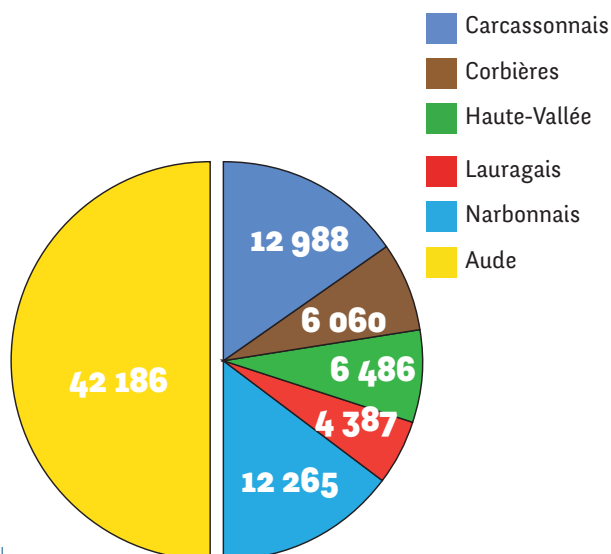
INDICATEUR SOCIAL

22 % de la population de l'Aude est âgée de plus de 65 ans, dont 11,7 % ont plus de 75 ans. Le niveau des revenus mensuels des personnes âgées audoises de plus de 70 ans est bien en deçà du seuil national, il traduit la forte représentation des retraités issus du secteur agricole, et du statut des indépendants. Un niveau de revenu qui impacte potentiellement sur la vulnérabilité sociale des seniors, et oriente la politique du département.

La répartition de la population des plus de 75 ans dans l'Aude par zone gérontologique

Les seniors de plus de 75 ans sont majoritairement installés sur le Carcassonnais et le Narbonnais, la proximité des infrastructures médicales et de leurs aidants familiaux devient une priorité au-delà d'un certain âge.

Zone gérontologique	Nombre de personnes de plus de 75 ans
Le Carcassonnais	12 988
Corbières	6 060
Haute Vallée	6 486
Lauragais	4 387
Narbonnais	12 265
Aude	42 186



Nombre de personnes de plus de 75 ans



PAROLES D'ACTEURS

> Les seniors qui s'installent dans le département n'ont pas d'attente particulière. Leur arrivée dans l'Aude correspond à un projet personnel assumé. Il s'agit de retraités autonomes avec des revenus confortables.

> Les problèmes surgissent lors de l'entrée dans la dépendance, surtout lorsque ces retraités sont propriétaires de résidences de vacances exigües et peu adaptées.

> Il y a aussi des retraités qui se rapprochent de leurs aidants naturels, parfois pour une entrée en institution.

> L'espérance de vie des personnes handicapées va en augmentant, mais les effets du vieillissement sont ressentis plus tôt que chez les personnes non handicapées.

> Les ressources des seniors dans l'Aude sont très différentes entre les zones gérontologiques (urbaines et rurales).

> Les aidants naturels de personnes handicapées sont âgés (plus de 80 ans) : ce sont les parents, alors que chez les personnes âgées non handicapées ce sont les enfants.

1-enjeux sociaux du territoire

1.2. Jeunesse

Nés dans l'Aude ou arrivés dans le département avec leurs parents, les jeunes de moins de 20 ans représentent 22,8 % de la population audoise.

La migration des 18-24 ans vers d'autres départements pour les études, la formation ou la recherche d'emploi est très présente. L'offre de formations professionnelles, de sites employeurs qualifiants et de travail reste trop limitée ou inaccessible à certains publics.

Concernant les études supérieures, l'Aude se situe géographiquement à proximité des deux métropoles universitaires : Montpellier et Toulouse qui concentrent l'essentiel des offres.

Un faible niveau de formation des jeunes est naturellement un handicap sur le marché de l'emploi. L'Aude ne fait toutefois pas figure d'exception en Languedoc-Roussillon où cette caractéristique est partagée (cf tableau p.13).



Données de cadrage

les jeunes dans la population audoise	moins de 20 ans		moins de 25 ans	
	% de la population totale	rang	% de la population totale	rang
<i>Aude</i>	22,8	33	27,5	30
<i>France métropolitaine</i>	24,5		30,6	

	moins de 18 ans		18-24 ans	
	taux annuel de migration nette pour 10.000 hab. entre 2003 et 2008	rang	taux annuel de migration nette pour 10.000 hab. entre 2003 et 2008	rang
<i>Aude</i>	138	97	- 172,9	53
<i>Gard</i>	105,4	88	- 143,9	55
<i>Hérault</i>	49,8	66	274,4	94
<i>Lozère</i>	46,9	61	- 89,7	66
<i>Pyrénées-Orientales</i>	106,1	89	- 135,3	57

Migration nette des jeunes (différence entre entrées et sorties du département au regard de la population moyenne de la zone)



Part des non diplômés par sexe, au sein de la population des 20-24 ans non scolarisée	Hommes		Femmes		Ensemble	
	% des non diplômés	rang	% des non diplômés	rang	% des non diplômés	rang
<i>Aude</i>	26,2	77	22,9	83	24,7	81
<i>Languedoc-Roussillon</i>	26		21,9		24,1	
<i>France métropolitaine</i>	23,4		19,5		21,6	

Part des jeunes de 18 à 25 ans « NEET » (ni en emploi, ni en études, ni en formation)		
	Valeur	Rang
<i>Aude</i>	27,5	93
<i>Province</i>	19,2	
<i>France métropolitaine</i>	18,5	

FORT INDICATEUR SOCIAL

La part des jeunes 18-25 ans « ni en emploi, ni en études, ni en formation » très au-dessus de la moyenne nationale interpelle l'action sociale territoriale en matière d'insertion : décrochage scolaire, parcours de formation, accompagnement, aide à l'emploi sont les thèmes travaillés.

Concernant la petite enfance :

Le Conseil général accompagne la croissance démographique en soutenant des actions d'amélioration en qualité et en quantité de l'offre d'accueil des jeunes enfants.

Malgré les efforts consentis et le travail de partenariat avec la CAF, le rapport de la Chambre Régionale des Comptes de 2011 indiquait un taux de couverture qui n'impactait pas totalement les besoins, compte tenu de l'augmentation concomitante du nombre de naissances et du flux migratoire positif, et des difficultés de l'offre de scolarisation en maternelle sur certains territoires.

En effet, 84,3 % des enfants audois ont des parents en activité qui sont susceptibles de recourir à un mode de garde rémunéré.

En 2010, 11 587 enfants âgés de moins de 3 ans pouvaient relever d'un mode de garde à la journée et 11 732 âgés de 3 à 6 ans étaient susceptibles d'être accueillis à la journée ou sur des temps périscolaires.

L'objectif d'améliorer en qualité et en quantité l'offre d'accueil des jeunes enfants a été priorisé dans les schémas PMI précédents. C'est ainsi qu'entre 2010 et 2014, les capacités d'accueil des établissements ont encore été augmentées et huit structures collectives accueillant des enfants de moins de 6 ans (crèches, haltes garderies, jardin d'enfants) ont été créées visant à couvrir les besoins sur l'ensemble du département. Cela représente 1 431 places supplémentaires.



Structure	Commune	Places	Type de gestionnaire
Multi Accueil Halte-Garderie (MAHG)	Antugnac	17	Association
Multi Accueil Le Moulin à comptines	Badens	9	Coll. Territoriale
MAHG Les Petits Podiens	Belpech	15	Association
MAHG les Lutins du Sou	Belvéze-du-Razès	23	Coll. Territoriale
MAHG Les Petassous	Boutenac	15	Association
Multi Accueil Jacques Camboulives	Bram	35	Coll. Territoriale
Multi Accueil Fabre d'Eglantine	Carcassonne	60	Coll. Territoriale
Multi Accueil du Viguier	Carcassonne	45	Coll. Territoriale
Multi Accueil Jean Jaurès	Carcassonne	15	Coll. Territoriale
Multi Accueil Jeanine Milheau	Carcassonne	40	Coll. Territoriale
Structure d'Accueil Familial (SAF) Les Petits Loups	Carcassonne	40	Coll. Territoriale
SAF Les Galopins	Pezens	30	Coll. Territoriale
Multi Accueil Louise Michel	Castelnaudary	38	Coll. Territoriale
Multi Accueil Lous Fripounets	Caunes-Minervois	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil Vanille et Chocolat	Chalabre	24	Association
Multi Accueil Le Nisadou	Coursan	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil Colin Colline	Cuxac-Cabardès	23	Coll. Territoriale
Multi Accueil l'Île aux Câlins	Cuxac-d'Aude	30	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Petites Frimousses	Espérazza	12	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Petits Loups	Espezel	15	Association
Multi Accueil l'Aucelon	Ferrals-des-Corbières	15	Association
Multi Accueil Le Petit Prince	Floure	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil Lous Menuts	Ginestas	40	Association
Multi Accueil Le Pech des Moulins	Gruissan	40	Coll. Territoriale
Multi Accueil La Passerelle	Ladern-sur-Lauquet	18	Coll. Territoriale
Multi Accueil Jacqueline Aribaud	Lézignan-Corbières	52	Coll. Territoriale
Multi Accueil Arlequin	Limoux	12	Coll. Territoriale
Multi Accueil Pierrots et Colombines	Limoux	40	Coll. Territoriale
Multi Accueil	Montréal	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil La Domus des Pitchouns	Narbonne	35	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les P'tits Loups	Narbonne	16	Coll. Territoriale
Multi Accueil Le Jardin des Pitchouns	Narbonne	25	Coll. Territoriale
Multi Accueil Le Chat Botté	Narbonne	50	Coll. Territoriale
Multi Accueil Crèche de Bourg	Narbonne	35	Coll. Territoriale
Multi Accueil Le Pitchounet	Narbonne	8	Coll. Territoriale
Multi Accueil Le Petit Poucet	Narbonne	14	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Bouts de Choux	Narbonne	20	Coll. Territoriale
Serv. d'Accueil Familial La Maison de Manou	Narbonne	26	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Cigalous	Ornaisons	15	Association
Multi Accueil Les Galopins	Peyriac-de-Mer	15	Coll. Territoriale
Multi Accueil Maison de la Petite Enfance	Port-la-Nouvelle	41	Coll. Territoriale
Multi Accueil	Port-Leucate	15	Coll. Territoriale
Structure d'Accueil Familial	Port-Leucate	4	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Pitchouns	Quillan	15	Association
Multi Accueil Les P'tits Clous	Roquefort-des-Corbières	16	Coll. Territoriale
Multi Accueil	Saint-Marcel-sur-Aude	15	Coll. Territoriale
Multi Accueil Los Drollets	Saint-Papoul	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Pitchous	Salles-sur-l'Hers	22	Coll. Territoriale
Multi Accueil La Marelle	Sigean	20	Coll. Territoriale
Multi Accueil La Mimarela	Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse	30	Coll. Territoriale
Multi Accueil 1,2,3 Soleil	Talairan	14	Association
Multi Accueil Espace Câlins	Trèbes	40	Coll. Territoriale
Multi Accueil Brin d'éveil	Villegailhenc	25	Coll. Territoriale
Multi Accueil Bébédeou	Villesèque-des-Corbières	12	Coll. Territoriale
Multi Accueil Les Titounets	Villesèquelande	24	Coll. Territoriale



L'effort concernant l'offre d'accueil a aussi porté sur l'augmentation du nombre d'agrément et de places chez les assistantes maternelles.

Le département comptait en 2010 : 1 309 assistantes maternelles avec une capacité d'accueil de 3 997 places.

La mobilisation de la PMI a permis d'impulser une augmentation substantielle des agréments et du nombre de places proposées.

En 2013, le département comptait 1 665 assistantes maternelles et quatre maisons d'assistantes maternelles proposant un potentiel de 4 776 places.

L'enjeu territorial est complexe concernant les secteurs ruraux faiblement peuplés :

> comment concilier offre d'accueil et satisfaction des besoins de la population active installée dans les zones où l'habitat est dispersé ?

Le désenclavement et la revitalisation des territoires sont des objectifs départementaux (cf. le Pacte Territorial pour l'Avenir de l'Aude 2030).



PAROLES D'ACTEURS

> Les chiffres à disposition permettent de constater un départ massif des 17/24 ans et une insertion très faible des 18/25 ans.

> S'intéresser à la question de la jeunesse ne peut s'affranchir d'une réflexion sur la parentalité.

> La réalité de l'offre de services sur les territoires ne répond pas toujours aux attentes des enfants/jeunes.

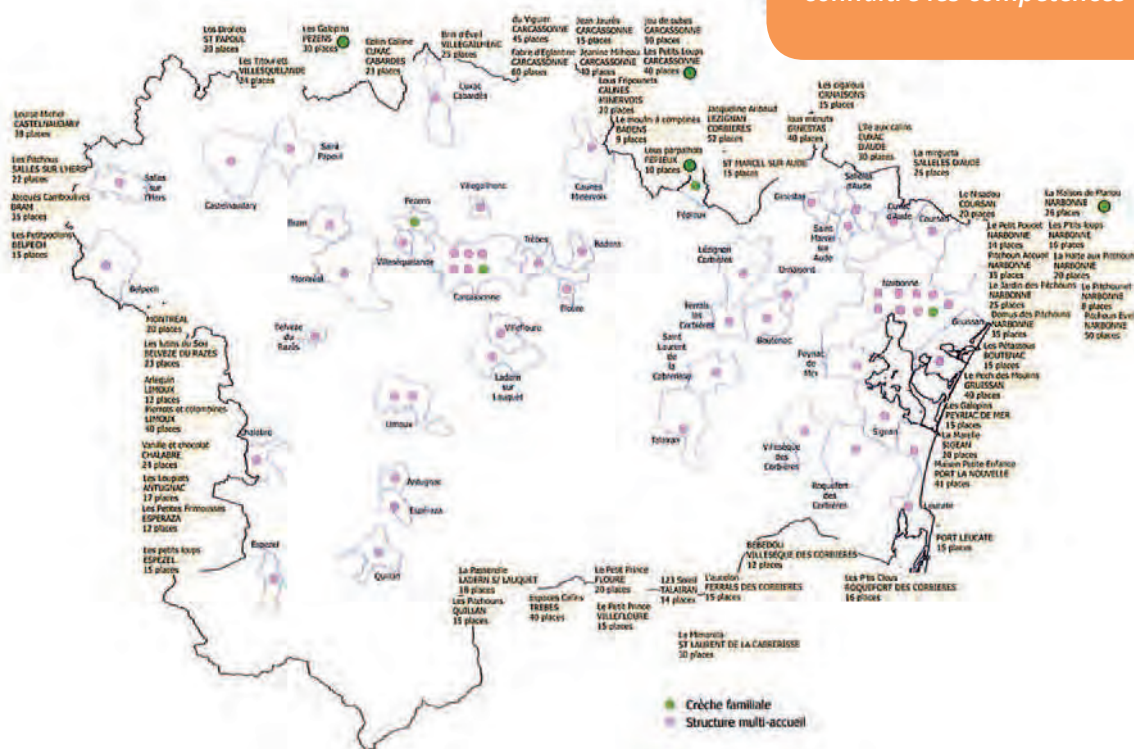
> On fait le constat d'un « millefeuille » de compétences jeunesse entre les différentes institutions et d'un manque de communication autour des politiques des collectivités publiques à destination des jeunes.

> La mobilité qui permet aux jeunes d'accéder à l'offre de service est un problème dans l'Aude. Le département est à désenclaver pour tout ce qui concerne l'accès aux formations, à l'emploi, aux loisirs, aux soins, aux systèmes de garde, etc.

> La réflexion sur les jeunes pose aussi une question intergénérationnelle, puisque l'Aude est un département avec une forte population de personnes âgées.

> Il faut définir un projet commun autour de la jeunesse pour fédérer et reconnaître les compétences de chacun.

Établissements d'accueil pour jeunes enfants



1-enjeux sociaux du territoire

1.3. Cohésion sociale/Précarité

La cohésion sociale reflète la capacité de la société à assurer le bien-être de tous et d'éviter les disparités. Elle permet de déterminer l'intensité du lien social et la qualité de vie des personnes sur un territoire.

Sa recherche anime l'action publique en matière de développement social, de solidarité et de promotion de l'égalité.

Données de cadrage

Niveau de vie, revenus, minima sociaux, taux de pauvreté sont des indicateurs qui permettent à la collectivité de prendre la mesure des disparités et de la précarité.

en deux effectifs égaux place l'Aude en 2010 au 3^e rang le plus bas sur les 96 départements de la France métropolitaine.

En 2012, l'Aude est devenue le second département le plus pauvre de France après la Seine-Saint-Denis.

L'observatoire national des inégalités et le comparateur des territoires précisent à quel point les écarts se creusent : en 2011, le seuil de pauvreté était estimé à 977 € par mois.

En France, plus de 8,7 millions de personnes étaient en dessous et la moitié avait un niveau inférieur à 790 € par mois.

Le taux de pauvreté s'élève en moyenne en France à 7,8 %. Celui de l'Aude est de 12,3 % (www.inegalites.fr - 13/06/2013).

Stratégie de la cohésion sociale : l'accès aux droits sociaux est une préoccupation constante pour tenter de réduire les disparités de revenu et les inégalités de situation, restaurant dignité et citoyenneté.

Conscient des enjeux, le Conseil général a augmenté le budget de la Solidarité de 7,73 % pour l'année 2014, en lien notamment avec la hausse du nombre de bénéficiaires du RSA (plus 1 000 en 2013 et plus 700 attendus en 2014), l'augmentation des dépenses d'hébergement des personnes âgées aux ressources modestes et des dépenses relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les moyennes départementales affichent de forts contrastes avec les moyennes nationales : le niveau de vie médian qui partage la population

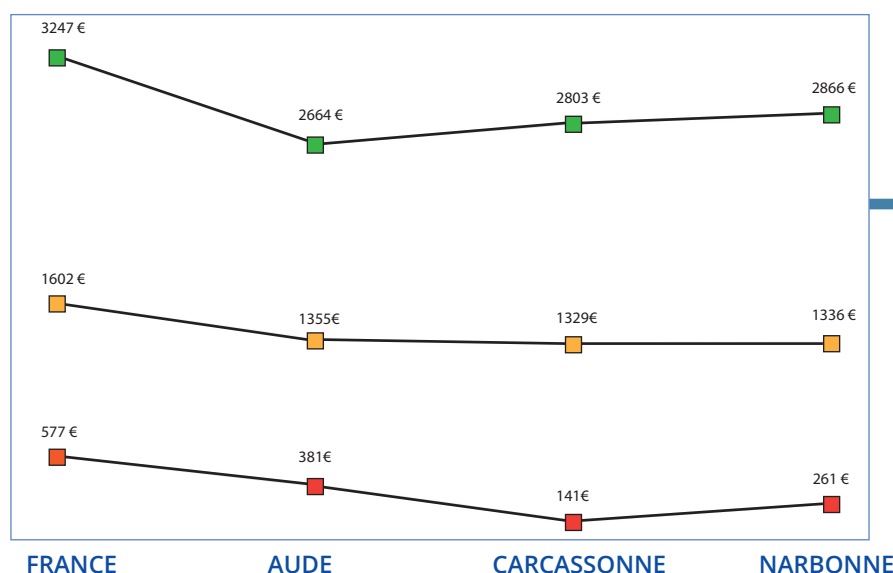
Département	Niveau de vie médian (en €)	Rang
Aude	17 014	3
Gard	17 852	16
Hérault	18 213	34
Lozère	18 154	30
Pyrénées-Orientales	17 349	6
Province	18 861	
France métropolitaine	19 271	

Niveau de vie médian des ménages, 2010

10 % les plus riches

revenu médian

10 % les plus pauvres



Gazette des communes, comparateurs des territoires, INSEE 2011



	Part des allocataires de l'AAH, de l'ASS ou du RSA socle dans la population des 15 à 64 ans		Part des allocataires du minimum vieillesse dans la population de 60 ans et plus	
	(%)	Rang	(%)	Rang
Aude	10,9	95	4,7	82
France métropolitaine	6,4		3,5	

Allocataires des minima sociaux au 31/12/2010

	RSA socle	RSA total
Aude	8,1 %	10,4 %
France de province	4,6 %	6,4 %
France métropolitaine	4,6 %	6,3 %

Pourcentage de la population couverte par le RSA au 31/12/2011

	Bénéficiaires de la CMUC	Rang
Aude	9,3 %	89
France métropolitaine	6,0 %	

Bénéficiaires de la CMU Complémentaire en % de la population totale au 31/12/2011

Outils de lutte contre la précarité, l'Aude est particulièrement concernée par le versement des minima sociaux, comme l'atteste son classement concernant la part des bénéficiaires de l'AAH, l'ASS, du RSA, du minimum vieillesse et de la CMU complémentaire (95, 82 89 sur les 96 départements de la France métropolitaine).



“ PAROLES D'ACTEURS

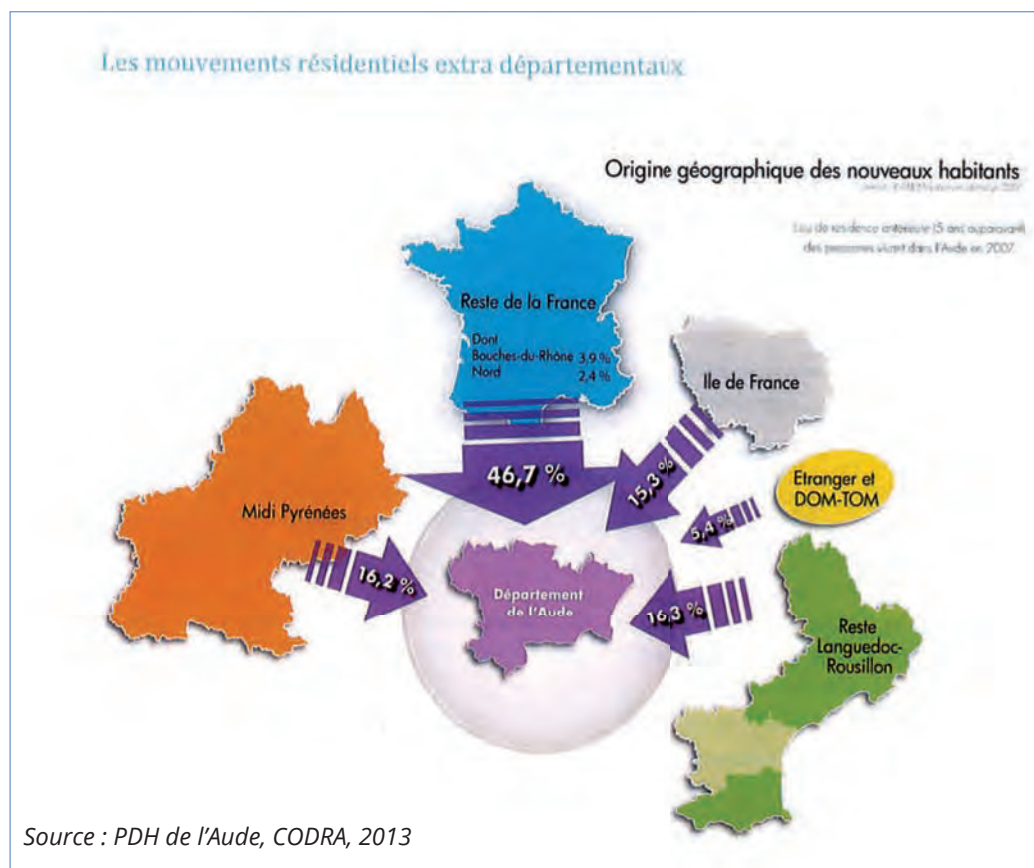
- > La cohésion sociale est fondée sur la reconnaissance de la personne en tant que citoyen.
- > La cohésion sociale est fondée sur des facteurs essentiels tels que le logement.
- > La cohésion sociale c'est le vivre ensemble.
- > L'accès aux droits et aux services publics fait partie intégrante de la notion de cohésion sociale.
- > La cohésion sociale impose une réflexion sur la notion d'intégration des personnes.
- > La cohésion sociale est une construction collective.
- > La cohésion sociale peut se définir comme étant une vision du vivre ensemble, un effort constant de maintien des liens, dans le respect et la reconnaissance de chacun dans sa « micro-société ». Il est important que le citoyen trouve sa place dans un maillage fin du territoire (en termes de services). Les éléments forts de maintien de la cohésion sociale sont l'existence de lieux d'expression, le maintien des services publics et le respect des modes de vie.

1-enjeux sociaux du territoire

1.4. Logement

La croissance démographique liée au solde migratoire positif ne s'est pas réalisée dans les mêmes proportions d'un bassin d'habitat à l'autre, même si tous ont connu un gain de population. Le Carcassonnais qui représente 33 % de la population audoise et le Narbonnais qui représente 34 % en sont les premiers bénéficiaires.

Données de cadrage



On vient de toute la France s'installer dans l'Aude. Le département est devenu un nouvel espace d'évolution résidentielle dans l'arc méditerranéen.

Concernant les nouveaux habitants :

- > 33,9 % se sont installés dans le bassin d'habitat du Narbonnais. Ils viennent essentiellement de la région Languedoc-Roussillon : c'est le territoire d'attractivité d'évidence entre tropisme littoral et zone urbaine en développement.

- > 28,4 % se sont installés dans le pays Carcassonnais qui comporte des atouts et une attractivité plus abordable pour les ménages en évolution résidentielle, notamment les retraités.

- > 13,1 % dans le Lauragais, qui est marqué par l'arrivée de ménages provenant de la région Midi-Pyrénées, une stratégie contre le surenchérissement du foncier.

- > 12,7 % résident en Corbières-Minervois
- > 11,9 % se sont installés dans la Haute-Vallée de l'Aude.

Toutefois, les mouvements résidentiels sont aussi importants à l'intérieur du département.

Le Carcassonnais est le territoire qui accueille le plus de ménages originaires de l'Aude. Sa position centrale au cœur du département le rend davantage attractif auprès des bassins d'habitats ruraux environnants du Lauragais et de la Haute-Vallée.

Le pays Corbières-Minervois apparaît comme un réceptacle des pressions démographiques qui accueille en provenance du littoral narbonnais puis du Carcassonnais. Sa position d'entre deux, le long de la vallée, lui confère des atouts résidentiels.



≤ 60 %		60 %-100 %		100 %-130 %		> 130 %	
compatible PLAi		compatible PLUS		compatible PLS		pas compatible HLM	
Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
60 422	39 %	45 100	29 %	21 562	14 %	26 734	17 %

Niveau des revenus en 2009 des Audois par rapport aux plafonds HLM

FORT INDICATEUR SOCIAL

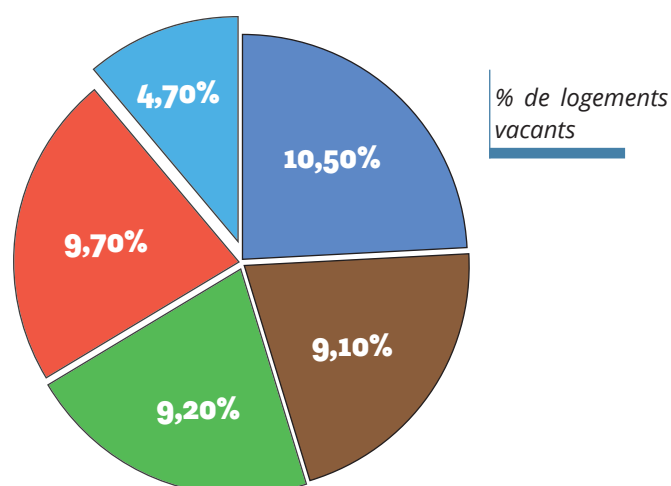
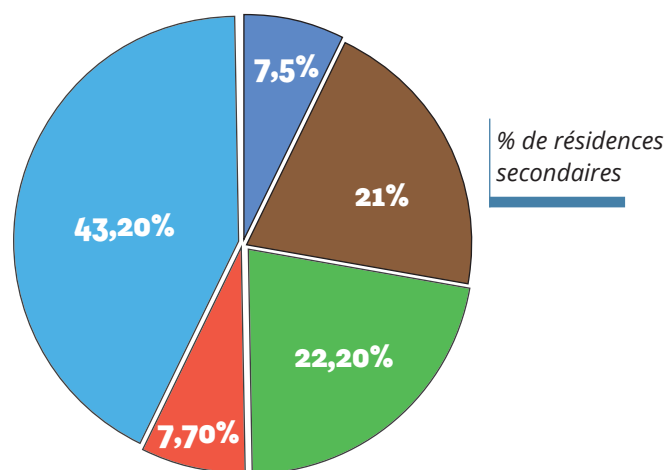
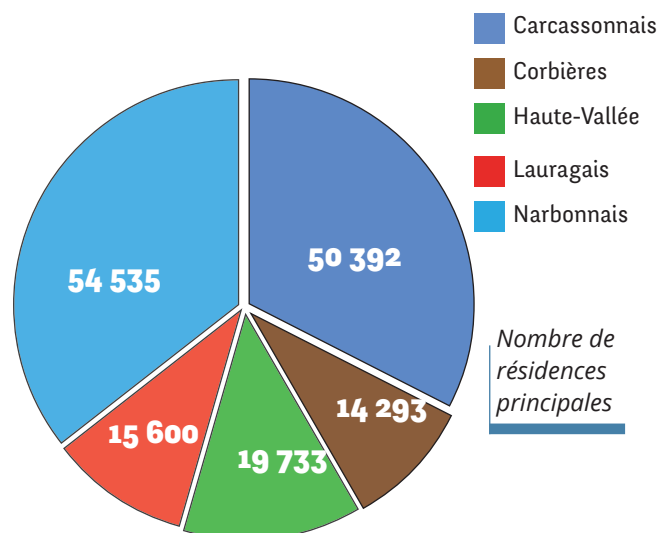
68 % des ménages audois pourraient prétendre à un logement aidé.

La dimension socio-économique des ménages est un facteur influant le développement de l'offre de logement. Plus les ménages ont des ressources moyennes ou faibles, plus ils ont besoin d'une offre adaptée à leurs ressources.

L'évolution de la composition des ménages génère aussi une adaptation des besoins. Décohabitation des jeunes, séparation des familles, monoparentalité, isolement, vieillissement de la population nécessitent la production ou la transformation de logements. Les logements vacants dans l'Aude sont souvent anciens : plus d'un logement sur deux date d'avant 1948 (57 %) ; Ils sont aussi le fruit de programmes de défiscalisation en surproduction.

Le fort taux de logement vacants dans le Carcassonnais notamment (10,5 %) interroge quant à l'adéquation entre l'offre actuelle et le besoin de la population.

Un aspect pris en compte par le Plan Départemental de l'Habitat dans ses orientations d'octobre 2013.



Nombre de logements par bassin d'habitat	Total logements 2008	Évol. total 1999-2008	Nb de résidences principales	% résidences secondaires	% logements vacants
Carcassonnais	61 488	18 %	50 392	7,5 %	10,5 %
Corbières	20 439	17 %	14 293	21 %	9,1 %
Haute-Vallée	28 754	13 %	19 733	22,2 %	9,2 %
Lauragais	18 876	16 %	15 600	7,7 %	9,7 %
Narbonnais	104 649	16 %	54 535	43,2 %	4,7 %
Aude	234 206	16 %	154 553	26,5 %	7,6 %

1-enjeux sociaux du territoire

La part des propriétaires de résidences principales est majoritaire (59 %). Il s'agit principalement de logements individuels en lien avec le caractère rural du département.

Propriétaires et locataires par bassin d'habitat -2009	% de propriétaires	% de locataires HLM	% de locataires secteur privé	% autres
Carcassonnais	61	10	26	4
Corbières	73	3	19	5
Haute Vallée	69	4	21	7
Lauragais	63	5	27	5
Narbonnais	30	11	26	4
Aude	59	10	28	3

Propriétaires et locataires, 2009

Le pourcentage de locataires du secteur privé est trois fois supérieur au locatif social, pourtant 83 % des locataires du parc privé ont des ressources théoriquement compatibles avec l'entrée en locatif aidé.

Le parc locatif privé joue actuellement le rôle de parc social mais pour quelle offre de logements ?

	% de logements inconfortables
Carcassonnais	5%
Corbières-Minervois	14%
Haute Vallée de l'Aude	7%
Lauragais	5%
Narbonnais	7%
Aude	7%

La vacance des logements est aussi à mettre en corrélation avec l'inconfort : 28 % du parc vacant est en mauvais état de confort soit 7 398 logements dont l'état général est reconnu au classement cadastral d'état général médiocre à très médiocre (délabrement, déféctuosité, exigüité, absence d'eau courante, de locaux d'hygiène, de chauffage central.)

Les logements les plus inconfortables sont plus fortement présents en Corbières-Minervois, dans la Haute Vallée de l'Aude et sur le Narbonnais. (cf. carte du PPPI-page 21)

Les actions mises en place :

Le Fonds Unique au Logement (FUL)

	Aides accordées	Montant	Montant moyen
Accès	2 550		
Dettes de loyer	250	225 135 €	900 €
énergie	3 522	1 007 828 €	286 €
eau	1 601	351 210 €	219 €

Montant des aides accordées en 2013 au titre de l'aide au maintien dans le logement.

Le Fonds Unique au Logement concerne environ 10 500 personnes par an et accorde une aide à 75 % d'entre elles.

> pour les aides à l'accès au logement : 3 500 personnes concernées en 2012, le public type est une personne isolée (avec ou sans enfant) entre 35 et 50 ans, dont les ressources se situent en deçà du niveau de pauvreté. Le montant moyen de l'aide est de 472 €.

> 250 personnes ont été aidées pour le paiement de dettes de loyer pour un montant moyen de 900 € par foyer.

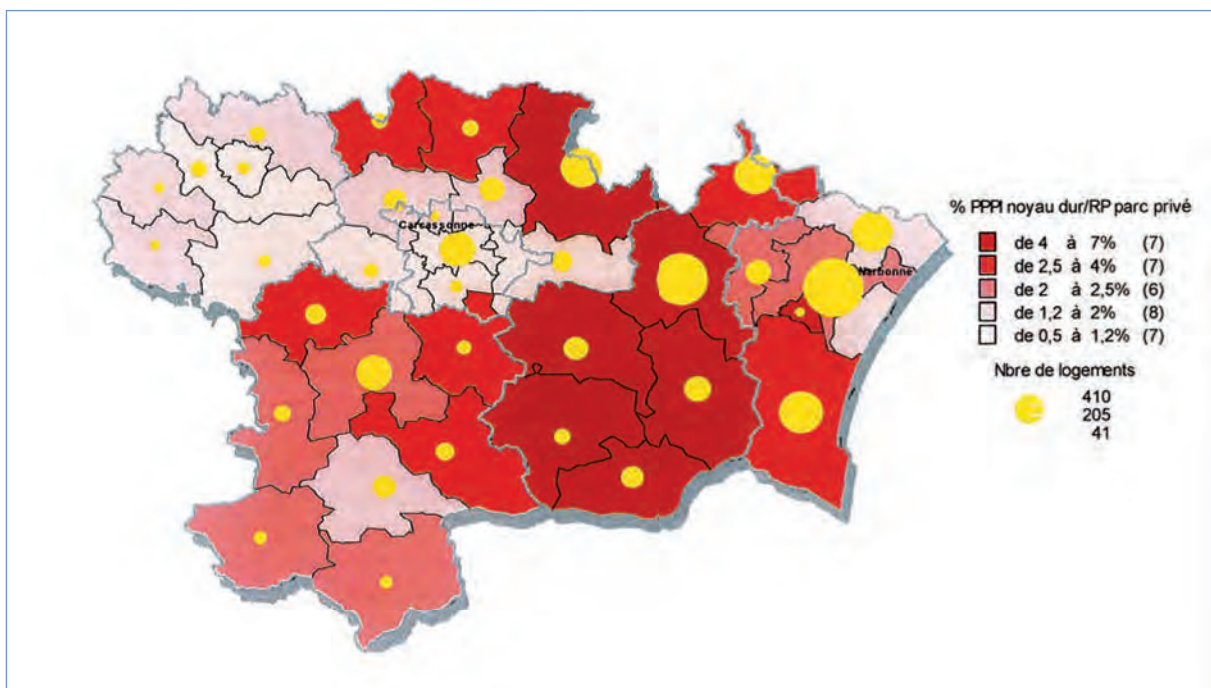
> 4 500 personnes ont sollicité une aide au paiement de l'énergie : 3 500 ont été aidées, pour un montant moyen de 286 €.

> concernant l'eau, 2 600 personnes ont formulé une demande, 1 600 personnes ont été aidées pour un montant moyen de 219 €.

Le FUL finance aussi l'accompagnement social lié au maintien dans le logement, le nombre de mesures a diminué depuis la mise en place des MASP (*mesures d'accompagnement social aux prestations*), 61 pour l'année 2012.

Le PDALPD (*Plan Départemental d'Actions pour le logement des Personnes en Difficulté*) cosigné par le Préfet et le Président du Conseil général, vise à développer l'offre de logement adapté aux publics, d'un point de vue quantitatif et qualitatif, et à les accompagner dans leur accès au logement, y compris par la solvabilisation, et à éviter les ruptures pour les plus fragiles d'entre eux.

Il a permis la mise en place d'une cellule MOUS habitat indigne, qui finance une expertise des logements locatifs signalés comme indignes, permettant de déclencher des travaux aux frais du propriétaire.



Carte du PPPI, pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne ou très dégradé

“ PAROLES D'ACTEURS

> Il apparaît indispensable d'essayer de lutter contre le renchérissement du prix du foncier.

> L'objectif nous semble devoir être de permettre à chacun d'avoir un parcours logement adapté aux différentes étapes de sa vie, ce parcours se concevant comme un ascenseur social ne délaissant pas certains publics. On entend un logement durable comme adapté à toutes les étapes de la vie, sans être le même logement.

> Il apparaît nécessaire d'intervenir en soutien de la construction de logements HLM, le parc privé à faible coût étant souvent de fait de piètre qualité.

> Il y a nécessité de créer du logement adapté notamment pour les personnes âgées et personnes handicapées, y compris grâce à un accompagnement social adéquat.



2-NOS PUBLICS

La situation géographique de l'Aude entre les deux métropoles régionales influentes de Montpellier et Toulouse ne produit pas suffisamment de synergie sur l'activité économique et la création d'emploi.

Par contre, l'Aude devient un territoire de repli pour les populations pour qui le coût de la vie est devenu trop cher dans les agglomérations régionales.

Les emplois dans l'Aude se situent essentiellement dans les services, le chômage progresse. La population audoise est marquée par les difficultés sociales :

- le revenu net déclaré par foyer fiscal en 2010 est inférieur de 8,1 % à la moyenne régionale et de 20,5 % à la moyenne nationale (*données INSEE 2013*)

- 6 % de la population est bénéficiaire du RSA à titre allocataire, avec une grande disparité sur les territoires : par exemple dans les quartiers ZUS de Carcassonne, 22 % des habitants sont bénéficiaires du RSA

- des revenus plus bas que la moyenne pour les retraités

- une taille des ménages très basse : 2,2 personnes en moyenne.

En 2013, globalement sur l'ensemble de l'activité des centres médico-sociaux, ce sont 47 113 usagers qui ont été rencontrés.

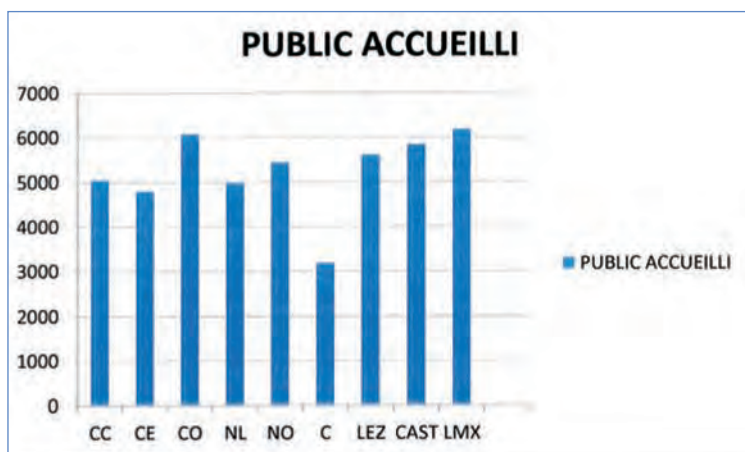
Un public dont la précarité est croissante, que l'on peut appréhender sur l'évolution des demandes d'aides financières des trois dernières années :

- en 2011 : il y a eu 11 347 demandes (6 839 familles avec enfants et 4 508 sans enfant) pour 1 426 refus. 7 618 enfants ont été aidés dans le cadre d'une première demande.

- en 2012 : il y a eu 11 572 demandes (7 183 familles avec enfants et 4 389 sans enfant) pour 1 576 refus. 8 400 enfants ont été aidés dans le cadre d'une première demande.

- en 2013 : il y a eu 12 097 demandes (7 508 famille avec enfants et 4 589 sans enfant), pour 1 785 refus, 8 877 enfants ont été aidés dans le cadre d'une première demande.

2.1. Évolution



INDICATEUR SOCIAL

En deux ans, les demandes d'aides financières ont augmenté de 6,60%, les refus ont augmenté de façon exponentielle +25,17%, mais les aides dans le cadre des premières demandes ont concerné 1259 enfants supplémentaires soit une augmentation de +16,52 %.

On observe une démarche globale qui vise la maîtrise des dépenses et tend à prioriser les familles avec enfants. (À mettre en corrélation avec les publics les plus précaires : les familles monoparentales, les jeunes relevant davantage du FAJ).

	Parmi l'ensemble des enfants	Parmi les enfants vivant dans une famille monoparentale	Parmi les enfants vivant avec un couple parental
Aude	15,7	43,6	7,8
France métr.	9,3	31,1	4,6

Part des enfants dont les parents n'ont pas d'emploi et ne sont ni retraité, ni étudiant



CHIFFRES CLÉS de 2013 :

- > concernant le RSA, 19 605 bénéficiaires au 31/12/2013 au titre allocataire, couvrant 41 035 personnes.
- > une assistante sociale gère en moyenne 50 bénéficiaires du RSA en qualité de référent insertion socio-professionnelle.
- > 556 familles sont suivies dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance, correspondant à 927 enfants et 120 majeurs jusqu'à 21 ans.
- > 310 signalements concernant des personnes adultes vulnérables ont été évalués.
- > 346 informations préoccupantes ont été évaluées en matière de Protection de l'Enfance.
- > 6 519 familles avec enfants ont reçu une aide financière.
- > 4 112 personnes seules ou en couple ont été aidées financièrement.

PAROLES D'ACTEURS

- > *On constate, dans les Centres Médico-Sociaux du département, une hausse des demandes d'aide financière. Il est de plus en plus difficile de monter des projets tant les problématiques sont multiples (emploi, logement, santé, etc.) ; Les profils sont de plus en plus complexes.*
- > *Pour les publics « enfants », les problématiques sont de plus en plus nombreuses et nécessitent des prises en charge adaptées.*
- > *Dans le domaine de la dépendance, l'apparition de nouvelles attentes modifie les pratiques (besoin de stimulation des malades d'Alzheimer).*
- > *Accroissement des difficultés financières, méconnaissance des droits... autant d'éléments qui expliqueraient la dégradation de vie des personnes âgées.*
- > *Les jeunes peuvent connaître une exclusion sociale avec des temps non scolaires passés dans la rue, sans réel support éducatif.*

2.2. Handicap psychique

Selon la définition de l'OMS : « sous le terme de handicap psychique, on entend les conséquences de troubles relationnels de l'individu vis-à-vis de lui-même et de son entourage. Il peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais le plus souvent est la conséquence d'une maladie psychiatrique ».

Le handicap psychique génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale. Il s'agit d'un état durable ou épisodique avec des périodes de rémission possible, avec ou sans altération des facultés mentales.

Les conséquences au quotidien peuvent se traduire par :

- > des troubles de la mémoire et de la concentration
- > des difficultés à communiquer, des troubles de la parole
- > un discours ambivalent, discordant
- > des attitudes et des comportements inadaptés au contexte.

La notion de handicap psychique interroge la situation sociale des personnes souffrant de troubles à la croisée du champ social et des champs de la santé mentale et du handicap.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît le handicap psychique et pose le principe du droit à compensation reposant sur la solidarité nationale.

Cette approche permet d'interroger les difficultés dans la vie quotidienne et sociale des personnes présentant des troubles psychiques en mettant en avant l'idée de limitation d'activité et ou de restriction de participation à la vie en société subie par ces personnes dans leur environnement.

DONNÉES NATIONALES :

Il est difficile de chiffrer le nombre de personnes atteintes de troubles psychiques tant la définition de ce handicap est complexe.

- 30 % des français seraient concernés par un problème plus ou moins grave de trouble psychologique. Il est impossible de déterminer la part des personnes dont l'altération psychique entraîne un handicap réel, l'UNAFAM estime qu'1 % des français seraient touchés soit 600 000 personnes environ dont la moitié auraient des troubles graves psychotiques.

2-NOS PUBLICS

• Le rapport de l'IGAS (août 2011) sur la prise en charge du handicap psychique indiquait qu'une demande sur quatre d'AAH (Allocation Adulte Handicapé) était motivée par une déficience du psychisme, pour les 3/4 des demandes un taux d'invalidité supérieur à 50 % est reconnu, et rejoint l'estimation globale de l'UNAFAM.

CHIFFRES CLÉS DE LA MDPH

(Maison Départementale des Personnes Handicapées)

- > 973 personnes handicapées sont reçues en moyenne par mois
- > 2 009 appels téléphoniques en moyenne reçus mensuellement
- > 9 015 personnes ont déposé au moins une demande
- > 21 705 demandes dont 1 834 au titre de la Prestation Compensatoire du Handicap
- > 30 893 décisions dont 1 755 PCH.

(Chiffres 2013, tous handicaps confondus)

Des problèmes concrets interfèrent dans les pratiques professionnelles : comment intervenir auprès de personnes qui ne se reconnaissent pas malades ? Ou que l'environnement ne reconnaît pas malade ? Comment gérer les troubles de comportement ou manifestations de violence ?

Seuls lieux d'accueil ouverts à tous les publics, les centres médico-sociaux et la MDPH deviennent parfois le réceptacle des troubles et des violences.

- > formation des agents à la gestion de la violence et du stress
- > protocole des incivilités et protection fonctionnelle des agents
- > interventions des agents de sécurité sur site

Autant de mesures pour soutenir le quotidien des professionnels, car la nécessité d'une articulation des interventions médico-sociales avec le secteur psychiatrique est posée, mais les difficultés pour la mettre en œuvre sont réelles.

Concernant la prise en charge, les difficultés existent dès la petite enfance dans le cadre du dépistage, mais aussi en termes de places adaptées insuffisantes pour l'accueil des jeunes enfants, des adolescents à problématiques multiples, des jeunes adultes ou des personnes handicapées vieillissantes.



PAROLES D'ACTEURS

- > Où commence le handicap psychique ?
- > L'enjeu de la prise en charge du handicap psychique reste le maintien du lien social pour les personnes concernées, pour un plein exercice de leur citoyenneté, et ce tout au long de leur vie.
- > Plusieurs difficultés se posent : la volatilité de l'usager, la difficulté éprouvée à assurer une prise en charge tout au long de la vie, le dépistage et la prise en charge précoce des enfants, le manque de structures d'accueil spécialisées, le manque de solutions de répit pour les familles.
- > La place de l'Éducation Nationale est importante.
- > Comment répondre aux attentes des personnes handicapées mais qui ne se reconnaissent pas (ou dont la famille ne les reconnaît pas) comme telles ?
- > Il existe un problème de formation des professionnels pour accompagner ce type de public.
- > Le partenariat est un élément important de la solution.
- > Il faudrait formaliser des protocoles au niveau des institutions pour dépasser les réseaux entre personnes.
- > Parfois l'acteur de terrain est usé, et doit être remplacé, car un autre regard est alors nécessaire sur les situations.



2.3. Insertion professionnelle

La loi du 13 août 2004 prévoit que « *Le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent* ».

Il intervient dans le respect des compétences exercées par l'État et les autres collectivités. Le Département, chef de file de l'action sociale et de l'insertion, doit assurer le pilotage d'une politique d'action sociale et d'insertion concertée.

La loi du 1^{er} décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion confirme la compétence des Départements dans ce domaine.

Dans cette perspective, le partage des compétences est redessiné par la loi :

- > le Président du Conseil général conduit la politique d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA

- > l'État et Pôle Emploi sont en charge de la politique de lutte contre le chômage et d'aide à l'accès à l'emploi

- > la Région est responsable de la formation.

Le Programme Départemental d'Insertion définit la politique du Département de l'Aude pour l'accompagnement social et professionnel des personnes éloignées de l'emploi, principalement les bénéficiaires du RSA. Il recense les besoins d'insertion et l'offre locale d'insertion. Il planifie les actions d'insertion départementales.

Pour la mise en œuvre du programme départemental d'insertion, le Département conclut avec les parties intéressées un pacte territorial d'insertion (PTI).

Le PTI fixe le cadre dans lequel les différents partenaires de l'action publique relative à l'insertion et à la formation doivent négocier un socle d'objectifs partagés, contribuant à une plus grande efficacité des différentes interventions publiques :

- > définir les principes et l'organisation de la coordination entre les acteurs, dans le respect des compétences propres à chaque institution, afin d'améliorer le maillage des réponses aux besoins des usagers

- > établir des partenariats autour d'objectifs partagés, facilitant la mise en place d'actions adaptées

- > organiser l'évaluation des actions.

Cinq enjeux sous-tendent la mise en œuvre de la politique d'insertion dans l'Aude :

- > préserver la cohésion sociale :

- favoriser l'accès au droit

- adapter l'offre d'insertion pour mieux mobiliser les publics les plus fragiles - jeunes ou adultes - vers une démarche d'insertion sociale ou professionnelle

- > veiller au développement équilibré de l'offre sur les territoires, en fonction des besoins identifiés et pour cela organiser l'accueil des usagers au plus près de leurs territoires de vie, s'appuyer sur les ressources de chaque territoire et privilégier l'expérimentation

- > contribuer au développement de l'offre d'emploi, à partir des compétences départementales

- > optimiser et mutualiser les moyens :

- définir un socle d'objectifs partagés portés conjointement

- mettre en cohérence les interventions au profit des usagers, dans le respect des compétences des acteurs sociaux concernés

- observer pour mieux évaluer l'impact des actions

- > instaurer des modalités de gouvernance partagée et respectueuse du rôle de chacun.

2-NOS PUBLICS

Les objectifs du Programme Départemental d'Insertion se déclinent en quatre axes et quinze mesures :

Axe 1 : Accompagner tout au long du parcours

Avec pour objectif d'accueillir, d'orienter et de mobiliser les bénéficiaires du RSA vers une démarche d'insertion adaptée pour amorcer dès le début du parcours, une dynamique d'accès à l'emploi lorsque cela est possible.

Axe 2 : Prévenir l'exclusion et mobiliser vers l'insertion

Les actions mises en œuvre visent à éviter la dégradation des situations, à favoriser le lien social et la mobilisation des personnes par la mise en place d'actions collectives. Elles contribuent également au règlement des difficultés périphériques générées par la reprise d'emploi, notamment les questions de mobilité ou de garde d'enfants.

Axe 3 : Préparer à l'emploi

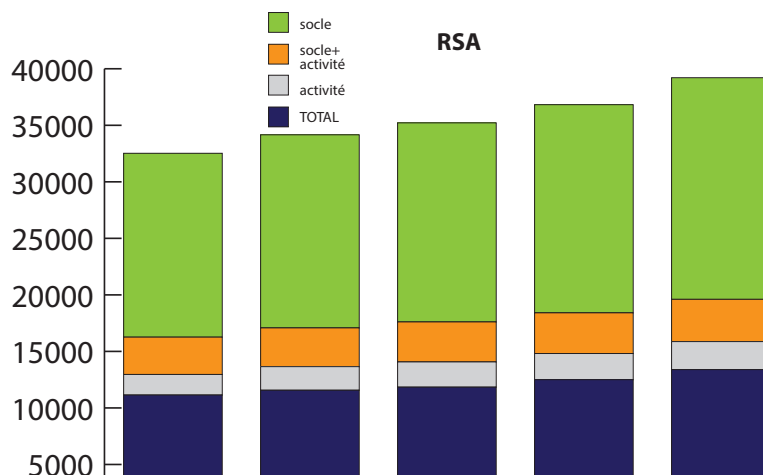
Les actions d'accompagnement, de formation et de mise en situation de travail de cet axe visent l'acquisition d'un socle de compétences nécessaires pour accéder à un emploi durable.

Axe 4 : Contribuer à l'accès à un emploi

Les actions de cet axe ont pour objectif de susciter le développement d'une offre d'emplois pérennes :

- > augmentation du nombre de contrats aidés pour les bénéficiaires du RSA
- > développement de l'offre de contrats d'apprentissage pour les jeunes demandeurs d'emploi au sein de la collectivité départementale
- > poursuite et renforcement de l'application des clauses d'insertion dans les marchés publics du Conseil général et appui technique aux partenaires qui souhaitent faire de même.
- > soutien aux projets d'activité d'économie sociale et solidaire permettant le développement d'une offre d'emplois non délocalisables, pour des publics qui en sont exclus.

Données de cadrage



	Socle	Socle + Activité	Activité	TOTAL
31/12/2009	11 143	1 818	3 301	16 262
31/12/2010	11 567	2 086	3 427	17 080
31/12/2011	11 840	2 231	3 537	17 608
31/12/2012	12 499	2 315	3 598	18 412
31/12/2013	13 391	2 478	3 736	19 605

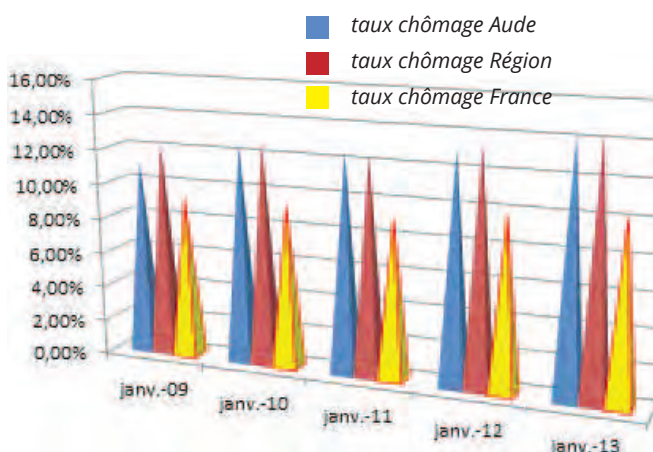
évolution du nombre de RSA socle, socle + activité, activité sur cinq ans

FORT INDICATEUR SOCIAL

En 2013, le RSA enregistre dans l'Aude sa plus forte augmentation du nombre de bénéficiaires : + 1 193 personnes, l'augmentation moyenne des quatre années précédentes était de + 717 personnes. Concernant 2014, les perspectives se situent autour de 700 bénéficiaires supplémentaires. Une réalité prise en compte dans le Programme Départemental d'Insertion avec un enjeu : comment aider les bénéficiaires à sortir du dispositif et accéder à l'employabilité ?

<i>Demandeurs d'emploi de longue durée (DELD)</i>	/total des DE	/total des 15 à 64 ans	/total des 15 à 24 ans	/total des 25 à 49 ans	/total des 50 à 64 ans	/hommes de 15 à 64 ans	/femmes de 15 à 64 ans
<i>Aude</i>	36,3 %	4,9 %	2,1 %	6,2 %	4,4 %	4,7 %	5,1 %
<i>France métro.</i>	37,7 %	4,0 %	1,7 %	5,0 %	3,7 %	4,0 %	4,0 %

Taux de demandeurs d'emploi de longue durée (plus d'un an) au 31/12/2011



évolution du taux de chômage sur cinq ans

Par ailleurs, le taux de chômage est en progression dans l'ensemble du Languedoc-Roussillon au-delà de la moyenne nationale. Comment concilier employabilité et emploi dans le département, s'il n'y a pas suffisamment d'offres ?

Concernant l'insertion professionnelle des personnes handicapées :

L'activité des Référénts d'Insertion Professionnelle au sein de la MDPH a augmenté de 46 % par rapport à 2012.

- > 3188 personnes ont vu leur parcours professionnel examiné par les RIP, dont 48 % de femmes.
- > 70 % ont entre 40 et 59 ans
- > 2129 personnes sont concernées par l'Évaluation de la Restriction Substantielle et Durable d'Accès à l'Emploi, ce qui représente 67 % de l'activité des RIP
- > 2027 personnes ont été orientées vers le marché du travail
- > 476 vers le milieu protégé
- > 86 vers la formation professionnelle.
- > une professionnelle du SIAS (*service d'accompagnement des sourds et des malentendants*) a assuré 247 journées de permanences et 268 accompagnements.



PAROLES D'ACTEURS

> Le modèle social étant fondé sur la notion d'intégration économique, la cohésion sociale consiste à lever des freins liés à l'emploi. Le lien avec l'emploi est vécu comme un impératif catégorique. Participer à la vie économique est une obligation d'insertion.

> L'offre d'emploi est peu importante et composée en grande partie d'emplois à durée déterminée. Elle ne permet pas de s'inscrire dans une dynamique positive sur le long terme. De plus, l'emploi saisonnier peut être pénalisant pour les bénéficiaires du RSA.

> On constate une démobilité des publics les plus éloignés de l'emploi, et ce phénomène touche désormais les plus jeunes.

> Parmi les publics accompagnés les plus en difficultés, on trouve des jeunes sans projet professionnel et sans qualification dans les métiers porteurs, des adultes confrontés à un déficit des savoirs de base, des personnes en situation de handicap.

> Ces difficultés sont renforcées par l'isolement et le manque de réseau relationnel, l'éloignement dans le temps entre la demande et la réponse apportée.

> Le besoin d'un accompagnement rapproché est important pour relancer la mobilisation. Il manque souvent un référent de parcours, qui mobiliserait les partenaires. Les parcours vers l'emploi sont des démarches qui prennent du temps.

3-NOS PRINCIPES

SOUTENIR Les services aux personnes sur tous Les Territoires

Le désengagement et la raréfaction des moyens de divers organismes sociaux conduit à réduire leur présence sur les territoires, en remplaçant parfois les accueils physiques par des dispositifs tels que les plateformes téléphoniques.

L'action sociale territoriale est organisée pour couvrir l'ensemble du département, au plus près des populations.

3.1. Accéder au service public, aux droits : un choix du Département

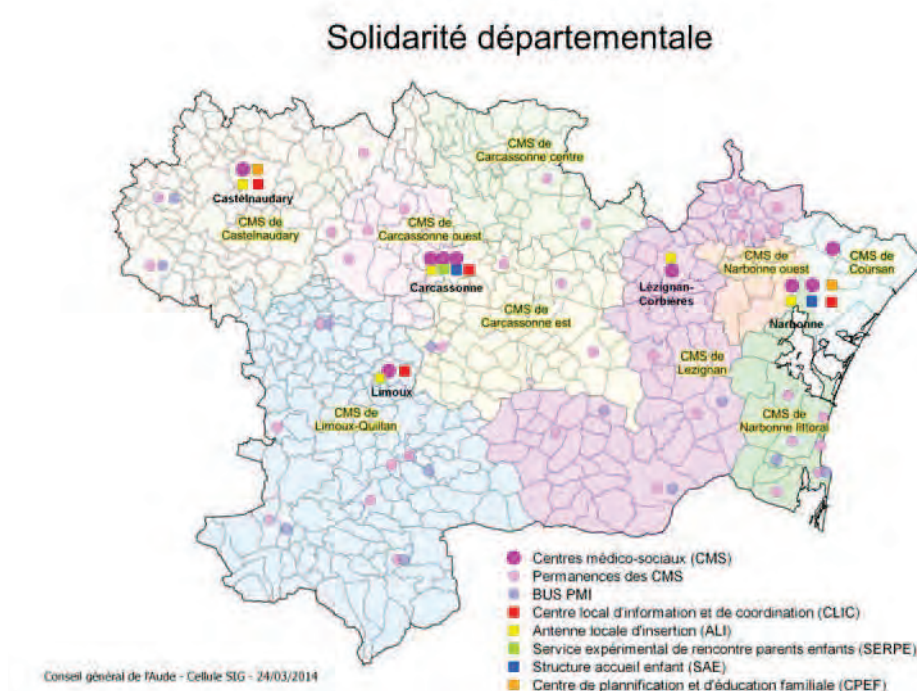
Neuf Centres médico-sociaux (CMS) sont actuellement implantés au cœur des territoires. Ils mettent en œuvre les missions d'intervention sociale auprès de toutes les personnes en difficulté, dans le cadre de la protection maternelle et infantile, de la protection de l'enfance, et de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA :

augmentation de la population. La création d'une antenne ou d'un dixième CMS est envisagé concernant Sigean.

L'exercice des compétences sociales est largement territorialisé.

Sur les quelques 910 agents du Pôle des Solidarités, environ 705 sont localisés sur les territoires dans les CMS :

- > neuf chefs de CMS et neuf adjoints
- > 354 agents qui ont accueillis, suivis ou accompagnés 3 926 personnes par mois en 2013 contre 3 160 personnes en 2011
- > 333 assistants familiaux permettent l'accueil de 509 enfants en continu et 122 places en relais et courts séjours.
- > deux conseillères conjugales et familiales interviennent sur Carcassonne et Castelnaudary, dans le cadre du Centre de Planification et d'Éducation Familiale.



- > trois CMS sont implantés sur Carcassonne et couvrent son bassin
 - > un CMS est implanté sur Castelnaudary
 - > le CMS de Limoux possède une antenne sur Quillan, l'enclavement de la Haute Vallée a été pris en compte.
 - > un CMS est implanté sur Lézignan pour couvrir le Pays Corbières-Minervois.
 - > deux CMS sont implantés sur Narbonne
 - > un est implanté sur Coursan

Enfin, l'attractivité du littoral a engendré une forte

En 2013, elles ont effectué 309 consultations et rencontré 366 jeunes au sujet de la contraception lors de 706 entretiens.

L'action sociale territoriale à destination des enfants, des jeunes, des familles, ou des personnes seules, ne s'exerce pas seulement au sein des CMS : 37 sites bénéficient en outre de permanences sociales et de consultations de nourrissons délocalisées (cf. carte p.29) qui assurent le maillage du territoire :

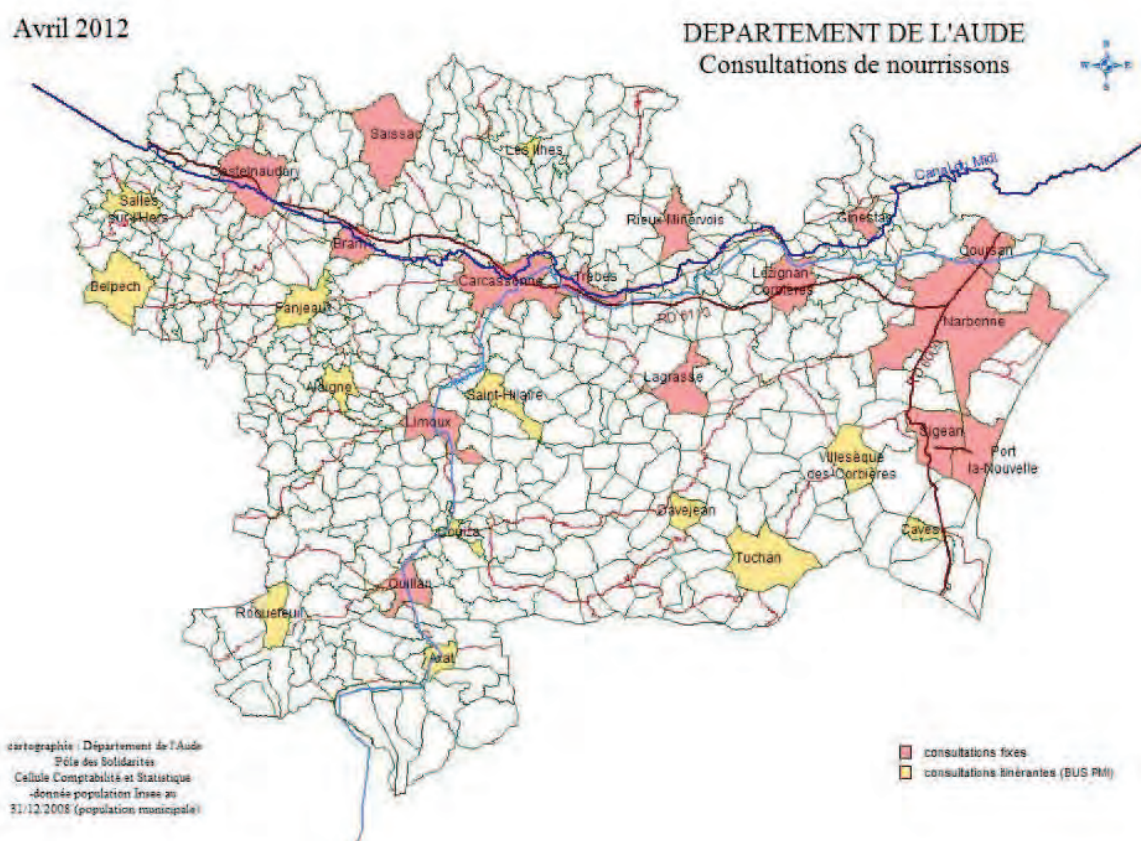


> 5 246 personnes ont été reçues ont été reçues dans le cadre de permanences extérieures en 2013

> 2 005 enfants ont été vus lors de consultations de PMI déconcentrées en 2013

> il faut aussi noter l'importance du nombre de visites à domicile concernant les publics les plus vulnérables ou qui ne peuvent se déplacer, soit 4 779 en 2013 auxquelles s'ajoutent 999 visites effectuées par le SIAS.

Un exemple de désenclavement du territoire : la consultation PMI itinérante



Partie de l'évaluation de la PMI, l'idée de permettre aux familles des zones les plus rurales d'accéder aux consultations s'est concrétisée, en 2012, par l'organisation d'une consultation itinérante avec un bus PMI.

Un camping-car a été aménagé en local de consultations. Celles-ci sont assurées par les médecins et les puéricultrices des CMS concernés par les communes.

La consultation itinérante est présente sur l'ensemble du territoire complétant l'offre de services (cf. carte p.28). Toutefois, des adaptations ont été réalisées plus en adéquation avec la fréquentation du public.

Les 12 sites retenus depuis septembre 2013 sont : Axat, Belpech, Belvèze-du-Razès, Caves, Couiza, Espezel, Port-Leucate, Saint-Hilaire, Salles-sur-l'Hers, Tuchan (2 demi-journées), Villesèquelande-des-Corbières et Villeneuve-Termenès.

Les communes de Caves, Tuchan, Axat et Espezel connaissent déjà un réel engouement avec un taux de fréquentation moyen de 4,8 enfants par consultation (sur 2 heures).

Ce dispositif innovant nécessite qu'on laisse le temps à la population de le connaître et de se l'approprier. Une évaluation régulière de la fréquentation et des caractéristiques de territoire permettra progressivement d'optimiser cette offre de service.



SOUTENIR LES SERVICES AUX PERSONNES sur tous les Territoires

Des services spécialisés sont aussi organisés sur les territoires :

Les ALI (Antennes Locales d'Insertion)

Cinq ALI sont implantées dans l'Aude : une par pays, regroupées en deux Territoires d'Insertion (est et ouest audois). Elles animent le réseau des acteurs locaux de l'insertion et assurent le suivi administratif des parcours d'insertion des bénéficiaires du RSA.

Les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) :

Cinq CLIC sont installés sur le département (*un par pays*). Ils assurent des missions d'accueil, d'information et d'orientation des personnes de 60 ans et plus.

Les CLIC sont des lieux d'accueil dédiés aux personnes âgées, à l'information de leur entourage et à leur orientation en fonction de leurs choix de vie. Ils organisent aussi l'animation avec les partenaires locaux.

Onze agents travaillent dans les CLIC représentant 10,2 ETP.



Indicateurs d'activité du service (si existant)	2012	2013
<i>Nombre total de bénéficiaires du service renseignés</i>	4 013	5 098
<i>Nombre de personnes de 60 ans et plus et leurs familles renseignés</i>	3 138	3 499
<i>Nombre de partenaires renseignés</i>	1 089	1 268
<i>Nombre de demi-journées pour les actions départementales et territoriales</i>	624	615,5



INDICATEUR SOCIAL

On note une forte progression globale du nombre de demandes de renseignements en rapport avec l'allongement de la durée de vie et le nombre croissant des personnes de plus de 60 ans, les demandes portent sur les problématiques suivantes :

- maintien à domicile des personnes âgées : aide à domicile, sortie d'hospitalisation, toilette médicalisée, télé sécurité, portage des repas, CESU, habitat, transport, professionnalisation et aidants familiaux
- hébergements : offre de services par zone gérontologique
- problématique générale : APA, maladie d'ALZHEIMER, signalements, mesures de protection, ASG, infos sur les dispositifs, aides financières, caisses de retraites, dossier MDPH
- item CLIC : programme des animations, guide des séniors



LA MAISON DÉPARTEMENTALE DU HANDICAP :

Organisée en GIP (*groupement d'intérêt public*), elle gère l'ensemble des missions et des droits à prestations ou compensation afférents au handicap.

C'est un lieu d'information, d'orientation pour les personnes handicapées et leur entourage familial. C'est aussi le lieu de traitement des demandes :

- de reconnaissance du handicap
- de prestations
- de compensation du handicap

La MDPH a aussi une mission d'animation en lien avec les partenaires et associations du réseau.

L'augmentation des demandes est croissante depuis la création de la MDPH en 2006.

En 2013, 21 706 sollicitations ont donné lieu à 30 893 décisions. Concernant l'accès aux droits dans le domaine du handicap : l'examen d'un dossier peut entraîner plusieurs décisions.

Spécificité structurelle : les usagers sont présents en amont dans les évaluations et représentés dans toutes les instances de décisions.

La MDPH est principalement installée sur Carcassonne. Son déploiement sur les antennes du Conseil général de Narbonne et de Castelnaudary est envisagé. Actuellement, le personnel médico-social chargé des évaluations se rend à domicile chaque fois qu'il est important de rencontrer la personne sur son lieu de vie, notamment dans le cadre de la PCH.



PAROLES D'ACTEURS

> Dans les services sociaux, l'accueil est une mission primordiale mais les professionnels de cette fonction ne sont pas des travailleurs sociaux et ne sont pas toujours formés aux différents dispositifs.

> Des difficultés récentes et importantes sont constituées par l'augmentation du nombre d'usagers, l'émergence des plateformes téléphoniques, le morcellement des dispositifs et la multiplicité des intervenants.

> Dans certaines zones rurales, il n'existe pas d'interlocuteur désigné. Le retrait et le regroupement de certains organismes augmentent les difficultés de déplacement et les lourdeurs administratives. Les points multi-accueil compensent cela dans certains territoires.

> L'attente des publics reste une réponse immédiate à leurs besoins et un parfois accompagnement physique.

> Il faut arbitrer entre le système de débrouille actuel, fondé sur des contacts personnalisés entre partenaires, et un guichet unique avec tous les moyens partenariaux.

L'idéal serait d'instaurer un fil rouge dans le suivi des personnes.

> L'accès aux droits est la première démarche qui va permettre une intervention sociale. Mais l'accès aux droits est rarement suffisant pour répondre à la personne.



3-NOS PRINCIPES

SOUTENIR LES SERVICES AUX PERSONNES SUR TOUS LES TERRITOIRES

3.2. Accueillir le plus largement possible

L'équipe d'accueil et les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire accompagnement-prévention des CMS (assistants sociaux, éducateurs, psychologues, conseillère conjugale et familiale, infirmières puéricultrices, infirmière, sage-femme, médecin, orthoptiste) accueillent prioritairement toutes les personnes en difficultés souhaitant une orientation, une aide ou un accompagnement.

La fonction accueil s'effectue dans le respect de la personne. Elle suppose une écoute active qui permet d'évaluer la primo demande et engage l'orientation vers la personne qualifiée.

Dégradation des contextes, précarisation des situations, enchevêtrement des problématiques, souffrance des publics font de l'accueil une réelle gageure alors que les centres médico-sociaux deviennent les seuls lieux ouverts au public, permettant une expression des désordres sociaux.

La dimension humaine de l'accueil est fondamentale, elle vise à restaurer la citoyenneté des publics fragilisés. À cet égard, la prise en compte de la demande doit être rapide, son traitement et la réponse peuvent souvent être différés.

Toutefois, des procédures d'urgence existent et peuvent intervenir dès lors que l'évaluation professionnelle les préconise.

> l'accueil des publics s'effectue dans le cadre des permanences sociales ou consultations réalisées dans les CMS ou délocalisées dans les communes.

> les usagers peuvent être orientés par un expert métier vers d'autres experts métiers, chaque fois qu'une intervention spécifique est souhaitable ou sollicitée. La richesse de l'équipe pluridisciplinaire permet à chaque professionnel de s'appuyer sur d'autres compétences techniques pour construire, adapter et l'accompagner aux besoins de la personne.

> les assistants sociaux éducatifs assurent la mission de référent de l'insertion pour les bénéficiaires du RSA dont les priorités d'insertion sont d'ordre socio-éducatives, afin de les aider à lever toutes les difficultés les empêchant d'engager une démarche d'insertion professionnelle. Dans ce cadre, ils reçoivent les bénéficiaires et construisent ensemble la démarche d'insertion dans un contrat d'engagement soumis à validation de l'ALI.

> après évaluation par le binôme infirmière/assistante sociale spécialisée PAPH, des mesures de protection concernant les personnes vulnérables sont sollicitées auprès des autorités judiciaires concernant les situations pour lesquelles l'intervention administrative s'avère insuffisante.

> dans le cadre de la convention signée le 14 octobre 1987 entre le Préfet de l'Aude et le Président du Conseil général, le service social départemental effectue pour le compte de l'État, les enquêtes sociales nécessaires à l'exercice des missions de ce dernier.



PAROLES D'ACTEURS

> *De la façon dont la personne est accueillie dans les services sociaux dépendra la prise en charge : c'est un point dont on parle de façon récurrente depuis des années : problèmes d'agressivité, d'incivilité, souvent liés à des sentiments d'injustice, d'incompréhension.*

> *L'accueil des CMS du Département a des atouts : sa proximité et sa disponibilité. Mais il a ses faiblesses : le manque de formation des agents, un phénomène d'usure, des locaux parfois inadaptés.*

> *Les CMS sont des portes d'entrées dans les dispositifs, mais également les derniers recours, en fin de course.*

> *Il est nécessaire de trouver à l'accueil, quel que soit l'établissement ou le service, des personnes possédant des qualités humaines, tout en gardant à l'esprit que la formation reste indispensable, notamment à la gestion des conflits.*

> *Nos publics attendent de nous écoute, immédiateté, respect, réponses adaptées disponibilité, accessibilité.*

> *La notion d'urgence est à évaluer. Il faut faire le distinguo entre les situations de crise et celles d'urgence.*

> *Peut-on réfléchir à un guichet unique ?*



3.3. Lutter contre l'isolement social pour le maintien de la citoyenneté

La citoyenneté

> la citoyenneté ne se définit pas uniquement d'un point de vue juridique, elle est aussi une composante du lien social : c'est le fait pour une personne d'être reconnue comme membre d'une société, d'un territoire nourrissant un projet commun auquel elle souhaite prendre une part active.

> la citoyenneté est une construction permanente car elle est un élément important d'intégration et de cohésion sociale.

L'isolement

> l'isolement concerne autant la population urbaine que rurale : il peut être lié à différents facteurs (vieillesse, désocialisation, ruptures familiales, déracinement...)

Une personne éloignée de toute famille ou en rupture de famille et privée de tout lien amical ou relationnel se retrouve rapidement en péril physique ou mental au moment d'affronter un accident ou un incident de la vie.

> l'isolement social entraîne un repli de la capacité de participer à la vie quotidienne citoyenne, il se manifeste par :

- de la souffrance psychique,
- une perte d'estime de soi
- la rupture du lien social
- une solitude relationnelle
- des difficultés à exister socialement : l'exclusion
- des difficultés à aller vers les autres
- le besoin d'accompagnement pour redevenir acteur de quelque chose
- une incertaine invisibilité ou l'oubli (public inconnu non identifié)
- le besoin de valorisation pour retrouver la confiance en soi.

Tout ce qui va agir sur la reconstruction de la personne et du lien social permettra de restaurer dignité et citoyenneté.

C'est une approche transversale des politiques sociales, concernant l'ensemble des publics les plus fragiles qui nécessite de favoriser l'équilibre territorial et son dynamisme, de renforcer le lien social sous toutes ses formes (réseau de communication, CPOMS, maisons de gardes médicales, transports, services d'aide à domicile...), de maintenir des services de proximité, et renforcer l'accès aux droits.

Cela nécessite l'engagement et la synergie de l'ensemble des partenaires, garants de la politique sociale du territoire.



PAROLES D'ACTEURS

> Globalement l'isolement favorise la dégradation des situations sociales. Tant dans les zones rurales qu'urbaines, on constate une baisse des solidarités de voisinage ou familiales.

> Lutter contre l'isolement permet d'aider les personnes vulnérables à accéder à la vie citoyenne, qui peut se traduire par l'accès aux droits, aux services publics, au logement. Mais il y a une différence entre besoins et attentes. L'objectif reste l'autonomie des personnes.

> L'accessibilité à la vie citoyenne est aussi une question de mobilité, c'est une problématique transgénérationnelle.

> Comment faire participer les usagers ? L'expérimentation est une solution pour l'action. Les actions collectives sont des moyens (lieux d'expression, repas collectifs...).

> Comment donner aux personnes la possibilité de dire ce qui ne va pas mais aussi leur donner les moyens de participer au changement ?

> L'isolement existe en milieu urbain comme en milieu rural.

> Comment aide-t-on les personnes qui ne se reconnaissent pas comme étant en difficultés ?

4- NOS PRATIQUES

4.1. Accompagnement en établissement

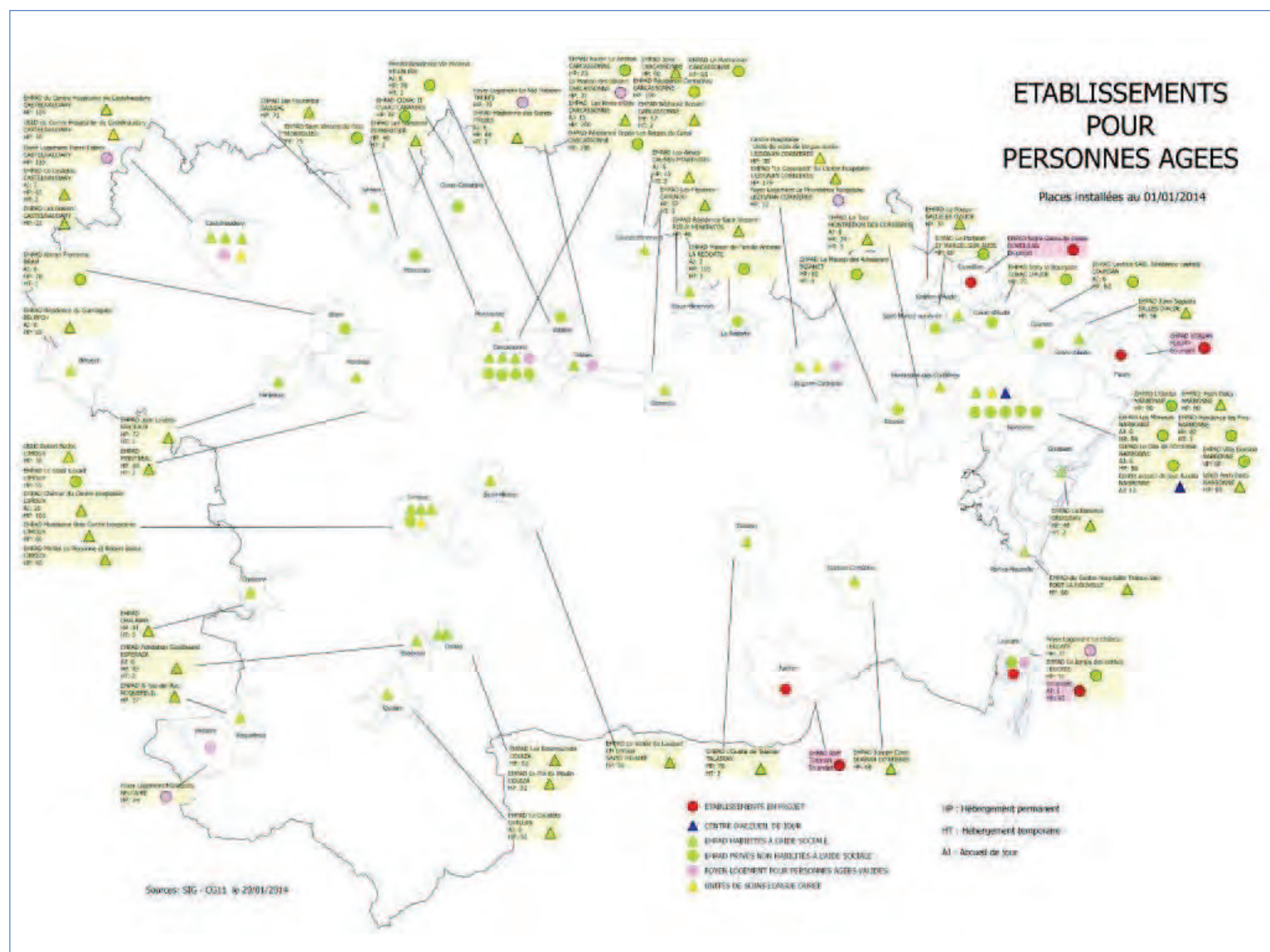
L'allongement de la durée de la vie impacte sur la santé de la personne, son mode de vie et son éventuel isolement (absence de famille proche notamment concernant les retraités non originaires du département qui étaient venus s'installer à l'aube de leur retraite en bonne santé, disparition du conjoint...). Il ne permet pas toujours le maintien à domicile, l'admission en établissement s'avère alors nécessaire. Cela peut être aussi par choix, concernant des personnes qui souhaitent être sécurisées ou ne pas solliciter leur famille.

Données de cadrage

Les établissements pour personnes âgées

Les établissements sont principalement installés le long du sillon audois et sur le littoral, ils suivent

la démographie de l'Aude. Toutefois, les établissements installés en Pays Corbières-Minervois, dans la Haute-Vallée et le Razès indiquent une prise en compte de la population rurale vieillissante.





Type	Établissement	Commune	Habilitation aide sociale	Capacité autorisée				Capacité installée				capacité autorisée	capacité installée
				total	AJ	HP	HT	total	AJ	HP	HT	Total département	
Accueil de jour													
	CAJ AUXILIA	NARBONNE	X	12	12			12	12			12	12
Logement Foyer	LOGEMENT FOYER MARIAPOLIS	BELCAIRE	X	24		24		24		24		327	320
	MAISON DE RÉ-TRAITE DES OLIVIERS	CARCASSONNE		37		37		37		37			
	LOGEMENT FOYER PIERRE ESTEVE	CASTELNAUDARY		135		135		135		135			
	LOGEMENT FOYER LE CHATEAU	LEUCATE (attente ouverture Temps des Cerises : 48 places)		37		37		37		37			
	LOGEMENT FOYER LA PROVIDENCE	LÉZIGNAN COR-BIÈRES		19		19		12		12			
	LOGEMENT FOYER TRÈBES	TRÈBES		75		75		75		75			
EHPAD et USLD	EHPAD LE GARNAGUES	BELPECH	X	91	6	85		91	6	85		4515	4206
	EHPAD LA MAISON DES ARBOUSIERS	BIZANET		84		80	4	84		80	4		
	EHPAD KORIAN FRONTENAC	BRAM		85	6	78	1	85	6	78	1		
	EHPAD LES FI-GUERES	CAPENDU	X	60		57	3	60		57	3		
	EHPAD IENA CH CARCASSONNE	CARCASSONNE	X	90		90		90		90			
	EHPAD KORIAN LE BASTION	CARCASSONNE		73		73		73		73			
	EHPAD BETHANIE ACCUEIL	CARCASSONNE	X	59		57	2	59		57	2		

4- NOS PRATIQUES

Type	Établissements	Commune	Habilitation aide sociale	Capacité autorisée				Capacité installée				capacité autorisée	capacité installée
				total	AJ	HP	HT	total	AJ	HP	HT	Total département	
EHPAD et USLD	EHPAD LES RIVES D'ODE	CARCASSONNE	X	261	15	246		215	15	200			
	EHPAD LE MAR- RONNIER	CARCASSONNE		75		75		65		65			
	EHPAD CARMA- BLEU	CARCASSONNE		100		100		100		100			
	EHPAD LES BERGES DU CANAL	CARCASSONNE		106		106		106		106			
	EHPAD LE CASTE- LOU	CASTELNAUDARY	X	68	3	63	2	68	3	63	2		
	EHPAD CH CASTEL- NAUDARY	CASTELNAUDARY	X	120		120		120		120			
	USLD CH CASTEL- NAUDARY	CASTELNAUDARY	X	30		30		30		30			
	EHPAD LES RO- SIERS	CASTELNAUDARY	X	22		22		22		22			
	EHPAD LOS AINATS	CAUNES MINER- VOIS	X	73	6	65	2	73	6	65	2		
	EHPAD CHALABRE	CHALABRE	X	84		81	3	84		81	3		
	EHPAD LE PLA DU MOULIN	COUZA	X	32		32		32		32			
	EHPAD LES ESTA- MOUNETS	COUZA	X	84	6	76	2	50	0	50	0		
	EHPAD LAETITIA	COURSAN		68	6	62		68	6	62			
	EHPAD CUXAC II	CUXAC CABARDÈS		85		85		85		85			
	EHPAD LE CHÂ- TEAU DE LA BOUR- GADE	CUXAC D'AUDE		75		75		75		75			
	EHPAD JOSEPH COSTE ASM	DURBAN COR- BIÈRES (à l'ouver- ture de Tuchan : 58 autorisés et instal- lés)	X	86		86		68		68			



EHPAD FONDA- TION GAUDISSARD	ESPERAZA	X	91	6	83	2	91	6	83	2		
EHPAD JEAN LOUBES	FANJEAUX	X	73		72	1	73		72	1		
EHPAD KORIAN	FLEURY (attente ouverture)		20		20		0		0			
EHPAD LA BONAN- ÇA	GRUISSAN	X	50		48	2	50		48	2		
EHPAD ANTINEA	LA REDORTE		110	2	103	5	110	2	103	5		
EHPAD LE TEMPS DES CERISES	LEUCATE		110	6	104		11		11			
EHPAD DU CH DE LÉZIGNAN	LÉZIGNAN COR- BIÈRES	X	189		189		179		179			
USLD DU CH DE LÉZIGNAN	LÉZIGNAN COR- BIÈRES	X	30		30		30		30			
EHPAD LE SOLEIL LEVANT	LIMOUX		65		65		65		65			
EHPAD CHENIER CH DE LIMOUX QUILLAN	LIMOUX	X	118	15	103		118	15	103			
EHPAD NECKER BICHAT (MADE- LEINE BRES)	LIMOUX	X	60		60		60		60			
EHPAD ASM LIMOUX	LIMOUX	X	40		40		40		40			
USLD Badoc	LIMOUX	X	30		30		30		30			
EHPAD SAINT VINCENT	MONTOLIEU		75		75		75		75			
EHPAD MONTRÉAL D'AUDE	MONTRÉAL	X	70		68	2	70		68	2		
EHPAD LA TOUR	MONTREDON DES CORBIÈRES	X	83	6	74	3	83	6	74	3		
EHPAD L'OUSTAL	NARBONNE		90		90		90		90			
USLD PECH D'ALCY CH DE NARBONNE	NARBONNE	X	90		90		88		88			
EHPAD LE CLOS DE L'ORCHIDÉE	NARBONNE		86	6	80		86	6	80			
EHPAD LES PINS	NARBONNE		85		82	3	85		82	3		



4- NOS PRATIQUES

Type	Établissements	Commune	Habilitation aide sociale	Capacité autorisée				Capacité installée				capacité autorisée	capacité installée
				total	AJ	HP	HT	total	AJ	HP	HT	Total département	
EHPAD et USLD	EHPAD LES MIMOSAS	NARBONNE		90	6	84		90	6	84			
	EHPAD PECH D'ALCY CH DE NARBONNE	NARBONNE	X	84		84		80		80			
	EHPAD VILLA DOMITIA	NARBONNE		86	6	80		80		80			
	EHPAD NOTRE DAME DE LIESSE	OUEILLAN (en projet)	(x)	25		23	2	0		0	0		
	EHPAD LES ROMARINS	PENNAUTIER	X	48		46	2	48		46	2		
	EHPAD CH FRANCIS VALS	PORT LA NOUVELLE	X	60		60		60		60			
	EHPAD LA COUSTETE	QUILLAN	X	56	6	50		56	6	50			
	EHPAD SAINT VINCENT DE PAUL	RIEUX MINERVOIS	X	46		46		46		46			
	EHPAD AL NIU DEL ROC	ROQUEFEUIL	X	17		17		17		17			
	EHPAD LAS FOUNTETOS	SAISSAC	X	73		73		73		73			
	EHPAD LA ROQUE	SALLÈLES D AUDE	X	51		51		51		51			
	EHPAD JULES SEGUELA	SALLES D' AUDE	X	56		56		56		56			
	EHPAD CH SAINT HILAIRE	ST HILAIRE	X	52		52		52		52			
	EHPAD LO PORTANEL	ST MARCEL SUR AUDE		40		40		40		40			
	EHPAD L'OUSTAL DE TALAIRAN	TALAIRAN	X	78		76	2	78		76	2		
	EHPAD MADELEINE DES GARETS	TRÈBES	X	56	6	48	2	56	6	48	2		
	EHPAD ASM	TUCHAN (attente ouverture)	X	35		35		0		0			
	EHPAD VIA MINERVA	VILLALIER		86	6	78	2	86	6	78	2		
				4854	131	4676	47	4538	113	4382	43	4854	4538



902 personnes sont bénéficiaires de l'aide sociale départementale en établissements pour personnes âgées (dont cinq en foyer-logement).

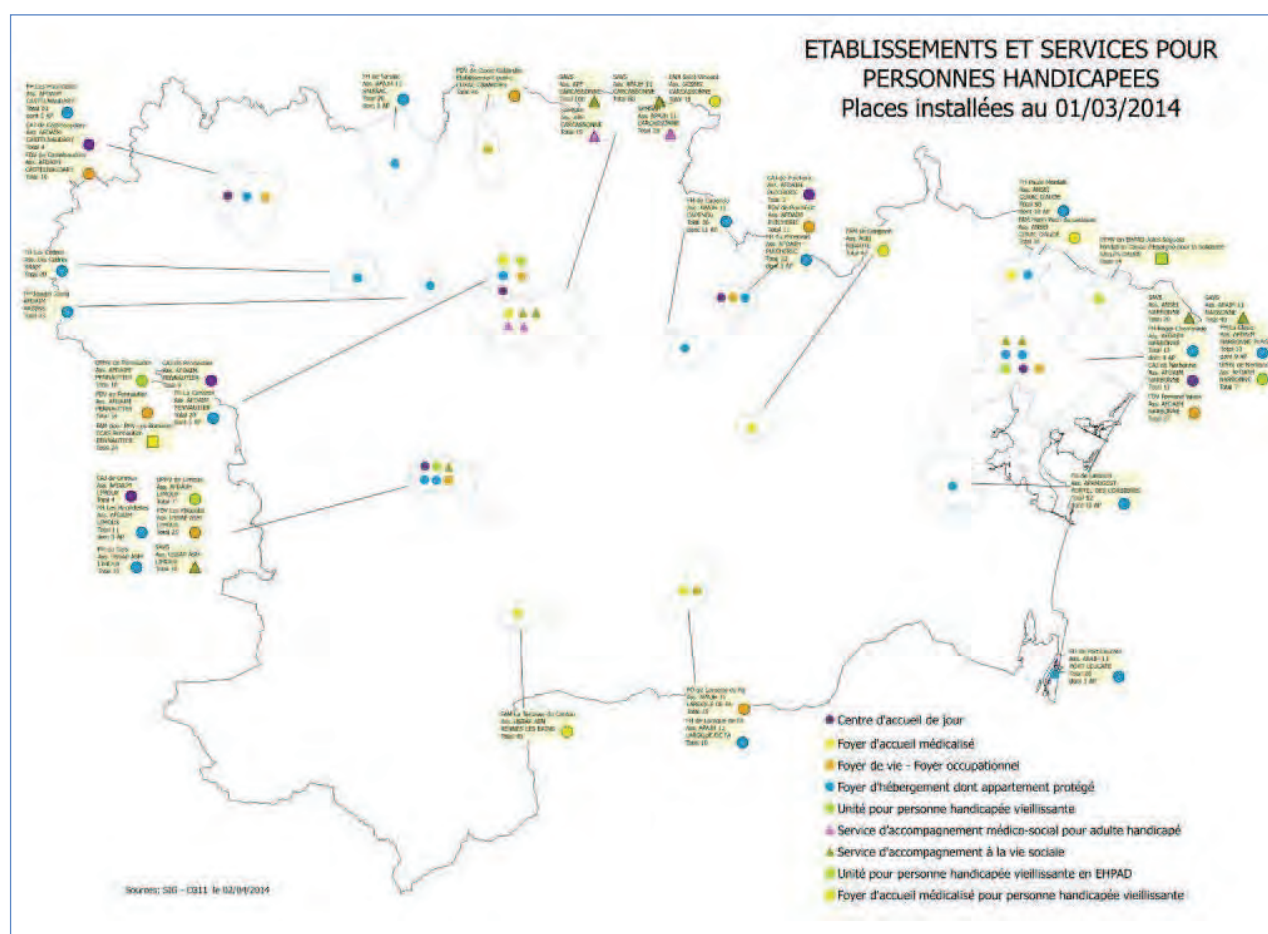
En outre, 19 personnes âgées en famille d'accueil sont également bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

FORT INDICATEUR SOCIAL

Le prix de journée moyen en établissement s'élève à 51 € quand la moyenne nationale se situe autour de 70 €. La politique de tarification prend en compte le bas niveau de ressources des séniors audois. La maîtrise du prix de journée est un objectif important de l'action sociale territoriale en faveur des personnes âgées.

• En 2013, sur 8 021 bénéficiaires de l'APA, 3 171 étaient accueillis en établissement, ils recevaient en moyenne 366 € par mois (*la moyenne nationale est de 356 €*).

Établissements pour personnes handicapées



4-NOS PRATIQUES

FOYER HÉBERGEMENT				
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014	Ventilation des places	
			FH	APP
CAPENDU	APAJH11	36	25	11
SAISSAC	APAJH11	26	24	2
PORT-LEUCATE	APAJH11	28	27	1
LAROQUE-DE-FA	APAJH11	10	10	0
LASTOURS	APAMIGEST	52	42	10
PENNAUTIER	AFDAIM	20	17	3
ARZENS	AFDAIM	23	23	0
PUICHERIC	AFDAIM	23	20	3
CASTELNAUDARY	AFDAIM	20	15	5
LIMOUX	AFDAIM	11	8	3
NARBONNE	AFDAIM	13	9	4
NARBONNE-PLAGE	AFDAIM	33	24	9
CUXAC-D'AUDE	ANSEI	50	32	18
BRAM	LES CÈDRES	20	20	0
LIMOUX	AASM	30	30	0
		395	326	69
			395	

FOYER OCCUPATIONNEL DE VIE		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
LAROQUE-DE-FA	APAJH11	25
PUICHERIC	AFDAIM	11
CUXAC-CABARDÈS	ETS PUBLIC	40
NARBONNE	AFDAIM	27
CASTELNAUDARY	AFDAIM	10
PENNAUTIER	AFDAIM	34
LIMOUX	AASM	25
		172



FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (FAM)		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
RIBAUTE	ASEI	42
CUXAC-D'AUDE	ANSEI	36
RENNES-LES-BAINS	AASM	40
CARCASSONNE	GCSMS Autisme France	15
		133

UNITÉ POUR PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
NARBONNE	AFDAIM	7
LIMOUX	AFDAIM	7
PENNAUTIER	AFDAIM	18
		32

SECTION PHV EN EHPAD (EXPÉRIMENTATION)		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
SALLES-D'AUDE (EHPAD Jules Séguela)	Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité	14
		14

CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR (CAJ)		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
PUICHERIC	AFDAIM	3
CASTELNAUDARY	AFDAIM	4
LIMOUX	AFDAIM	4
PENNAUTIER	AFDAIM	9
NARBONNE	AFDAIM	17
		37

FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ POUR PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES		
Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
PENNAUTIER	CCAS de Pennautier	24
		24

Il existe des solutions alternatives à l'hébergement en établissement : l'accueil familial

Les personnes handicapées ou âgées peuvent être accueillies au domicile d'un accueillant familial agréé par le Conseil général.

Il y avait au 31 décembre 2013, 62 accueillants familiaux autorisés offrant 118 places dont 103 permanentes, 10 temporaires et 5 en accueil de jour.

Solution alternative, ce dispositif est inégalement déployé. Il est surtout présent en milieu rural et concentré dans la Haute-Val-lée de l'Aude.

745 personnes en situation de handicap sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (*dont 19 en famille d'accueil*).

FORT INDICATEUR SOCIAL

> Il existe dans l'Aude, 700 places concernant l'hébergement des personnes handicapées et 37 places pour l'accueil de jour.

> Seules 70 places existent actuellement concernant l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

Le vieillissement naturel et l'allongement de la durée de vie posent le problème de la transformation des établissements, de l'anticipation du nombre de places à créer et de leurs adaptations aux besoins spécifiques des publics concernés.

Les places d'accueil de jour sont très limitées et posent la question de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes par des aidants familiaux qui vieillissent aussi. Comment accompagner le vieillissement des aidants familiaux ?

4- NOS PRATIQUES



Les établissements et services de l'Aide Sociale à l'Enfance

La protection de l'enfance, définie par l'article L112-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leur responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet, un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents.

Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer la prise en charge.

CHIFFRES CLÉS 2013 DE L'ASE

> Concernant la prévention, 554 enfants suivis en AED (action éducative à domicile), 976 enfants suivis en assistance éducative, mesures judiciaires

> 1 218 enfants placés :

- 484 en accueil provisoire (contratualisations avec les représentants légaux de l'enfant)

- 651 en placements judiciaires

- 58 bénéficient d'une délégation d'autorité parentale au Conseil général

- 25 enfants sont reconnus pupilles de l'État

> L'accueil en centre maternel a concerné 62 familles et 100 enfants

> 657 informations préoccupantes ont été évaluées.

Données concernant les établissements / services / lieux de vie et d'accueil

Liste des établissements

Établissements	Adresse	Nombre de places	Observations
CEP-ANRAS de SAINT-PAPOUL Gestionnaire : ANRAS 35 chemin du Chêne Vert 31130 FLOURENS	11400 Saint-Papoul	Internat : 33 Jeunes Majeurs : 7 Formation et Accompagnement familial à domicile : 33	Centre Éducatif Professionnel (pour ados et jeunes majeurs) Agrément : de 12 à 21 ans Ateliers formation : maçonnerie/métallerie/mécanique agricole/res- tauration
MECS L'ange Gardien Gestionnaire : Apprentis d'Auteuil	14 rue de la Paix 11500 Quillan 23 promenade du Tivoli 11300 Limoux	Internat : 30 Jeunes Majeurs : 5 Accueil de jour et accom- pagnement familial à domicile : 12 Accueil MIE : 3	Agrément : de 6 à 21 ans Le site de Limoux accueille les plus jeunes de la maternelle à la fin de l'école primaire Le site de Quillan accueille des adolescents du collège jusqu'au lycée Le service accueil de jour est situé à Quillan. C'est un lieu dédié à l'accueil des familles et au soutien à la parentalité pour les jeunes bénéficiant d'un AFD.
MECS de CABRESPINE L'internat est à Cabrespine et les autres services sont situés à Maquens Gestionnaire : Le Rayon de Soleil (Fédération)	11160 Cabrespine 11000 Maquens	SEFAE (Internat) : 19 SAWEV : 14 SAFE : 20 S3A : 11	Agrément de 3 à 21 ans Le SAWEV accueille des jeunes en relais des IME/ITEP le week-end/ vacances Le SAFE est un service d'accueil de jour axé sur la thérapie familiale mais aussi d'accompagnement à domicile S3A = service jeunes majeurs
11160 CABRESPINE		Assistant familial (SAFS) : 1	L'assistant familial prend en charge un profil de jeunes à probléma- tiques multiples
MECS de NARBONNE Association gestionnaire : ADPEP-13, rue de Belfort 11000 CARCASSONNE	27 av. Pierre Sémard 11100 Narbonne	Internat : 32 sur Nar- bonne et 6 sur Sigean SAJM : 10 SAS : 13 sur Narbonne et 6 sur Sigean	Agrément de 3 à 21 ans SAJM : service jeunes majeurs Le SAS est un service d'accompagnement familial à domicile
MECS de CARCASSONNE Association gestionnaire : ADPEP	24 av. Pierre Sémard 11000 Carcassonne	Internat : 33 SAS : 13 Assistant familial (séjours de rupture) : 2	Agrément de 10 à 21 ans Le SAS est un service d'accompagnement familial à domicile Assistant familial qui accueille des jeunes à problématiques multiples
MECS de VILLENEUVE-MINER- VOIS Association gestionnaire : ADPEP	Fondation Averseng Guizard 11160 Villeneuve-M.	Internat : 24 SAJM : 13	Agrément de 6 à 21 ans SAJM : service Jeunes Majeurs (les accueils des jeunes majeurs s'effectuent à Carcassonne)
CENTRE MATERNEL Association gestionnaire : ADAFF-63, avenue Henri Gout 11000 CARCASSONNE	Chemin du Vieux Canal 11000 Carcassonne 9 bis avenue Karl Marx 11000 Narbonne	Hébergement : 36 Accompagnement familial à domicile	18 places à Carcassonne 18 places à Narbonne

4- NOS PRATIQUES

Lieux de vie et d'accueil :

LVA (Lieu de vie et d'accueil)	Nbre de places	Observations
LVA Pégase	4	Séjours de rupture de 6 mois pour adolescents à problématiques multiples
LVA Tara	5	Accueil de jeunes présentant des problématiques médicales et/ou médico-sociales, en complément d'une prise en charge spécialisée
LVA La Borie	6	Accueil de jeunes présentant des problématiques médicales et/ou médico-sociales, en complément d'une prise en charge spécialisée

Foyers de jeunes travailleurs :

FJT (Foyer de jeunes travailleurs)	Nbre de places	Observations
FJT Castelnaudary Assoc. gest. : FAOL 22, rue Antoine Marty 11000 Carcassonne	5	Places réservées aux jeunes de l'ASE en cours d'insertion professionnelle
FJT Carcassonne Assoc. gest. : FAOL	10	Places réservées aux jeunes de l'ASE en cours d'insertion professionnelle
FJT Limoux Assoc. gest. : FAOL	5	Places réservées aux jeunes de l'ASE en cours d'insertion professionnelle

INDICATEUR

> Dans le domaine de l'Aide Sociale à l'Enfance, le Département rencontre un déficit de places global et un déficit de places adaptées aux problématiques spécifiques concernant notamment des troubles multiples de comportement, ainsi certains placements ont dû être externalisés sur des départements voisins : soit 34 enfants au 31 décembre 2013.

PAROLES D'ACTEURS

> Les personnes en institution souhaitent être respectées et reconnues à part entière.

> Les départs en institution et de l'institution sont vécus comme des déchirements.

> Il existe une difficulté de représentation des usagers avec le constat que nous parlons à leur place.

> Pour les prises en charge, la bonne solution est celle qui sait s'adapter aux besoins de la personne et de sa famille.

> Les projets de vie des personnes sont forcément évolutifs ; les prises en charge doivent pouvoir accompagner ces évolutions.

> Souplesse et transversalité sont indispensables pour permettre de passer d'un dispositif à un autre sans blocage, mais nécessitent une formalisation par le biais de la contractualisation entre institutions.

> Pour les personnes handicapées vieillissantes, l'EHPAD est privilégié par rapport à l'accueil familial lorsqu'il y a besoin d'une prise en charge médicalisée, et pour les jeunes relevant de l'ASE, ce sont les troubles du comportement plus que les problèmes médicaux qui justifient l'entrée en établissement.

> La diversification des modes de prise en charge est un outil de prévention de la dégradation des situations puisqu'elle permet d'adapter l'accompagnement à l'évolution des situations.

> Pour les jeunes en situation de handicap, la solution famille d'accueil est intéressante mais elle nécessiterait peut-être une plus grande professionnalisation pour certaines prises en charge.

> L'importance de la participation des tuteurs et des familles dans les conseils de vie sociale des établissements est pointée.

> La question du vieillissement des personnes handicapées nécessite des réponses adaptées, et variées, des places en EHPAD, ou en foyer d'accueil médicalisé spécifique.



4.2. Accompagnement individuel :

Face à l'allongement de la durée de la vie, des mesures d'accompagnements individuels à domicile sont nécessaires pour permettre aux seniors qui en font le choix de rester dans leur cadre de vie : aides à la personne, aides ménagères, aides-soignantes ; l'offre de services doit se diversifier pour répondre aux besoins divers en terme de santé ou de soutien.

Données de cadrage

Liste des services : SAD, SAVS, SAMSAH

Services d'Aide à Domicile prestataires autorisés :

- > CDC Pyrénées Audoises
- > ASSAD
- > ADMR
- > ADHCO
- > CIAS Castelnaudary
- > CCAS Narbonne
- > CDC Pyrénées Audoises
- > CDC du Limouxin
- > CDC Pyrénées Audoises
- > SIVOM du Cabardès
- > SIVOM Narbonne rural
- > CIAS Carcassonne Agglo Solidarité
- > CIAS Corbières Méditerranée
- > SIVU Sud Minervois
- > CDC Pyrénées Audoises
- > CIAS Piège et Lauragais
- > CIAS Piémont d'Alaric
- > CDC Pyrénées Audoises
- > CDC Pays de Couiza
- > CDC de la région lézignanaise
- > CDC du Limouxin

Bénéficiaires de l'aide sociale à domicile PA, PH par type de service (un bénéficiaire peut être comptabilisé deux fois car on peut bénéficier à la fois de l'AM, du POR, de la TLS et de la PCH) :

> 5 451 personnes âgées bénéficient d'une aide sociale à domicile :

- 4 802 pour de l'APA à domicile
- 549 pour des services ménagers
- 55 pour du portage de repas
- 45 pour de la télé-sécurité

> 3 171 personnes en situation de handicap bénéficient d'une aide sociale à domicile :

- 2 375 au titre de la PCH
- 545 pour une ACTP
- 201 pour des services ménagers
- 48 pour du portage de repas
- 2 pour de la télé-sécurité

SAVS :

Implantation	Gestionnaire	Capacité 2014
Narbonne	ANSEI	20
Limoux	AASM	30
Carcassonne Narbonne	APAJH11	100 Narbonne : 40 Carcassonne : 60
Carcassonne	APF	100
		250

SAMSAH :

Implantation	Gestionnaire	Places autorisées PRIAC	Places installées
Carcassonne	APF	20	15
Carcassonne Narbonne	APAJH11	30	15
		50	30

Services d'interventions à domicile concernant les femmes enceintes ou les familles avec enfants :

Service	Adresse
TISF (Carcassonne-Castelnaudary) assoc. gest. : GDAAF	GDAAF 15 rue de Lorraine 11000 Carcassonne
TISF (Narbonne) assoc. gest. : ADPEP	SADAF 27 av. Pierre Séward 11100 Narbonne

4- NOS PRATIQUES



PAROLES D'ACTEURS

➤ Dans des situations complexes de personnes âgées sans famille à proximité et dont la situation se dégrade, les services se retrouvent seuls pour gérer le quotidien, l'hospitalisation, etc. Matériellement, qui effectue l'ensemble des démarches ?

➤ Il est rapporté un épuisement des équipes en SAD qui se retrouvent seules pour assumer des personnes âgées de plus en plus dépendantes, mais aussi confrontées aux fins de vie, à la problématique du suicide, d'où une usure des professionnels que l'on retrouve aussi en EHPAD.

➤ Le maintien à domicile de qualité pour les personnes âgées n'est possible que si les moyens correspondants sont octroyés.

➤ L'accompagnement a vocation à rester global. Si l'on raisonne en terme de mandat, cela devient très réducteur : il faut aller au-delà des institutions et des missions. On ne peut pas se pencher que sur le problème exprimé.

➤ L'accompagnement individuel est une relation systémique fondée sur un jeu d'acteurs : la personne, l'institution, l'environnement. L'atout de l'accompagnement global est de faire émerger les problématiques et de repérer les problèmes.



➤ La visite à domicile permet d'avoir une vision plus réelle des situations, la relation est plus humaine. Le fait que les professionnels aient déserté les domiciles des personnes du fait des évolutions de l'action sociale n'a-t-il pas favorisé la résistance de certaines personnes ?

➤ La phase de diagnostic est importante : il y a nécessité d'un travail en réseau.

➤ L'adhésion de la personne repose sur la proposition d'un accompagnement adapté et compris : les grilles d'évaluation n'offrent que des analyses figées.

➤ Il est difficile de savoir jusqu'où l'on peut aider et quand il faut accepter le choix de vie des personnes.

➤ Dans l'accompagnement, il ne faut pas perdre de vue l'autonomie de la personne, avoir des objectifs clairs et prendre en compte les limites budgétaires du service.

➤ Certains points sont difficiles à travailler en individuel, d'où la nécessité de développer les accompagnements collectifs.



4.3. La prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la prévention primaire par le fait d'agir pour éviter la survenue d'une maladie ou d'une difficulté, et la prévention secondaire par le fait de réduire les effets et d'éviter l'aggravation de cette maladie ou de cette difficulté.

L'approche de la prévention peut être multiple :

- > par les publics cibles tels que l'enfance/ la jeunesse, les personnes handicapées, les personnes âgées,
- > par les pratiques : les actions peuvent être menées individuellement ou collectivement.

La prévention doit :

- > répondre aux besoins, ce qui implique de repérer les problématiques (*notion de territoire, de bonne connaissance du terrain*)
- > s'adapter aux évolutions de façon à anticiper les problématiques
- > informer, démontrer : les dispositifs doivent être précurseurs
- > convaincre et non contraindre
- > accompagner (*participation active de l'utilisateur*)

Deux conditions de réussite dans le travail de prévention sont primordiales : le temps et la participation des usagers.

Des difficultés peuvent compromettre le développement d'actions de prévention :

- > l'évaluation compliquée des impacts
- > le manque de moyens
- > les difficultés à mobiliser le partenariat
- > les difficultés à obtenir l'adhésion des usagers

Toutefois, la prévention primaire et secondaire reste au cœur des préoccupations des professionnels de l'action sociale territoriale du Pôle des Solidarités.

Quelques exemples de missions et d'activités de prévention et chiffres clés 2013 :

> **le centre de planification et d'éducation familiale** : il conduit des actions de prévention auprès des femmes, des jeunes, des couples et des familles, par le biais d'entretiens individuels ou dans un cadre collectif : 13 animations collectives se sont déroulées en 2013, à l'égard de scolaires notamment et 22 réunions avec des partenaires extérieurs ont été organisées.

> **l'examen du 4^e mois de grossesse** réalisé par les sages femmes de PMI : 376 en 2013.

Mais in fine, c'est l'ensemble de leurs missions de suivi des grossesses et de la contraception qui relève de la prévention.

> **le REAAP** : réseau d'aide et appui à la parentalité, organisé sur la base d'un réseau associatif présent sur tous les territoires : il est co-financé par le Conseil général (à hauteur de 34 000 €), la DDCSPP, la CAF et la MSA

> **le bus PMI** et les consultations



> **les bilans de santé** des écoles maternelles : 3 574 enfants vus en 2013

> **les AED** : les actions éducatives à domicile ont concerné 554 enfants de 0 à 21 ans

> **les interventions directes** par des professionnels de l'intervention sociale à domicile en soutien à la parentalité et les aides ménagères

> **les AEMO** exercées par le Service de l'AD-SEA ont concerné 976 enfants

> **les visites à domicile**

	Assistants sociaux	Puéricultrices
2011	5 490	2 423
2012	6 761	2 801

Visites à domicile réalisées par les assistants sociaux et puéricultrices des CMS

Chronophages dans un département rural à faible densité, les visites à domicile sont essentielles à la prévention, elles permettent d'évaluer in situ la dynamique familiale, d'apprécier les conditions de vie et d'appréhender les difficultés sociales ou médicales.

Elles doivent rester une priorité permettant d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles dans les zones rurales les plus isolées comme dans les espaces urbains.

4- NOS PRATIQUES

CMS	nbre d'enfants vus en consultation nourrissons	nbre d'enfants vus en bilan de santé école maternelle
Carcassonne centre	272	310
Carcassonne est	554	529
Carcassonne ouest	1 213	362
Narbonne littoral	432	250
Narbonne ouest	651	252
Coursan	564	275
Lézignan	1 398	53
Castelnaudary	343	417
Limoux	936	642
TOTAL	6 363	3 574



Services intervenant dans le domaine de la prévention auprès des familles avec enfants :

Service	Adresse
TISF (Carcassonne - Castelnaudary) Association gestionnaire : GDAAF	GDAAF 15 rue de Lorraine 11000 Carcassonne
TISF (Narbonne) Association gestionnaire : ADPEP	SADAF 27 av. Pierre Séward 11100 Narbonne
AEMO Association gestionnaire : ADSEA	ADSEA Zac de Cucurlis 11000 Carcassonne



Le programme « Bien vieillir » : des actions de prévention en faveur des seniors

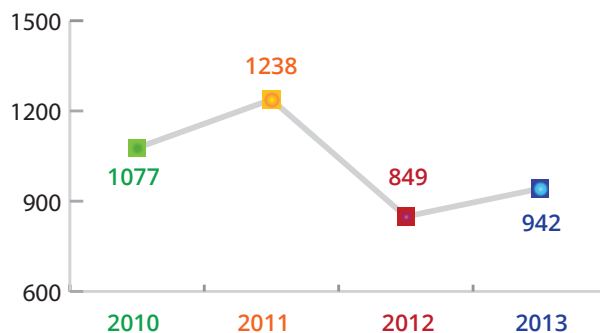
Les cinq CLIC du Conseil général de l'Aude s'inscrivent dans une démarche partenariale avec le Comité Régional de Coordination de l'Action Sociale Agirc-Arrco et la Cellule Sécurité Routière de la DDTM de l'Aude pour sensibiliser les seniors du département à la prévention et aux pratiques favorisant le bien vieillir.

En 2014, le programme innove en proposant deux journées d'informations articulées autour de deux thèmes :

- > comment adapter son logement
- > comment améliorer la sécurité des déplacements



Soucieux d'aller à la rencontre des personnes âgées sur l'ensemble du territoire, le programme « Bien vieillir » a été présenté sur les communes d'Axat, Conques-sur-Orbiel, Paziols, Villasavary et Vinassan, avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, la MDPH, les conseillers Info-Énergie du département (CAUE, Pays Corbières-Minervois, Parc Naturel de la Narbonnaise) et les services du Conseil général.



Nombre de participants aux actions
« Bien vieillir dans l'Aude »



Paroles d'acteurs

- > Où commence et où se termine la prévention ?
- > Nos faiblesses résident dans la baisse des moyens, le désengagement de certains partenaires et les difficultés d'articulation entre partenaires.
- > Il ne faut pas méconnaître les limites et le caractère parfois illusoire de la prévention.
- > On a parfois l'impression d'être isolé.
- > La prévention s'adresse à tous les publics, au-delà des publics « captifs » du Conseil général.
- > Il faut renforcer le lien avec les partenaires, il y a un réel enjeu de savoir qui fait quoi.

4- NOS PRATIQUES

4.4. L'évaluation

Une démarche d'évaluation suppose que l'on énonce une position : l'évaluation se situe du côté du connaître, du comprendre, de l'analyse et de la préparation d'un avis.

L'évaluation est une démarche systématique d'obtention d'informations servant à poser un jugement sur l'adéquation entre la situation, les actions effectuées, les objectifs visés, ou à vérifier si les effets ou les résultats qui découlent des actions entreprises correspondent aux objectifs prévus.

Elle peut conduire à la mise en place de nouvelles actions ou à se réinterroger sur les objectifs initiaux, s'ils s'avèrent inadaptés aux besoins des populations concernées.

L'évaluation dans le domaine de l'intervention sociale pose des problèmes spécifiques du fait de l'agir sur le vécu des populations, de surcroît des groupes les plus fragiles. Le travail social s'exerce dans un environnement marqué par un contexte de crise économique et sociale qui s'amplifie, l'évaluation des dispositifs mis en œuvre et des politiques sociales peut fournir des éléments et permettre d'objectiver le travail accompli.

Outil susceptible de contribuer à une meilleure reconnaissance du travail social, elle est une exigence éthique et professionnelle.

Selon l'IGAS, la démarche d'évaluation des politiques sociales peut être appréhendée sous trois items et six questions :

L'évaluation stratégique :

- > est-ce que le programme, tel que conçu et réalisé, correspond à des priorités ?
- > est-ce qu'il répond à des problèmes importants et va dans la direction attendue ?

L'évaluation tactique :

- > les objectifs ont-ils été atteints ?
- > les actions mises en place étaient-elles appropriées ?
- > les ressources mobilisées étaient-elles adéquates ?

L'évaluation opérationnelle :

- > la mise en œuvre du programme s'est-elle faite telle que prévu ?

La démarche d'évaluation est un des fondamentaux de l'intervention sociale qui conduit le professionnel à se réinterroger au travers des échanges avec ses pairs (intérêt du travail en binôme, richesse de la pluridisciplinarité, distanciation dans le travail en réseau, co-construction dans la coordination).

Elle nécessite le renouvellement des apports théoriques et méthodologiques par la formation continue. Elle s'exprime et fait sens dans le travail de supervision.

Concernant le Pôle des Solidarités, l'évaluation se décline suivant les différents volets :

- Volet PH :

La MDPH assure des fonctions d'observation en lien avec l'Observatoire Départemental et le Système d'Information Partagé pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (SIPAPH) mis en place par la CNSA.

- Volet ASE :

L'Observatoire Départemental de la Protection de L'Enfance prévu par la loi du 5 mars 2007, est chargé de recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département.



- Volet ASI :

Les groupes ressources des bénéficiaires du RSA sont des groupes de travail constitués de bénéficiaires volontaires pour y participer, au sein desquels les personnes sont invitées à faire des propositions pour améliorer le dispositif. Cette action permet l'intervention directe des bénéficiaires dans l'identification de leurs propres besoins.

Les Ali (antennes locales d'insertion) ont pour mission d'élaborer un diagnostic des besoins des



bénéficiaires du RSA sur la base des informations collectées dans les diagnostics réalisés à l'entrée dans le dispositif et auprès des opérateurs du programme départemental d'insertion.

- Volet PMI :

La Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes Enfants (CDAJE) est une instance de réflexion, de conseil de proposition et de suivi concernant toutes questions relatives à l'organisation, au fonctionnement et au développement des modes d'accueil des jeunes enfants.

Présidée par le Président du Conseil général, elle réunit des représentants des collectivités territoriales, des services de l'État, de la Caisse d'Allocations Familiales, d'associations, de gestionnaires et de professionnels concernés, mais aussi des représentants d'usagers de ces modes d'accueil.

- Volet PA :

Les cinq CLIC organisés par zone gérontologique sont très investis dans la remontée des besoins des usagers, tant sur la base des sollicitations qui leur sont adressées par les personnes âgées et leurs familles que par les informations issues de l'animation des acteurs des territoires.



PAROLES D'ACTEURS

> *Il existe plusieurs niveaux d'évaluation : évaluation de la situation individuelle d'un usager, de l'action globale de la structure.*

> *L'évaluation, c'est prendre du recul sur les pratiques et prendre en compte les conséquences de nos actions sur la situation des bénéficiaires.*

> *On ne peut évaluer qu'à partir d'une référence.*

> *L'évaluation, c'est une démarche qui se construit collectivement dans le temps, avec des retours réguliers, un levier de motivation pour les équipes. L'évaluation prend son sens lorsqu'on sait à quoi elle sert. Pour une démarche participative des agents, il faut qu'il y ait une co-construction des outils, des critères, et un temps d'appropriation par les équipes.*

> *Évaluation et travail social sont des termes difficiles à accorder. Nous sommes actuellement dans le « faire », il convient de passer au « faire comment et pourquoi ».*

> *Évaluer, c'est également clarifier le niveau de service public que l'on souhaite délivrer aux usagers.*

> *Quelle place des usagers dans l'évaluation ? La parole des usagers est parfois plus entendue que celle des professionnels auprès des décideurs.*

> *Dans le Schéma Unique, l'évaluation doit avoir une place centrale.*



5-NOS PARTENARIATS

5.1. Le pilotage :

Les modalités de pilotage des dispositifs sont définies pour chaque volet du Pôle des Solidarités :

- Concernant le volet PMI :

Dans le domaine de l'accueil des jeunes enfants, les compétences sont partagées : le Conseil général assure l'agrément et la surveillance des modes de garde, la CAF en est le financeur principal, les collectivités territoriales sont souvent les porteurs de projet.

- Volet ASE :

Le Conseil général est défini par la loi comme chef de file de cette compétence. En 2013, l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance a été mis en place.

Cette instance suit la mise en œuvre du Schéma Départemental et formule des propositions et avis sur la mise en œuvre de la politique de la protection de l'enfance dans le département. Ainsi, cet observatoire présidé par le Président du Conseil général qui y associe l'ensemble des acteurs concernés, détient une place stratégique dans la définition et le suivi des politiques de protection de l'enfance.

- Volet ASI :

Le Conseil général est également chef de file de cette compétence. La loi généralisant le Revenu de Solidarité Active a supprimé de fait le Conseil Départemental d'Insertion. Un comité de pilotage a été créé dans le cadre de la convention d'orientation relative au RSA signée avec l'État, la CAF, la MSA et Pôle Emploi, il permet le débat de tous ces acteurs.

- Volet PA :

Il s'agit d'une autre compétence pour laquelle la loi positionne le Conseil général en chef de file.

Le CODERPA (*Comité départemental des retraités et personnes âgées*) est un lieu de dialogue, d'information, de réflexion et de proposition. Il est consulté sur les projets d'application territoriale des textes réglementaires concernant les personnes âgées tels que : politique de prévention, soutien aux personnes en situation de handicap, en établissement et à domicile, coordination gérontologique, qualité des prises en charge, des services et établissements.

Il peut débattre de sa propre initiative de toute question concernant les personnes âgées.

Le Département a souhaité renforcer le CODERPA pour lui permettre de jouer pleinement le rôle pour lequel il a été créé, notamment celui d'une instance de concertation avec l'ensemble des ac-

teurs et représentants des personnes âgées et des retraités.

- Volet PH :

En confiant au Département la présidence du GIP MDPH, le législateur a renforcé le rôle du Conseil général dans le secteur du handicap.

Toutefois, cette compétence reste partagée avec l'Agence Régionale de la Santé et l'État.

Le Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées (CDCPH) est l'instance réglementaire de concertation des acteurs du secteur du handicap, co-présidée par le Président du Conseil général et du Préfet.

Le Conseil général a également créé un Comité de Suivi, chargé spécifiquement de suivre la réalisation du Schéma départemental en direction des personnes handicapées.

5.2. Les principes du partenariat

La Charte de l'Action sociale

La Charte de l'Action sociale vise les services, les organismes et les professionnels mettant en œuvre, au sein du Conseil général ou pour son compte dans le cadre d'une délégation (appel d'offre, appel à projets), les missions sociales relevant des compétences départementales.

> l'action sociale départementale :

Plusieurs grands principes régissent l'action sociale départementale :

- il s'agit d'un service public,
- la solidarité est un levier de développement pour les hommes et les territoires,
- une solidarité ne se substitue pas aux droits des individus,
- cette action sociale généraliste repose sur un accompagnement global des personnes et le respect de leur projet de vie.

> Les droits des usagers :

La Charte s'appuie sur l'ensemble des dispositions légales qui favorisent les droits des usagers. Ils sont accueillis et pris en charge dans des conditions qui favorisent l'expression de leur besoin dans un souci de confidentialité.

L'action sociale départementale garantit l'égalité, la continuité et la neutralité dans l'accès aux interventions.

> L'engagement à l'égard des usagers :

Le professionnel référent mobilise dans le cadre de son accompagnement global, les ressources et compétences pluridisciplinaires et partenariales. La formation du personnel et l'évaluation des ac-



tions menées sont des outils au service de l'amélioration de la qualité du service aux usagers.

La Charte est diffusée largement auprès du public concerné. Elle est intégrée dans les cahiers des charges des missions déléguées.

> L'échange d'informations :

Les professionnels visés par la Charte sont tenus au secret professionnel par fonction ou par mission. L'échange d'informations nominatives, quand il est nécessaire dans l'intérêt de l'utilisateur, doit garantir le respect de sa vie privée.

5.3. Aménagement / Mobilité

Les questions de mobilité et de transport sont essentielles dans un département rural comme l'Aude. Elles sont particulièrement prégnantes pour les publics de l'action sociale départementale du fait de leurs difficultés. Il convient de favoriser les capacités des personnes à se déplacer de façon individuelle, mais aussi par le biais de transports collectifs.

Dans le cadre du projet Audevant, le Conseil général a choisi de s'attacher à la dimension durable du développement des transports, mais également aux nouvelles formes de mobilité.



PAROLES D'ACTEURS

> La Charte de l'Action Sociale Départementale doit être le fondement et le point de départ du Schéma.

> Le Schéma est un outil qui nous permet d'évoluer. Par cet outil, le Conseil général affirme une ambition. C'est un outil de motivation pour les équipes. Il faut tout de même faire en sorte que l'ambition s'ancre dans le concret.

> Le Schéma est un outil d'aide à la décision.

> Il faut une articulation entre les différents documents stratégiques des institutionnels.

> Construire un Schéma n'est pas tout, il faut le faire vivre.

> La phase de diagnostic est primordiale pour poser les problèmes.

> Le financement des actions inscrites dans le schéma doit être anticipé : c'est un gage de crédibilité du document.

> Le Schéma peut être un outil de simplification.

> Le Schéma doit être porteur de sens pour les usagers. Mais comment les faire participer et recueillir leur parole ? Les expériences montrent que c'est difficile.

> Comment rendre le Schéma lisible, pour les usagers mais aussi pour les professionnels ?

5-NOS PARTENARIATS

Ainsi, le développement des transports collectifs vise à une accessibilité la plus large possible :

- gratuité des transports pour les demandeurs d'emploi, les bénéficiaires du RSA et les jeunes en insertion
- trajets à 1 € pour les autres usagers sur l'ensemble des lignes



- renforcement de l'offre de service sur les sept lignes principales du réseau pour s'adapter aux besoins des salariés

- mise en accessibilité programmée des arrêts de bus sur les lignes principales

- soutien au transport à la demande dans les zones rurales

D'autres actions s'inscrivent dans la même perspective d'aide au déplacement :

- le développement du covoiturage, par la mise en place d'une plateforme internet

- les aides financières aux jeunes pour financer le permis de conduire, notamment par le biais du

Fonds d'Aide aux Jeunes et de la mesure « passeport mobilité » confiées aux missions locales

- les aides financières aux bénéficiaires du RSA également pour le permis de conduire et les frais de déplacement vers une action de formation ou d'insertion par le biais de l'APRE

- la création d'une auto-école « au volant » qui cible un public en insertion présentant des difficultés d'apprentissage qui compromettraient la réussite dans le cadre d'une formation traditionnelle.



PAROLES D'ACTEURS

➤ *Il faut travailler ensemble les principes qui nous guident et qui sont décrits dans la Charte de l'action sociale départementale.*

➤ *Il faut élaborer des procédures communes qui permettent à tous les acteurs de se retrouver à tous les niveaux d'intervention.*

➤ *On parle de partenariat, pas de hiérarchie.*

➤ *Il y a deux niveaux de partenariat : le partenariat institutionnel et le partenariat de terrain. Le partenariat de terrain ne pose généralement pas de problème et s'effectue naturellement.*

➤ *Les limites du partenariat c'est la méconnaissance de l'autre, le risque de s'enfermer dans ses propres missions et de ne pas s'ouvrir, le secret professionnel et le secret partagé.*

➤ *Les atouts du partenariat, c'est la mise en commun des spécificités et des compétences et la taille de notre département qui permet de connaître le réseau.*

➤ *Les partenaires attendent du Conseil général d'être reconnus, entendus et écoutés.*

➤ *Les agents du Département attendent des partenaires qu'ils assurent pleinement leur champ de compétence et soient présents dans les instances et groupes de travail.*

➤ *La transversalité existe, elle est réelle, c'est à ce niveau que doit se situer le pilotage pour éviter le « saucissonnage » des publics.*



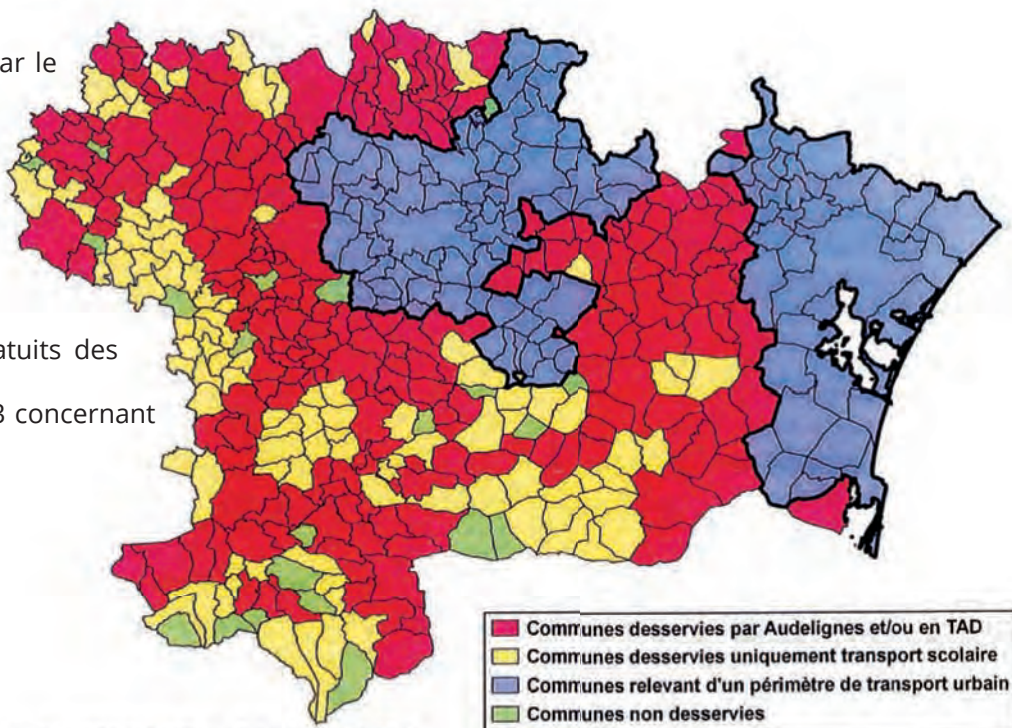


Données de cadrage :

On mesure les efforts menés par le Conseil général.

Il reste proportionnellement peu de communes qui ne soient desservies sur le département qui est essentiellement rural avec une faible densité de 48 habitants au km².

> Nombre de trajets gratuits des jeunes et bénéficiaires du RSA : 8 800 environ pour l'année 2013 concernant un montant de 35 000 €.



PAROLES D'ACTEURS

> Des inégalités naissent du fait du manque de mobilité de certains publics.

> Il est nécessaire de trouver un équilibre entre la localisation de l'habitat, celle des services et les transports.

> Le coût pourrait être une limite à la territorialisation, mais maintenir des populations dans l'isolement a aussi un coût qu'il faudrait chiffrer.

> La compétence transports est partagée entre de nombreuses entités et il faut mieux coordonner les interventions des uns et des autres pour assurer la continuité des trajets.

> Il faut réfléchir à un maillage du transport collectif qui colle davantage aux réalités et aux besoins grâce à une approche par bassin de vie.

> La localisation des logements, et en particulier des logements sociaux est importante. Le moindre coût du logement en zone rurale peut générer de l'isolement pour les personnes en situation de précarité.

> Certaines personnes isolées vivent du RSA avec des pratiques écologiques, peu matérialistes et s'accommodant de leur précarité. Ces personnes peuvent évoluer vers un posi-

tionnement de retrait et vont refuser la mobilité le jour où elle va se présenter.

> Il faut rapprocher les services des usagers : par exemple avec le bus PMI.

> Il y a des carences dans la desserte par les transports collectifs : il y a des manques à des endroits stratégiques et à des horaires stratégiques.

> La mobilité est une composante de la politique de l'insertion.

5- NOS PARTENARIATS

5.4. L'ouverture vers la culture et l'éducation

Le Conseil général, dans le projet AUDEVANT a posé comme objectif stratégique le développement des pratiques artistiques et sportives pour tous les publics et sur tous les territoires.

Pour cela, il a mis en place des actions favorisant l'accès géographique et social à l'offre culturelle (conventionnement avec les sept scènes spectacles vivants, soutien au développement des médiathèques : actions de sensibilisation, spectacles pour la jeunesse, parcours de lecture, etc.)

Par ailleurs, pour réduire les inégalités ou obstacles relatifs à la pratique artistique et permettre au plus grand nombre de bénéficier du rôle essentiel de cet apprentissage dans leur épanouissement, le Département a mis à la disposition des jeunes boursiers un chèque de 50 € pour faciliter leur accès à la pratique artistique. Ce chèque leur permet de couvrir partiellement les frais d'inscriptions aux écoles d'enseignement artistique gérées par des communautés d'agglomération, communautés de communes, communes, associations adhérant au Schéma Départemental d'Enseignement Artistique.

La pratique du sport représente quant à elle, un coût financier que certaines familles de condition modeste ne peuvent pas assumer. Leurs enfants se retrouvent éloignés des clubs sportifs et des autres jeunes qu'ils fréquentent dans les établissements scolaires. Cela peut entraîner un sentiment d'exclusion et, surtout, se révéler préjudiciable à leur épanouissement.

Pour lutter contre ce phénomène, le Conseil général a mis en place, depuis la rentrée 2011, un « chèque-découverte » afin de favoriser la pratique du sport pour les jeunes de condition modeste.

Ce chèque, d'un montant de 50 €, est attribué à tous les collégiens boursiers du département. Il sert au paiement de l'inscription et de la licence dans un club sportif. Si le montant total de l'inscription n'atteint pas 50 €, le reliquat peut servir pour une inscription pour une ou plusieurs autres activités sportives.



PAROLES D'ACTEURS

> *Le social peut approcher la culture comme une profession, avec la question de la valorisation des productions artistiques des publics de l'action sociale, et comme un facteur d'épanouissement personnel.*

> *Il y a d'importants déterminismes sociaux et il est difficile pour nos publics de s'en affranchir. Les lieux « sacrés » de la culture sont difficiles à investir pour les publics fragiles. Il faut amener les publics des CMS vers les lieux culturels, et pour cela il faut former les personnels sociaux. Il faut accompagner les publics en difficultés vers la culture. Il y a un travail de médiation à mettre en place avec les publics empêchés.*

> *L'accessibilité de la culture se pose aussi en termes de coûts, de localisation géographique (l'offre culturelle est présente sur un axe Castelnaudary-Narbonne, seule les bibliothèques-médiathèques sont présentes partout sur le territoire), d'accessibilité des locaux et des œuvres aux personnes en situation de handicap moteur ou sensoriel, alors qu'il existe des moyens et des outils simples à mettre en œuvre, mais ils ne sont guère utilisés dans l'Aude (comme des livres en braille).*

> *Les collégiens fréquentant les écoles d'art sont minoritaires. Il existe une barrière symbolique que l'éducation peut aider à dépasser. Il faut ouvrir les portes de la culture à des élèves en difficultés dans le système scolaire.*

Données de cadrage

Chèque sport:

Année scolaire

> 2011/2012 : 1012

> 2012/2013 : 1089

Chèque culture

Année scolaire

> 2011/2012 : 101

> 2012/2013 : 69



5.5. Les liens avec l'économie

> La clause sociale d'insertion

La clause sociale d'insertion est l'obligation pour les entreprises répondant à un appel d'offres public, de réserver un temps de travail minimum à des personnes en insertion professionnelle.

L'intérêt de la clause d'insertion est multiple :

- elle favorise l'accès à un emploi durable à des personnes qui en sont éloignées,
- elle génère de l'activité au profit des structures d'insertion par l'activité économique,
- elle offre l'opportunité d'une collaboration inédite et d'un rapprochement entre les entreprises privées et les structures d'insertion par l'activité économique.



La démarche concerne les publics les plus éloignés de l'emploi dans la perspective d'un parcours d'insertion afin de combattre la précarité :

- les jeunes de moins de 26 ans sans qualification ou bénéficiaires d'un accompagnement Civis
- les demandeurs d'emploi de longue durée
- les demandeurs d'emploi de plus de 50 ans
- les personnes reconnues travailleurs handicapés
- les bénéficiaires des minimas sociaux (RSA, ASS)

LE DISPOSITIF CLAUSE SOCIALE EN CHIFFRES

Au 1^{er} décembre 2013 :

- > 77 315 heures prévues dont 54 355 h pour des opérations hors maîtrise d'ouvrage Conseil général qui font suite à des actions de sensibilisation ou en lien avec notre règlement (ex. : garantie d'emprunt pour les bailleurs)
- > 32 520 h pour les marchés des bailleurs
- > 6 005 h pour les marchés des syndicats adhérents au SMMAR
- > 15 830 h pour les EHPAD ou centre hospitalier (Castelnaudary)

Pour les zones hors agglomérations

- 22 960 h pour les marchés du Conseil général (tous confondus y compris les marchés à Bon de Commande)
- réalisés au 1^{er} décembre 2013 : 43 342 h soit 56 %
- concernant 124 salariés et 158 contrats de travail (du CTT au contrat de professionnalisation).

	Aude	Région LR
établissements	9,4%	9,9%
effectifs	12,0%	12,4%
ETP	11,5%	11,7%
rémunérations brutes	11,5%	10,9%

Nombre d'heures de travail réalisées grâce à la clause d'insertion

5- NOS PARTENARIATS

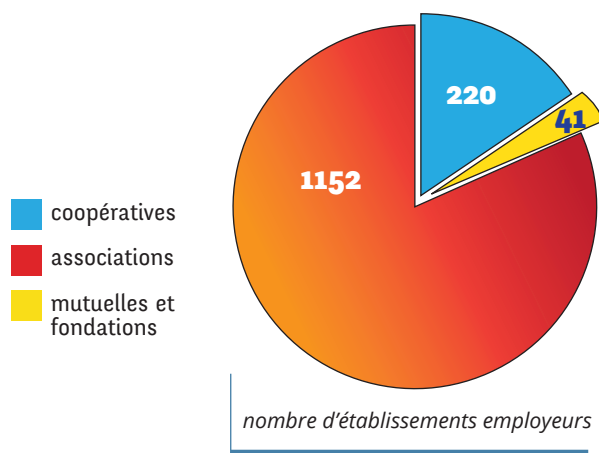
> Le poids de l'économie sociale et solidaire dans l'économie globale de l'Aude et de la région Languedoc-Roussillon

L'économie sociale et solidaire (ESS) regroupe les organisations (entreprises, coopératives, associations, mutuelles ou fondations) qui cherchent à concilier activité économique et utilité sociale. Les organisations de l'économie sociale adhèrent à des principes fondateurs :

- une finalité explicite au service de la collectivité : intérêt général et utilité sociale,
- gouvernance démocratique (primauté des personnes, implication des parties prenantes)
- non lucrativité ou lucrativité limitée
- un ancrage territorial ou sectoriel

Akteur économique de poids, l'ESS représente 10 % du PIB et près de 10 % des emplois en France (*Ministère Économie et Finances 31-12-2013*). Le département de l'Aude montre un profil intéressant au-dessus de la moyenne nationale, avec un taux avoisinant les 12 % pour un montant de rémunération supérieure à la moyenne régionale du Languedoc-Roussillon.

Dans l'Aude, 1 413 établissements relèvent de l'ESS. Ils gèrent 9 658 personnes en équivalent temps plein, beaucoup plus de personnes en réalité, mais le chiffre rapporté au nombre d'établissements indique une part significative des emplois à temps partiel.



62,5 % des salariés de l'ESS travaillent dans le secteur tertiaire.

Les principaux secteurs d'activités sont :

- > le secteur social et médico-social (38,9 % des salariés),
- > l'enseignement (9,8 %)
- > les activités financières (8,2 %)

La forte présence du secteur social explique la représentation féminine et la part des emplois à temps partiel.



	nbre d'établissements employeurs	effectifs ETP	rémunérations brutes (K€)
coopératives	220	1 855	61 908
associations	1 152	7 324	175 265
mutuelles et fondations	41	479	13 799

L'ESS dans l'Aude selon la forme juridique des établissements



Secteur d'activité	Effectifs Aude	Effectifs Région LR
action sociale sans hébergement	24,1%	23,5%
hébergement médico-social	14,8%	16,4%
enseignement	9,8%	11,2%
activités financières et d'assurance	8,2%	11,7%
commerce, hébergement et restauration, agriculture, industrie, construction	7,7%	4,8%
agriculture, industrie, construction	7,4%	4,2%
information et communication, soutien aux entreprises	5,5%	5,9%

Répartition des effectifs selon les secteurs d'activité de l'ESS dans l'Aude et la région Languedoc-Roussillon



PAROLES D'ACTEURS

> Il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre le secteur social et le secteur de l'économie. Cette relation passe par une compréhension mutuelle et un vocabulaire commun. Ainsi on peut changer les représentations réciproques.

> Les acteurs sociaux ont intérêt à approcher le monde de l'entreprise, cela donne du sens à la valeur travail, mais cela implique une remise en question des travailleurs sociaux sur les pratiques de leur accompagnement des publics.

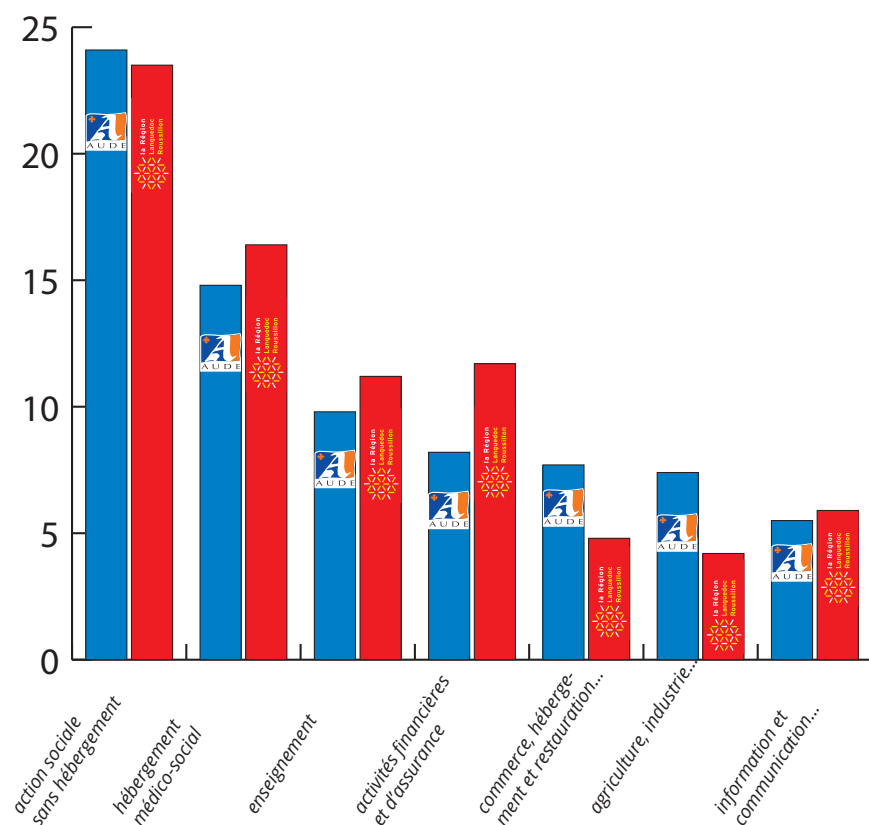
> Pour le secteur économique, travailler avec les professionnels sociaux permet de faciliter le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnes en insertion.

> Il serait pertinent de décroisonner les publics (jeunes, bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emploi de longue durée), et de miser sur des outils de partage des salariés du type groupements d'employeurs.

> Le partenariat naît toujours d'une opportunité socio-économique, pour répondre à des besoins non-satisfaits. La relation entre les deux sphères doit impérativement être équilibrée.

> La relation « gagnant-gagnant » est un gage de réussite.

> Mais où met-on le curseur de l'insertion dans le parcours de la personne ? Les acteurs sociaux accepteront-ils l'idée qu'une personne présentée à l'entreprise n'est plus une personne en insertion ? Si oui, alors l'approche de l'entreprise est fondée sur des compétences du candidat et non sur l'histoire de son parcours, aléas et autres freins qui stigmatisent souvent le futur salarié.





Les quatre axes **STRATÉGIQUES** DU SCHÉMA unique



axe stratégique n°1

FAVORISER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX DROITS ET AUX SERVICES

Objectif opérationnel 1 : Garantir les droits des personnes

Diagnostic

Divers droits ont été identifiés comme susceptibles d'être insuffisamment mis en œuvre et nécessitant une intervention spécifique.

Droit aux prestations sociales

La question du non-recours aux prestations sociales est bien connue, notamment en ce qui concerne le RSA activité. Pour des raisons de complexité de dispositifs, de méfiance vis-à-vis des institutions sociales, de méconnaissance de leurs droits, de volonté de « s'en sortir seules », les personnes ne font pas valoir leurs droits, ce qui peut avoir des conséquences à court mais aussi à long terme lorsque des dispositifs ne peuvent être mobilisés du fait de la subsidiarité qui aurait dû être mise en œuvre. Une démarche active est nécessaire pour aller au-devant de ces personnes et les amener à faire valoir leurs droits.

Droit à la citoyenneté

Les usagers de l'action sociale ont le droit d'être reconnus en tant que citoyens à part entière en dépit de leurs difficultés : il importe pour cela de considérer que chaque personne a des atouts qu'elle peut mobiliser et de se situer dans une démarche de valorisation des capacités quelles qu'elles soient, par le biais de la culture d'origine, d'activités culturelles ou de loisirs, du bénévolat.

Droit à la santé

Le département de l'Aude présente une offre de santé d'un niveau qui apparaît globalement satisfaisant. Cependant, cette moyenne masque de fortes disparités entre les territoires. Certains secteurs du département sont encore dotés tels que le littoral, le secteur carcassonnais, Castelnaudary, et plus globalement le long des principales voies de communication. En revanche, de vastes zones rurales sont dépourvues de médecin généraliste. Dans l'Aude, les médecins sont en outre globalement plus âgés qu'au niveau national. Chaque année, moins de 20 nouveaux médecins s'inscrivent à l'Ordre dans l'Aude : tous exercent dans une commune urbaine et moins de deux ou trois d'entre eux s'installent en libéral. Ainsi, la désertification

médicale du territoire rural audois et, à terme, celle du département en son entier, est un risque réel, et appelle une action volontariste pour l'enrayer.

Droit à la mobilité

Le contexte économique, marqué à la fois par une certaine paupérisation des usagers, par le renchérissement du coût des transports et par la fragilisation financières de collectivités en charge de leur organisation, rend plus urgente encore la nécessité de renforcer l'efficacité comme l'efficience des dispositifs de transport et de mobilité. Dans l'Aude, la forte croissance démographique du département, par ailleurs marqué par un caractère rural prédominant, la présence de trois pôles urbains de petite dimension et de deux pôles plus attractifs en termes d'emploi engendrent un fort besoin de déplacement. Les besoins de mobilité sont diversifiés, de même que les publics concernés : transports scolaires, flux domicile-travail, démarches médico-sociales, services et commerces, recherche d'emploi...

Cette aptitude à se déplacer est un élément important à prendre en compte dans le traitement des situations des usagers des politiques sociales. La mobilité est primordiale pour mettre en œuvre un projet de vie, pour l'insertion professionnelle, pour accéder aux services publics. La mobilité amène à l'autonomie des personnes.

Les professionnels sociaux réunis en atelier ont posé plusieurs constats concernant la mobilité des usagers des politiques sociales. Les ressources financières constituent le premier frein relevé en matière de mobilité. Ces freins peuvent également d'ordre psychologique (ce qui nécessite un accompagnement) et physique (accessibilité des transports publics).

Ils soulignent l'importance de l'offre de mobilité existante dans le département de l'Aude (en termes de transports collectifs, Transports à la Demande, trains) mais constatent également des zones « blanches » et des modalités d'utilisation parfois inadaptées à certains publics. Enfin, ils ont mis en avant l'impératif de coordination des acteurs du transport dans le Département afin de fluidifier les interconnexions et ainsi améliorer la mobilité des personnes. Enfin des solutions alternatives à l'offre classique de mobilité comme le covoiturage restent des pistes à explorer.



Droit au logement

Les besoins en logement du département sont liés à ses caractéristiques sociodémographiques et notamment une croissance démographique soutenue, liée principalement aux migrations, qui amènent dans le département des familles avec enfants et de jeunes retraités, un vieillissement significatif de la population, des revenus des ménages plus bas que la moyenne nationale.

Le parc audois de logement se caractérise par divers éléments, et en particulier :

- un nombre insuffisant de logements sociaux avec un recul de la proportion de ce parc, alors que les revenus des ménages sont faibles dans l'ensemble et que les besoins s'accroissent du fait de l'évolution démographique et de la crise économique,

- des difficultés à répondre aux besoins en logement des jeunes, en raison de la discontinuité de leurs parcours mais aussi de leur manque de solvabilité,

- un niveau de confort globalement satisfaisant mais la présence encore marquée de résidences privées potentiellement indignes.

- la précarité énergétique est un phénomène que les professionnels sociaux constatent dans leur accompagnement et qui appelle à des mesures spécifiques.

- il existe une large palette de logements accompagnés mais il est constaté des chaînons manquants qui permettraient de fluidifier les parcours des usagers en fonction de leurs besoins (handicap, perte d'autonomie, insertion). L'expérimentation de dispositifs alternatifs constitue un levier d'action.

Le logement est un élément déterminant du parcours des personnes, facteur d'autonomie et d'intégration. La multiplicité des dispositifs appelle à une coordination étroite des acteurs du domaine (État, Collectivités, bailleurs, etc.) pour rendre lisible l'offre en termes de bâti et d'accompagnement.

Les professionnels ont rappelé en atelier que l'accès et le maintien dans un logement est un droit et permet l'intégration de la personne. L'adaptation des logements aux besoins des usagers est un enjeu important mais parfois empêchée par des freins financiers et/ou psychologiques.

Par ailleurs, des liens existent entre logement et mobilité. Il convient de susciter dans les deux cas des dynamiques individuelles afin de rendre possible l'accompagnement des personnes. Des dynamiques collectives peuvent être également des leviers intéressants d'action afin de lutter contre l'isolement des personnes.

Droit à l'activité économique et à l'emploi

En période de crise économique, l'Économie Sociale et Solidaire (ESS) est, par ses valeurs fondatrices (primauté des personnes et de l'objet social sur le capital, adhésion volontaire et ouverte, gestion démocratique, fonds propres impartageables, appropriation collective des excédents, solidarité et responsabilité, utilité sociale des produits et services), non plus une économie alternative mais une économie ancrée durablement sur nos territoires.

L'histoire audoise est riche en initiatives collectives pérennes : mouvements coopératifs viticoles, maillage associatif dense représentatif d'une économie sociale et solidaire ancrée localement.

En effet, les quatre grandes familles de l'ESS (coopératives, associations, mutuelles, fondations) représentent aujourd'hui plus de 12 % de l'économie audoise, soit près de 10 000 ETP.

Ainsi, le développement de l'économie sociale et solidaire permet de créer sur le territoire départemental des emplois non délocalisables, dynamique indispensable pour faire face à un chômage en augmentation.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment amener les personnes à pratiquer des activités valorisantes ?

- > Quelle offre adaptée pour amener les personnes en difficulté vers des activités tous publics ?

- > Quelles actions pour promouvoir l'intégration et la citoyenneté ?

- > Quelles passerelles vers les actions de bénévolat ou d'utilité sociale ?

- > Comment mieux accompagner nos usagers pour répondre à leurs besoins de mobilité ?

- > Comment répondre en partenariat aux besoins de mobilité ?

- > Quelles modalités de partenariat pour fluidifier les parcours logement ?

- > Comment élargir la communication sur l'ESS auprès des partenaires extérieurs ? Notamment auprès des acteurs de l'économie « traditionnelle » ?

- > Comment favoriser les solutions de l'ESS dans l'exercice des compétences sociales du département ?

- > Comment formaliser et clarifier les relations entre acteurs de l'ESS et collectivités ?

- > Comment favoriser les passerelles avec les autres familles de l'ESS ? Quels peuvent être les leviers propres au champ de l'ESS ?



axe stratégique n°1

favoriser un accès équitable aux droits et aux services

Les orientations à engager

1-1.1 Valoriser les compétences des personnes en difficulté par le bénévolat et l'accompagnement social :

Les activités valorisant les compétences des personnes sont facteur d'épanouissement et de socialisation des personnes en difficulté. Or, les personnes, sans réseau ni connaissance de leur environnement, n'y participent pas naturellement. Il s'agit donc d'orienter les personnes en difficulté vers les actions favorisant l'expression artistique des personnes mises en œuvre dans le cadre du plan départemental d'Insertion. Ces actions constituent un élément important du vivre ensemble et de lutte contre l'isolement social tant pour les adultes que pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Il s'agit aussi de développer un partenariat avec les associations proposant des activités tous publics pour l'accueil des publics prioritaires du schéma

1-1.2 Favoriser l'accès aux services de santé et de secours

Cette orientation est développée dans le cadre d'AUDE 2030 : Il s'agit d'améliorer l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les audois et notamment en zone rurale, de mobiliser les professionnels de santé dans la lutte contre la désertification médicale et de maintenir un maillage de proximité des centres de secours en favorisant les synergies sur les territoires et en donnant une place prépondérante à la notion de volontariat.

1-1.3 Faciliter l'accès à un logement adapté :

Le Plan départemental de l'Habitat (PDH) approuvé le 16 octobre 2013 s'est donné pour priorité d'accompagner le développement d'une offre de logements adaptés aux besoins des personnes en difficulté, aux jeunes, aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

L'objectif à travers le schéma unique est non seulement d'appuyer les orientations du PDH mais aussi d'améliorer la communication et l'information autour des aides et dispositifs en lien avec le logement et de poursuivre les actions d'accompagnement relevant du PDALPD.

1-1.4 Lever les freins à la mobilité :

AUDE 2030 se donne pour objectif de développer la complémentarité de l'offre de transports et l'intermodalité. Pour autant, le réseau de transports ne peut répondre à lui seul à l'ensemble des besoins. Aussi le schéma se propose de développer une offre d'accompagnement en complément des interventions prévues dans AUDE 2030.

1-1.5 Valoriser l'Économie Sociale et Solidaire comme source de richesses pour nos territoires

L'ESS constitue un véritable levier en matière de création d'emplois et le développement de cette nouvelle forme d'économie doit être recherchée : mise en réseau, rapprochement de l'entreprise classique et de l'entreprise ESS

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > État : DDCSPP, ARS, DDTM, Pôle Emploi, DIRECCTE, Caisse des dépôts et consignation,
- > Conseil régional,
- > Communautés d'agglomération,
- > communes et/ou leurs groupements,
- > CCAS
- > Maison de l'Emploi
- > PLIE
- > CAF, MSA
- > SDIS
- > CLIDA
- > Faculté de médecine
- > fondations, Mutuelles, OPCA, Mécénat d'entreprises
- > Branches professionnelles : UPA, CGPME, CAPEB, FFB, UMIH, MEDEF...





Objectif opérationnel 2 : Favoriser l'accès aux services publics

Diagnostic

Deux principaux thèmes de réflexion ont été abordés dans le cadre de cet objectif : l'accueil des publics et l'accès aux services aux familles.

1. L'accueil

L'accueil revêt dans les services sociaux une place stratégique puisqu'il est l'interface entre l'utilisateur et les services. Il devient de plus en plus technique, nécessitant des connaissances nombreuses et à actualiser en permanence.

Avant tout, l'accueil sert à écouter mais aussi à cibler, déchiffrer la demande et apporter une réponse.

La prise en compte de la personne doit être rapide, même si la réponse ne peut être apportée que dans un délai plus long. Cela suppose de délimiter la capacité d'intervention de l'accueillant et de bien clarifier ce point vis à vis de l'utilisateur.

Une distinction est à opérer entre diverses formes d'accueil : guichet unique, polyvalent et guichet intégré, spécialisé, accueil physique, téléphonique et électronique.

L'accueil est un vrai métier. Les gages de qualité d'un accueil sont :

- savoir écouter et comprendre la véritable demande, disposer d'un temps suffisant pour cette écoute,

- faire preuve de bienveillance,
- pouvoir donner la bonne information, connaître la répartition des compétences entre les acteurs de terrain, pouvoir mobiliser directement ces réponses ou savoir vers qui orienter, en accompagnant cette orientation,

- une place reconnue des agents d'accueil vis-à-vis de leurs collègues du même service,

- garantir une continuité du service d'accueil,

- les conditions matérielles d'accueil sont également essentielles : des locaux adaptés (l'agencement des locaux peut permettre de désamorcer l'agressivité et de garantir la sécurité des agents), la séparation si possible de l'accueil physique et de l'accueil téléphonique et des outils partagés de gestion des rendez-vous,

- la formation des agents d'accueil et une rotation des agents afin d'éviter l'usure,

- un accueil de deuxième niveau pour les

usagers qui nécessitent plus de temps (remplir un dossier par exemple),

- disposer d'un outil de référence des pratiques de l'accueil et d'un référentiel des droits, des fonctionnements internes du service,

- un accueil adapté pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française, sourdes, âgées, pour lesquelles un interprétariat, un temps plus long sont nécessaires.

Des difficultés sont à surmonter :

- l'utilisateur ne reconnaît pas toujours la légitimité du personnel d'accueil. Il ne veut parler qu'à une assistante sociale. Comment valoriser la fonction accueil auprès du public ? Cela passe par la qualité de la réponse, la prise en compte d'un délai nécessaire pour répondre, la connaissance des services vers qui réorienter avec contact préalable avec ce service.

- la sécurité des agents face aux situations d'incivilités : ainsi, des accords peuvent être envisagés avec le commissariat qui envoie une patrouille à proximité à la demande du service, lorsqu'un entretien avec une personne incontrôlable est programmé.

- lorsque les services ont supprimé toute permanence sur les territoires, les publics se tournent vers les services polyvalents qui restent ouverts, comme les CMS et CCAS.

Cela pose la question de l'expertise pour traiter certaines demandes et de la relation avec un public démuni et renvoyé d'un service à l'autre, sans réponse.

Quelle articulation prévoir avec les partenaires absents des territoires ?

La désignation d'une personne ressources interlocuteur privilégié des professionnels des services d'accueil correspond à un véritable besoin et permettrait d'accompagner la réorientation vers le bon service.

Mais si certains services ont désigné une ou plusieurs personnes ressources, d'autres refusent l'intervention d'un tiers professionnel et ne veulent communiquer qu'avec l'utilisateur.

- l'accès aux droits devient de plus en plus difficile pour une partie du public (problème de mobilité pour accéder à des services recentrés sur Carcassonne et Narbonne, permanences annulées au dernier moment, sans que les usagers n'en soient prévenus, et surtout développement de l'e-administration inaccessible pour une partie du public, notamment les personnes illettrées ou



axe stratégique n°1

FAVORISER UN ACCÈS ÉQUITABLE AUX DROITS ET AUX SERVICES

ne disposant pas d'un ordinateur.

- le renvoi d'usagers entre services génère de l'agressivité.

- on constate une perte d'autonomie de la part de personnes qui ont pris l'habitude de solliciter les services d'accueil pour faire les démarches à leur place.

- les dispositifs évoluent sans cesse, nécessitant que le personnel d'accueil dispose d'une information complète et actualisée pour orienter utilement les usagers.

2. Les services aux familles

La dynamique démographique forte du département entraîne l'augmentation des besoins en termes de services aux familles. La population a particulièrement progressé au cours de la dernière décennie avec un rythme annuel d'augmentation de 1,73 %. Cette progression se manifeste essentiellement sur le sillon audois et le littoral, et se trouve accentuée sur ses parties est et nord-ouest.

L'analyse fine de l'évolution de la population montre que le solde migratoire est particulièrement positif sur les personnes entre 35 et 50 ans et sur les moins de 20 ans : cela traduit l'arrivée de couples avec des enfants, souvent des actifs. Les actifs ayant un emploi représentent 41 % des nouveaux arrivants.

Ces évolutions démographiques renvoient à la nécessaire adaptation de l'offre de services aux familles, dont une partie relève de l'intervention du Conseil général et des intercommunalités, dans le cadre de partenariats avec d'autres acteurs institutionnels (CAF, CPAM, MSA...).

Cette offre de service doit permettre d'assurer la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, mais également l'épanouissement des enfants et des jeunes sur tous les territoires. Elle doit aussi s'adapter aux besoins des personnes en insertion ou en recherche d'emploi.

Les missions de protection maternelle et infantile sont nécessairement impactées par le contexte de la diminution de l'offre de soins en lien avec la baisse de la démographie médicale.

Ainsi, faute d'offre libérale voire hospitalière, les consultations de gynécologie-obstétrique proposées par les CMS sont parfois utilisées par des femmes qui ne connaissent aucune difficulté psychosociale, voire qui ne relèvent pas de la tranche d'âge (femmes en âge de procréer) concernée par la PMI.

Dans le domaine de la pédiatrie et de l'agrément et de la surveillance des modes de garde, la pénurie de professionnels peut également compromettre, sur certains territoires, la mise en œuvre des activités des services.

Il est donc important de définir un socle commun d'intervention accessible aux usagers, dans une logique d'égalité de traitement, de clarté et de qualité du service rendu et d'efficacité.

Il convient pour ce faire, de travailler sur le public prioritaire et sur l'organisation du travail.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment assurer un égal et équitable accès aux droits et aux services publics sur tout le territoire ?

- > Quel rôle de l'accueil dans l'accès aux droits ?

- > Comment améliorer la qualité de l'accueil ?

- > Peut-on définir des modalités d'accueil permettant d'assurer une prise en charge globale des personnes ?

- > Quels outils organisationnels de l'accueil ?

- > Quelles réponses à l'enjeu de l'isolement des publics fragiles vis-à-vis des services publics ?

- > Quels besoins et quelles solutions de partenariat des services d'accueil dans les territoires ?

- > Comment répondre aux besoins et attentes des jeunes ?



Les orientations à engager

1-2.1 Soutenir les services aux familles sur tous les territoires (AUDE 2030)

Cette orientation est traitée au sein de l'objectif 7 d'AUDE 2030.

Il s'agit de maintenir et renforcer l'attractivité résidentielle des territoires les plus ruraux et d'œuvrer au maintien de l'égalité d'accès aux services publics pour tous les audois.

Le Conseil général, dans le cadre de l'exercice de ses compétences, constitue un service public de proximité par la territorialisation de certaines de ses activités.

Par ailleurs, le Département a mis en place un service de bus itinérant pour assurer sa mission de protection maternelle infantile et il a développé une politique volontariste de soutien à la création d'établissements d'accueil de jeunes enfants par un appui technique et un soutien financier à l'investissement des crèches publiques

En outre, il soutient les projets permettant de favoriser le maintien des services, participe activement à la lutte contre la désertification médicale, au financement de l'hélicoptère du SAMU.....

Enfin le Département participe à l'expérimentation sur l'accessibilité des services, expérimentation pilotée par la DATAR dont la phase diagnostic démarre au printemps 2014 pour un retour à l'automne 2014 et élaboration d'un plan d'actions début 2015.

1-2.2 Repenser l'accueil autour de l'utilisateur :

Veiller à une équité d'accès à l'ensemble des services publics en tout point du territoire et veiller à apporter des réponses de qualité sont une des priorités du Conseil général et des partenaires institutionnels. Il convient donc que les partenaires institutionnels s'organisent ensemble pour améliorer l'accessibilité des services

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique



LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > État : ARS,
- > Conseil régional
- > Communautés d'agglomération
- > communes et/ou leurs groupements
- > CAF, MSA, CARSAT, CPAM
- > Consulaires
- > Associations



axe stratégique n°2

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LEUR ENVIRONNEMENT POUR PRÉVENIR LA DÉGRADATION DES SITUATIONS

Objectif opérationnel 1 : Améliorer nos pratiques de prévention

Diagnostic

À la suite de l'Organisation Mondiale de la Santé, on définit la prévention primaire par le fait d'agir pour éviter la survenue d'une maladie ou d'une difficulté, et la prévention secondaire par le fait de réduire les effets et d'éviter l'aggravation de cette maladie ou de cette difficulté.

L'approche de la prévention peut être multiple :

- par les publics cibles tels que l'enfance/ la jeunesse, les personnes handicapées, les personnes âgées
- par les pratiques : les actions peuvent être menées individuellement ou collectivement.

La prévention doit :

- répondre aux besoins, ce qui implique de repérer les problématiques (notion de territoire, de bonne connaissance du terrain),
- s'adapter aux évolutions de façon à anticiper les problématiques (exemple de l'addiction aux écrans),
- informer, démontrer : les dispositifs doivent être précurseurs,
- convaincre et non contraindre (différence avec la répression),
- accompagner (participation active de l'utilisateur).

Deux conditions de réussite sont primordiales : le temps et la participation des usagers.

Plusieurs difficultés compromettent le développement d'actions de prévention :

- l'évaluation compliquée des impacts,
- le manque de moyens,
- les difficultés à mobiliser le partenariat,
- les difficultés à obtenir l'adhésion des usagers.

Toutefois, l'ensemble des acteurs du Schéma Unique des Solidarités s'accordent à souhaiter un développement des actions de prévention primaire, mais aussi secondaire, dans plusieurs domaines jugés prioritaires.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Quel dépistage et prise en charge pour les personnes en situation de handicap ?
- > Quelles actions de prévention pour les personnes en perte d'autonomie ?
- > Comment assurer nos missions essentielles en matière d'enfance/jeunesse ?





Les orientations à engager

2-1.1 Adapter l'offre d'accompagnement global aux territoires

Le schéma précédent avait pointé la nécessité d'améliorer la lisibilité des interventions respectives du Conseil général et de ses partenaires et de formaliser des partenariats pour couvrir au mieux l'ensemble des besoins, dans le respect des compétences de chacun et en tenant compte du territoire. Il avait également posé le principe d'une adaptation des pratiques d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins des usagers. Les démarches engagées pour la réalisation de cette action doivent être poursuivies. Ces démarches doivent être adaptées aux différents territoires.

2-1.2 Promouvoir la santé des jeunes et des enfants :

Le Conseil général, traditionnellement et par ses missions de Protection Maternelle Infantile, développe des actions de prévention primaire répondant ainsi à ses missions obligatoires et participe activement à des actions partenariales telles que la prévention de l'obésité infantile à travers le programme LECODE.

Il s'agit aujourd'hui de communiquer autour de ces actions pour amener parents et enfants à adopter des habitudes et comportements favorables à la santé.

2-1.4 Coordonner l'intervention à domicile autour des personnes âgées :

Le vieillissement de la population audoise se confirmant avec l'augmentation des personnes de 60 ans et plus (*part de la population égale à 29,3 % dans l'Aude contre 23 % au plan national-source INSEE 2012*), le Département doit s'engager dans une politique renforcée d'accompagnement des âgés. L'accentuation de la lisibilité des CLIC sur les territoires notamment ruraux, le déploiement de deux MAIA dans l'Aude et la multiplicité des dispositifs de prévention de la perte d'autonomie engagés sur le territoire audois par les partenaires doivent conduire à mieux coordonner les interventions autour de la personne âgée pour éviter les dégradations des situations et favoriser le maintien à domicile.

2-1.5 Prévenir l'isolement social

La précarité, particulièrement forte dans l'Aude, accroît le risque d'isolement social des populations les plus fragiles.

En effet, lorsque les savoirs de base nécessaires pour effectuer des démarches de la vie quotidienne, notamment administratives sont mal maîtrisés, cette difficulté fait obstacle à l'autonomie

des personnes.

De même, les difficultés de mobilité et le manque de moyens pour la garde des enfants, notamment dans les zones rurales n'aident pas à l'engagement de démarches d'insertion.

Les personnes concernées par la grande précarité recherchent prioritairement une réponse à leurs besoins primaires et il leur est difficile de se projeter dans une autre dynamique.

La lutte contre l'isolement pose la question du lien social ou du maintien de ce lien également pour le public âgé. En effet, l'isolement social des personnes âgées constitue un facteur indéniable de la perte progressive d'autonomie.

Le projet AUDEVANT a fait de l'accessibilité de l'offre de services à domicile et des actions de sensibilisation des personnes elles-mêmes et de leurs familles une priorité.

Leur participation et l'accès aux activités sociales, artistiques, culturelles et associatives doivent néanmoins s'exercer le plus souvent à une échelle locale, de proximité.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > État : Pôle Emploi, ARS, CNSA
- > Caisses de retraite
- > Organismes de sécurité sociale, Mutuelles
- > CODERPA
- > Collectivités territoriales
- > CAF, MSA, MLI,
- > Établissements et services médicaux et médico-sociaux
- > Associations
- > Professionnels



axe stratégique n°2

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LEUR ENVIRONNEMENT POUR PRÉVENIR LA DÉGRADATION DES SITUATIONS

Objectif opérationnel 2 : Accompagner les aidants familiaux et professionnels

Diagnostic

Les réflexions sur l'accompagnement et la prise en charge des usagers doivent nécessairement prendre en compte leur environnement et donc leurs aidants.

Bien que peu reconnus, les aidants familiaux et professionnels ont un rôle déterminant dans le soutien des personnes dépendantes qui souhaitent leur maintien à domicile. On constate des sentiments d'épuisement et d'isolement, dans un contexte de vieillissement des aidants eux-mêmes. Il convient d'évaluer leurs attentes et de réfléchir à des modalités d'accompagnement.

L'aidant familial (appelé aussi « aidant naturel ») est une personne qui vient en aide, à titre non professionnel, à une personne dépendante (personne handicapée physique ou mentale, âgée, malade) pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie et assurant une surveillance régulière, de façon permanente ou non. L'aidant, majoritairement des femmes, intervient seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel.

Le rapport d'activité 2011 de la CNSA a abordé particulièrement la question des aidants naturels. Il cite notamment l'enquête Handicap santé ménages (HSM) et Handicap santé aidants (HSA), réalisée auprès de 5 000 aidants non professionnels, qui a permis d'estimer que 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile un ou plusieurs de leurs proches pour raison de santé ou d'un handicap. 57 % d'entre eux sont des femmes.

L'intervention d'un aidant professionnel ne se traduit pas par une disparition de l'aide des proches. Celle-ci peut changer de nature, pour se recentrer sur certaines tâches, mais elle se poursuit en parallèle. Une personne âgée très peu autonome (en GIR 1-2) vivant à domicile est ainsi aidée par des professionnels en moyenne 2 h 10 par jour, contre 5 h 15 par jour par son entourage (soit 2 h 40 d'aide de l'entourage pour 1 heure d'aide professionnelle).

Les contraintes de temps liées à leur intervention amènent les aidants à des choix, des renoncements et un réaménagement de leur vie : réduction du temps de sommeil, puis des activités « non prioritaires », loisirs, sorties, relations sociales et, à terme, réduction fréquente du temps de travail. Ce manque de temps récurrent, la réduction des activités de loisirs et des interactions sociales, les tensions pouvant apparaître au sein de la fratrie ou de la famille, la place quasi exclusive de la préoccupation pour la personne aidée constituent des facteurs de stress important. Le stress et ses conséquences sur la santé psychologique et physique des aidants constituent l'impact le plus important du rôle d'aidant souligné dans la littérature.

Stress, isolement social, fatigue peuvent entraîner un épuisement de l'aidant préjudiciable à sa santé, mais aussi à la qualité de sa relation avec le proche aidé, aboutissant parfois à des situations de maltraitance.



Par ailleurs, différentes formes d'accompagnement existent pour soutenir les aidants naturels :

- l'aide financière via l'APA et la PCH ;
- les structures d'accueil et d'aide aux aidants : SAVS, groupes de paroles, de relaxation, accueil de jour, plateforme de répit, accueils de jour, Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer avec des gestionnaires de cas complexes, le dispositif de baluchonnage (*dispositif de prise en charge à domicile de la personne*



aidée durant plusieurs jours), la garde de nuit, l'hébergement temporaire.

Toutefois, l'ensemble du territoire n'est pas couvert de la même manière que ce soit pour la diffusion de l'information ou de l'accès aux dispositifs de soutien pour les personnes aidées et les aidants familiaux.

Suite au constat d'une méconnaissance des aides et des prestations dont peuvent bénéficier les seniors, un guide départemental a été conçu, régulièrement mis à jour, il peut être téléchargé sur le site du Conseil général.

L'aidant professionnel est une personne qui, à titre professionnel, intervient au domicile de personnes dépendantes pour les aider dans les activités quotidiennes. L'aidant professionnel (aussi nommé auxiliaire de vie, aide à domicile, assistant de vie, aide-ménagère, garde à domicile, etc.) est salarié par exemple d'un Service d'Aide à Domicile, d'un Service de Soins Infirmiers, etc.

Ce métier est peu valorisé par le public mais aussi par les salariés eux-mêmes en lien avec les bas salaires, la pénibilité du travail souvent précaire avec des temps partiels imposés, et des plannings en changement constant provoquant une instabilité permanente.

Il est indispensable que dans un souci de travail de qualité, les aidants professionnels soient accompagnés et formés. Cette démarche qualité est engagée sur le département depuis trois ans avec les Services d'Aide à Domicile (SAD) autorisés. Néanmoins, il faut faire face au manque de motivation des aidants pour suivre des formations qualifiantes et diplômantes liées à des difficultés de mobilité, de déni de leur capacité, etc.

Les programmes portés par les CLIC en direction des aides à domicile des SAD sur les années 2012-2013 ont permis à 358 intervenant(e)s de bénéficier d'actions dont la finalité était de favoriser la bientraitance, de prévenir l'épuisement, l'isolement de ces salarié(e)s et de les sensibiliser aux bonnes pratiques professionnelles.

Dans la continuité de ces programmes et la volonté d'améliorer la qualité de services rendus aux publics en perte d'autonomie, un nouvel outil, « Le Guide des bonnes pratiques professionnelles », expérimenté sur la zone gérontologique de la Moyenne et Haute-Vallée de l'Aude, sera déployé, en 2014 sur chaque zone gérontologique. Pour ce faire, des rencontres partenariales seront proposées et coordonnées par les CLIC pour finaliser ce

nouvel outil auprès des SAD, l'adapter aux besoins et aux contraintes territoriales.

Parallèlement, le Conseil général poursuivra son appui financier, aux côtés de la CNSA dans le cadre de leur convention de structuration de l'offre de services et de modernisation des SAD, auprès des gestionnaires de SAD souhaitant mettre en place des groupes de paroles destinés, par l'intervention d'un tiers professionnel de l'écoute, à soutenir leurs équipes.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment mieux repérer les aidants familiaux ?
- > Comment mieux informer les aidants sur les solutions à leur disposition ?
- > Comment mieux accompagner les aidants familiaux et professionnels à court, moyen et long terme ?
- > Comment lutter contre l'épuisement des aidants ?
- > Comment coordonner au mieux les interventions au service des aidants ?



axe stratégique n°2

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LEUR ENVIRONNEMENT POUR PRÉVENIR LA DÉGRADATION DES SITUATIONS

Les orientations à engager

2-2.1 Informer les aidants familiaux

La majorité des personnes en perte d'autonomie bénéficie d'une aide de leur entourage. Cette aide s'avère essentielle dans la perspective du maintien à domicile. Ces aidants, souvent les parents, le conjoint ou les enfants pour les personnes âgées s'inscrivent dans une logique d'assistance et d'accompagnement « naturelle » en raison des liens affectifs qui les unissent à la personne en besoin. Ces proches ont alors des difficultés à s'identifier comme aidants et à reconnaître puis à faire reconnaître leur charge par leur famille, leur proche.

Peu repérés alors par les professionnels, ces aidants méconnaissent les solutions existantes où ne souhaitent pas s'inscrire quand bien même des moyens d'accompagnement sont à leur portée et des outils leur sont dédiés.

Il convient donc d'organiser le repérage de ces proches aidants, de leur permettre de prendre conscience de leur situation et de leur délivrer une information adaptée, lisible et homogène.

2-2.2 Soutenir les aidants professionnels

Les aidants professionnels qui interviennent au domicile jouent un rôle important dans le parcours de la personne accompagnée. Or, la présence de publics aux profils complexes et les exigences de prise en charge globale complexifient grandement leurs pratiques professionnelles.

Le développement d'actions de soutien à destination des aidants professionnels s'impose pour garantir la qualité des accompagnements réalisés.

2-2.3 Accompagner les aidants familiaux

Considérés comme parties prenantes du parcours de la personne mais aussi des partenaires de l'accompagnement, aux côtés de différents intervenants, les aidants familiaux doivent être associés et soutenus tout au long de la trajectoire de vie de l'utilisateur du dispositif.

Le Conseil général, avec les CLIC, appuyés par les partenaires, a mis en place un certain nombre d'actions en ce sens (groupes de parole, soutien, relaxation, pause-café, formations/informations...)

Par ailleurs, en lien avec la CNSA, une Journée des Aidants a été expérimentée sur le territoire de la Moyenne et Haute-Vallée de l'Aude avec succès. L'ensemble de ces actions nécessite d'être développées.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > ARS, DIRECCTE, CNSA
- > Conseil régional
- > MDPH, CLIC
- > Organismes sociaux et médico-sociaux, CARSAT, Caisses complémentaires, CPAM,
- > Établissements et services sanitaires et médico-sociaux, employeurs SAD/SSIAD
- > FEPEM
- > Organismes de formation (CNFPT, AFPA)
- > Points Informations Conseils
- > Réseaux de santé gériatrique, MAIA
- > Professionnels libéraux de santé, intervenants à domicile
- > Associations





Objectif opérationnel 3 : Améliorer la prise en charge du handicap psychique

Diagnostic

Lors de l'actualisation des schémas sociaux et médico-sociaux (2012-2014), la prise en charge du handicap psychique est apparue comme étant un enjeu transversal à tous les secteurs d'intervention, enfance (avec les adolescents à problématiques multiples), insertion (avec la difficulté d'engager une démarche d'insertion pour une personne souffrant de troubles psychiques non acceptés), handicap, dépendance. Les professionnels de l'action sociale se trouvent souvent démunis pour prendre en charge les personnes souffrant d'un handicap psychique.

Le handicap psychique est une notion complexe à définir.

Tout d'abord, elle recoupe la réalité du handicap en tant que tel, c'est-à-dire l'altération des capacités de la personne.

Le deuxième versant de la définition concerne la maladie psychique. La déficience psychique peut revêtir plusieurs formes : la pathologie psychiatrique, les troubles du comportement, les pathologies neuro-dégénératives, l'autisme, la schizophrénie, etc.

Le noyau commun de ces éléments reste le trouble des interactions sociales, la difficulté dans le rapport à la société. Il est important de rappeler que la maladie psychique n'entraîne pas nécessairement de handicap.

La maladie psychique est caractérisée par sa nature évolutive, qui alterne moments de crise et moment de relative stabilité. L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique doit autant permettre la gestion des états de crise que s'inscrire dans le temps « hors crise ».

Il existe peu de données permettant d'appréhender la réalité du handicap psychique en France. L'Inspection Générale des Affaires Sociales rappelait dans un rapport de 2011 que, selon des enquêtes réalisées en population générale, environ 30 % des français seraient concernés par « un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, de comportements, de l'humeur, ou liés à des addictions) ».

Les associations estiment que 1 % de la population française serait affecté par un trouble psychique « pouvant entraîner un handicap ».

Lors du séminaire de juillet 2012 consacré aux publics, les acteurs audois ont constaté la montée en charge du handicap psychique parmi les publics accueillis. Ils ont unanimement rappelé que l'enjeu restait le maintien du lien social pour les personnes souffrant de handicap psychique, pour un plein exercice de leur citoyenneté, et ce tout au long de la vie. Les professionnels sociaux ont signifié l'importance de la prévention du handicap psychique, dès l'enfance en rappelant le rôle de l'Éducation Nationale et de la PMI dans le dépistage et le suivi.

La prise en charge des situations de handicap psychique est assurée par

- l'hôpital psychiatrique
- les établissements et services médico-sociaux (pour enfants, pour adultes, pour personnes âgées) gérés par des structures publiques ou privées (associatives ou à but lucratif).

Les acteurs institutionnels intervenant dans ce domaine sont :

- la MDPH,
- les services du Département,
- l'Éducation Nationale,
- l'ARS.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Quels outils d'évaluation partager ?
- > Comment formaliser nos partenariats d'intervention ?
- > Comment assurer un accompagnement adapté ?
- > Comment améliorer et diversifier l'offre de prise en charge ?



axe stratégique n°2

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LEUR ENVIRONNEMENT POUR PRÉVENIR LA DÉGRADATION DES SITUATIONS

Les orientations à engager

2-3.1 Mieux connaître le public en situation de handicap

Il ressort un manque de connaissance à l'échelle départementale du public souffrant de troubles psychiques. On n'identifie pas en effet de dispositif d'observation existant spécifique.

La dépendance liée au handicap psychique est difficilement évaluable. Il existe une pluralité d'outils d'évaluation mais ils restent inadaptés aux situations des personnes souffrant de handicap psychique présentant des parcours très spécifiques. Il est donc primordial que les professionnels puissent disposer d'outils partagés d'évaluation.

Cette évaluation doit autant prendre en compte les capacités de la personne que celles de son environnement à compenser le handicap. Les aidants proches des personnes souffrant de handicap psychique doivent être repérés pour être accompagnés.

2-3.2 Renforcer et diversifier l'offre de prise en charge pour les personnes en situation de handicap psychique dans des partenariats d'interventions coordonnés

Il s'agit d'être en capacité avec l'ensemble des partenaires d'offrir des modes de prise en charge diversifiées, souples, adaptées aux fluctuations des manifestations de la maladie et prenant en compte les besoins multiples de la personne tant en hébergement qu'en accompagnement.

Il s'agit donc de formaliser des partenariats d'intervention.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > ESMS, ARS, Éducation Nationale, CNSA
- > MDPH,
- > Hôpital psychiatrique
- > Associations spécialisées, acteurs de l'insertion professionnelle





axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX PROJETS DE VIE DES PERSONNES

Objectif opérationnel 1 : Éviter les ruptures de parcours

Diagnostic

Au-delà de la définition classique : « ensemble des étapes par lesquelles passe une personne » (Larousse), un parcours est la trajectoire de vie d'une personne, constituée d'étapes (éducation, scolarisation, insertion professionnelle, maintien dans l'emploi, soins, vie affective, etc.) et jalonnée d'entrées et de sorties de dispositifs.

L'objectif de l'action sociale est de répondre aux besoins des personnes, mais l'empilement des strates de réponses et des dispositifs ont mis à mal la prise en charge globale des usagers. Les réponses catégorielles et sectorielles trouvent leurs limites, et la territorialisation de l'action sociale a renforcé la prise de conscience de cette difficulté. Le constat est fait que les trajectoires des personnes ne sont plus linéaires. Les périodes charnières entre deux états (de l'enfance à l'âge adulte, du vieillissement à la dépendance), les accidents de la vie (survenue d'un handicap, perte d'un emploi, etc.) sont autant de moments où des ruptures sont possibles dans un parcours de vie, du fait de la personne elle-même, de son acceptation du passage d'un état à un autre, de ses motivations et de ses choix, mais aussi du fait de la prise en charge qui lui est proposée : le cloisonnement des réponses et des prises en charge, les contraintes réglementaires, les logiques budgétaires, le défaut de coordination... peuvent générer des effets pervers et accentuer l'effet de la rupture.

La rupture se matérialise par un défaut de lien entre deux dispositifs, entre plusieurs institutions. De ce point de vue, la notion de parcours interroge les pratiques professionnelles.

Des exemples de bonnes pratiques sont évoqués : l'évaluation pluridisciplinaire des besoins de la personne en situation de handicap et la prise en charge globale permet aux équipes de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de fluidifier les parcours et d'éviter les ruptures. Les programmes de réussite éducative sont également des illustrations pertinentes de

pluridisciplinarité autour des besoins des enfants. L'identification d'un référent des personnes facilite la fluidité du parcours lorsque plusieurs acteurs sont mobilisés.

Un partenariat et des rencontres entre professionnels doivent permettre d'améliorer la fluidité des parcours en trouvant collectivement des solutions. On peut imaginer constituer des réseaux de professionnels par bassin ou par thématique. Les participants de l'atelier notent la nature informelle des échanges existants et souhaiteraient des partenariats plus formalisés. Le partage d'informations, dans le respect des prérogatives de chacun, est crucial.

L'interconnaissance des outils, procédures et dispositifs est également un élément important.

L'adaptation de l'offre de prise en charge est également un facteur d'amélioration. Des manques sont d'ores et déjà identifiés : le département dispose d'assez peu de solutions pour les personnes handicapées vieillissantes. Dans le domaine de l'habitat, il conviendrait de diversifier l'offre pour répondre à une diversité de besoins.

À partir de ces réflexions, plusieurs questions se posent :

- comment parvenir à une définition simple et acceptée de la notion de parcours ? Qu'est-ce que les professionnels peuvent attendre d'un travail sur cette notion ?
- comment accompagner au mieux l'usager, dans des parcours parfois longs et complexes, en maintenant sa motivation à avancer ?
- comment anticiper les ruptures de parcours ? Quelles pratiques professionnelles pertinentes ?
- comment anticiper les sorties de dispositifs et permettre à l'usager une intégration sereine dans la société ?
- quels sont les manques identifiés en termes de prise en charge ? Quels sont les « chaînons manquants » ? Comment éviter « l'embolie » des structures d'accueil ?
- comment favoriser l'interconnaissance et la mise en réseau des professionnels ? Comment « formaliser » des partenariats pour fluidifier les parcours ?
- comment permettre un partage d'information entre professionnels ?



axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX PROJETS DE VIE DES PERSONNES

Les orientations à engager

3-1.1 Adapter l'offre d'accompagnement global (orientation commune avec l'objectif 1 de l'axe 2 : cf fiche 2-1.1)

Le schéma précédent avait pointé la nécessité d'améliorer la lisibilité des interventions respectives du Conseil général et de ses partenaires et de formaliser des partenariats pour couvrir au mieux l'ensemble des besoins, dans le respect des compétences de chacun et en tenant compte du territoire. Il avait également posé le principe d'une adaptation des pratiques d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins des usagers. Les démarches engagées pour la réalisation de cette action doivent être poursuivies. Ces démarches doivent être adaptées aux différents territoires

3-1.2 Créer des passerelles entre domicile et établissement et diversifier l'offre de prise en charge pour mieux répondre aux besoins

Certains parcours impliquent des transitions d'un établissement vers un autre, ou du milieu ordinaire vers le milieu spécialisé avec des allers retours et des cloisonnements.

Ces transitions peuvent être liées à l'âge de l'usager- majorité, vieillissement de l'aidant familial, vieillissement de l'usager-, à un cumul de difficultés- pas de domicile fixe, placement d'urgence, handicap psychique, maladie invalidante, à la sortie d'un milieu cadré -sorties d'hospitalisation, passage d'un établissement vers un autre ou vers le domicile

Depuis les années 80, l'empilement des dispositifs a mis à mal l'approche globale de la personne et les transitions manquent d'accompagnement.

Aussi, il convient de veiller au respect de l'usager et d'éviter les maltraitances.

Pour chaque type de transition :

- soit des dispositifs existent et doivent être rendus plus lisibles
- soit de nouveaux dispositifs doivent être mis en place
- soit une meilleure coordination entre les dispositifs est souhaitable

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > ARS, PJJ, Pôle Emploi
- > MDPH
- > CODERPA, CDCPH
- > CAF, MSA
- > MLI
- > Collectivités Territoriales
- > Établissements et Services médicaux et médico-sociaux
- > Professionnels, associations

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Quelles pratiques professionnelles pour fluidifier les parcours ?
- > Comment construire un partenariat, levier de continuité des parcours ?
- > Comment permettre à l'usager d'être acteur de son parcours ?
- > Quelles passerelles mettre en place pour répondre aux besoins des usagers ?



Objectif opérationnel 2 : Nous mobiliser en faveur de la jeunesse

Diagnostic

La jeunesse se caractérise aujourd'hui par son allongement, un rapport impersonnel de la société vers elle et par une condition de vie économique et sociale plus difficile. Certains critères sont invariables, tels sa vulnérabilité et sa recherche d'identité.

Les politiques locales de l'intervention en direction des jeunes ne sont pas homogènes dans leur approche et varient suivant l'importance de la collectivité, de ses infrastructures ou de ses priorités sociales.

Il apparaît nécessaire de changer d'approche pour agir auprès des jeunes en considérant la jeunesse comme une problématique sociale d'accès à l'autonomie et non comme une catégorie d'âge. Par-delà leurs difficultés, les jeunes sont avant tout des citoyens comme les autres et leur approche politique reste intacte s'ils se sentent impliqués dans les actions ou impactés dans les choix.

Divers acteurs audois mènent auprès des jeunes en difficultés, des actions se rapprochant (accompagnement au décrochage scolaire et à la désocialisation, aux formations, aux soins, à la création de chantiers d'insertion...)

Tous les participants font état des fortes contraintes financières auxquelles ils sont confrontés, malgré des besoins sociaux en progression. Entre certains acteurs, des partenariats sont déjà établis (lutte contre les discriminations des jeunes, aide à la santé mentale, chantiers d'insertion, mobilité...)

Selon les missions des participants, l'accompagnement des jeunes peut être individuel (scolarité, formation, projet personnalisé...), collectif (chantiers d'insertion, foyers logements, ateliers associatifs...) ou familial (jeune enceinte ou mère de famille ou jeunes en couple avec enfants à charge).

Pour les différents acteurs, les domaines d'accompagnement s'entendent dans l'accès à l'information, à la communication, aux droits, à la citoyenneté, à l'autonomie, à la scolarité, aux formations, à la mobilité, au logement et/ou à l'insertion socio-professionnelle. Il convient également d'ajouter la culture, le sport et les loisirs qui influent sur l'intégration sociale du jeune.

Les outils de l'accompagnement sont positionnés au sein des instances institutionnelles et associatives. Ils sont clairement identifiés, par type de secteur.

La fluidification des parcours impose pour les jeunes, une connaissance de l'ensemble des dispositifs existant. Cependant, compte tenu du nombre important d'acteurs sociaux, il est nécessaire, au préalable, que les partenaires échangent en amont sur les logiques d'interventions et les objectifs attendus par chaque entité.

Cette approche entre institutions et associations est la condition essentielle afin de mieux appréhender la cohérence des dispositifs sociaux et leurs évaluations. Fluidification des parcours et cohérence des dispositifs impliquent pour les acteurs un pilotage adapté collectivement dont le jeune doit avoir identifié clairement la signalétique.



Sur la base de ces réflexions, diverses questions se posent :

- comment accéder à tous les jeunes en difficultés ? Par quelle entrée ?
- quelles actions de communication et d'information doivent-elles être élaborées ?
- comment les accompagner dans l'ensemble des dispositifs en prenant en compte leur multiplicité ?
- quelle organisation partenariale future : ponctuelle pour certaines actions ou contractualisée ?
- comment lutter contre la déqualification du jeune ?
- quelle prévention élaborer en amont pour lui ?
- quels droits communs pour ce public jeune ?
- comment mener une réflexion transversale sur l'ensemble des difficultés des jeunes valides ou porteurs de handicaps ?
- ne peut-on aller d'une réflexion sur les jeunes, dans le cadre de ce schéma unique, vers la création d'un service unique ou un guichet unique ?
- comment garantir une égalité de traitement des jeunes sur l'ensemble des territoires ?
- quelles ressources financières possibles pour eux et pour quelle durée ?
- comment lutter dans la transmission des difficultés familiales de génération en génération ?



axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX PROJETS DE VIE DES PERSONNES

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment repérer et réorienter le jeune en décrochage scolaire ou en difficulté de formation adaptée ?
- > Quels partenariats mettre en place pour accompagner l'insertion sociale et professionnelle du jeune ?
- > Comment répondre aux besoins sociaux spécifiques des jeunes en matière de logement et de mobilité ?
- > Comment favoriser l'accès aux soins et aux loisirs des jeunes en difficultés ?

Les orientations à engager

3-2.1 Repérer les décrocheurs scolaires et les accompagner vers l'insertion sociale et professionnelle des jeunes

Lors de l'actualisation des schémas sociaux, et dans le cadre du projet Audevant, un objectif opérationnel visait à favoriser l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans en très grande difficulté. Une action tendait à favoriser une autonomie des jeunes de 16 à 21 ans pris en charge au titre de l'ASE et une seconde action se centrait sur l'engagement d'une réflexion partenariale autour d'un dispositif global d'insertion de jeunes de 16 à 25 ans en forte difficulté. Il s'agit donc de poursuivre ces actions et de proposer la création d'une plateforme de suivi et d'appui aux décrocheurs scolaires.

3-2.2 Mettre en place des partenariats pour répondre aux besoins de mobilité, de logement et de santé des jeunes

Les problèmes de mobilité, de logement et de

santé représentent toujours des freins importants dans les dynamiques d'insertion sociale et professionnelle. Les adolescents qui entrent dans la vie adulte après un séjour dans un milieu substitut

ont une vulnérabilité particulière à leur recherche d'autonomie en raison de leurs déficits de liens familiaux et sociaux, de problèmes de santé, de suivi éducatif continu et d'un manque de préparation à la vie autonome en société. Il conviendrait d'effectuer, pour chaque jeune concerné, un diagnostic précis sur les champs d'action liés à la mobilité, au logement et à la santé et d'activer des solutions communes à partir des ressources locales.

Le service de prévention spécialisée, dont la création est programmée en 2014 sur Carcassonne, aura en charge le suivi des jeunes audois en difficulté, en intervenant directement dans les quartiers prioritaires.

3-2.3 Diversifier et favoriser la mobilisation des différents dispositifs de placements

La loi du 5 mars 2007 a réaffirmé la place centrale du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance et la nécessité de lui proposer les modalités de prise en charge les mieux adaptées à sa problématique, dans un souci de cohérence de son parcours et de continuité de l'intervention éducative.

C'est dans cet esprit qu'a été renforcée et généralisée depuis 2008, la diversification des prestations fournies par les établissements.

La totalité des maisons d'enfants propose maintenant un internat de semaine, aménagé ou séquentiel, un accueil de jour, un accompagnement familial à domicile, un accueil jeune majeurs, et pour certains, un accueil familial spécialisé pour les adolescents à problématiques multiples.

Ce dispositif s'articule avec les autres modalités de placement (assistants familiaux et lieux de vie ayant passé une convention avec le Conseil général) pour proposer une palette d'accueils diversifiés aux mineurs confiés à l'ASE.

Mais au-delà de la diversification des modalités d'accueil, il convient de s'assurer que les orientations envisagées correspondent au profil des jeunes et que les solutions proposées ne le soient pas uniquement par défaut.



Enfin, si la mission première de l'ASE est de protéger le mineur qui lui est confié, elle doit également garantir une sortie du dispositif de placement dans les meilleures conditions, que celui-ci retourne dans sa famille ou s'autonomise.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.

3-2.4 Développer l'offre de séjours de rupture

L'ASE se voit parfois confier des mineurs cumulant des difficultés d'ordre multiple : scolaires ou professionnelles, familiales mais aussi psychologiques, médicales, comportementales...

Ces situations de plus en plus complexes et lourdes exigent des prises en charge spécifiques, au-delà des dispositifs classiques. On observe par ailleurs qu'elles concernent des mineurs de plus en plus jeunes, et non plus seulement de grands adolescents.

Enfin, le contexte socioéconomique actuel est également un facteur aggravant : fragilité des familles, absence de perspectives professionnelles pour les jeunes...

Les « séjours de rupture » sont l'une des réponses possibles à ces situations de mineurs au profil avéré ou prévisible de « mineurs à problématiques multiples », qui mettent tant à mal les intervenants sociaux.

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > Éducation Nationale, ARS
- > FSE, Pôle Emploi
- > MLI, FJT
- > CIAS
- > Autorités judiciaires, PJJ
- > MECS, LVA
- > Conseil régional
- > Centres hospitaliers, services de psychiatrie
- > Associations
- > Collectivités territoriales
- > Bailleurs locaux
- > CNAMT





axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE aux PROJETS DE VIE DES PERSONNES

Objectif opérationnel 3 : Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée

Diagnostic

Les caractéristiques démographiques de la population audoise font du vieillissement un enjeu crucial pour notre département. Au-delà des nécessaires adaptations de la société au vieillissement, telles que les a répertoriées le rapport de Luc Broussy « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France année zéro » (qui propose d'adapter les logements, les villes et les territoires au vieillissement de la population, de développer les technologies au service des plus âgés et de mieux affirmer et protéger les droits des personnes âgées) et que les présente également le Schéma Unique, ce sont les modalités de prise en charge en établissement des personnes âgées dépendantes qui doivent s'adapter à l'évolution du contexte.

D'un point de vue quantitatif, on peut considérer que le nombre de places en EHPAD sera adapté aux besoins lorsque l'ensemble des créations prévues aux Schémas précédents auront été finalisées.

C'est maintenant d'un point de vue qualitatif qu'il importe d'agir, et en particulier autour de deux axes :

- le besoin de recours à un accueil de jour notamment pour les malades d'Alzheimer est avéré, mais pose des questions de coût et de transport ; de même, l'hébergement temporaire est un dispositif assez mal mobilisé alors qu'il répond à des besoins. Comment adapter ces propositions pour les rendre plus attractives ?

- la création de nouveaux EHPAD et la rénovation nécessaire des plus anciens d'entre eux s'accompagnent d'une hausse sensible des tarifs d'hébergement, alors même que les ressources des personnes âgées audoises restent généralement modiques : comment faire pour que l'offre d'hébergement reste accessible aux audois, tout en aidant les EHPAD à être de véritables lieux de vie pour les résidents ?

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

> Comment faire face à l'hétérogénéité des situations liées au vieillissement et offrir une réponse adaptée à chaque situation ?

> Comment adapter nos dispositifs aux nouveaux enjeux du vieillissement ?

Les orientations à engager

3-3.1 Garantir aux âgés qui le souhaitent de rester à domicile le plus longtemps possible

Le maintien à domicile nécessite d'affiner la connaissance des besoins des personnes âgées, de développer des actions d'information sur la nécessité de prévenir la perte d'autonomie par le biais d'un aménagement du cadre de vie, de développer l'assistance, le conseil et l'accompagnement technique dans le cadre de l'accès et du maintien des personnes en perte d'autonomie au sein d'un logement (liens avec le Plan Départemental de l'Habitat, la MDPH, exemple du site du mouvement national PACT qui met en relation l'offre et la demande) et de favoriser les liens avec la silver-économie les gérontopôles en charge de diffuser les bonnes pratiques en matière d'autonomie et de promouvoir les diffusions des technologies pour l'autonomie.

3-3.2 Diversifier l'offre de logement

Entre la maison de retraite médicalisée et le domicile traditionnel, d'autres modes d'habitat peuvent répondre aux besoins des âgés.

C'est le cas des logements dits intermédiaires qui peuvent devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité. Les foyers logements font partie de cette palette de réponses proposées aux personnes âgées.

L'accueil familial constitue également une forme alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent



plus rester chez eux un cadre de vie familial qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Il peut répondre à un besoin d'accueil durable ou à un besoin d'accueil temporaire comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire pour la personne âgée. Il convient de poursuivre les actions déjà lancées en ce sens par le Conseil général et ses partenaires.

3-3.3 Veiller à maintenir une offre d'hébergement en EHPAD accessible aux audois

L'ensemble de la prestation ou du service doit être assuré sans discrimination et pour l'ensemble des déficiences. L'accessibilité généralisée des bâtiments, logements ou Établissements Recevant du Public (ERP), et quel que soit le type de handicap, est une obligation imposée par la loi du 11 février 2005.

Toutefois, face au retard accumulé, un calendrier de programmation de ces travaux doit être engagé par les gestionnaires publics ou privés selon un agenda à 3, 6 ou 9 ans selon la catégorie des ERP. Ces travaux ont une forte incidence financière sur les prix de journée facturés aux résidents ou à l'aide sociale départementale. Il conviendra donc d'assurer un suivi de l'agenda d'accessibilité programmée par les gestionnaires des établissements PAPH, d'accompagner financièrement ces travaux sur les structures habilitées à l'aide sociale dans un objectif de maîtrise des coûts d'hébergement et des prix de journée facturés aux résidents ou à l'aide sociale départementale.

Par ailleurs, il devra être examiné l'opportunité de déployer des places d'habilitation partielle au regard du taux d'équipement en places habilitées sur le territoire concerné par l'offre ou le besoin.

3-3.4 Adapter l'offre d'accueil en EHPAD

Le département dispose de 4 527 places autorisées. Au 1^{er} janvier 2014, 4 218 places sont installées. Une analyse des besoins au regard de l'offre proposée s'avère indispensable :

- pour adapter au plus juste notre réponse en termes d'accueil en EHPAD notamment sur les besoins de déploiement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

- pour répondre aux prestations de suppléance du proche aidant de personnes en grande dépendance que pourront réaliser, dans le cadre des mesures préconisées par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, les établissements et services dont les EHPAD.

Il conviendra enfin d'intégrer aussi les dispositifs du nouveau plan sur l'Alzheimer prévu pour 2014.

3-3.5 Poursuivre la prise en charge des personnes vulnérables en danger

Le traitement des informations préoccupantes concernant des adultes vulnérables en danger est pris en charge par un service spécialisé au sein du Pôle des Solidarités.

320 situations ont été traitées en 2013.

72 correspondaient à des problèmes de maltraitance. 75 % des signalements ont concerné des personnes âgées, 9 % des personnes en situation de handicap, 16 % des adultes vulnérables. Les femmes sont majoritaires. De plus en plus de problèmes de santé mentale et d'addictions, ainsi que des conditions de vie précaires et des problèmes d'hygiène, de logement insalubre sont relevés.

Il conviendra donc à travers cette orientation de :

- travailler à un protocole partenarial pour la prise en charge de ses situations préoccupantes (élaboration d'un guide du signalement, d'un dépliant explicatif pour le public...)

- mettre en place des actions d'information et de sensibilisation sur les thèmes du suicide chez les personnes âgées ainsi que la protection de ces dernières contre les abus et les discriminations et plus globalement sur la prévention de la maltraitance.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > CNSA, ANAH, CNAV, ARS
- > Caisses de retraite, mutuelles, associations
- > CODERPA
- > Collectivités territoriales
- > MDPH
- > Réseaux gérontopôles, silver économie
- > Les établissements, les familles d'accueil
- > Les offices HLM
- > Organismes de tutelle
- > SAD, SSIAD
- > Centres hospitaliers, services psychiatriques
- > Service d'écoute ALMA



axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX PROJETS DE VIE DES PERSONNES

Objectif opérationnel 4 : Répondre aux enjeux du handicap

Diagnostic

En matière de handicap, l'Aude est également particulièrement concernée, puisque pour 100 personnes de 20 à 64 ans on compte 3,6 bénéficiaires de l'AAH (2,5 en moyenne nationale) et 7,8 personnes bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP pour 1 000 habitants (4,8 en moyenne nationale).

L'offre de service audoise est historiquement organisée autour de la proposition ESAT-foyer d'hébergement et son adaptation est indispensable à l'évolution des handicaps, afin de mieux prendre en compte le vieillissement des personnes en situation de handicap. Les effets du vieillissement se font en effet sentir de façon précoce chez les travailleurs d'ESAT, nécessitant une réduction du temps de travail et donc une prise en charge complémentaire.

Lorsque le travail n'est plus envisageable, l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées dans des structures offrant une prise en charge adaptée s'impose. Le Département, comme l'Agence Régionale de Santé, considère qu'il n'existe pas de solution unique pour cela, mais que diverses modalités peuvent être étudiées (foyers d'accueil médicalisés, unités spécialisées en EHPAD, accueil familial).

La perspective de décentralisation des ESAT doit également être examinée, le Département devant dès lors s'impliquer dans la nécessaire restructuration de l'offre, avec toute la vigilance qui s'impose d'un point de vue financier.

Dans le domaine du handicap psychique, il est tout particulièrement important de faire du « sur-mesure » et d'adapter la prise en charge au projet de vie de la personne. L'accompagnement par les professionnels a vocation à faire en sorte que le parcours de la personne soit le moins chaotique possible. Un partenariat de confiance et d'échanges d'informations est nécessaire. Les par-

cours seront plus flexibles si chacun connaît tous les dispositifs existants. Les professionnels sociaux s'accordent sur la nécessité d'offrir des modes de prise en charge diversifiés, souples, adaptées aux fluctuations des manifestations de la maladie et couvrant prenant en compte les besoins multiples de la personne, alors que les contraintes de financement amènent à cloisonner les modes de prise en charge.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

> Comment augmenter et diversifier l'offre d'accueil des personnes en situation de handicap psychique ?

> Comment assurer de la souplesse et de la transversalité dans les prises en charge pour les adapter au projet de vie des personnes ?



Les orientations à engager

3-4.1 Conforter la MDPH dans l'ensemble de ses missions en lien avec la réflexion sur la pertinence et la faisabilité d'une Maison de l'Autonomie

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) créée en 2006 suite à la loi n°2005-102 du 11/02/05, sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) a pour mission d'offrir un accès unique aux droits et aux prestations pour les personnes en situation de handicap (PH) et leurs familles, de faciliter leurs démarches et d'évaluer la compensation du handicap, ce qui consiste à répondre aux besoins de la personne handicapée dans tous les aspects de la vie, de la petite enfance à l'âge adulte, comme dans l'insertion professionnelle et de l'accompagner dans le plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie.

Il convient aujourd'hui, dans un objectif d'assurer l'égalité des droits, de conforter la gestion qualitative des dossiers dans le respect des délais décisionnels légaux et d'améliorer la prise en charge des personnes dans le cadre de leur autonomie et de leurs conditions de vie.

3-4.2 Adapter l'offre médico-sociale au parcours des personnes en situation de handicap

Le schéma actualisé PH 2012-2014 prévoyait la mise en place d'une gamme de réponses en direction des personnes handicapées : maintien à domicile en s'appuyant sur les dispositifs existants, hébergement en accueil familial, création

de nouvelles places de foyers de vie UPHV, prise en compte de la problématique des transports et développement des places d'accueil de jour et de SACAT, médicalisation de structures dans le cadre du PRIAC, sensibilisation des partenaires gestionnaires de structures ou services en direction des personnes vieillissantes à la nécessité de préparer les projets de vie avec les personnes en amont de la barrière des 60 ans.

Malgré le déploiement de ces dispositifs et l'implication des partenaires autour du projet de vie des personnes en situation de handicap, les actions du précédent schéma doivent être poursuivies afin d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap.

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > ARS
- > MDPH
- > CAF, MSA, CARSAT, CPAM,
- > Associations représentant les personnes en situation de handicap
- > Gestionnaires de structures
- > Familles d'accueil, organismes de tutelle
- > Associations représentatives des usagers en situation de handicap et leurs familles





axe stratégique n°3

ADAPTER LA PRISE EN CHARGE AUX PROJETS DE VIE DES PERSONNES

Objectif opérationnel 5 : Lever les freins à l'insertion professionnelle

Diagnostic

La levée des freins à l'insertion professionnelle peut se définir comme la nécessité de (re)donner l'envie d'engager des démarches et de permettre d'acquérir les compétences utiles pour accéder à un emploi aux personnes éloignées de l'emploi, peu mobilisées.

Lever les freins à l'emploi c'est donc :

- aider la personne à acquérir des compétences personnelles, un niveau de compréhension des codes du monde du travail adaptés aux attentes des employeurs,
- faciliter l'accès à l'offre de formation préqualifiante et qualifiante,
- mesurer les capacités de personnes à intégrer un emploi en tenant compte du contexte économique local,
- accompagner les démarches d'accès à un emploi.

Les difficultés recensées sont de divers ordres :

- une offre d'emploi peu importante, composée en grande partie d'emplois à durée déterminée, qui ne permet pas de s'inscrire dans une dynamique positive sur le long terme et d'envisager un projet professionnel, avec pour perspective au mieux l'accès à un emploi saisonnier,
- l'absence de qualification adaptée aux besoins des entreprises, voire même un déficit de maîtrise des savoirs de base,
- l'attente d'une réponse immédiate à un besoin, la distance entre la demande et la réponse apportée qui génère des difficultés de plus en plus importantes à mobiliser, motiver les personnes,
- la difficulté à mener de front l'amélioration des compétences personnelles et l'acquisition de savoirs de base,
- la perte des droits connexes à la suite de la reprise d'activité, la diminution de l'allocation de RSA (mais pas des revenus), qui renforcent la crainte de s'ajouter des difficultés en reprenant une activité,

- la difficulté à assurer un accompagnement en continu, notamment pour les personnes bénéficiaires du RSA, lorsqu'elles n'ont plus d'obligation d'insertion, alors qu'elles ne sont pas insérées durablement.

Ces difficultés engendrent des phénomènes de déqualification personnelle, d'isolement, de repli sur soi ou dans le cadre d'un groupe.

Répondre à ces difficultés implique d'examiner les questions suivantes :

- comment évaluer l'employabilité des personnes en insertion ? Quel outil partagé pourrait être mis en œuvre, conciliant les approches de l'entreprise et une approche sociale ?
- quel socle commun d'intervention pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, des jeunes et des adultes ?
- quelles spécificités de l'accompagnement de ces publics ?
- quelles nouvelles formes d'accompagnement vers l'emploi ?
- quels partenariats formaliser pour améliorer la fluidité des parcours et apporter une réponse globale sur un territoire répondant aux besoins de tous publics ?





- comment agir sur le développement d'une offre d'emploi adaptée aux besoins et capacités d'un public fragilisé ?

- comment rapprocher les acteurs de l'insertion et les acteurs économiques ?

- comment sécuriser les employeurs en garantissant une continuité d'accompagnement, aux moments clés de l'accès à un emploi (premières semaines d'emploi, fin du CDD...)?

- quel accompagnement pour les créateurs d'entreprise, quelle durée de l'accompagnement post-crétation ?



LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

> Quelle amélioration de l'offre d'insertion pour répondre aux besoins des personnes éloignées de l'emploi ?

> Quels besoins et quelles propositions de partenariats pour optimiser l'offre d'accompagnement dans le cadre d'un parcours personnalisé vers et dans l'emploi ?

> Comment favoriser le rapprochement acteurs insertion/entreprise ?

> Comment favoriser le développement de l'emploi pour les personnes qui en sont éloignées ?

Les orientations à engager

3-5.1 Mobiliser vers l'emploi

La détérioration de la situation économique ne permet pas aux personnes en difficulté d'envisager un avenir professionnel stable. L'absence de perspectives à court terme engendre des phénomènes de découragement, assortis de difficultés de plus en plus importantes à mobiliser les personnes. Cette situation est particulièrement préoccupante lorsqu'elle touche les plus jeunes. Il convient donc de renforcer et diversifier les actions visant à l'acquisition de compétences de base utiles dans la vie quotidienne, pour mieux comprendre son environnement et d'inventer de nouvelles formes de mobilisation des personnes très éloignées de l'emploi, avec une attention particulière pour les jeunes et les personnes bénéficiaires du RSA.

3-5.2 Préparer à l'emploi

C'est aider à l'acquisition de compétences professionnelles, d'un niveau de compréhension des codes du monde du travail adapté aux attentes des employeurs, c'est aussi faciliter l'accès à la formation pré-qualifiante et qualifiante, et mesurer les capacités des personnes à intégrer un emploi en tenant compte du contexte économique local.

3-5.3 Permettre l'accès à l'emploi et sa pérennisation

L'offre d'emploi dans l'Aude est composée majoritairement de CDD ou emplois saisonniers.

Le Département et les acteurs publics doivent s'engager à favoriser le développement d'une offre d'emploi durable, non délocalisable et répondant aux besoins des territoires

→ Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.

LES PARTENAIRES À MOBILISER

> Pôle Emploi, DIRECCTE,...

> Conseil régional

> CAF

> Collectivités territoriales

> Organisations professionnelles



axe stratégique n°4

renforcer Le PARTENARIAT sur tous Les TERRITOIRES POUR OBSERVER, AGIR, PILOTER ET ÉVALUER

Objectif opérationnel 1 : Nous unir pour mieux observer et prévenir

Diagnostic

À la question « pourquoi observer ? », plusieurs réponses sont possibles :

- observer permet de se poser la question des finalités de l'action publique,
- observer permet d'améliorer la performance des politiques publiques,
- observer permet de connaître les spécificités locales et d'en tenir compte,
- observer permet de s'appuyer sur une analyse partagée pour construire un partenariat d'action.

On peut ainsi définir l'observation comme toute démarche de production de connaissance sur les territoires, les populations, les politiques, visant à améliorer l'action publique.

L'observation recouvre plusieurs types de démarches : le diagnostic permettant de faire émerger les atouts et les besoins et l'évaluation, visant à apprécier l'adéquation entre l'action mise en œuvre et les résultats attendus.

L'observation permet à la fois d'objectiver le réel via une méthodologie rigoureuse pour obtenir des données quantitatives ou qualitatives sur un sujet et d'animer le partenariat en favorisant les échanges entre les divers interlocuteurs autour des objets de l'observation.

Il existe déjà dans l'Aude des observatoires thématiques et des outils de recueil de données statistiques, portés par divers partenaires, qu'il n'est pas question de faire disparaître :

- observatoire de la CAF sur la politique enfance et jeunesse,
- Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance,
- observatoire sur l'habitat et le logement dans le cadre du PDH,
- rôle d'observatoire de la MDPH via le SI-PA-PH,
- observatoires sociaux des territoires créés dans le cadre des analyses des besoins sociaux menées par les CCAS et CIAS...

À ces observatoires locaux s'ajoutent des dispositifs régionaux, voire nationaux. Mais on n'a pas forcément de visibilité sur l'ensemble des données accessibles.

Les besoins sont identifiés ainsi :

- nécessité d'accéder à des données partagées, de fournir des éléments macro mais aussi micro, des données sur les besoins et les dispositifs mais aussi des données de cadrage,
- proposer des indicateurs communs aux différents domaines de l'action sociale,
- assurer la pérennité de l'observation : un observatoire doit vivre dans la durée pour être pertinent,
- recenser et regrouper l'existant selon les différents domaines concernés sur une base de données collective,
- partager des données qualitatives et quantitatives pour croiser les regards sur les manques des dispositifs, par thèmes ou par territoires.

Sur ces bases, trois postulats de départ sont posés : l'observatoire départemental devra permettre l'évaluation des politiques publiques. Il ne se substituera pas aux observatoires existants et devra être suffisamment souple pour permettre de s'adapter aux différentes approches (par public, par thématique, par territoire).

Au-delà de l'observatoire, un autre besoin a été fortement manifesté au cours des ateliers partenariaux : l'amélioration de la connaissance mutuelle entre partenaires et de la visibilité sur l'ensemble des dispositifs et outils. En effet, même dans un département comme l'Aude, les acteurs des politiques sociales font le constat qu'ils n'ont pas une connaissance suffisante les uns des autres pour orienter utilement les usagers.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment créer l'Observatoire ?
- > Quelle forme pour l'Observatoire ?
- > Quelles missions/productions de l'Observatoire ?

Les orientations à engager

4-1.1 Créer et faire vivre un observatoire départemental de l'action sociale

Ce n'est qu'en ayant une connaissance fine des besoins que les acteurs sociaux pourront, collectivement, déployer des réponses pertinentes et adaptées aux spécificités des personnes et des territoires.

En tant que chef de file de l'action sociale, le Conseil général souhaite fédérer les initiatives dans ce domaine.

→ *Le contenu détaillé de cette proposition est présenté en annexe du Schéma Unique*

LES PARTENAIRES À MOBILISER

> L'ensemble des partenaires du Schéma Unique





axe stratégique n°4

renFORCER Le PARTENARIAT SUR TOUS LES TERRITOIRES

POUR OBSERVER, AGIR, PILOTER ET ÉVALUER

Objectif opérationnel 2 : Concier pour piloter l'action sociale dans l'Aude

Diagnostic

Le pilotage est rendu difficile par le fait que les partenaires en présence ont des logiques, des territoires, des calendriers, des contraintes organisationnelles différents, et ce dans un environnement institutionnel mouvant.

Le pilotage s'appuie en théorie sur des dispositifs formels :

- des instances sectorielles (comités de pilotage, commission exécutive, conseil consultatif, conférence de territoire...), qui n'ont pas toujours une réelle existence,
- des modes de contractualisation entre organisations.

Mais dans les faits, on constate que les dispositifs formalisés peuvent être inopérants parce qu'ils ne reposent pas sur une véritable convergence de vues, et que le partenariat se fonde essentiellement sur des liens interpersonnels entre représentants d'institutions.

Les conditions de réussite d'un pilotage partenarial efficace et pérenne sont donc les suivantes :

- un référentiel partagé des valeurs des services sociaux du Département, constitué par la Charte de l'Action Sociale Départementale,
- un diagnostic partagé et des objectifs communs, qui préservent les spécificités et compétences de chaque organisme en les faisant converger en faveur des besoins du territoire,
- le fait que chaque partenaire trouve son intérêt dans la démarche,
- l'articulation des documents stratégiques (schémas, projets de territoire...), des différentes entités comme point de départ,
- un chef de file identifié, chargé d'animer le débat et de coordonner les interventions de chacun,
- la place donnée aux associations, qui ne sont pas que des opérateurs mais peuvent porter de l'innovation et informer sur les besoins des usagers.
- l'évaluation partagée des actions.

Il convient de déterminer bien en amont des actions les indicateurs qui permettront d'évaluer la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs.

Sur la base de ces réflexions, plusieurs questions sont posées :

- quels sont les territoires pertinents de pilotage et de coopération ? Comment organiser le pilotage en partenariat alors que les découpages territoriaux sont différents ?
- comment partager des orientations communes lorsque chaque partenaire a des contraintes et des logiques différentes ?
- quel rôle pour les instances de concertation ?
- comment formaliser des partenariats au-delà du positionnement interpersonnel ?
- comment inscrire le partenariat dans la durée (quelle vie pour les accords après les avoir signés ?)
- comment associer tous les partenaires institutionnels (Région, MLI, Pôle Emploi) ?
- comment articuler les orientations de chacun (les documents stratégiques) ?
- comment reconnaître et favoriser le positionnement des associations comme contributeurs et non simplement comme opérateurs des politiques sociales ? Comment concilier le soutien à l'emploi associatif et l'évaluation de la pertinence des actions portées par les associations ?
- comment assurer la remontée d'information du terrain nécessaire au pilotage ?
- quid des associations d'usagers dans le pilotage des politiques sociales ?

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Comment garantir un partenariat durable ?
- > Comment définir des modalités d'évaluation partagées ?
- > Comment garantir et sécuriser la place des associations ?
- > Comment définir des territoires pertinents et y faire vivre le partenariat ?

Les orientations à engager

4-2.1 Garantir un partenariat durable pour mettre en œuvre le Schéma Unique

Il s'agit avant tout pour l'ensemble des partenaires du Schéma Unique de partager un référentiel des valeurs de l'action sociale dans l'Aude, (la Charte de l'Action Sociale Départementale), et de signer une charte d'engagement.

Cette charte devrait permettre la création d'un comité de suivi du Schéma Unique partenarial avec pour objectif le partage du diagnostic, de l'évaluation des actions (tableaux de bord et études évaluatives) et la valorisation et la communication des projets.

4-2.2 Garantir et sécuriser la place des associations

Les associations sont des acteurs essentiels du secteur social et médico-social. Or, dans le contexte budgétaire contraint que connaissent les financeurs publics, la situation des associations devient complexe. Elles sont confrontées à des logiques de réduction des coûts, soumises à des procédures d'appels d'offres qui les mettent en concurrence avec des opérateurs nationaux voire internationaux dont les moyens sont nettement supérieurs. Elles sont aussi exposées aux impacts de la directive européenne services.

Il s'agit donc de conforter la place des associations notamment en signant des CPOM, en délibérant sur la mise en œuvre de la directive européenne SIEG et en favorisant des regroupements d'associations, éventuellement sous forme de groupements de coopération avec d'autres organismes, de collectifs d'associations.

→ *Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.*

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > L'ensemble des partenaires du schéma Unique
- > Les acteurs institutionnels
- > Les associations
- > Les usagers





axe stratégique n°4

renFORCER Le PARTENARIAT SUR TOUS LES TERRITOIRES

POUR OBSERVER, AGIR, PILOTER ET ÉVALUER

Objectif opérationnel 3 : Mobiliser les acteurs sociaux départementaux autour de solidarité internationale

Diagnostic

L'ouverture sur le monde est une priorité politique du Conseil général de l'Aude, affirmée dans le Projet Audevant : « Ouvrir notre territoire sur le bassin méditerranéen, l'Europe et le Monde ».

Le 21 décembre 2012, les Élus Départementaux ont adopté un rapport posant les principes de la politique de relations internationales et de coopération décentralisée du Conseil général, qui s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire d'intervention des collectivités dans le champ international. Outre des projets de coopération au bénéfice de collectivités étrangères, le Conseil général souhaite améliorer, grâce à l'expérience issue des relations internationales, la mise en œuvre des compétences et des missions départementales, via notamment l'échange d'expériences et de bonnes pratiques. Le Département a également la volonté de soutenir les initiatives d'acteurs locaux dans ces domaines, par la mise en place d'un appel à projet annuel.

Un constat a émergé de la réflexion de l'atelier : si dans le département de l'Aude, différentes actions existent dans le cadre de la solidarité internationale, peu sont développées dans le champ de l'action sociale. C'est un champ de réflexion complémentaire, qui ne se substitue pas aux actions déjà engagées par le Département.

Le Schéma Unique est bâti autour d'une conception large des solidarités : solidarités avec les personnes, solidarités entre les territoires mais également solidarités internationales via la coopération décentralisée.

En effet, fort de ses partenariats avec l'Afrique et le Moyen-Orient, en matière de développement local et de transport, le Conseil général de l'Aude peut développer des actions de coopération dans le cadre de sa compétence d'action sociale et médico-sociale. Le Département s'inscrirait ainsi dans les objectifs du Millénaire portés par les Nations Unies, notamment en ce qui concerne l'inclusion

sociale, par le biais d'interventions visant un apport d'expertise et d'expérience à une collectivité étrangère dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale.

Mais le partenariat international doit être également conçu sous forme de réciprocité, afin que les professionnels médico-sociaux audois bénéficient de tout ce que les expériences d'autres pays peuvent apporter à leurs pratiques afin d'améliorer toujours le service rendu aux publics de l'action sociale départementale.

LES QUESTIONNEMENTS JUGÉS PRIORITAIRES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

- > Quelles peuvent être les attentes des professionnels du secteur social et médico-social vis-à-vis de la coopération internationale ?
- > Quelles sont les possibilités de valorisation des publics des politiques sociales via la coopération internationale ?
- > Quels sont les domaines de coopération internationale à développer dans le cadre du schéma unique ?
- > Quelles sont les conditions de réussite des actions de coopération internationale dans le domaine social et médico-social ?

Les orientations à engager

4-3.1 Placer la solidarité internationale au cœur de l'action sociale pour améliorer l'accompagnement des populations étrangères accueillies sur le territoire audois et valoriser les usagers de l'action sociale

Les missions sociales du Département sont mises en œuvre par un réseau de professionnels qualifiés intervenant dans les services du Conseil général et dans les services prestataires et partenaires.

Mobiliser ces compétences au service de la coopération décentralisée présente un double intérêt :

- apporter à des pays en développement un appui à la construction de dispositifs adaptés aux besoins de leur population,
- apporter aux professionnels médico-sociaux audois une ouverture et un enrichissement de leurs pratiques.

Il s'agit pour cela de mettre en place ou répondre à des appels à projets relevant du champ social et en particulier de la protection maternelle et Infantile, permettre au personnel de s'engager dans des actions de coopération, améliorer l'accompagnement des populations étrangères accueillies sur le territoire audois...

→ *Le contenu détaillé de ces propositions est présenté en annexe du Schéma Unique.*

LES PARTENAIRES À MOBILISER

- > UNICEF, Aude Tiers Monde, associations et organismes porteurs de projets internationaux
- > Collectivités territoriales
- > Associations d'aide aux étrangers
- > Structures d'accueil





MAISON DÉPARTEMENTALE
DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le BILAN

DES RÉALISATIONS

Bilan des réalisations du schéma actualisé personnes handicapées

Objectif stratégique 1 : Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap						
Objectif opérationnel 1 : Améliorer la connaissance des besoins des personnes						
Actions	Opérations	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires	Position dans le Schéma Unique
Action 1.1.1 Conforter la MDPH dans son rôle d'observation	> Développement du Système Partagé pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (SIPAPH)			X	Appui selon convention MDPH/COGITIS.	Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes objectif 3-4 : Répondre à l'enjeu du handicap
	> Création d'un poste de référent statistiques au sein de la MDPH			X	Temps de référence répartis sur plusieurs professionnels du GIP + affectation en mai 2013 d'une emploi d'avenir. Extractions de statistiques grâce à BO IODAS.	
	> Renforcer la rôle de la MDPH en tant que guichet unique sur le champ du handicap	X			La MDPH est clairement identifiée. Module IODAS Portail WEB Usagers déployé en 2013. Rapport d'activité annuel.	
Objectif opérationnel 2 : Favoriser l'insertion et la participation sociale des personnes						
Action 1.2.1 Assumer la montée en puissance de la PCH	> Mesurer l'effectivité des plans d'aides de PCH		X		MDPH : au cas/cas	Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Éviter les ruptures de parcours
	> Garantir leur efficacité et leur efficacité		X			
	> Poursuivre l'adoption des procédures de travail interne	X			Procédures écrites suite à réorganisation de la MDPH	
	> Renforcer l'offre de SAMSAH			X	PRIAC 2008-2012 : 17 places prévues en moteur et 20 en intellectuel, A aujourd'hui : 14 places moteur sur le carcassonnais et 5 places intellectuel sur le narbonnais. PRIAC 2012-2016 : 15 places prévues sur le handicap psy	Axe 2 : Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations objectif 2-3 : Améliorer la prise en charge du handicap psychique
	> Structurer le dispositif d'accompagnement à domicile SAVS		X		Il était prévu de constituer un groupe de travail inter-associatif / de mener une étude de besoins en SSIAD (rien d'inscrit aux PRIAC 2008-2012 et 2013-2016)	
	> Mener une étude des besoins auprès des bénéficiaires de la PCH		X			Axe 2 : Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations objectif 2-3 : Améliorer la prise en charge du handicap psychique Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1 : Éviter les ruptures de parcours
	> Développer et diversifier l'accueil séquentiel avec ou sans hébergement : 1/réfléchir aux modalités de transport dans le cadre d'accueils de ce type : pas de financement CG sur budgets étab. Il existe une enveloppe dans la dotation soins. MDPH : travail de clarification mené sur PCH Volet surcoûts transports		X		Pas de créations nouvelles sur 2012-2014 (37 places actuellement). Les transports liés aux accueils séquentiels ne font l'objet de financement CG sur les budgets des établissements. Il existe par contre une enveloppe dans la dotation ARS. La MDPH a mené un travail de clarification de la PCH sur le volet surcoûts transports pour appuyer les usagers dans le financement de leurs transports vers certains établissements. Concernant la problématique de clarification et de développement des modes d'accueil temporaire :	
Action 1.2.2 Adapter l'offre d'accompagnement à domicile aux besoins						

	2/Clarifier et développer les modes d'accueil temporaire (évolution des listes d'attente, taux d'occupation)			module Portail Offres d'accueil IODAS non déployé à la MDPH faute de temps disponibles des référents informatiques. Cf aussi Action 2.1.1.	Objectif opérationnel 3-3 : Répondre à l'enjeu du handicap
	> Participer à la réflexion globale sur le logement et le transport		X	Cf réponse précédente. MDPH : volets transports et logement déployés lors des Plans Personnalisés de Compensation + aides complémentaires du Fonds Départemental de Compensation géré par la MDPH (Cf rapports annuels d'activité de la MDPH).	Axe 1 : Favoriser un accès équitable aux droits et aux services Objectif opérationnel 1-1 : Garantir les droits des personnes

Objectif stratégique 2: Adapter l'offre médico-sociale aux besoins du public					
Objectif opérationnel 1: Déployer un panel de réponses adaptées aux besoins du public					
Action 2.1.1 Développer des places spécifiques en lien avec les besoins des personnes	> Créer des appartements protégés par transformation de places			X	Au 01/01/2014: 69 places(contre 50 lors du vote du SAPH2012-2014) adossées à des FH dont 18 logements sociaux inaugurés en nov 2013 sur les 50 places de FH de Cuxac d'Aude (ANSEI)
	> Augmenter les capacités en foyer occupationnel pour atteindre le tx régional d'équipement (promouvoir les structures de taille + importante ; programmer les reconfigurations via suivi des taux d'occupation et des listes d'attente)			X	Au 01/01/2014 : 174 Places contre 169 en 2011. Projet à Laroque de Fa de transformation de places FH en FV. Le taux d'équipement des FV de l'aude en 2012 s'établissait à 0,9 contre un taux régional de 1,6 (taux rég. de 4,8 tous établissements atteint par l'Aude). Suivi des taux d'occupation et listes d'attentes à relier au Portail WEB Offres d'accueil non encore déployé à la MDPH (cf + haut). La problématique du vieillissement de la population audoise a orienté les besoins vers des places de PHV + besoins de FAM.
	> Favoriser et adapter l'accueil familial à titre onéreux des PH			X	L'accueil familial à titre onéreux tend à se développer pour les PH, notamment des accueils temporaires pour des PH en institution et pour les PH vieillissantes. Il n'existe aucune aide pour aider les accueillants à adapter leur domicile et cela est un frein au développement des accueils.
	> Développer et diversifier l'accueil séquentiel avec ou sans hébergement : clarifier et développer les modes d'accueil temporaire ; suivi taux d'occupation, listes d'attente et évolution.		X		Cf réponses précédentes.
	> Formaliser les objectifs et les missions des SAESAT avec, à l'issue d'une évaluation, le lancement d'un appel à projets territorialisés lancement d'une étude des besoins, réserver les sections annexes aux temps partiels ; permettre un accueil adapté pour intégration progressive en ESAT.		X		Une étude du dispositif a été réalisée mais doit être complétée par un retour d'expériences, une quantification des besoins avec les partenaires sociaux.
Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes objectif 3-4 : Répondre à l'enjeu du handicap Orientation 3-4.2 : Adapter l'offre médico-sociale au parcours des personnes en situation de handicap					

Action 2.1.2 Développer les hébergements en Famille d'Accueil	> Promouvoir le dispositif d'hébergement en famille d'accueil > Formaliser les outils de pilotage de l'accueil familial du Conseil général > Préciser les modalités d'agrément et de retrait d'agrément > Professionnaliser les accueillants familiaux > Diversifier les modalités d'accueil familial			x	Début de communication sur le dispositif avec pour effet une augmentation du nombre d'agréments depuis début 2013. Charte sur l'accueil familial élaborée avec les accueillants familiaux et validée par l'assemblée départementale. L'élaboration d'un guide de l'accueil familial est en cours. Travail entamé sur l'élaboration des projets de vie des personnes accueillies. Une sensibilisation aux handicaps et à la prise en charge des personnes handicapées a été abordée en formation continue. Réflexion engagée sur l'organisation et la mise en place de la formation initiale pour les nouveaux accueillants. Pluridisciplinarité dans le cadre de l'évaluation des candidats engagée avec le début très prochainement de vacations de psychologue. L'ASG et PAPH ont travaillé sur la prise en charge aide sociale des PA et PH en famille d'accueil selon les types d'accueil : hébergement permanent/temporaire et accueil de jour permanent/temporaire.	RAPPEL Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes objectif 3-4 : Répondre à l'enjeu du handicap Orientation 3-4,2 : Adapter l'offre médico-sociale au parcours des personnes en situation de handicap
		X			Portail Web Offres d'accueil non déployé faute de moyens humains.	
Action 2.1.3 Développer l'accueil spécifique des personnes handicapées vieillissantes	> Mettre en place des solutions adaptées (développer des hébergements en accueil familial, créer de nouvelles places de foyers de vie UPHV, prendre en compte la problématique des transports)			x	L'accueil familial des PH vieillissantes tend à se développer mais encore peu connu. Transformation de places de FV en UPH (on compte actuellement 32 places (7 à Narbonne, 7 à Limoux, 18 à Pennautier). Nécessite postes d'IDE (cf PRIAC). 2 sections FAM-PHV à l'EHPAD de Pennautier et à Salles d'Aude. Problématique transports : MDPH via PCH selon type établissements, dotation ARS pour autres).	
	> Médicaliser des structures dans le cadre du PRIAC			x	Médicalisation sur trois foyers : Limoux, Narbonne et Pennautier.	
	> Sensibiliser les partenaires à la nécessité de préparer les projets de vie avec les personnes en amont de la barrière des 60 ans > Favoriser le maintien à domicile en s'appuyant sur des dispositifs existants		X		Sensibilisation de la part de la MDPH + participation journée ATDI sur PV. Contrôle des évaluations externes en 2015. MDPH : orientations vers SAVS, SAMSAH posées dans les plans personnalisés de compensation (cf rapports d'activité) ; hausse des volets de la PCH ; démarche qualité sur SAD.	

Action 2.1.4 Articuler la mise en œuvre du Schéma départemental avec les priorités du SROMS.	> Adapter les prises en charge en ESAT aux besoins des usagers	NR	NR	NR	MDPH-ARS : pas d'observation menée en commun sur la période.	RAPPEL Axe 3 : Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes objectif 3-4 : Répondre à l'enjeu du handicap Orientation 3-4,2 : Adapter l'offre médico-sociale au parcours des personnes en situation de handicap
	> Dissocier les besoins en équipements des foyers d'ESAT, ou foyers d'hébergement par rapport aux ESAT		X			
	> Prioriser le financement PRIAC de la MAS de Narbonne				Compétence ARS. PRIAC 2008-2012 : création d'une MAS de 44 places polyhandicaps	
	> Développer les places des FAM			X	Création Structure expérimentale FAM St Vincent 15 places	
	> Poursuivre l'ouverture expérimentale du FAM Autisme à Carcassonne et programmer l'extension de cette structure dans le cadre du SROMS et du PRIAC.	X			Visite conformité fin 2013 : expérimentation positive via le GCSMS Autisme France. Projet de construction d'une nouvelle structure (sur Montréal) à l'étude : le projet annoncé prévoit 24 places (15 actuellement avec une réserve de 8 supplémentaires).	
Objectif opérationnel 2: Structurer les réseaux institutionnels et partenariaux constitués sur les territoires						
Action 2.2.1 Réfléchir à un plan d'action pour structurer et animer des réseaux associatifs et institutionnels.	> Élaborer collectivement un plan d'action, en définir les modalités opérationnelles, animer conjointement les réseaux		X			Axe 4 : Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer Objectifs opérationnels 4-1 et 4-2
	> Faire vivre le comité technique de suivi du schéma		X			
	> Travailler conjointement dès 2012 à l'élaboration du SUS prévu en 2014	X				

Bilan des réalisations du schéma actualisé personnes âgées

Objectif stratégique 1: renforcer l'accompagnement des personnes âgées à domicile					
Objectif opérationnel 1: Coordonner l'intervention gérontologique autour des personnes âgées et de leurs aidants naturels					
Actions	Opérations	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
Action 1.1.1 Coordonner l'intervention gérontologique					Position dans le Schéma Unique Axe 1: Favoriser un accès équitable aux droits et aux services publics Objectif 1-2: favoriser l'accès aux services publics Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Objectif opérationnel 2-2: Accompagner les aidants familiaux et professionnels Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours
	> Développer des outils d'info départementaux	X			Les CLIC ont créé un certain nombre d'outils (guide des droits et prestations, annuaires services et institutions par zone, annuaires professionnels par zone, places disponibles en EHPAD, classeurs caisses de retraite, liste téléassistance) qui sont actualisés par trimestre.
	> Généraliser des outils de coordination			X	Les CLIC ont proposé aux partenaires la mise en place de cahiers de liaison à domicile, la carte d'informations médico-sociales, travaillent sur la proposition d'un guide des bonnes pratiques professionnelles.
	> Poursuivre la coordination de proximité sur les territoires			X	La coordination de proximité se réalise partiellement en fonction des partenaires et des problématiques repérées par territoire.
	> Améliorer la transversalité des services			X	Des rencontres CLIC/services PAPH ont permis l'impulsion d'un travail transversal (questionnaires évaluation cahiers + CIMS, modules sensibilisation bientraitance, guide pratiques professionnelles). Le service action sociale PA-PH a participé à la sensibilisation à la bientraitance et à l'élaboration du guide des bonnes pratiques. Le travail en collaboration avec le service ASG est institué depuis longtemps.
	> Repérage , évaluation et soutien psy de l'aidant			X	Des formations et du soutien pour les aidants familiaux de malades Alzheimer et neuro-dégénératives sont mises en place à l'échelon départemental. Selon les territoires, il existe des formations et du soutien aux aidants des malades parkinsoniens. A titre expérimental, un programme d'aide aux aidants fonctionne sur la zone MHVA.

Action 1.1.2 Soutenir les actions vers les aidants naturels				Les CLIC travaillent sur un projet départemental d'aide aux aidants pour 2014. La convention CNSA/CG en permet le financement depuis 2009.		Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif 2-2: Accompagner les aidants familiaux et naturels
	> Solutions de répit			Des solutions de répit sont portés par les partenaires locaux (accueils de jour, temporaires, plateformes de répit avec financement ARS) et par les familles d'accueil PAPH (accueils temporaires ou accueils de jour).	X	
	> Prise en charge PA		X	Financement par des partenaires (caisses de retraite interrégionales et complémentaires, plateformes de répit, associations, halte répit) de solutions de prise en charge. Appui au financement de solutions de répit via le plan d'aides APA.		Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée Axe 4: Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer Objectif 4-1: Nous unir pour mieux observer et prévenir
Objectif opérationnel 2: Permettre l'adéquation des préconisations des plans d'aide et de leur mise en œuvre avec les besoins des personnes âgées						
Action 1.2.1 Garantir les préconisations des plans d'aide APA	> Formaliser le contenu des plans d'aide avec les SAD			Homogénéisation des pratiques professionnelles des référents engagée ; pratiques des responsables de secteur des SAD variables	X	Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif 2-2: Accompagner les aidants familiaux et naturels
	> Mettre en place un contrôle d'effectivité			Non fait faute de moyens humains - même le contrôle sur pièces ne peut pas être mené à bien.	X	Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
	> Elaboration guide du signalement		X	Cela a été fait, puis suite à l'installation d'ALMA dans le département, le CG s'est retiré du dispositif. Un bilan de situation est à effectuer avec ALMA Aude et la direction du n° d'appel national.		Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Action 1.2.2 - Pour suivre la prise en charge des adultes en danger	> Référence sur n°appel national		X			
	> Rencontres avec le Parquet				X	

Bilan des réalisations du schéma actualisé personnes âgées (suite)

Objectif stratégique 1: renforcer l'accompagnement des personnes âgées à domicile						
Objectif opérationnel 3: Garantir la continuité et renforcer les compétences des SAD						
Actions	Opérations	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires	Position dans le Schéma Unique
Action 1.3.1 - Accompagner la prise en charge par les SAD et la démarche qualité	> Accompagner les services (reformes interco)			X	Fait sur l'évolution au 01/01/13. Accompagnement aux évolutions 2014 enclenchée via campagne budgétaire.	Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif 2-2: Accompagner les aidants familiaux et naturels
	> Suivre la démarche qualité dans les sad	X			Indicateurs de suivi à mettre à jour à l'issue de l'examen des comptes administratifs 2012 et 2013.	
	> Professionalisation des intervenants et des responsables de secteur			X	Annexes qualité en cours d'évaluation	
	> Référentiel qualité à l'usage des professionnels			X	Les CLIC ont mis en place des programmes de sensibilisation à la bientraitance et un groupe de soutien psychologique en direction des intervenants à domicile. Un travail de départementalisation d'un guide des bonnes pratiques professionnelles expérimenté sur le CLIC MHVA est en cours. Participation active du service action sociale PA-PH au programme de sensibilisation et à l'élaboration du guide.	Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
	> Regroupement de structures			X	Via campagne budgétaire.	

Objectif stratégique 2: Améliorer quantitativement et qualitativement l'offre d'accueil aux regards des besoins et des enjeux territoriaux

Objectif opérationnel 1: Déployer un panel de réponses adaptées aux problématiques des personnes âgées

Action 2.1.1 - Apporter un soutien aux solutions de logement pour les personnes en perte d'autonomie	> Adaptation du logement PA			X (sensibilisation)	Projet Bien Vieillir dans l'Aude 2014 ; journée autonomie/logement avec des stands favorisant la connaissance des dispositifs possibles pour un logement adapté au vieillissement. Impossibilité d'aides au financement de travaux d'adaptation via les plans APA
	> Etude des modalités de soutien à la création de logements adaptés			X	A travers CUS (Réflexion engagée via les bailleurs sociaux par la DASI)
	> Foyers logement : étude de besoins		X		Analyse de l'existant effectuée. Pas d'étude de besoins effectuée
	> Offre diversifiée		X		
Action 2.1.2 - Développer des modes d'accueil alternatifs (ou liés à des pathologies spécifiques) avec ou sans hébergement	> Accueil séquentiel ; plates formes de répit			X	Lié aux possibilités de financement du PRIAC. Plate forme répit sur Narbonne; en cours sur Limoux.
	> Hébergement temporaire			X	Modification du RDAS pour permettre la prise en charge de l'hébergement temporaire des PA dans le cadre de l'APA (A) déjà prévu)+ la prise en charge de l'accueil de jour temporaire et de l'hébergement temporaire des PH.
	> Accessibilité géographique et financière à cette offre de services			X	
Action 2.1.3 - Développer les hébergements en Famille d'Accueil					Communication sur le dispositif dans "Perspectives", ce qui a suscité des demandes d'agrément : 20 % de plus d'accueillants familiaux en 10 mois. L'élaboration d'un guide de l'accueil familial est en cours.
	> Promouvoir le dispositif	X			In-troduction de la pluridisciplinarité dans l'évaluation des candidats avec des vacations de psychologue qui vont débiter en 2014. Une charte de l'accueil familial a été élaborée par les accueillants familiaux et le service action sociale PAPH, validée par l'assemblée départementale . Un travail a été entamé sur l'élaboration et la formalisation des projets de vie des personnes accueillies.
	> Formaliser les outils de pilotage CG		X		
	> Préciser les modalités d'agrément		X		
	> Professionnaliser les accueillants familiaux			X (début)	Réflexion engagée sur l'organisation et la mise en place de la formation initiale pour les nouveaux accueillants agréés.

Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes
 Objectif opérationnel 3-1: Éviter les ruptures de parcours
Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations
Objectif 2-2: Accompagner les aidants familiaux et naturels

Bilan des réalisations du schéma actualisé personnes âgées (suite)

Objectif opérationnel 2: Adapter l'offre d'EHPAD aux problématiques des territoires					
Actions	Opérations	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
Action 2.2.1 Equilibrer l'offre d'EHPAD au regard de la dynamique des territoires	> Accroître le nbre de places dans les secteurs déficitaires	X (partiellement)			Créations EHPAD Talairan , Bizanet , Villa Domitia à Narbonne. Extensions réalisées à Couiza Les Estamounets et aux Mimosas à Narbonne. Déplacement du Pech d'Alcy à Narbonne. Démarrage travaux EHPAD Leucate en oct.2013. Déblocage 1ers fonds et permis déposé pour futur EHPAD Ouveillan. Démarrage des travaux EHPAD Tuchan début 2014. prévu au PRIAC mais travaux non débutés : Fleury. Projets d'EHPAD sur Sigean, Salles/Hers, Belvèze et Moussoulens : aucune inscription au PRIAC et donc sans avancées.
	> Restructuration des EHPAD inadaptés		X		Actions non engagées (pas de financement PRIAC).
	> Structuration de pôles gériatriques autour des hopitaux			X (partiellement)	En cours sur Castelnaudary uniquement
Action 2.2.2 Veiller à rendre l'offre accessible aux Audois	> Accompagner financièrement les travaux	X			PPI élaboré. La rénovation des plus anciens s'accompagne d'une hausse des tarifs (Rives d'Ode)
	> Habilitation partielle		X		Expérimentation refusée par le porteur de projet à Bizanet. Demande déposée en 2013 pour futur EHPAD de Leucate.
	> Développement des places spécialisées Alzheimer			X	Elaboration d'un tableau de suivi à partir de 2014 PRIAC 2013-2016: PASA=inscription de 112 places entre 2013 et 2014; ESA (20 places en 2013; création d'une plateforme de répit sur le narbonnais; création de 2 MAIA)
Action 2.2.3 Adapter qualitativement les offres en établissement d'hébergement	> PASA UHR			X	Financés depuis campagne budgétaire 2013
	> Postes de psycho en EHPAD	X			Recensement des besoins non fait . Expérimentation débutée en 2013 avec 3 emplois d'avenir répartis sur 3 EHPAD.
	> Animation thérapeutique		X sauf expéri-m.		

Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes
Objectif 3-3: œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée

Bilan des réalisations du schéma actualisé PMI

Objectif stratégique 1: renforcer la prévention primaire et l'accompagnement des familles				
Objectif opérationnel 1: Améliorer l'accompagnement des familles et développer le soutien à la fonction parentale				
Actions	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
111. Proposer un accompagnement global			X	Les professionnels de PMI se sentent membres à part entière de l'équipe pluridisciplinaire - des unités AP.
112. Faire du soutien à la fonction parentale une priorité des interventions en direction des familles. AUDEVANT			X	Le soutien individuel est effectif. Sont à développer les actions collectives et à clarifier le rôle du Conseil Général sur le REAAP.
113. Favoriser l'épanouissement par l'éveil culturel des jeunes enfants	X			
114. Prévenir le plus en amont possible les difficultés de la période périnatale	X			
Objectif opérationnel 2: Renforcer la prévention sanitaire				
122. Structurer les interventions autour de la naissance			X	Objectif d'harmoniser, sur le territoire, l'accès de notre public un suivi gynéco obstétrique de qualité.
123. Contribuer à prévenir et traiter l'obésité infantile			X	Mener la réflexion pour étendre le dispositif à d'autres territoires.
124. Aller au devant des usagers de la protection maternelle et infantile AUDEVANT	X			Consultation effective depuis septembre 2012. Adaptation des lieux de consultation en septembre 2013.
Objectif stratégique 2: Améliorer quantitativement et qualitativement l'offre d'accueil				
Objectif opérationnel 1: Améliorer le pilotage de l'offre d'accueil des jeunes enfants				
211. Poursuivre et renforcer le partenariat au niveau départemental autour de l'accueil des jeunes enfants	X			Reprise du fonctionnement de la CDAJE en séance plénière en juin 2013. Renouvellement en cours pour la convention CAF/CG.
Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,1: Adapter l'offre d'accompagnement global Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,3: Fédérer les partenaires de la parentalité Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,2: Promouvoir la santé des jeunes et des enfants Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,2: Promouvoir la santé des jeunes et des enfants				
Axe 4: Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer Objectif opérationnel 4-1: Nous unir pour mieux observer et prévenir				

221. Impulser le développement d'une offre d'accueil collectif de qualité adaptée aux besoins des familles AUDEVANT	X		Rapport de la Chambre Régionale des Comptes qui souligne les efforts entrepris et les résultats.	Axe 1: Favoriser un accès équitable aux droits et aux services publics Objectif opérationnel 1-2: Favoriser l'accès aux services publics Orientation 1-2,1: Soutenir les services aux familles sur tous les territoires
222. Promouvoir la qualité des accueils chez les assistantes maternelles	X		Il convient de rester vigilants quant à la régularité du suivi des Assistantes Maternelles.	

Objectif stratégique 1: renforcer la prévention primaire et l'accompagnement des familles				
Objectif opérationnel 1: Développer les actions collectives de prévention en faveur des jeunes et de leur famille				
Actions	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
1.1.1 Conforter la prévention spécialisée.				Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientations 2-1,1 et 2-1,3 Axe 3: Adapter la prise en charge au parcours de vie des personnes Objectifs opérationnels 3-1 et 3-2: Eviter les ruptures de parcours et se mobiliser pour la jeunesse
1.1.2 Mener des actions collectives dans le cadre de la prévention primaire et secondaire			X	
Développer des actions collectives de prévention primaire (parentalité – accompagnements unité AP)				
Développer des actions collectives en ASE				
Objectif opérationnel 2: Développer les actions individuelles de prévention				
1.2.1 – Favoriser les mesures d'Actions Educatives à Domicile.		X		Contexte identique au schéma précédent.
1.2.2 – Optimiser le dispositif d'accompagnement en économie sociale et familiale (MAESF).			X	L'outil MAESF a permis de travailler dans un cadre contractuel en évitant la saisine systématique des autorités judiciaires

Objectif opérationnel 3: Agir en faveur de la bientraitance					
1.3.1 – Mettre en œuvre les missions de l'Observatoire Départemental de Protection de l'Enfance.			X	Installation de l'ODPE en juin 2013 suite à une forte attente des partenaires	Axe 4: Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer Objectifs opérationnel 4-1: Nous unir pour mieux observer et prévenir
1.3.2 – Recueillir, évaluer, et traiter les informations préoccupantes.	X			Projet de spécialisation de l'évaluation des IP à l'échéance 2014. Poursuivre l'action d'information et de formation à la procédure IP.	
Objectif opérationnel 4: Favoriser l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans en grande difficulté					
1.4.1 – favoriser l'autonomie des jeunes de 16-21 ans pris en charge au titre de l'ASE.			X	Action reprise en objectif opérationnel dans le cadre du schéma unique.	Axe 3: Adapter la prise en charge au parcours de vie des personnes Orientations 3-3,1 et 3-3,2: Eviter les ruptures de parcours et se mobiliser pour la jeunesse
1.4.2. - Engager une réflexion partenariale sur un dispositif global d'insertion des jeunes de 16 à 25 ans en forte difficulté.	X			Le département de l'Aude est territoire d'expérimentation de la "garantie jeunes".	
Objectif stratégique 2: Elaborer une politique départementale de placement conforme à l'intérêt de tous les enfants accueillis, tant en matière de protection de l'enfance qu'au titre de l'adoption					
Objectif opérationnel 1: Améliorer le dispositif d'urgence					
2.1.1 – Optimiser le dispositif d'accueil d'urgence				Les SAE se sont mises en conformité avec les lois de 2002 et 2007.	Axe 3: Adapter la prise en charge au parcours de vie des personnes Objectif opérationnel 3-3: Se mobiliser pour la jeunesse Orientation 3-3,3: Diversifier les modes de prise en charge en établissement et chez les assistants familiaux
Concevoir une entrée unique dans le dispositif (rattachement AFU aux SAE)			X	Le travail de réflexion relatif au rattachement des AFU débute.	
Accueillir tout enfant en danger dans de bonnes conditions				Contexte identique au schéma précédent relatif au réseau des AFU : déficit chronique de personnel et de place.	
Piloter le dispositif (suivre les places disponibles, respecter les délais)					

Objectif opérationnel 2: Favoriser la prise en charge globale individualisée et évolutive des enfants et des adolescents					
2.2.1 – Garantir la cohérence des parcours des enfants avec l'élaboration de la mise en œuvre du Projet Pour l'Enfant (PPE).			X	L'outil PPE a été élaboré et mis en œuvre du 01/10/2009 à juin 2013; malgré l'intérêt de cet outil, les charges de travail ont induit son arrêt. La démarche PPE est en attente de clarification.	
2.2.2 – Diversifier et favoriser la mobilisation des différents dispositifs de placements				La COA n'a pas été mise en place ; quelques outils de suivi se sont développés. La diversification des modes de prise en charge s'est poursuivie au sein des établissements et services. Les actions d'insertion professionnelle se développent. Il convient de développer et de travailler la mise en adéquation du profil du jeune et de la cohérence de son parcours avec l'offre d'accueil et les dispositifs associés.	Axe 3: Adapter la prise en charge au parcours de vie des personnes Objectif opérationnel 3-3: Se mobiliser pour la jeunesse Orientation 3-3,3: Diversifier les modes de prise en charge en établissement et chez les assistants familiaux
Mise en place Cellule Offres d'Accueils			X		
Poursuivre la diversification des modes de prise en charge en établissements					
Adapter l'accueil familial					
Favoriser l'accès à l'autonomie des jeunes majeurs (cf 1.D.1)					
2.2.3 – Développer l'offre de séjour de rupture Développer des séjours pour les filles Pour les 10-14 ans		X		La réalisation de cette action s'est heurtée à l'absence de porteurs de projets correspondant aux besoins identifiés.	Axe 3: Adapter la prise en charge au parcours de vie des personnes Objectif opérationnel 3-3: Se mobiliser pour la jeunesse Orientation 3-3,4: Développer les séjours de rupture
Objectif opérationnel 3: Mettre en œuvre la mission adoption					
2.3.1 – Accompagner les familles dans le cadre de l'adoption :					
a. accompagner les candidats dans les procédures d'agrément, par la mise en œuvre des référentiels				Mise en œuvre du référentiel national dans le cadre des procédures d'agrément. Développement des réunions d'informations (passage de 1 à 2). Organisation de réunions thématiques. Travail en cours avec les maternités du protocole existant.	
b. préparer les familles agréées à l'accueil d'un enfant en vue d'adoption					
c. accompagner les femmes qui le désirent vers un accouchement sous le secret ou une remise au service en vue de son adoption		X			
2.3.2 – Accompagner les enfants dans le cadre de l'adoption :					
a. mettre en œuvre les procédures de l'art 350 du CC				Réalisation d'un guide des procédures. Accompagnement du nouveau dispositif d'accueil familial des enfants nés sous le secret.	
b. les accompagner dans la concrétisation du projet d'adoption					
c. mettre en œuvre l'accès aux origines					

Bilan des réalisations du schéma actualisé ASI

Objectif stratégique 1: Accueillir tout public en difficulté et adapter les réponses aux besoins				
Objectif opérationnel 1: Conforter l'accueil pour tout type de public				
Actions	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
Adapter les modes d'accueil aux besoins des usagers		x		La fonction accueil dans les CMS a été confortée par un renforcement et une professionnalisation des personnels. Actuellement, les accueils doivent faire face à une forte augmentation du nombre de personnes avec des demandes d'aide pour l'accès aux prestations . Ce phénomène s'explique en partie par l'évolution de l'organisation des services publics, amenés à mettre en œuvre des procédures de traitement de masse qui ne laissent plus place à l'accueil du public pour le renseigner et le conseiller. De plus, le développement de l'e-administration, de visio-guides ou de plateformes téléphoniques n'est pas adapté pour les publics les plus fragiles qui ont avant tout besoin d'un contact humain et d'un accompagnement dans leurs démarches. Outre le fait qu'elles peuvent décourager et empêcher le recours aux droits, ces nouvelles procédures ont aussi pour conséquence de saturer les accueils des CMS, ce qui pose des difficultés pratiques, organisationnelles. Par ailleurs, les démarches administratives sont parfois très complexes et nécessiteraient un accompagnement spécialisé. Enfin, le traitement de l'accès aux droits fait évoluer la mission des services sociaux, au détriment de l'accompagnement social, de plus en plus difficile à négocier : L'attente des publics se limitant à une demande d'accompagnement dans leurs démarches avec parfois un accompagnement physique dans les services. Il convient donc de définir avec les autres services publics des modalités d'accueil partagées et adaptées au public le plus fragile. Axe 1: Favoriser un accès équitable aux droits et aux services publics Objectif opérationnel 1-2: favoriser l'accès aux services publics Orientation 1-2,2: Repenser l'accueil autour de l'usager

Objectif opérationnel 2: Conforter l'accompagnement social			
Adapter un accompagnement global	X		La lutte contre l'isolement, l'intégration citoyenne et l'inclusion doivent s'envisager dans le cadre de formes renouvelées d'accompagnement, par le moyen par exemple d'actions collectives, participatives.
Agir en complémentarité avec les partenaires institutionnels		X	Des partenariats existent mais leur formalisation doit être systématisée. La réflexion va s'engager fin 2013, avec la CAF et Pôle Emploi. Elle devra permettre une mise en cohérence des interventions pour l'accompagnement des personnes en difficulté, pour la mise en oeuvre d'actions complémentaires ou mutualisées et pour la mise en cohérence des politiques publiques. Le PT1, le PDH constitueront des cadres de référence pour le partenariat.
Objectif opérationnel 3: Mettre en œuvre des leviers d'intervention spécifiques à chaque type de situation			
1-3-1- Soutenir l'autonomie des personnes dans la gestion du quotidien		X	Un nouveau règlement départemental, voté en juin 2013, fait des aides financières un véritable levier pour l'accompagnement des personnes. Ce règlement, applicable en 2014, prévoit des aides à la vie quotidienne, destinées à améliorer le niveau de vie des personnes, mais aussi des aides au projet, visant une amélioration durable de la situation des personnes. Un effort important doit être poursuivi, pour créer un environnement favorable à la bonne application de ce règlement, avec notamment la simplification des demandes s'appuyant sur le traitement informatisé par les professionnels de terrain. D'autres actions (accès à l'outil informatique, actions visant à favoriser la mobilité) doivent être renforcées et diversifiées pour assurer une meilleure couverture des besoins. Des réponses adaptées doivent être apportées pour la garde des enfants.
1-3-2- Améliorer les parcours résidentiels et les conditions de logement		X	Les nouvelles règles d'attribution d'aides financières au titre du FUL (aides à la vie quotidienne et aides au projet) vont permettre de mieux répondre aux besoins d'accompagnement et de solvabilisation des usagers: le montant plafond des aides est revalorisé, le CG accompagne les dispositifs d'aide à l'amélioration des performances énergétiques par des aides accordées aux ménages aux ressources modestes. L'identification des logements indécents ou insalubres fait l'objet
Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,1: Adapter l'offre d'accompagnement global			
Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,5: Prévenir l'isolement social			
Axe 1: Favoriser un accès équitable aux droits et aux services publics Objectif opérationnel 1-1: Garantir les droits des personnes Orientation 1-1,3: Faciliter l'accès à un logement adapté			

Bilan des réalisations du schéma actualisé ASI (suite)

Objectif opérationnel 2: Favoriser l'insertion sociale ou professionnelle par la mise en place d'un parcours personnalisé				
Actions	Fait	Pas fait	En cours	Commentaires
2-2-1- Orienter vers le référent adapté aux besoins de chaque bénéficiaire				Le nombre de référents a été augmenté et permet l'accompagnement d'un plus grand nombre de personnes. A cela s'ajoute l'offre de service de Pôle Emploi pour l'accompagnement des personnes BRsa disponibles pour rechercher un emploi. Les travailleurs sociaux des CMS ont été formés pour mieux appréhender leur mission de référent et son articulation avec le travail social. Pour autant, le nombre de BRsa ayant une obligation d'insertion a considérablement augmenté en 2013 (17 000) et les personnes les plus en difficulté restent durablement dans le dispositif. De plus, d'autres publics, jeunes ou adultes, peuvent bénéficier d'un accompagnement. Les modalités d'adaptation de la référence devront être définies.
			X	Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1, 1: Adapter l'offre d'accompagnement global Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-1: Eviter les ruptures de parcours
2-2-2- Permettre l'acquisition des compétences nécessaires à l'accès à un emploi				Plusieurs types d'actions répondent à cet objectif: Emergence et accompagnement au projet professionnel, Lieux Ressources insertion, structures d'insertion par l'activité économique, formations individuelles ou collectives... Le développement des chantiers insertion est en cours, avec une diversification des supports d'activité et une amélioration de la couverture territoriale. La réforme de l'IAE va toutefois engendrer une refondation de leur organisation et objectifs. Des actions supplémentaires, prévoyant un nombre d'heures de travail modulable sont nécessaires pour répondre aux besoins d'un public très éloigné de l'emploi. L'accès à la formation reste très difficile pour les BRsa et les jeunes autois. L'offre est en décalage avec les capacités d'un public dont les difficultés se cumulent et qui ne considère pas l'accès à la formation comme un facteur de progression du parcours d'insertion (les jeunes en particulier).
			X	Axe 3: Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes Objectif opérationnel 3-5: Lever les freins à l'insertion sociale et professionnelle
2-2-3- Développer l'insertion active en renforçant les possibilités d'accès au marché du travail pour les bénéficiaires du RSA ou les jeunes en grande difficulté proches de l'emploi				Le Département développe une politique active de soutien à l'ESS: soutien des têtes de réseau, mise en place de concours et appel à projet ESS, développement du micro crédit... La sensibilisation des entreprises aux clauses d'insertion dans les marchés publics, l'appui aux entreprises dans leurs démarches sont réalisés, en concertation avec les autres collectivités territoriales.

2-2-4- Adapter les propositions d'accompagnement à la situation des personnes les plus en difficulté		X	Le Département a soutenu le développement d'une offre nouvelles d'accompagnement des personnes durablement éloignées de l'emploi avec pour objectif de mobilisation vers l'insertion professionnelle, ou vers des activités socialisantes et épanouissantes. Cette offre s'adresse essentiellement aux personnes bénéficiaires du RSA engagées dans une démarche d'insertion. Pour autant , l'accès à l'offre de droit commun doit être facilité et accompagné pour l'ensemble des publics.	Axe 2: Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations Objectif opérationnel 2-1: Améliorer nos pratiques de prévention Orientation 2-1,1: Adapter l'offre d'accompagnement global
Objectif opérationnel 3: Favoriser l'expression et le recueil des besoins des usagers				
2-3-1- Mieux identifier les besoins des usagers		X	Cette action n'est pas engagée	Axe 4: Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer Objectif opérationnel 4-1: Nous unir pour mieux observer et prévenir



Les FICHES-actions

Axe 1- Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1.1-Garantir le droit des personnes
Orientation 1-1.1	
Valoriser les compétences des personnes par l'accompagnement et le bénévolat	
Contexte Les activités valorisant les compétences des personnes sont facteur d'épanouissement et de socialisation des personnes en difficulté. Or, les personnes, sans réseau ni connaissance de leur environnement, n'y participent pas naturellement. Aude 2030 apporte des réponses économiques, avec la mise en place d'une politique tarifaire adaptée aux capacités financières des personnes, pour l'accès aux activités culturelles et sportives. Mais des actions d'accompagnement doivent être proposées lorsque la précarité sociale fait obstacle à l'accès à ces activités. Des actions favorisant l'expression artistique des personnes sont mises en œuvre dans le cadre du PDI, pour les personnes bénéficiaires du RSA. Elles constituent un élément important du vivre-ensemble et de lutte contre l'isolement, et devraient pouvoir être proposées à toute personne qui en a besoin. Elles permettent la construction de relations positives aux autres et de ce fait, elles peuvent créer les conditions favorables à l'engagement d'une démarche d'insertion professionnelle. Ces actions doivent évoluer afin de constituer un tremplin vers l'offre culturelle, sportive ou d'actions socialisantes tous publics.	
Contenu Proposer une large palette d'activités d'insertion épanouissantes et socialisantes (culture, loisirs, sports et activités socialisantes) constituant une offre d'accueil limitée dans le temps, mobilisable dans le cadre d'un accompagnement. Mutualiser les moyens pour mieux couvrir les besoins, à tous les âges et dans les différents secteurs d'activité. Développer le partenariat avec les associations proposant des activités tous publics, pour l'accueil de publics prioritaires du schéma, en lien avec les autres directions du Conseil Général, les autres collectivités locales. Sensibiliser les professionnels : Créer un répertoire des actions existantes et le porter à connaissance des acteurs du territoire. Favoriser la coordination avec les professionnels de l'accompagnement.	
Objectifs Favoriser le lien social, développer les solidarités intergénérationnelles, permettre la construction de relations positives aux autres, créer des conditions favorables à l'engagement d'une démarche d'insertion professionnelle.	
Résultats attendus Favoriser et développer les démarches d'insertion	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre d'actions et palette d'actions/Conventions de partenariat, couverture territoriale Nombre de personnes orientées vers ce type d'actions Nombre de personnes engageant des démarches professionnelles/Nombre de participants aux actions Nombre de personnes s'inscrivant dans des actions tout public /Nombre de participants	

Partenaires

Conseil Général

Agglo et communes ou groupements

DDCSPP, CAF, MSA

Axe 1 Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1.1-Garantir le droit des personnes
Orientation 1-1.2 Favoriser l'accès aux services de santé	
Contexte Le département de l'Aude présente une offre de santé d'un niveau qui apparaît globalement satisfaisant. Cependant, cette moyenne masque de fortes disparités entre les territoires. Certains secteurs du département sont encore bien dotés (le Littoral, le secteur Carcassonnais, Castelnaudary, et plus globalement le long des principales voies de communication). En revanche, de vastes zones rurales sont dépourvues de médecin généraliste. Dans l'Aude, les médecins sont en outre globalement plus âgés qu'au niveau national. Chaque année, moins de 20 nouveaux médecins s'inscrivent à l'Ordre dans l'Aude, tous exercent dans une commune urbaine et moins de deux ou trois d'entre eux s'installent en libéral. Ainsi la désertification médicale du territoire rural audois et, à terme, celle du département en son entier, est un risque réel, et appelle une action volontariste pour l'enrayer. Au 1^{er} janvier 2012, deux Maisons Pluri professionnelles de Santé (MSP) sont en fonctionnement dans l'Aude, à Tuchan et Axat. Ces structures, créées grâce à des cofinancements de l'Etat, du Département, de la Région, de l'Europe et des collectivités locales concernées, permettent aux professionnels de santé des territoires un exercice regroupé dans des locaux adaptés à cet effet. Elles répondent aux attendus d'un cahier des charges national et se fondent prioritairement sur un projet de santé élaboré par l'ensemble des professionnels parties prenantes. Ces MSP constituent une réponse intéressante aux attentes des médecins, qui ne souhaitent pas travailler de façon isolée dans les secteurs ruraux. Plusieurs autres sont en projet dans le département de l'Aude. Toutefois, les MSP ne sont pas la seule solution aux besoins de travail collectif des professionnels de santé, et d'autres pistes sont poursuivies. Le Conseil général, dans le cadre de sa compétence de Protection Maternelle et Infantile, propose une offre sanitaire en direction des enfants de moins de six ans et des femmes enceintes. La recherche d'une accessibilité maximale sur l'ensemble du territoire audois a conduit le Département à mettre en place depuis septembre 2012, en plus des lieux de consultation de nourrissons habituels, une consultation itinérante de protection maternelle et infantile qui dessert 13 communes rurales. La question de la permanence des soins est importante dans le département. L'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSa) est de la responsabilité de l'Agence Régionale de Santé. Elle vise à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Elle doit garantir l'accès de la population à un médecin sur l'intégralité des plages horaires de la permanence des soins, au moins tous les jours de 20 heures à 8 heures du matin, et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. Elle s'effectue sur des territoires de PDSa définis par le directeur de l'Agence Régionale de Santé. Le dispositif repose sur une régulation médicale téléphonique préalable accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro d'appel 15 et organisée par le SAMU. Les demandes sont orientées sur les médecins volontaires. En fonction des besoins, la prise en charges des patients dans le cadre de la PDSa donne lieu à une consultation ou à une visite à domicile. Les services d'incendie et de secours sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels, ainsi qu'aux secours d'urgence. L'organisation territoriale des secours s'appuie sur un réseau de 48 centres de secours organisés en 3 groupements d'intervention pour une efficacité maximale. Les sapeurs-pompiers audois effectuent plus de	

30 000 interventions par an, un chiffre en constante progression.

Contenu

Maintenir l'offre de soins de premier recours sur les territoires

Cet engagement, qui suppose l'implication de tous, et en premier lieu celle des professionnels de santé audois, s'inscrit dans une nécessaire complémentarité avec les mesures gouvernementales du plan Territoire-Santé. Il s'agit en premier lieu de rendre le territoire audois attractif pour les médecins généralistes, avec trois axes de travail :

- ◇ Attirer de nouveaux médecins dans l'Aude, notamment en faisant connaître l'exercice en zone rurale aux internes en médecine générale ;
- ◇ Permettre aux médecins en zone rurale de se consacrer aux tâches médicales et non aux tâches administratives en apportant un soutien à l'emploi d'assistants administratifs ;
- ◇ Favoriser l'exercice groupé et coordonné, en réunissant dans un même lieu (qui peut être, ou non, une maison pluri professionnelle de santé) diverses professions médicales et paramédicales. Ce dernier point fait l'objet d'un partenariat actif que le Conseil général s'engage à mobiliser et animer, avec la participation active de l'Agence Régionale de Santé, de l'Ordre des Médecins et de la Faculté de Médecine de Montpellier, et le soutien du Conseil Régional. Le Groupe Départemental d'action contre la désertification médicale doit se donner pour mission d'aller au-devant des élus et des professionnels de santé des territoires en voie de désertification, pour promouvoir et accompagner l'émergence de projets de santé collectifs.

Au-delà de l'offre de soins, l'accès à la prévention sanitaire doit être possible sur les territoires ruraux. Chaque acteur (Agence Régionale de Santé, Conseil général, communes ou intercommunalités) doit faciliter l'accès à son offre de service sur tout le territoire, ainsi que le fait le Conseil général avec la consultation itinérante de protection maternelle et infantile et le soutien à l'installation de défibrillateurs dans les communes rurales.

Favoriser l'accès à l'offre de soins de premier secours

Aude 2030 acte que l'offre de soins de premier secours ne peut être déployée sur l'ensemble des communes et doit être organisée à partir des polarités rurales. Dès lors, les acteurs locaux doivent agir afin de favoriser l'accès aux généralistes là où ils se trouvent, ce qui peut passer par le développement :

- ◇ De cabinets secondaires,
- ◇ De transports adaptés, permettant notamment aux personnes âgées de se rendre auprès des médecins généralistes les plus proches aux jours et heures de consultation,
- ◇ De la télémedecine, qui suppose la couverture du territoire en haut débit voire, pour certains examens, en très haut débit.

Garantir l'efficacité des services de secours sur tous les territoires

- ◇ Poursuivre l'organisation du Service Départemental d'Incendie et de Secours au plus près de tous les habitants de l'Aude par un maillage territorial adapté des centres de secours.
- ◇ Permettre la réactivité de la réponse opérationnelle des services de secours lors des périodes de forte sollicitation (notamment l'été) en optimisant les modalités de fonctionnement en fonction de la taille des centres.

Objectifs

Améliorer l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les audois

Mobiliser les professionnels de santé dans la lutte contre la désertification médicale

Maintenir un maillage de proximité des centres de secours en favorisant les synergies sur les territoires et en donnant une place prépondérante à la notion de volontariat.

Résultats attendus

Maintien des services de santé et secours répondant au besoin de la population

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre de nouveaux médecins implantés sur les territoires

Nombre de pôles de santé créés

Partenaires

Conseil Général

Agglo et communes ou groupements

Conseil régional

SDIS

ARS

Faculté de médecine

CLIDA

Axe 1- Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1.1-Garantir le droit des personnes
Orientation 1-1.3 Faciliter l'accès à un logement adapté	
Contexte Le PDH s'est donné pour priorité d'accompagner le développement d'une offre de logements adaptés aux besoins des publics en difficulté : logements sociaux proposant des coûts d'occupation en rapport avec les revenus des ménages les plus modestes et les jeunes en démarches d'insertion, logements aménagés pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ou personnes handicapées. Pour autant, les publics concernés, par manque d'information ou parce qu'ils rencontrent des difficultés à utiliser l'information disponible, peinent à accéder à cette offre, quand elle existe. On relève par ailleurs un besoin d'accompagnement et de médiation pour accéder et se maintenir dans un logement, pour connaître ses droits et engager des démarches pour les faire valoir.	
Contenu de l'action - Renforcer la dynamique de création ou la réhabilitation de logements sociaux ou conventionnés adaptés (accessibilité financière, accessibilité au handicap, compatibilité avec la perte d'autonomie notamment) ou prévoyant un accompagnement, - Favoriser la construction de logements intermédiaires entre logement autonome et hébergement personnes dépendantes, - Centraliser l'information et créer une plate-forme départementale de communication sur les aides et dispositifs en lien avec l'habitat : aides à la rénovation de l'habitat et adaptation du logement Organiser des rencontres départementales pour faire connaître ces dispositifs - Améliorer la mobilisation des mesures d'accompagnement des personnes pour faciliter l'accès et le maintien durable dans un logement autonome, pour faciliter l'engagement des démarches liées à l'amélioration du logement.	
Objectifs Favoriser l'accès des publics du schéma (jeunes, adultes, personnes âgées et personnes handicapées) à l'offre de logements adaptés et aux droits associés	
Résultats attendus Meilleure mobilisation de l'offre de logements adaptés	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Etude de création de l'ADIL réalisée et suite donnée Nombre de consultations d'information réalisées et démarches engagées par la suite	
Partenaires Etat (DDTM), CAF, MSA	

Axe 1- Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1.1-Garantir le droit des personnes
Orientation 1-1.4	
Lever les freins à la mobilité	
Contexte L'Aude dispose d'un important taux de couverture des transports en commun (89 % de la population desservie) complété par le développement de l'offre de transport à la demande. Aude 2030 se donne pour objectif de développer la complémentarité de l'offre de transports et l'inter modalité. Pour autant, le réseau des transports en commun ne pourra seul répondre à l'ensemble des besoins et l'utilisation de la voiture reste un mode important de déplacement. Outre les difficultés financières liées à l'achat et à l'entretien d'un véhicule, d'autres freins sont identifiés pour les publics en situation précaire et notamment les difficultés pour obtenir le permis de conduire, les freins psychosociaux à la mobilité. Une offre d'accompagnement doit être développée, en complémentarité des interventions prévues dans Aude 2030.	
Contenu Proposer une palette d'interventions complémentaires à l'offre de droit commun visant à apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes et à leurs capacités de mobilité : - Aides financières et matérielles (location de véhicules) -Réponses pédagogiques adaptées,(formations mobilité, passage du permis de conduire ...). -Information et conseils : Elaboration d'un document d'information sur l'offre de transport, coordination de l'information dans les plateformes internet.	
Objectifs Créer des conditions favorables pour l'engagement d'une démarche d'insertion sociale ou professionnelle par l'accès à des modes de transports adaptés aux besoins	
Résultats attendus - Disposer de solutions pour ses déplacements, en tout point du département - Avoir accès à l'information - Pouvoir obtenir le permis de conduire	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre d'actions liées à la mobilité mises en œuvre et couverture territoriale Nombre de bénéficiaires de ces actions (Nombre de personnes accédant au permis de conduire ou à un moyen de transport, Nombre de personnes ayant bénéficié d'une aide financière à la mobilité, Nombre d'utilisateurs des parcs mobilité) Nombre de bénéficiaires des dispositifs mobilité ayant accédé à une formation ou à un emploi	
Partenaires Conseil Général, agglomérations, communes et groupements, Pôle Emploi, CCAS, DIRECCTE, Maison de l'Emploi, PLIE	

Axe 1- Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1.1-Garantir le droit des personnes
Orientation 1-1.5	
Valoriser l'Economie sociale et Solidaire comme source de richesses pour notre territoire	
Contexte L'offre « Economie Sociale et Solidaire » (ESS) existe mais n'est pas organisée. La diversité des familles de l'ESS (4 familles : associations, mutuelles, fondations, coopératives) ne facilitent pas leur sentiment d'appartenance. Chacune adhère à ses propres réseaux, ce qui entraîne un manque réel de lisibilité du potentiel économique de ces acteurs et une perte de richesses locales. Par ailleurs on constate une méconnaissance voire défiance du secteur de l'ESS de la part des acteurs économiques « classiques » et des collectivités d'où un manque de collaboration entre acteurs économiques (ESS et « traditionnels ») et collectivités. Toutefois il y a une bonne intégration de l'ESS dans le développement local et une meilleure résistance des acteurs de l'ESS à la crise économique. L'ESS constitue un véritable levier en matière de création d'emplois et le développement de cette nouvelle forme d'économie doit être recherchée	
Contenu Organiser un réseau des acteurs de l'Economie sociale et Solidaire sur le départemental de l'Aude, en créant une identité commune autour des valeurs et des richesses dégagées localement. Quatre étapes clefs : - faire un état des lieux des acteurs de l'ESS, en s'appuyant sur le travail des agglomérations et de la CRES LR - organiser un temps fort pour que les quatre familles de l'ESS Audoise se rencontrent - planifier ensuite des temps de travail et d'échanges réguliers autour de problématiques économiques communes - restituer en fin d'année dans le cadre du mois de l'ESS, les actions menées collectivement, signer des partenariats économiques impulsés dans l'année ou valoriser le recrutement de nouveaux emplois. Renforcer les relations entre les acteurs économiques audois, à savoir favoriser les passerelles entre les structures de l'ESS et les entreprises dites « traditionnelles » mais également les collectivités, donneurs d'ordre de la commande publique	
Objectifs Favoriser la coopération entre acteurs de l'ESS et entreprises classiques Engager le citoyen audois dans la consommation responsable et le bénévolat Créer des richesses ancrées localement	
Résultats attendus Augmentation du volume d'activité des structures de l'ESS et de leurs fonds propres Consolider et créer de l'emploi	
Indicateurs quantitatifs et qualitatifs Nombre de marchés passés avec les structures ESS Nombre d'emplois créés	

Partenaires

Europe, Etat (Caisse des dépôts et Consignations), Conseil Régional, Conseil Général, Agglomérations, fondations (MACIF), Mutuelles (Mutualité Française), OPC A (Unifformation) et Mécénat d'entreprises.

Branches professionnelles ; UPA CGPME, CAPEB, FFB, UMIH, MEDEF...

Axe 1 Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1-2 Favoriser l'accès aux services publics
Orientation 1-2.1	
Soutenir les services aux familles sur tous les territoires	
Contexte L'accessibilité aux services de proximité public ou privés est un enjeu important pour le département de l'Aude à dominante rurale dont la densité de population est de 56 habitants au km² (100habitants/km² au plan national). La disparition d'un service public en milieu rural impacte fortement les populations les plus fragiles (personnes âgées), les plus précaires (Bénéficiaires de minima sociaux) car elles sont souvent confrontées à des difficultés de déplacement. Par ailleurs, le maintien des commerces de première nécessité en milieu rural est difficile et pose la question de l'intervention publique pour maintenir une offre minimum. Conscientes de ces enjeux les collectivités se sont impliquées dans des dispositifs pour le maintien des services publics et au public : mise en place de points multiservices, relais de services publics etc..... Le Conseil général lui-même, dans le cadre de l'exercice de ses compétences, constitue un service public de proximité par la territorialisation de certaines de ses activités. De plus, le Conseil général a mis en place un service de bus itinérant PMI pour assurer sa mission de protection maternelle infantile dans les secteurs ruraux Par ailleurs, le Département a développé une politique volontariste de soutien à la création d'établissements d'accueil de jeunes enfants par un appui technique et un soutien financier à l'investissement des crèches publiques (cf règlement départemental adopté le 21 décembre 2012) En outre, il soutient les projets permettant de favoriser le maintien des services, participe activement à la lutte contre la désertification médicale, au financement de l'hélicoptère du SAMU..... Enfin le Département participe à l'expérimentation sur l'accessibilité des services, expérimentation pilotée par la DATAR dont la phase diagnostic démarre au printemps 2014 pour un retour à l'automne 2014 et élaboration d'un plan d'actions début 2015.	
Contenu (cf objectif 7 d'AUDE 2030) S'engager collectivement avec l'ensemble des acteurs publics, Etat et collectivités sur le maintien des services publics, poursuivre le soutien technique et financier pour la création d'établissements d'accueil de jeunes enfants Favoriser le maintien des services de proximité Favoriser l'accès des habitants aux services publics	
Objectifs Maintenir et renforcer l'attractivité résidentielle des territoires ruraux à travers une offre de services et de commerces satisfaisante Œuvrer au maintien de l'égalité d'accès aux services publics pour tous les audois	
Résultats attendus Maintien des populations en zone rurale	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de relais de services publics créés Fréquentation du Bus PMI Fréquentation des permanences sociales	

Partenaires

Conseil Général

communes ou groupements

Conseil régional

Etat,

Organismes sociaux

Consulaires

Axe 1 Favoriser un accès équitable aux droits et aux services	1-2 Favoriser l'accès aux services publics
Orientation 1-2.2 Repenser l'accueil autour de l'utilisateur	
Contexte L'accès aux droits et aux services publics fait partie intégrante de la notion de cohésion sociale. C'est la première démarche qui va permettre d'engager une intervention sociale, et de faciliter l'intégration citoyenne, l'insertion sociale et professionnelle des personnes. Or, l'accès aux droits et aux services publics est de plus en plus difficile pour une partie du public, confronté à divers obstacles : méconnaissance des circuits et procédures, non maîtrise de la langue, en particulier l'écrit, problèmes de mobilité, disparition des permanences d'accueil des services publics, particulièrement en zone rurale, et développement de l'e-administration, inaccessible pour une partie du public, notamment les personnes illettrées ou ne disposant pas d'un ordinateur. Enfin, le morcellement des dispositifs et la multiplicité des intervenants ne facilitent pas le parcours de l'utilisateur et provoque une carence en matière de prise en charge globale des bénéficiaires. Ces difficultés engendrent plusieurs phénomènes : - Elles peuvent décourager et empêcher le recours aux droits. - Elles ont pour conséquence de faire évoluer le rôle du travailleur social qui devient instructeur, au détriment de sa mission d'accompagnement. Face à ce constat, un enjeu synthétique s'est dégagé : Améliorer l'accueil et l'information des publics et des professionnels afin d'apporter la réponse la plus adaptée possible aux situations.	
Contenu Améliorer la connaissance de l'offre de service des différents dispositifs : organiser des rencontres professionnelles afin d'échanger sur les pratiques, réaliser et diffuser auprès des partenaires des plaquettes de présentation de chaque service, réaliser et tenir actualisé un répertoire professionnel partenarial, rendre accessible de façon actualisée l'offre de service dans les divers domaines de l'action sociale départementale (petite enfance, personnes âgées, personnes en situation de handicap...) Informier l'utilisateur sur ses droits et les institutions prestataires, pour éviter les ruptures de parcours : formaliser une information centralisée et accessible sur les prestations et dispositifs ; aller à la rencontre des usagers, accompagner l'expression des besoins. Adapter les modalités d'accueil aux besoins des publics : faciliter le repérage et l'accessibilité physique des services ; réfléchir à la création d'un portail web et/ou d'une plateforme téléphonique pour l'information de premier niveau des usagers sociaux. Organiser l'accueil pour répondre aux besoins des usagers : favoriser la confidentialité dans la relation avec les usagers; clarifier les niveaux d'accueil ; créer un guichet unique polyvalent départemental. Formaliser des outils efficaces pour l'accueil : analyser les besoins et réaliser des enquêtes de satisfaction ; organiser une formation continue des agents d'accueil et adapter les pratiques ; participer à la création et à l'application d'un référentiel d'accueil départemental.	
Objectifs Organiser et favoriser l'accès aux droits et à l'information. Simplifier les démarches des usagers, apporter une réponse directe et rapide.	

Mieux gérer les flux d'usagers ; aider les usagers à accomplir leurs démarches.
Mieux répondre aux attentes des usagers ; aider à faire face aux usagers difficiles ;
harmoniser les pratiques d'accueil départementales

Résultats attendus

Favoriser l'accès aux droits pour tous par une information adaptée et homogène

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Taux de satisfaction des usagers

Réalisation d'outils communs d'information

Partenaires

Conseil Général

Agglo et communes ou groupements

ARS,

CAF, MSA , CARSAT, CPAM ...

Associations

Axe 2- Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation de leur situation	2.1- Améliorer nos pratiques de prévention
Orientation 2-1.1 Adapter l'offre d'accompagnement global	
Contexte Les CMS doivent faire face à des phénomènes qui impactent sur les conditions de mise en œuvre de l'accompagnement social : Maintien d'une forte précarité, retrait progressif des autres services sociaux dans les zones rurales où le CMS reste le seul interlocuteur. De plus, l'écart se creuse entre les interventions des partenaires (plates-formes d'appel, spécialisation de l'offre de service) et la mission globale d'accompagnement mobilisée par les professionnels des CMS. Les demandes évoluent vers un appui à la constitution de dossiers pour l'accès à un droit. Le schéma précédent avait pointé la nécessité d'améliorer la lisibilité des interventions respectives du Conseil Général et de ses partenaires et de formaliser des partenariats pour couvrir au mieux l'ensemble des besoins, dans le respect des compétences de chacun. Il avait également posé le principe d'une adaptation des pratiques d'accompagnement pour mieux répondre aux besoins des usagers. Les démarches engagées pour la réalisation de cette action doivent être poursuivies. Elles doivent par ailleurs être adaptées à chaque territoire, et garantir dans le cadre de la protection de l'enfance notamment, la mission d'accompagnement des familles en difficultés au plan éducatif. Cet accompagnement à domicile du ressort de la prévention est régi par le CASF(art.L221-1) et réaffirmé par la loi du 5 mars 2007 (art 1) . « La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer le cas échéant selon les modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. »	
Contenu - Engager la réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles de l'accompagnement : Analyse de l'évolution des besoins et attentes des usagers, et mise en regard avec les interventions spécifiques définies par les textes (CASF, PMI, RSA, ...) en tenant compte du territoire - Participer au développement de formes collectives d'accompagnement - Définir des modes opératoires de coopération avec les partenaires institutionnels et associatifs intervenant dans l'accompagnement des personnes : adultes et jeunes en insertion, personnes âgées, personnes handicapées, avec une attention particulière aux jeunes les plus fragiles: Définir avec la MLI des principes et modalités partagés pour l'accompagnement renforcé des jeunes les plus éloignés de l'emploi. Elaborer une charte de l'accompagnement renforcé des jeunes définie de manière partagée et harmonisée avec la référence RSA. - Veiller à l'articulation des instances de suivi des publics et mettre en place une instance transversale de traitement des situations complexes - Formaliser ces partenariats par des chartes, conventions ou dans le cadre du Pacte Territorial d'Insertion, - Initier ou finaliser la mise en place des espaces ressources d'information à destination des	

professionnels de l'accompagnement (ex : espace de travail collaboratif PDI pour les référents RSA)

Objectifs

Faciliter le travail avec certaines personnes ou familles, dans le domaine de la parentalité, de l'insertion sociale et professionnelle

Favoriser le maintien des enfants dans leur famille dans des conditions plus propices à leur épanouissement.

Résultats attendus

Implication des parents dans l'évolution des conditions requises pour assurer le développement affectif, intellectuel, physique et psychologique de leurs enfants

Mobilisation des personnes pour l'amélioration de leur situation, pour l'engagement d'une démarche d'insertion sociale et professionnelle

Augmentation du nombre de jeunes très éloignés de l'emploi engageant des démarches d'insertion professionnelle

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre d'accompagnement partagés formalisés, durée des mesures d'accompagnement.

Mise en œuvre d'une organisation pour le traitement partagé de situations complexes et nombre de situations traitées

Nombre de partenariats instaurés

Nombre d'actions collectives sur les territoires

Partenaires

Services de l'Etat, CAF, MSA, Pôle Emploi, MLI, Collectivités territoriales

Axe 2 Accompagner les personnes pour prévenir la dégradation des situations	2 -1 Améliorer nos pratiques de prévention
Orientation 2- 1 -2 Promouvoir la santé des jeunes et des enfants, communiquer autour de la PMI	
Contexte : Le Conseil Général développe des actions de prévention auprès des jeunes, des enfants et des populations à risque selon le cadre légal de la protection maternelle et infantile : Les adolescents et les jeunes adultes sont disposés aux conduites à risque, notamment dans le domaine sexuel, du fait de leur vulnérabilité psychologique et sociale. Ces comportements sont susceptibles de conséquences graves et néfastes : violences, MST, grossesse non désirée... Ainsi, 6,3%des femmes bénéficiant d'une interruption volontaire de grossesse dans l'Aude sont mineures et 35,4% ont entre 18 et 24 ans. Il faut donc renforcer la prévention auprès de la population des 14-25 ans, concernant la contraception, les maladies transmissibles, les grossesses non désirées, mais aussi les comportements de violence physique, morale ou sexuelle et les addictions. Le Conseil Général met en œuvre une politique de prévention par le biais des centres de planification et le partenariat avec l'éducation nationale. D'autre part, la région connaît une prévalence de l'obésité infantile supérieure à la moyenne nationale. Les études épidémiologiques font une corrélation entre les situations de précarité et les problèmes d'obésité : les populations les plus fragiles socialement seraient les plus touchées. Celles réalisées en 2006 et 2009 ont montré que l'est audois était particulièrement exposé. Deux programmes de dépistages des enfants ont été mis en œuvre : le programme LECODE sur Port la Nouvelle en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé et le programme EPODE/VIF de la ville de Narbonne. (l'enquête de 2009 ayant révélé une forte constante des problèmes de surpoids (33%) dans les quartiers défavorisés.) L'excès de poids est à l'origine de nombreuses pathologies cardio-vasculaires, de diabète de type II, de cancer ; il a des conséquences psychosociales. .Le dépistage permet d'organiser la prise en charge et l'éducation à la santé. Le Conseil Général souhaite maintenir son engagement pour prévenir et traiter l'obésité infantile dans le cadre des missions PMI et au travers de sa participation aux programmes LECODE et EPODE/VIF. La prévention concernant l'ensemble des enfants, une consultation itinérante de PMI a été organisée auprès de 12 communes de zones rurales. Il s'agit d'intervenir au plus près des populations isolées sur les territoires enclavés, souvent désertifiés par les services médicaux. Pour optimiser l'ensemble de ces interventions, il est important de communiquer et promouvoir l'action de la PMI.	
Contenu Concernant les conduites à risques chez les adolescents et les jeunes : • Faciliter l'accès à la prévention : - développer des temps d'accueil individualisés par les conseillères conjugales et familiales, - Développer des consultations sans rendez-vous, réservées au moins de 25 ans avec un accueil pluridisciplinaire permettant d'aborder les problèmes	

spécifiques à l'adolescence, aux crises identitaires.

- faciliter l'accès à la contraception dans les centres de planification familiale.
- développer l'information sur les ressources disponibles pour les jeunes par des messages adaptés.

- Développer des partenariats avec l'Education Nationale (séances d'informations collectives et en petits groupes), mais aussi avec la santé, CEDIFF, PAEJ, transports scolaires et autres institutions en contact avec les jeunes.
- Améliorer notre connaissance des problématiques et des dispositifs
- Engagement du Conseil Général en faveur de l'IVG médicamenteuse dans les secteurs où l'accès est difficile.

Concernant l'obésité infantile :

- Continuer à systématiser le dépistage de l'obésité par les infirmières lors des visites dans les écoles maternelles
- Participer au projet EPODE/VIF de Narbonne, aider au développement d'un projet sur Carcassonne
- S'appuyer sur la méthodologie LECODE pour déployer des actions sur d'autres territoires
- Aider à la mise en place d'un réseau ville-hôpital de soin et de prise en charge de l'obésité infantile.

Concernant la consultation itinérante :

- Un camping-car a été équipé pour permettre l'accueil de jeunes enfants, les consultations sont organisées par demi-journées, par des médecins et infirmières puéricultrices.
- Réaliser des bilans de fréquentations de la consultation et adapter l'offre aux besoins de la population

Objectifs :

Promouvoir la santé et communiquer autour de la prévention à destination des jeunes et des enfants :

Concernant les conduites à risque : informer le plus grand nombre de jeunes des comportements à risque, favoriser la protection et la contraception, prévenir les violences

Concernant l'obésité infantile : faire régresser l'obésité infantile en favorisant le dépistage, sa prise en charge et l'éducation à la santé des familles et des enfants

Concernant la consultation itinérante : offrir les mêmes services de prévention et d'éducation à la santé aux enfants et leurs familles en situation d'isolement.

Résultats attendus

- **Concernant les 14-25 ans :** diminution du taux d'IVG, de comportements à risque en termes de violences et de pathologies.
- **Concernant les enfants :** La moitié des enfants examinés lors des consultations itinérantes n'avaient jamais été suivis en consultation PMI.
Favoriser une meilleure hygiène de vie et des habitudes propices à la santé.

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Pour les jeunes : évolution du nombre d'IVG, tranches d'âge concernées, nombre de consultation des centres de planifications (1ère visite et suivis), nombre d'intervention dans le domaine scolaire, nombre de plaintes pour agression sexuelle concernant les moins de 25 ans, bilan du partenariat

Concernant les enfants : nombre de territoires couverts par les programmes LECODE,

EPODE, nombre d'enfants obèses/nombre d'enfants en moyenne section de maternelle, nombre d'enfants en surpoids/nombre d'enfants en moyenne section maternelle, nombre d'enfants concernés par un programme de prévention/nombre d'enfants de la tranche d'âge, nombre d'enfants bénéficiant d'une action de traitement de l'obésité infantile/ nombre d'enfants obèses repérés, évolution du taux d'obésité des enfants de moyenne section de maternelle

Pour la consultation : taux de fréquentation et de suivis des enfants.

Partenaires

Education Nationale, partenaires du secteur jeunesse, maternité, déléguée départementale aux droits des femmes, Mouvement Français pour le Planning familial de l'Aude, transports scolaires, CPAM, Communes, intercommunalités, Médecins libéraux et hospitaliers, ARS, associations sportives, commerces alimentaires

Axe 2 : Accompagner les personnes pour prévenir la dégradation des situations	2-1 Améliorer nos pratiques de prévention
Orientation 2-1.3 Fédérer les partenaires autour de de la parentalité et favoriser l'éveil culturel des jeunes enfants.	
Contexte Le soutien à la fonction parentale est une priorité de la politique sociale. Le REAAP (réseau d'aide et d'appui à la parentalité) est constitué d'un ensemble d'associations et d'institutions qui œuvrent directement auprès des parents. Dans un contexte de partenariat avec la DDCSPP, la CAF et la MSA, le Conseil Général cofinance les associations relevant du REAAP. En corrélation, les demandes de soutien à la fonction parentale adressées aux agents des CMS sont en augmentation et représentent environ 20% des motifs de rencontre avec des professionnels (assistants sociaux, éducateurs, psychologues). Il s'agit donc de favoriser les interventions directes des professionnels médico-sociaux du Conseil Général dans le cadre du soutien à la fonction parentale, en suivant des formations spécifiques, des conférences , en utilisant la supervision ou l'analyse des pratiques ou en participant à des réseaux professionnels tels « Ados en difficultés » mais aussi en s'appuyant sur les actions et les partenaires du REAAP ou la mise en œuvre d'actions collectives. La dynamique de soutien à la fonction parentale s'appuie sur les compétences des parents qu'elle vise à mettre en avant et renforcer. Le développement d'activités parents-enfants est un moyen efficace qui permet de construire la relation sur des moments agréables partagés et favoriser l'épanouissement des jeunes enfants. L'accès aux jeux, à la culture, la découverte des livres éveillent et stimulent le langage et les apprentissages des jeunes enfants. Cela peut être aussi le moyen de valoriser la langue maternelle, la diversité et la richesse culturelle de ses origines.	
Contenu : • Améliorer les pratiques des professionnels dans le soutien à la fonction parentale, par le biais de formations et la supervision, du développement de la participation des agents départementaux au REAAP, où de mise en œuvre d'actions collectives. • Créer un référent REAAP pour le Conseil Général : afin de favoriser l'identification de cette priorité de soutien à la fonction parentale, un référent sera chargé de représenter l'institution dans les diverses instances du REAAP et sensibiliser les agents départementaux. • Concernant l'accès à la culture des jeunes enfants : poursuite de l'action bébés lecteurs en partenariat avec la bibliothèque départementale, journées de formations à destination des professionnels de la petite enfance(bibliothèques et accueils),maintien des actions de lecture et de jeux en salle d'attente des consultations de PMI.	
Objectifs : ▪ Faciliter la prise en charge des enfants en confortant les parents dans leurs capacités éducatives, ▪ favoriser la création de temps d'échanges parents-enfants ludiques et constructifs pour la relation,	

- favoriser un développement harmonieux de l'enfant,
- familiariser les publics avec la culture par les jeux et les livres,
- valoriser les diversités culturelles.

Résultats attendus :

- Diversification des réponses possibles à apporter aux familles dans le soutien à la fonction parentale,
- Création de temps constructifs positifs dans la relation parents-enfants,
- Stimulation et éveil des jeunes enfants, valorisation de la fonction parentale.

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs :

Nombre de familles bénéficiant des animations et des activités lecture et jeux en salle d'attente de consultations notamment.

Partenaires :

Partenaires institutionnels et opérationnels du REAAP, associations intervenant dans le domaine du jeu et de la lecture, réseau des bibliothèques du département, professionnels de la petite enfance.

Axe 2 Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-1 Améliorer nos pratiques de prévention
Orientation 2-1.4 Coordonner l'intervention à domicile autour de la personne âgée	
Contexte : La loi du 13 août 2004 a confié aux Départements la responsabilité du maillage territorial par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Cinq CLIC ont été créés dans l'Aude, sur la base des territoires gérontologiques, pour les missions suivantes : ● Accueil, écoute, information des personnes âgées et des familles, aide à la constitution de dossier ou aux démarches, participation à la prévention et à la prise en charge de la dépendance ● Coordination des interventions avec les acteurs du domaine gérontologique, actions de prévention, de soutien aux aidants naturels ● Observatoire des besoins et des réponses apportées aux personnes âgées. L'année de leur création, les CLIC avaient renseigné 498 personnes. Dix ans après, ils renseignent 5098 personnes par an. En parallèle, les CLIC ont développé et tiennent à jour, des outils (guide des droits et prestations des seniors, annuaires, cartes et cahiers de liaison....) qui facilitent l'information et l'accès aux dispositifs pour les usagers et les partenaires qui les accompagnent. Le nombre de professionnels faisant appel à l'expertise des CLIC sur le volet information, orientation a progressé, les trois dernières années, de près de 61 %. les situations traitées par les CLIC sont de plus en plus complexes (lors de l'évaluation de chaque situation, il ressort souvent plusieurs problématiques) et nécessitent une grande disponibilité. Les actions de prévention (Projet Bien Vieillir, soutien aux aidants...), l'accompagnement des SAD habilités, l'animation de conférences/débats représentent des temps forts de l'activité des CLIC. Le vieillissement de la population audoise se confirmant avec l'augmentation des personnes de 60 ans et plus (part de la population égale à 29,3 % dans l'Aude contre 23 % au plan national Source INSEE 2012) nécessite pour le Département de s'engager dans une politique renforcée d'accompagnement des âgés. L'accentuation de la lisibilité des CLIC sur les territoires notamment ruraux, le déploiement de deux MAIA dans l'Aude et la multiplicité des dispositifs de prévention de la perte d'autonomie engagés sur le territoire audois par les partenaires doivent nous conduire à actualiser les missions des CLIC 10 ans après leur création. La reconnaissance des départements en tant que chefs de file de l'autonomie, clairement souhaitée dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, nous engage fortement dans cette voie.	
Contenu -Inscrire les CLIC au cœur du dispositif départemental d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs aidants dans un rôle d'animation territoriale de la politique départementale au service des âgés; -Veiller à une meilleure lisibilité des réponses aux besoins multiples des parcours de vie des personnes par le déploiement notamment d'un portail global d'information sur l'offre de services du département de l'Aude en direction des personnes âgées ; -Répondre à l'enjeu d'une exigence de proximité de la politique de l'autonomie, dans une démarche de développement local des territoires, au plus près des besoins des personnes.	

Résultats attendus

- Simplifier la vie des personnes âgées en leur offrant des lieux d'information et d'orientation de proximité
- Coordonner les actions menées par les différents intervenants en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants
- Déployer une couverture territoriale des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions en direction des personnes âgées.

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

- Nombre de conventions de partenariat passées
- Nombre de personnes impactées par les dispositifs
- Mise en place d'un portail d'information et d'orientation
- Synthèse de questionnaires de satisfaction

Partenaires

ARS, CNSA, Caisses de retraite, organismes de sécurité sociale, Mutuelles, CODERPA (ou futur Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie), Etablissements et services médicaux et médico-sociaux, Professionnels, Associations, collectivités territoriales

Axe 2 Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-1 Améliorer nos pratiques de prévention
Orientation 2-1.5 Prévenir l'isolement social	
Contexte La précarité, particulièrement forte dans l'Aude, accroît le risque d'isolement social des populations les plus fragiles. En effet, lorsque les savoirs de base nécessaires pour effectuer des démarches de la vie quotidienne, notamment administratives sont mal maîtrisés, cette difficulté fait obstacle à l'autonomie des personnes. De même, les difficultés de mobilité et le manque de moyens pour la garde des enfants, notamment dans les zones rurales n'aident pas à l'engagement de démarches d'insertion. Les personnes concernées par la grande précarité recherchent prioritairement une réponse à leurs besoins primaires et il leur est difficile de se projeter dans une autre dynamique. La lutte contre l'isolement concerne également l'ensemble des publics en situation de vulnérabilité et pose la question du lien social ou du maintien de ce lien pour le public âgé. En effet, l'isolement social des personnes âgées constitue un facteur indéniable de la perte progressive d'autonomie. Le projet AuDevant a fait de l'accessibilité de l'offre de services à domicile et des actions de sensibilisation des personnes elles-mêmes et de leurs familles une priorité Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement place cette thématique au centre de ses dispositions en rappelant le lancement du dispositif MONALISA, en reconnaissant le rôle solidaire des âgés dans la société (tutorat des seniors et création d'un service civique seniors) ainsi qu'au sein des familles (aide intergénérationnelle). Leur participation et l'accès aux activités sociales, artistiques, culturelles et associatives doivent néanmoins s'exercer le plus souvent à une échelle locale, de proximité	
Contenu Favoriser l'accès des âgés à différents types de services et d'événements de proximité concourant au maintien du lien social et à la prévention de la dépendance (culture, loisirs, sports) ; Soutenir la participation des personnes âgées à la vie citoyenne (mobilité des personnes) ; Accompagner les porteurs de projets dans ce champ ; Adapter et coordonner les différents dispositifs d'aides financières pour répondre au mieux aux besoins des personnes ; Développer les actions visant l'amélioration des compétences des personnes et l'acquisition des savoirs de base ; Favoriser la mobilité, facteur d'autonomie et d'insertion et conforter, développer et diversifier pour cela les actions pour obtenir le permis de conduire, avoir accès à un moyen de transport Faciliter l'accès à l'offre de garde existante, engager une concertation dans le cadre de la CDAJE pour développer et diversifier les modes de garde répondant aux besoins des parents en démarche d'insertion, notamment les familles monoparentales	
Objectifs L'autonomie des personnes en difficulté dans les actes de la vie quotidienne Prévenir la dépendance	
Résultats attendus	

Accéder aux droits et les utiliser.

Connaître et valoriser les compétences éducatives des parents auprès des enfants.

Améliorer les conditions de vie familiale.

Concilier vie familiale et insertion professionnelle

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre d'aides financières au projet / Nombre total d'aides financières selon problématiques et plus-value des aides pour la résolution des difficultés des personnes.

Nombre d'actions d'accompagnement mises en œuvre selon problématiques et plus-value des

actions pour la résolution des difficultés des personnes.

Nombre de personnes impactées par les dispositifs

Partenaires

DDCSPP, CAF, MSA

Agglo et communes ou groupements

Centres sociaux

Associations

Axe 2 Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-2 : Accompagner les aidants familiaux et professionnels
Orientation 2-2.1 Informers les aidants familiaux	
Contexte La majorité des personnes en perte d'autonomie bénéficie d'une aide de leur entourage. Cette aide s'avère essentielle dans la perspective du maintien à domicile. Ces aidants, souvent les parents, le conjoint ou les enfants pour les personnes âgées s'inscrivent dans une logique d'assistance et d'accompagnement « naturelle » en raison des liens affectifs qui les unissent à la personne en besoin. Ces proches ont alors des difficultés à s'identifier comme aidants et à reconnaître puis à faire reconnaître leur charge par leur famille, leur proche. Peu repérés alors par les professionnels, ces aidants méconnaissent les solutions existantes où ne souhaitent pas s'inscrire quand bien même des moyens d'accompagnement sont à leur portée et des outils leur sont dédiés. Il convient donc d'organiser le repérage de ces proches aidants, de leur permettre de prendre conscience de leur situation et de leur délivrer une information adaptée, lisible et homogène.	
Contenu -Mener des actions de sensibilisation sur le rôle des aidants familiaux mais également d'information/formation tout public sur le dispositif (valorisation des supports d'information existants, création de supports adaptés, multiplication des modes de diffusion de ces supports) - Sensibiliser les partenaires au repérage des aidants familiaux - Les informer sur les relais, les outils et les solutions existants, notamment sur le territoire -Mobiliser les réseaux (via les collectivités, les associations, les centres sociaux)	
Résultats attendus -Repérer les signaux de vulnérabilité -Prévenir l'épuisement des proches aidants -Rompre l'isolement des aidants -Toucher de nouveaux publics -Donner aux proches aidants les moyens de s'orienter vers les dispositifs adaptés.	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs -Nombre d'actions de sensibilisation et d'information lancées -Evolution du nombre de proches aidants orientés -Mise en place et nombre de réunions du groupe de travail chargé d'élaborer les outils de communication et les supports adaptés aux problématiques des aidants.	
Partenaires Professionnels libéraux de santé, intervenants à domicile, établissements et services sanitaires et médico-sociaux, associations, organismes sociaux et médico-sociaux, MDPH, CARSAT, Caisses complémentaires, CPAM, ARS, Réseaux de santé gériatrique, MAIA	

Axe 2 Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-2. Accompagner les aidants familiaux et professionnels
Orientation 2-2.2	
Soutenir les aidants professionnels	
Contexte Les aidants professionnels qui interviennent au domicile jouent un rôle important dans le parcours de la personne accompagnée. Or, la présence de publics aux profils complexes et les exigences de prise en charge globale complexifient grandement leurs pratiques professionnelles. Le développement d'actions de soutien à destination des aidants professionnels s'impose pour garantir la qualité des accompagnements réalisés.	
Contenu Affiner la professionnalisation et soutenir la qualification des aidants professionnels par -des actions de régulation : réunions de services, coopération avec la DIRECCTE, dynamique d'analyse des pratiques, formalisation des relations entre éducateurs, aides à domicile, SSIAD ; -des actions de formation : quota ans le DIF, formations qualifiantes génériques et spécifiques, mise à jour des connaissances, guides des bonnes pratiques professionnelles.	
Résultats attendus Lutter contre l'épuisement Réduire les tensions Eviter les ruptures dans l'accompagnement Rompre l'isolement des professionnels Améliorer les conditions de travail et le bien-être Améliorer la qualité du service rendu	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs -Nombre d'heures de formation -Nombre de personnes formées -Nombre d'heures de réunions de régulations -Résultats des actions de sensibilisation (actions menées par les CLIC ; nombre de groupes de soutien psychologique...) -Utilisation des outils (ex : nombre de cahiers de liaisons déployés, renseignés, partagés...)	
Partenaires CLIC, DIRECCTE, ARS, Employeurs SAD/SSIAD, FEPEM, Organismes de formation (CNFPT, AFPA), Conseil Régional, Points Informations Conseils, CNSA, MDPH	

Axe 2 Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-2 Accompagner les aidants familiaux et professionnels
Orientation 2-2.3	
Accompagner les aidants familiaux	
Contexte Considérées comme parties prenantes du parcours de la personne mais aussi des partenaires de l'accompagnement, aux côtés de différents intervenants, les aidants familiaux doivent être associés et soutenus tout au long de la trajectoire de vie de l'usager du dispositif. Le Conseil général, avec les CLIC, appuyés par les partenaires, a mis en place un certain nombre d'actions en ce sens (groupes de parole, soutien, relaxation, pause-café, formations/informations....). Par ailleurs, en lien avec la CNSA, une Journée des Aidants a été expérimentée sur le territoire de la Moyenne et Haute Vallée de l'Aude avec succès. L'ensemble de ces actions nécessite d'être développées dans une triple optique : -dans le cadre d'un soutien des proches aidants à prendre conscience de leurs besoins, pour leur donner la parole et valoriser leur statut ; -afin de valoriser, développer et les diversifier les solutions de répit. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de créer, dans l'APA à domicile, une « aide au répit » pour financer l'accès à des solutions temporaires permettant aux « aidants les plus isolés des personnes les moins autonomes » de « souffler » ainsi que la création d'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant afin de prendre en charge temporairement la personne aidée. -La dernière notion concerne la reconnaissance des aidants familiaux spécifiquement auprès des professionnels intervenant autour de la personne aidée.	
Contenu de l'action -Conforter et élargir les dispositifs de formation (compréhension de la pathologie ou du handicap) et d'accompagnements des aidants (soutien individuel et actions collectives) -Développer les dispositifs de soutien et de répit (accueil de jour et transport, accueil temporaire...) -Tenir compte, lors de l'évaluation des demandes APA, des besoins de répit des proches aidants et intégrer des réponses et préconisations dans les plans d'aides. -Repérer les difficultés et les besoins propres tant des aidants familiaux que des aidants professionnels, organiser des temps de formations et de régulation communs. -Rendre acteurs l'aidant familial et l'aidant professionnel dans la mise en œuvre du plan d'aides.	
Résultats attendus -Rompre l'isolement des aidants -Faciliter et préserver le maintien de la vie sociale de l'aidant -Favoriser les échanges entre aidant/aidé et améliorer leur relation -Lutter contre la maltraitance et éviter l'épuisement des aidants -Construire entre les aidants familiaux et les aidants professionnels une relation de confiance basée sur la connaissance mutuelle de la place et du rôle de chacun	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs -Nombre d'aidants accompagnés -Nombre d'actions collectives	

-Quantification de l'utilisation des structures de répit -Questionnaire de satisfaction
--

Partenaires

Professionnels libéraux de santé, intervenants à domicile, établissements et services sanitaires et médico-sociaux, associations, organismes sociaux et médico-sociaux, MDPH, CARSAT, Caisses complémentaires, CPAM, ARS, Réseaux de santé gériatrique, MAIA, CNSA
--

Axe 2 : Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-3 Améliorer la prise en charge du handicap psychique
Orientation 2-3.1 Mieux connaître le public en situation de handicap psychique	
Contexte Il ressort un manque de connaissance à l'échelle départementale du public souffrant de troubles psychiques. On n'identifie pas en effet de dispositif d'observation existant spécifique. La dépendance liée au handicap psychique est difficilement évaluable. Il existe une pluralité d'outils d'évaluation mais ils restent inadaptés aux situations des personnes souffrant de handicap psychique présentant des parcours très spécifiques. Il est donc primordial que les professionnels puissent disposer d'outils partagés d'évaluation. Cette évaluation doit autant prendre en compte les capacités de la personne que celles de son environnement à compenser le handicap. Les aidants proches des personnes souffrant de handicap psychique doivent être repérés pour être accompagnés.	
Contenu -Disposer d'un lieu ressources en charge du recensement des informations et données sur le territoire départemental en matière de handicap psychique : données statistiques, outils de communication, sensibilisation des professionnels. -Construire un outil global d'évaluation partagé entre les acteurs, prenant en compte les différents aspects (santé, social, environnement, insertion professionnelle etc) de la personne et intégrant les spécificités de son parcours et de son projet de vie.	
Résultats attendus Meilleure connaissance de ces personnes et prise en compte de leur parcours de vie Appui aux institutions et acteurs œuvrant dans le champ du handicap psychique Amélioration de la pertinence des évaluations pour élaborer des réponses adaptées Partenariat renforcé entre acteurs appartenant à des champs variés et mise en place d'une relation de confiance et de coopération dans le respect des droits de la personne accompagnée	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Mise en place du lieu ressources Suivi statistique, outils de communication créés, nombre d'actions de sensibilisation des professionnels Création d'un outil global d'évaluation des besoins de compensation des personnes souffrant de handicap psychique	
Partenaires ESMS, ARS, MDPH, Education Nationale, associations spécialisées, hôpital psychiatrique, acteurs de l'insertion professionnelle, CNSA, services du Conseil général	

Axe 2 : Accompagner les personnes et leur environnement pour prévenir la dégradation des situations	2-3 Améliorer la prise en charge du handicap psychique
Orientation 2-3.2 Renforcer et diversifier l'offre de prise en charge pour les personnes en situation de handicap psychique dans des partenariats d'interventions coordonnées	
Contexte Dans la prise en charge du handicap psychique, il est important de faire du « sur-mesure » et de s'adapter au projet de vie de la personne. L'accompagnement par les professionnels a vocation à faire en sorte que les parcours de la personne soit le moins chaotique possible. Un partenariat de confiance et d'échanges d'informations est nécessaire. Les parcours seront plus flexibles si chacun connaît tous les dispositifs existants. Les professionnels sociaux s'accordent sur la nécessité d'offrir des modes de prise en charge diversifiés, souples, adaptés aux fluctuations des manifestations de la maladie et couvrant les besoins multiples de la personne. Il est à noter que les contraintes de financement amènent à cloisonner les modes de prise en charge entre le sanitaire (agences régionales de santé et assurance maladie), le social (conseils généraux) et le médico-social (agences régionales de santé et conseils généraux) nuisant bien souvent à l'efficacité des dispositifs existants et à leur cohérence. Or, la prise en charge de personnes souffrant de handicap psychique dépend en grande partie de la bonne articulation des acteurs. Il convient donc de formaliser des partenariats d'intervention.	
Contenu ► Améliorer la lisibilité des dispositifs existants autour du handicap psychique et favoriser l'échange et le lien entre professionnels. ► Développer des modes d'accueil souples et adaptés au handicap psychique (urgence, séquentiel et de répit, hébergement thérapeutique et social) en lien avec le sanitaire notamment. ► Améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et de leurs proches aidants : en s'appuyant sur les Groupes d'Entraide Mutuelle, les SAVS et SAMSAH, la MDPH (mise en place du portail Offres d'accueil, optimisation des procédures décisionnelles d'orientation), en promouvant des actions de formations spécifiques en direction de proches aidants de personnes souffrant de handicap psychique.	
Résultats attendus - Décloisonner les institutions - Réunir tous les acteurs autour de ce type de handicap - Mettre en place un réseau de contacts, de travaux et de connaissances des outils et des pratiques - Eviter l'institutionnalisation à tout prix - Lever les difficultés sur l'accueil d'urgence de personnes (jeunes/adultes) souffrant de handicap psychique - Eviter les ruptures de prise en charge	
Partenaires ESMS, ARS, MDPH, Education Nationale, associations spécialisées, hôpital psychiatrique, services du Conseil général	

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre de situations d'urgence relevant du handicap psychique

Actions de formations spécifiques au handicap psychique en direction des proches aidants

Réseaux d'échanges entre professionnels mis en place sur les territoires

Evolution du nombre de places d'accueil dédiées au handicap psychique

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-1 Eviter les ruptures de parcours
Orientation 3-1.2 Créer des passerelles entre domicile et établissement et diversifier l'offre de prise en charge pour mieux répondre aux besoins	
Contexte. Certains parcours impliquent des transitions d'un établissement vers un autre, ou du milieu ordinaire vers le milieu spécialisé avec des allers retours et des cloisonnements . Ces transitions peuvent être liées à l'Age de l'usager- majorité, vieillissement de l'aidant familial, vieillissement de l'usager-, à un cumul de difficultés- pas de domicile fixe, placement d'urgence, handicap psychique, maladie invalidante, à la sortie d'un milieu cadré –sorties d'hospitalisation, passage d'un établissement vers un autre ou vers le domicile Depuis les années 80, l'empilement des dispositifs a mis à mal l'approche globale de la personne et les transitions manquent d'accompagnement Il convient de veiller au respect de l'usager et d'éviter les maltraitances Pour chaque type de transition : - soit des dispositifs existent et doivent être rendus plus lisibles - soit de nouveaux dispositifs doivent être mis en place - soit une meilleure coordination entre les dispositifs est souhaitable	
Contenu - Accompagner le « va et vient » : faire évoluer les dispositifs existants pour y inclure des souplesses dans les prises en charge diversifiées, permettre des parcours séquentiels - Recenser par secteur et par territoire les places disponibles, maintenir actualisé ce recensement et rendre l'information accessible aux responsables de structures et travailleurs sociaux - Conforter le lien entre le sanitaire et le médico-social, améliorer la coordination et les passerelles entre les différents dispositifs du milieu spécialisé et du milieu ordinaire (domicile-établissement) - Expérimenter la mise en place d'équipements adaptés pour les personnes en situation très spécifiques (situation à la marge : « pas assez délinquant, pas assez psy, pas assez dépendant, pas assez malade ») en imaginant des structures intermédiaires et en bougeant les lignes des structures existantes	
Résultats attendus Pouvoir orienter les personnes vers des dispositifs adaptés Développer le travail en réseau, décroisonnement des dispositifs, mobilisation des ressources existante	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs : - Nbre de réunions thématiques et territoriales - Nombre d'outils uniformisés : - (Dossier unique, Existence et qualité d'un bilan écrit pour chaque préparation de transition dans un parcours individuel)	
Partenaires : CG, ARS, MDPH, PJJ, CODERPA, CDCPH, Etablissements et Services médicaux et médico-sociaux, Professionnels, associations	

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-2 Nous mobiliser en faveur de la jeunesse
Orientation 3-2.1	
Repérer les décrocheurs scolaires et les accompagner vers l'insertion sociale et professionnelle	
Contexte Lors de l'actualisation des schémas sociaux, et dans le cadre du projet Au devant, un objectif opérationnel visait à favoriser l'insertion des jeunes de 16 à 25 ans en très grande difficulté. Une action tendait à favoriser une autonomie des jeunes de 16 à 21 ans pris en charge au titre de l'ASE et une seconde action se centrait sur l'engagement d'une réflexion partenariale autour d'un dispositif global d'insertion de jeunes de 16 à 25 ans en forte difficulté A ce jour, deux actions ont été créées : 1) Garantie Jeunes : Suite au lancement par l'Etat de ce nouveau dispositif et de la validation, en septembre 2013, de la MLI de Carcassonne comme seul site prototype national, le Département de l'Aude est devenu département pilote national et a travaillé en ce sens en co-partenariat étroit avec l'Etat (la DIRECCTE), les MLI et les directions du Conseil Général (DAST, DASI, DEF) à la mise en place et à l'extension départementale de cette démarche 2) Banque de stages : Dans le cadre des assises de la jeunesse, l'animation d'un atelier dédié à l'information sur les métiers d'avenir pour les jeunes mettait en exergue la création d'une banque de stages susceptible de répondre, en amont, au besoin de connaissance de leur part des possibilités de stages sur l'ensemble des métiers. Après étude de ce projet par les Directions et Services concernés (Direction Education et Collèges, Direction Culture, Jeunesse et Sports, DASI et DEF) le CIJA porte ce projet qui démarrera à la rentrée scolaire prochaine.	
Contenu Création d'une plate-forme de suivi et d'appui aux décrocheurs scolaires : Deux profils de jeunes : les collégiens et lycéens en voie de décrochage et les jeunes sortis du système éducatif sans diplômes et sans solution de qualification La richesse de cette plate-forme reposera sur la collaboration des différents partenaires : en interne sur l'Education Nationale (DSDEN, chefs d'établissements, CIO, GRETA) et externe (PJJ, MLI, CFA, POLE EMPLOI, Conseil Régional, Associations, CG) La plate-forme devrait poser un diagnostic partagé sur la situation des jeunes décrocheurs et mettre en synergie nos différentes réponses pour les accompagner vers un parcours de formation ou d'insertion. Préalable envisagé en avant-projet : aller expliquer nos dispositifs départementaux aux personnels de l'Education Nationale et vice versa. Le partenariat actif passerait ensuite par des rencontres régulières entre les acteurs. La plate-forme permettrait d'échanger sur les différentes difficultés rencontrées par les jeunes et nos services.	
Objectifs Insérer socialement et professionnellement les décrocheurs scolaires repérés. Diminuer l'exclusion dans la population des jeunes de 16 à 25 ans en favorisant systématiquement l'autonomie pour les jeunes de 16 à 21 ans bénéficiant d'un suivi en ASE	
Résultats attendus Diminution du taux de chômage chez les jeunes	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de décrocheurs scolaires repérés Nombre de jeunes suivis	

Taux d'emplois/jeunes

Partenaires

EN/FSE/PS/MLI/CIAS,PJJ, CR, ASSOCIATIONS et CG (Direction Education et Collèges, Direction Culture, Jeunesse et Sports, DASI et DEF)
--

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-2 Nous mobiliser en faveur de la jeunesse
Orientation 3-2.2 Mettre en place des partenariats pour répondre aux besoins de mobilité, de logement et de santé des jeunes	
Contexte Les problèmes de mobilité, de logement et de santé représentent toujours des freins importants dans les dynamiques d'insertion sociale et professionnelle. Les adolescents qui entrent dans la vie adulte après un séjour dans un milieu substitut ont une vulnérabilité particulière à leur recherche d'autonomie en raison de leurs déficits de liens familiaux et sociaux, de problèmes de santé, de suivi éducatif continu et d'un manque de préparation à la vie autonome en société. Il conviendrait d'effectuer, pour chaque jeune concerné, un diagnostic précis sur les champs d'action liés à la mobilité, au logement et à la santé et d'activer des solutions communes à partir des ressources locales A ce jour, les actions menées sont les suivantes : - Construction de partenariats : Dans le cadre du schéma unique des solidarités et du projet Audevant, il a été organisé diverses rencontres partenariales (travailleurs sociaux des établissements et services relevant de l'aide sociale à l'enfance, organismes de formation établis sur le Département) en lien avec les problématiques de ces jeunes. Ces rencontres permettent une approche réciproque des dispositifs existants pour les jeunes, de leur offre évolutive et de leur implantation locale. - Création de chantiers éducatifs : Ils permettent de travailler l'autonomie socioprofessionnelle des jeunes par le développement, dès l'âge de 14 ans, d'activités visant à l'employabilité, en partenariat ou non avec des organismes existants. Cette démarche est réalisée par des associations gestionnaires d'Etablissements et Services relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance. Afin de lever les freins à l'employabilité, ces associations étudient, avec les jeunes et le réseau partenarial concernés, leurs besoins futurs en mobilité et en logement et leurs éventuels problèmes de santé.	
Contenu Consolidation des partenariats: Après avoir rencontré l'ensemble des partenaires, il s'agira de travailler ensemble à la création d'une action commune, conscients qu'un éventuel emploi pour un jeune en difficulté est le sésame pour l'accès au logement, pour la fondation d'une famille, pour la transmission des savoirs et le développement des compétences, pour l'inclusion des nouvelles générations dans la société. Améliorer le nombre et la qualité des actions de prévention et d'éducation pour la santé des jeunes Cet axe de développement passe par un partenariat avec les acteurs de santé publique mais aussi avec l'ensemble des Cofinanceurs des territoires via une communication de sensibilisation des jeunes afin d'apporter une meilleure information. Il passe par la création d'un service de prévention spécialisée à Carcassonne : Avec les partenaires concernés : ETAT, Communauté d'agglomération et Mairie, le Conseil Général (Direction Enfance Famille) envisagent de créer un service départemental de prévention spécialisée, qui aura en charge le suivi des jeunes audois en difficultés, en intervenant directement dans les quartiers dits prioritaires.	

L'association de prévention spécialisée de Narbonne, l'ABP 21, gèrera ce nouveau service qui assurera également en amont une mission de prévention de la délinquance dans ces quartiers et un travail sur l'insertion socioprofessionnelle des jeunes concernés.

Objectifs

Amener les jeunes vers l'insertion sociale et professionnelle

Résultats attendus

Répondre aux besoins de mobilité de logement et de santé des jeunes par la mobilisation du partenariat autour des dispositifs existants ou à créer

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre d'actions menées pour répondre aux besoins des jeunes sur les volets mobilité, logement et santé.

Partenaires

Etat, collectivités territoriales, associations, MLI/bailleurs locaux/Conseil régional/CNAMTS/ARS/Conseil général

Axe 3 : Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-2. Nous mobiliser en faveur de la jeunesse
Orientation 3-2.3 Diversifier et favoriser la mobilisation des différents dispositifs de placements	
Contexte La loi du 5 mars 2007 a réaffirmé la place centrale du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance et la nécessité de lui proposer les modalités de prise en charge les mieux adaptées à sa problématique, dans un souci de cohérence de son parcours et de continuité de l'intervention éducative. C'est dans cet esprit qu'a été renforcée et généralisée depuis 2008 la diversification des prestations fournies. Les six établissements à caractère social ou professionnel sont ainsi devenus seize établissements et services La totalité des MECS propose maintenant un internat de semaine, aménagé ou séquentiel, un accueil de jour, un accompagnement familial à domicile, un accueil jeune majeurs, et pour certains, un accueil familial spécialisé pour les adolescents à problématiques multiples. Elles travaillent également sur des dispositifs d'insertion socio professionnelle, notion à intégrer dans toute prise en charge et particulièrement présente sur le CEP.... Ce dispositif s'articule avec les autres modalités de placement (assistants familiaux et lieux de vie ayant passé une convention avec le Conseil Général) pour proposer une palette d'accueils diversifiés aux mineurs confiés à l'ASE. Mais au-delà de la diversification des modalités d'accueil, il convient de s'assurer que les orientations envisagées correspondent au profil des jeunes et que les solutions proposées ne le soient pas uniquement par défaut, notamment pour les adolescents à problématiques multiples.. C'est pourquoi la mise en place d'un suivi des modes d'accueil (assistants familiaux, structures-accueil-enfance, établissements, lieux de vie, FJT...) s'avère indispensable, tant sur un plan quantitatif (nombre de places disponibles) que sur un plan qualitatif (connaissance des différents dispositifs et des profils des assistants familiaux, en vue de la recherche de la meilleure solution pour un profil donné) Enfin, si la mission première de l'ASE est de protéger le mineur qui lui est confié, elle doit également garantir une sortie du dispositif de placement dans les meilleures conditions possible, que celui-ci retourne dans sa famille ou s'autonomise. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les jeunes de 16 à 21 ans qui font l'objet d'orientations spécifiques (répondre aux besoins de mobilité et de logement des jeunes et favoriser l'accès au soin)	
Contenu Mettre en place un dispositif départemental de suivi des modes d'accueil et de centralisation de l'offre de placement.. Conforter la diversification des modes de prise en charge en établissements notamment pour l'accueil en 'urgence ou les mineurs étrangers isolés. Prioriser la création d'un Lieu de Vie et d'Accueil pour adolescents à problématiques multiples. Poursuivre et favoriser la politique départementale de placement familial, par des actions de sensibilisation et d'information et l'élaboration d'un plan pluri annuel de recrutement. Favoriser l'accès à l'autonomie des jeunes majeurs en poursuivant le partenariat avec les FJT et en encourageant le renforcement des liens entre ces derniers et les MECS ou CEP. Prendre en compte, sur le budget de l'ASE, les incidences financières des évolutions préconisées	
Objectifs	

Améliorer la lisibilité des dispositifs de placement existants et leur mobilisation.
Poursuivre la diversification au profit de besoins non encore couverts et pour s'adapter à l'évolution des situations et des enfants accueillis, dans un contexte budgétaire contraint

Résultats attendus

Permettre une adéquation optimale entre les profils des jeunes accueillis et les dispositifs mobilisés.

Garantir cette adéquation, quel que soit le mode de placement et tout au long du parcours de l'enfant.

Indicateurs quantitatifs

Durée des placements dans les différents dispositifs

Nombre de retours en famille et/ou d'autonomisation des jeunes accueillis

Indicateurs qualitatifs

Délais de mise en œuvre des accueils

Adéquation entre les orientations proposées et les profils des jeunes

Partenaires

Associations gestionnaires des Maisons d'Enfants à Caractère Social, des Foyers de Jeunes Travailleurs et des Lieux de Vie conventionnés avec le Conseil Général

ARS, centres hospitaliers, services de psychiatrie.

Autorités judiciaires, PJJ.

Pôle Emploi.

Axe 3 : Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-2. Nous mobiliser en faveur de la jeunesse
Orientation 3-2.4 Développer l'offre de séjours de rupture	
Contexte Le contexte qui prévalait lors du précédent schéma est plus que jamais d'actualité. L'ASE se voit parfois confier des mineurs cumulant des difficultés d'ordre multiple : scolaires ou professionnelles, familiales mais aussi psychologiques, médicales, comportementales, Ces situations de plus en plus complexes et lourdes exigent des prises en charge spécifiques, au-delà des dispositifs classiques. On observe par ailleurs qu'elles concernent des mineurs de plus en plus jeunes, et non plus seulement de grands adolescents. Enfin, le contexte socioéconomique actuel est également un facteur aggravant : fragilité des familles, absence de perspectives professionnelles pour les jeunes... Les « séjours de rupture » sont l'une des réponses possibles à ces situations de mineurs au profil avéré ou prévisible de « mineurs à problématiques multiples », qui mettent tant à mal les intervenants sociaux. Les deux dispositifs audois mis en place– Lieu de vie Pégase (4 places à ce jour et 5 d'ici peu), et Séjour de rupture individualisé (S.R.I) de l'association des PEP 11 (1 place garçon) ont démontré leur utilité (placement individualisé ou en petit effectif, avec encadrement strict, liste d'attente...), avec un bilan globalement positif. Cependant, certaines limites ont été relevées : manque global de places, manque de places pour les filles, et inadéquation avec la problématique préadolescente des 10-14 ans (capacité d'analyse moindre, scolarité à préserver mais limitée au parcours classique car apprentissage impossible...). D'autre part, alors qu'une admission ne devrait pas forcément intervenir en urgence, le délai d'attente entraîne une dégradation des situations et ajoute trop souvent ce critère de l'urgence à la complexité de la situation. Enfin, la prise en charge en séjour de rupture ne peut se suffire à elle-même face aux problématiques actuelles des jeunes accueillis. Elle nécessite notamment des relais avec les équipes de soin (services d'urgence et de pédiatrie des hôpitaux, structures de soins psychiatriques ou psychologiques...). Elle nécessite également une solution d'orientation au terme du séjour. Etoffer l'offre de séjours de rupture paraît donc indispensable afin de mieux prendre en charge ces jeunes dont le parcours à l'Aide sociale à l'enfance reste trop souvent chaotique, et subi plus que construit. Il est toutefois nécessaire de la renforcer plus précisément en direction de problématiques en souffrance aujourd'hui : les adolescents à problématiques multiples, le public féminin et les préadolescents.	
Contenu Favoriser l'émergence de nouveaux projets de séjours de rupture selon le cadre législatif : Loi HPST et appels à projets pour définir au mieux nos besoins; Encadrer et accompagner les porteurs de projet retenus échanges réguliers avec les services du Conseil général (DEF : SGM, groupements, CMS), formation, supervision, vigilance sur le respect du droit à congés. Renforcer le partenariat et la relation de confiance entre les acteurs, dans le respect des compétences de chacun mais en mutualisant les dispositifs et les ressources pour les adolescents à problématiques multiples : exemple de structure expérimentale en lien avec l'ARS. A cet effet mettre en place des conventions de partenariat avec les acteurs de soins (psychiatriques et psychologiques notamment) pour faciliter les prises en charge	

globales au sein de structures pérennes.

Travailler l'émergence de nouveaux projets de séjours de rupture en direction des jeunes filles..

Analyser et approfondir les spécificités nécessaires aux séjours de rupture réservés aux préadolescents (10-14 ans) afin de développer l'offre envers ce public

Privilégier les échanges entre les structures et les travailleurs médico-sociaux des CMS pour conforter une reconnaissance mutuelle et optimiser les orientations,

Réfléchir à des facilités d'orientation en sortie de séjour (réserver des places en MECS, en assistants familiaux spécialisés, en internat scolaire...)

Vérifier l'adéquation coût/service rendu dans un contexte de rigueur budgétaire.

Objectifs

Répondre aux besoins de séjours de rupture des mineurs accueillis quel que soit leur profil

Favoriser les dispositifs adaptés sur le département afin de limiter le recours à des placements hors département.

Résultats attendus

Offrir, dès que le besoin apparaît, la possibilité d'une prise en charge spécifique au mineur quel qu'il soit, afin d'apaiser une situation de crise et rompre avec un environnement néfaste, pour ensuite rechercher et mettre en place une orientation adaptée (ou un retour au mode de prise en charge initial si possible). Ce temps de rupture vise donc aussi à éviter par la suite les multiples changements et échecs de prises en charge.

Indicateurs quantitatifs

Nombre de places ouvertes pour les adolescents à problématiques multiples

Nombre de places ouvertes spécifiquement pour les jeunes filles

Nombre de places ouvertes spécifiquement pour les préadolescents

Taux d'occupation.

Indicateurs qualitatifs

Nombre de mineurs ayant réalisé la totalité du séjour,

Maintien d'une situation apaisée 3 mois et 6 mois après la sortie,

Réalisation de conventionnement avec les partenaires,

Existence et qualité d'un bilan écrit individuel pour chaque fin de placement.

Partenaires

Associations gestionnaires des lieux de vie conventionnés par le Département, des Maisons d'enfants, des Foyers des jeunes travailleurs, ...

Services de soins psychiatriques et psychologiques (ARS, centres hospitaliers, IPIJ, CMP, UDASPA, CMPP ...) Autorités judiciaires. Education Nationale

Axe 3 : Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-3 Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Orientation 3-3.1	
Garantir aux âgés qui le souhaitent de rester à domicile le plus longtemps possible	
Contexte Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de compléter le code de l'action sociale et des familles en faisant comporter, dans les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes. Les personnes âgées (tout comme les personnes handicapées) et leurs proches ont souvent besoin de conseils techniques, tant pour déterminer les travaux à mener que pour rechercher les aides financières auxquelles elles peuvent prétendre. Par ailleurs, les personnes occupant un logement inadaptable rencontrent des difficultés à rechercher un logement adapté faute d'information organisée. Le projet de loi met également l'accent sur la nécessité de déployer les gérontechnologies et de prendre en compte les nouvelles formes de domotique. Un acte II de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile est proposé dans le même projet qui devrait permettre aux allocataires de disposer davantage d'heures d'aide à domicile ou de financer des aides techniques. Enfin, serait introduit le principe d'une modulation de la participation financière du bénéficiaire en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources.	
Contenu -Affiner la connaissance des besoins -Développer des actions d'information sur la nécessité de prévenir la perte d'autonomie par le biais d'un aménagement du cadre de vie ; -Développer l'assistance, le conseil et l'accompagnement technique dans le cadre de l'accès et du maintien des personnes en perte d'autonomie au sein d'un logement (liens avec le Plan Départemental de l'Habitat, la MDPH, exemple du site du mouvement national PACT qui met en relation l'offre et la demande) ; -Favoriser les liens avec la silver-économie les gérontopôles en charge de diffuser les bonnes pratiques en matière d'autonomie et de promouvoir les diffusions des technologies pour l'autonomie ; -Suivre l'acte II de l'APA en veillant à la mise en place d'une compensation de cette nouvelle dépense par l'Etat.	
Objectifs Le maintien à domicile et la prévention à la perte d'autonomie	
Résultats attendus -Garantir la sécurité des personnes à domicile -Prévenir et compenser la perte d'autonomie -Permettre l'accès et le maintien dans des conditions favorables	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs - Nombre de personnes renseignées - Nombre de dossiers traités - Création d'un site internet d'information sur l'offre et la demande de logements adaptés	

ou adaptables.

- Nombre de conventions avec les entreprises de silver-économie et les gérontopôles
- Evolution du coût moyen des plans d'aide APA
- Evolution du ticket modérateur

Partenaires

CG (PDH, DPALPD), CNSA, ANAH, CNAV, caisses de retraite, mutuelles, associations, CODERPA ou futur Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie), réseaux gérontopôles et silver-économie

Axe 3 Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-3 Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Orientation 3-3.2	
Diversifier l'offre de logements	
Contexte Entre la maison de retraite médicalisée et le domicile traditionnel, d'autres modes d'habitat peuvent répondre aux besoins des âgés. C'est le cas des logements dits intermédiaires qui peuvent devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité. Les foyers logements font partie de cette palette de réponses proposées aux personnes âgées. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement propose de valoriser l'offre de ces structures –rebaptisées Résidences Autonomie- en renforçant notamment leur mission de prévention de la perte d'autonomie de leurs résidents par la création d'un « forfait autonomie » dont la gestion relèverait des conseils généraux. Il existe dans l'Aude six logements foyers composant un total de 320 places. Tous bénéficient d'une autorisation à fonctionner du Conseil Général mais un seul dispose de l'habilitation à l'aide sociale. Ces structures sont anciennes, l'amélioration des logements restent difficiles à financer et les coûts à la charge du résident non maîtrisés par le Conseil général. Le projet de loi prévoit aussi de consolider les petites structures alternatives d'hébergement comme les Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées (MARPA). En raison de l'impact financier que pourrait occasionner la mise en œuvre de ces mesures, il convient de mesurer l'offre et les besoins actuels de recours à ce type de logements dans le cadre de l'étude globale préconisée dans la fiche action relative aux offres d'accueil en EHPAD. L'accueil familial constitue également une forme alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez eux un cadre de vie familial qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Il peut répondre à un besoin d'accueil durable ou à un besoin d'accueil temporaire comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire pour la personne âgée. Dans l'Aude, 95 places dont 9 en accueil temporaire existaient en 2012 ; on en compte désormais 118 dont 10 en accueil temporaire et 5 en accueil de jour. Il convient de poursuivre les actions déjà lancées en ce sens par le précédent schéma.	
Contenu -Intégrer l'analyse de l'offre et des besoins en logements foyers dans l'étude globale à mener relative aux modes d'accueil des personnes âgées sur les territoires audois. Mobiliser les partenaires en fonction des résultats de cette étude et des moyens inscrits au budget départemental ; -Poursuivre la promotion du dispositif d'hébergement en accueil familial dans ses différentes typologies d'accueil possibles tout en s'attachant à professionnaliser les accueillants familiaux et à formaliser les outils de pilotage de cette offre.	
Objectifs Garantir des réponses adaptées et diversifiées au degré de perte d'autonomie de la personne âgée	
Résultats attendus Développement de logements intermédiaires	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs	

Nombre de places créées
Partenaires CNSA, ARS, Gestionnaires de structures, familles d'accueil, organismes de tutelle

Axe 3 Adapter la prise en charge aux parcours de vie des personnes	3-3 Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Orientation 3-3.3	
Veiller à maintenir une offre d'hébergement en EHPAD accessible aux audois	
Contexte L'ensemble de la prestation ou du service doit être assuré sans discrimination et pour l'ensemble des déficiences. L'accessibilité généralisée des bâtiments, logements ou Etablissements Recevant du Public (ERP), et quel que soit le type de handicap, est une obligation imposée par la loi du 11 février 2005. Toutefois, face au retard accumulé, un calendrier de programmation de ces travaux doit être engagé par les gestionnaires publics ou privés selon un agenda à 3,6 ou 9 ans selon la catégorie des ERP. Ces travaux ont une forte incidence financière sur les prix de journée facturés aux résidents ou à l'aide sociale départementale. Actuellement, seules les structures publiques ou associatives sont habilitées à l'aide sociale, et ce pour la totalité des places. 61,23 % des places installées sont habilitées à l'aide sociale (2683 places) mais ce taux varie fortement en fonction des zones gérontologiques. 921 personnes relèvent de l'aide sociale départementale fin 2013 et ce nombre augmente très régulièrement (+10 % en deux ans). Les personnes âgées dépendantes ont des difficultés à trouver des places en EHPAD habilité du fait des listes d'attente importantes. Par ailleurs, des places restent disponibles, en raison du coût, dans les EHPAD privés à but lucratif. L'habilitation partielle à l'aide sociale pourrait constituer une réponse alternative à ce besoin à examiner en fonction des territoires. Enfin, le volet 3 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la mise en œuvre d'une réforme de la tarification actuelle des maisons de retraite qui intégrerait des mesures permettant d'agir sur les coûts, les tarifs et les aides apportées, dans une logique de simplification pour les usagers comme pour les établissements et leurs financeurs.	
Contenu -Assurer un suivi de l'agenda d'accessibilité programmée par les gestionnaires des établissements PAPH -Accompagner financièrement ces travaux sur les structures habilitées à l'aide sociale dans un objectif de maîtrise des coûts d'hébergement et des prix de journée facturés aux résidents ou à l'aide sociale départementale -Examiner l'opportunité de déployer des places d'habilitation partielle au regard du taux d'équipement en places habilitées sur le territoire concerné par l'offre ou le besoin. -S'inscrire dans les dispositions à venir portant réforme de la tarification des EHPAD.	
Objectifs Garantir un prix de journée accessible aux personnes âgées audoises	
Résultats attendus -Rendre l'ensemble des EHPAD accessibles à tous. -Augmenter le nombre de places habilitées à l'aide sociale sur les territoires faiblement pourvus. -Application de la réforme de la tarification des EHPAD	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de places habilitées dans les EHPAD Exécution des agendas d'accessibilité programmée Evolution du prix de journée moyen d'un résident en établissement	

Partenaires

Etablissements

Offices HLM

ARS

CNSA

Axe 3 Adapter la prise en charge aux parcours de vie des personnes	3-3 Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Orientation 3-3.4	
Adapter l'offre d'accueils en EHPAD	
Contexte Le département dispose de 4527 places autorisées. Au 1^{er} janvier 2014, 4218 places sont installées. Une analyse des besoins au regard de l'offre proposée s'avère indispensable : - pour adapter au plus juste notre réponse en termes d'accueil en EHPAD notamment sur les besoins de déploiement de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ; - pour répondre aux prestations de suppléance du proche aidant de personnes en grande dépendance que pourront réaliser, dans le cadre des mesures préconisées par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, les établissements et services dont les EHPAD. Il conviendra enfin d'intégrer aussi les dispositifs du nouveau plan sur l'Alzheimer prévu pour 2014.	
Contenu -Elaborer une étude comprenant un diagnostic des places en établissements pour personnes âgées dans le département et des besoins sur les territoires en termes de typologie d'accueils ; -S'inscrire dans une programmation de mise en œuvre des résultats de l'étude.	
Objectifs Garantir une offre d'hébergement quantitative et qualitative en adéquation avec les pathologies des résidents	
Résultat attendu Ajuster le nombre de places en EHPAD aux besoins des personnes âgées	
Indicateurs Mise en place de l'étude Programmation des mesures et des outils Bilans intermédiaires	
Partenaires Gestionnaires d'établissements et structures pour personnes âgées, ARS, CNSA, organismes de tutelle	

Axe 3 Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-3 Œuvrer en faveur d'un véritable parcours d'autonomie de la personne âgée
Orientation 3-3.5 Poursuivre la prise en charge des adultes vulnérables en danger	
Contexte Le traitement des informations préoccupantes concernant des adultes vulnérables en danger est pris en charge par un service spécialisé au sein du Pôle des Solidarités. 320 situations ont été traitées en 2013. 72 correspondaient à des problèmes de maltraitance. 75 % des signalements ont concerné des personnes âgées, 9 % des personnes en situation de handicap, 16 % des adultes vulnérables. Les femmes sont majoritaires. De plus en plus de problèmes de santé mentale et d'addictions, ainsi que des conditions de vie précaires et des problèmes d'hygiène, de logement insalubre sont relevés. Il est à signaler une complexification des situations signalées nécessitant des évaluations plus longues, s'inscrivant dans la pluridisciplinarité des intervenants, la transversalité entre services du conseil général et un travail renforcé avec les partenaires. Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement –en lien avec le comité national de bientraitance- pose comme axe fort de la nouvelle politique de l'âge, la prévention du suicide chez les personnes âgées ainsi que leur protection contre les abus et les discriminations.	
Contenu - Travailler à un protocole partenarial pour la prise en charge de ses situations préoccupantes (élaboration d'un guide du signalement, d'un dépliant explicatif pour le public....) - Mettre en place des actions d'information et de sensibilisation sur les thèmes du suicide chez les personnes âgées ainsi que la protection de ces dernières contre les abus et les discriminations et plus globalement sur la prévention de la maltraitance. - Réaffirmer le positionnement du Service action sociale PAPH au cœur du dispositif partenarial mis en place autour du numéro d'appel national.	
Résultats attendus Prévention des dangers autour des personnes vulnérables Réponse globale aux besoins des personnes Lisibilité dans le positionnement de chaque acteur	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de situations traitées Typologie et localisation Type de personnes concernées Gravité de situation Délais de traitement	
Partenaires SAD, SSIAD, mairies et intercommunalités, médecins et infirmiers, services sociaux extérieurs, associations tutélaires, USSAP/ASM, SSSR, Centres hospitaliers, service d'écoute ALMA, services du Conseil Général, MDPH	

Axe 3 Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3.4 Répondre aux enjeux du handicap
Orientation 3.4.1	
Conforter la MDPH dans l'ensemble de ses missions en lien avec la réflexion sur la pertinence et la faisabilité de la création d'une Maison de l'Autonomie	
Contexte La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) a été créée en 2006 suite à la loi n°2005-102 du 11/02/05, sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP). Elle a pour mission d'offrir un accès unique aux droits et aux prestations pour les personnes en situation de handicap (PH) et leurs familles, de faciliter leurs démarches et d'évaluer la compensation du handicap, ce qui consiste à répondre aux besoins de la Personne Handicapée dans tous les aspects de la vie, de la petite enfance à l'âge adulte, comme dans l'insertion professionnelle et de l'accompagner dans le plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie.	
Contenu Réorganiser les services de la MDPH afin de réduire les délais de réponse aux usagers, et de renforcer les fonctions d'accueil et d'évaluation Renforcer le positionnement de la MDPH en tant que guichet unique par le développement du portail WEB Usagers, et la mise en œuvre du WEB Partenaires Réfléchir à la pertinence d'une présence de la MDPH plus affirmée sur les territoires, et maintenir les permanences en Langue des signes Mesurer l'effectivité des décisions de la CDAPH, notamment au niveau des plans d'aide de PCH Anticiper les évolutions législatives dans l'éventualité de création d'une Maison de l'Autonomie qui mutualiserait les interventions de la MDPH et celles des services de la DPAPH du Pôle des Solidarités Développer le Système d'Information Partagé pour l'Autonomie des Personnes Handicapées (SIPAPH) mis en place par la CNSA en lien avec les MDPH afin de développer la connaissance des publics en situation de handicap	
Objectifs Favoriser l'égalité des droits Permettre aux agents de la MDPH de conforter la gestion qualitative des dossiers dans le respect des délais décisionnels légaux Améliorer la prise en charge des personnes dans le cadre de leur autonomie et de leurs conditions de vie	
Résultats attendus Des réponses adaptées aux parcours des personnes en situation de handicap Une meilleure autonomie du public cible de la MDPH Une amélioration du parcours de la personne en situation de handicap	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Rapport d'activité de la MDPH Extraction de statistiques via l'univers BO IODAS, et ASG (suivi du taux de mise en œuvre des plans d'aide PCH) Effectivité du SIPAPH dans l'Aude Suivi de fréquentation du WEB Usagers Effectivité de la mise en œuvre du WEB Partenaires	

Partenaires

Conseil Général

ARS,

CAF, MSA, CARSAT, CPAM

Associations représentant les personnes en situation de handicap

COGITIS/GFI

Axe 3 Adapter la prise en charge aux projets de vie des personnes	3-4 Répondre aux enjeux du handicap					
Orientation 3-4.2						
Adapter l'offre médico-sociale au parcours des personnes en situation de handicap						
Contexte Le schéma actualisé PH 2012-2014 prévoyait la mise en place d'une gamme de réponses en direction des personnes handicapées : maintien à domicile en s'appuyant sur les dispositifs existants, hébergement en accueil familial, création de nouvelles places de foyers de vie UPHV, prise en compte de la problématique des transports et développement des places d'accueil de jour et de SACAT, médicalisation de structures dans le cadre du PRIAC, sensibilisation des partenaires gestionnaires de structures ou services en direction des personnes vieillissantes à la nécessité de préparer les projets de vie avec les personnes en amont de la barrière des 60 ans. Au 1 ^{er} janvier 2014, l'offre médico-sociale en direction des personnes s'établissait ainsi :						
FH	FO	FAM	CAJ	UPHV	SAVS	SAMSAH
395	172	133	37	En foyer : 32 En EHPAD : 14 En FAM : 24	250	30
La prestation de compensation du handicap a poursuivi sa forte progression :						
Nombre de bénéficiaires		2011	2012	2013	Moy.Nat°	
En droits ouverts		2081	2312	2657		
Payés		1296	1345	1451		
Dont enfants		89	111	126		
Part des bénéficiaires PCH sur population totale		0,59 %	0,64%	0,73%	0,33%	
Malgré le déploiement de ces dispositifs et l'implication des partenaires autour du projet de vie des personnes en situation de handicap, les actions du précédent schéma doivent être poursuivies afin d'optimiser l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap.						
Contenu -Répondre au projet de vie de la personne handicapée de se maintenir à domicile en s'appuyant sur les éléments de la Prestation de Compensation du Handicap et, en fonction des besoins, en adaptant l'offre d'accompagnement à domicile (SAVS/SAMSAH) ainsi que l'offre d'accueil séquentiel avec ou sans hébergement ; -Favoriser et adapter l'accueil familial à titre onéreux des personnes en situation de handicap ; -Poursuivre la transformation de places de foyer d'hébergement en foyer occupationnel et appartements protégés -Développer des places spécifiques autisme et personnes handicapées vieillissantes.						
Objectifs Répondre au projet de vie des personnes en situation de handicap						
Résultats attendus Offre diversifiée et adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap						

Réalisation des plans personnalisés de compensation décidés par la CDAPH
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Evolution des prises en charge PCH Elaboration et analyse d'un questionnaire de satisfaction de mise en place des plans personnalisés de compensation Evolution du nombre de places autorisées, financées en établissements et services et de places en familles d'accueil Evolution des listes d'attente et des jeunes sous aménagement Creton
Partenaires MDPH, ARS, Gestionnaires de structures, associations représentatives des usagers en situation de handicap et leurs familles, familles d'accueil, organismes de tutelle

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-5 Lever les freins à l'insertion professionnelle
Orientation 3-5.1	
Mobiliser vers l'emploi	
Contexte La détérioration de la situation économique ne permet pas aux personnes en difficulté d'envisager un avenir professionnel stable. L'absence de perspectives à court terme engendre des phénomènes de découragement, assortis de difficultés de plus en plus importantes à mobiliser les personnes. Cette situation est particulièrement préoccupante lorsqu'elle touche les plus jeunes.	
Contenu Renforcer et diversifier les actions visant à l'acquisition de compétences de base utiles dans la vie quotidienne, pour mieux comprendre son environnement. Inventer de nouvelles formes de mobilisation des personnes très éloignées de l'emploi, avec une attention particulière pour les jeunes et les personnes bénéficiaires du RSA.	
Objectifs Enclencher une dynamique d'insertion pour les publics très éloignés de l'emploi, peu enclins à engager une démarche d'insertion professionnelle.	
Résultats attendus Augmentation du nombre de personnes engageant des démarches d'insertion professionnelle	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre d'actions de mobilisation créées ou existantes et répartition territoriale de l'offre Nombre de personnes accueillies dans ces actions Résultats pour la suite du parcours d'insertion	
Partenaires Collectivités territoriales	

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-5 Lever les freins à l'insertion professionnelle
Orientation 3-5.2	
Préparer à l'emploi	
Contexte Le retour à l'emploi durable constitue une priorité de la politique départementale d'insertion. Dans un contexte économique tendu marqué par la raréfaction de l'offre d'emplois et l'augmentation continue du nombre de demandeurs d'emplois, les publics les plus fragiles - jeunes et adultes- doivent faire face à des critères de sélectivité du marché du travail mais aussi de la formation de plus en plus difficile à surmonter.	
Contenu Proposer une offre d'accompagnement adaptée aux besoins des personnes et s'appuyant sur les ressources des territoires, combinant des temps de mise en situation de travail et des temps de formation : Conforter le soutien au secteur de l'insertion par l'activité économique en cours de réforme et favoriser l'articulation avec les acteurs économiques locaux Contribuer avec l'ensemble des acteurs institutionnels concernés (Conseil Régional, Pôle Emploi, AGEFIPH...) à la mise en synergie des moyens pour proposer de véritables parcours de formation aux publics les plus éloignés de l'emploi Poursuivre le soutien à la création d'activité et réfléchir à des actions innovantes en direction des travailleurs indépendants les plus fragiles	
Objectifs Aider à l'acquisition de compétences professionnelles, d'un niveau de compréhension des codes du monde du travail adapté aux attentes des employeurs, Faciliter l'accès à la formation pré-qualifiante et qualifiante, Mesurer les capacités des personnes à intégrer un emploi en tenant compte du contexte économique local	
Résultats attendus Augmentation du nombre de personnes disponibles pour rechercher un emploi Augmentation du nombre de personnes accédant à un emploi	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre d'actions créées et répartition territoriale de l'offre Nombre de personnes bénéficiaires de ces dispositifs Nombre de sorties positives vers l'emploi après passage dans ces dispositifs Nombre de bénéficiaires du RSA réorientés vers Pôle Emploi	
Partenaires Conseil Régional et autres collectivités territoriales, Pôle Emploi, services de l'Etat	

Axe 3 Adapter la prise en charge au projet de vie des personnes	3-5 Lever les freins à l'insertion professionnelle
Orientation 3-5.3 Permettre l'accès à l'emploi et sa pérennisation	
Contexte L'offre d'emploi dans l'Aude, composée pour une large part de CDD ou d'emplois saisonniers, diminue fortement : En 2013, le nombre d'offres d'emploi collectées par Pôle Emploi a diminué de 23% par rapport à 2012, avec une baisse significative du nombre d'emplois d'une durée supérieure à 6 mois. Le Département et les acteurs publics doivent s'engager à favoriser le développement d'une offre d'emploi durable, non délocalisable et répondant aux besoins des territoires.	
Contenu - Faire des contrats aidés un tremplin vers l'emploi durable : augmenter le nombre de contrats, accompagner pour optimiser l'expérience de travail et préparer la suite du contrat, valoriser les compétences acquises. - Formaliser des principes pour le recrutement par la collectivité départementale des bénéficiaires du RSA ou jeunes en recherche d'emploi sur les postes à accès direct ou des emplois en alternance. - Promouvoir le développement de formes d'emploi adaptées répondant aux besoins des territoires: • emplois intermédiaires, assortis d'un accompagnement socioprofessionnel permettant un parcours progressif et modulable d'acquisition de compétences par la mise en situation de travail • filières d'emploi dans les secteurs d'activité porteurs d'emploi ou en développement en s'appuyant sur les CUI. • structures coopératives à développer pour prospecter les domaines non couverts. Imaginer des coopérations entre employeurs de différents secteurs (ex : filières courtes) - Conforter l'application de la clause d'insertion sociale et le recours à la responsabilité sociale des entreprises dans la commande publique , leur apporter un véritable service de soutien au recrutement et mutualiser les moyens des différents donneurs d'ordre. - Mettre en cohérence l'offre d'accompagnement des créateurs d'entreprise et conforter l'accompagnement post-crétion, pour améliorer le taux de pérennisation des activités.	
Objectifs Mobiliser les moyens permettant d'agir sur le marché de l'emploi, au profit des bénéficiaires du RSA et des jeunes	
Résultats attendus Augmentation du nombre de personnes accédant à un emploi tremplin puis à un emploi durable	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre d'emplois tremplins d'emplois durables créés et répartition territoriale de l'offre Nombre de personnes orientées vers ces emplois Nombre de sorties positives 6 mois après la fin du contrat	
Partenaires Collectivités territoriales, Services de l'Etat (DIRECCTE), Pôle Emploi, organisations professionnelles	

Axe 4 Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer	4-1 Nous unir pour mieux observer et prévenir
Orientation 4-1.1 Créer et faire vivre un observatoire départemental de l'action sociale	
Contexte L'observation des besoins des populations et de la mise en œuvre de nos actions est un élément important à prendre en compte dans la conduite des politiques sociales. En effet, ce n'est qu'en ayant une connaissance fine des besoins que les acteurs sociaux pourront, collectivement, déployer des réponses pertinentes et adaptées aux spécificités des personnes et des territoires. En tant que chef de file de l'action sociale, le Conseil général souhaite fédérer les initiatives dans ce domaine. Les schémas actualisés 2012-2014 ont rappelé la nature transversale de la fonction d'observation. Il existe en effet divers observatoires thématiques : • L'observatoire de la Caisse d'Allocations Familiales sur la politique enfance et jeunesse, • L'observatoire de la Protection de l'enfance installé le 28 juin 2013, • L'observatoire en cours sur le logement (PDLPD/PDH/Logements indigènes/Logements en construction DDTM), • Le rôle d'observatoire de la MDPH, • Les groupes de bénéficiaires du RSA dont la vocation est de mieux identifier les besoins des publics en insertion, • La Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes enfants (CDAJE) joue également un rôle de recensement des données liées à la politique générale en faveur des jeunes enfants dans le département, • Les Comités locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont investis dans la remontée des besoins des usagers, tant sur la base des sollicitations qui leur sont adressées par les personnes âgées et leurs familles que par les informations issues de l'animation des acteurs des territoires, • Les divers outils spécifiques de relevés statistiques (données des centres médico-sociaux/Tableau de suivi des schémas PA/PH, Rapport d'activité annuel MDPH/Recensement de l'existant sur des territoires donnés). Les professionnels sociaux du Département ont identifié différents besoins liés à la fonction d'observation : - nécessité d'accéder à des données partagées - Disposer d'indicateurs communs et pérennes aux différents domaines de l'action sociale - recenser et regrouper l'existant selon les différents domaines concernés sur une base de données collective - partage collaboratif de données plus qualitatives que quantitatives - croiser les regards sur les manques des dispositifs, par thèmes ou par territoires	
Contenu Créer un observatoire porté par le Conseil général répondant aux attentes des partenaires,	

formalisé par la signature d'une charte définissant les conditions de coopération (objectifs, respect de la confidentialité des données, définition collective des thèmes de travail permettant de répondre aux attentes de chacun, les instances, les engagements de chaque partenaire en termes de fourniture de données et de compétences pour l'analyse ces données).

La conduite de ce projet sera fondée sur un comité de pilotage qui associe l'ensemble des partenaires et des groupes techniques/thématiques pilotés par les divers partenaires en fonction du thème.

La place des usagers sera garantie au travers des associations représentatives, sachant que l'observatoire vise à connaître les territoires pour mieux répondre aux besoins des usagers

Des protocoles de collaboration avec les observatoires existants seront établis pour l'échange de données. L'observatoire n'a pas vocation à recueillir des données informatiques de divers producteurs et à les agréger, mais à faire des analyses de ces données qui lui sont transmises

Missions

Définition collective par les partenaires d'un programme de travail annuel ou pluriannuel, dégagant du temps pour chacune des missions :

- Analyser les politiques sociales, élaborer des prévisions et des préconisations dans le cadre des projets portés par les partenaires, sachant que l'entrée peut être territoriale ou thématique (par public) ou les deux
- Apporter un appui méthodologique aux partenaires sur les territoires pour le recueil et l'utilisation des données pertinentes, y compris en mobilisant des ressources auprès des autres partenaires
- Analyser des phénomènes ponctuels ou repérés localement
- Jouer un rôle d'alerte en fonction des observations et analyses, sans attendre forcément d'être sollicité
- Élaborer des fiches techniques, des guides de bonnes pratiques, des rapports, validés par un comité de lecture (comité technique désigné par thème de travail)

Objectifs

- Cohérence et efficacité, lisibilité de l'ensemble des dispositifs
- Prendre en compte l'intérêt et les spécificités de chaque partenaire
- Mutualisation et large diffusion des connaissances et des analyses

Résultats attendus

- Création de l'observatoire

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre de réunion de l'observatoire

Nombre de participants aux réunions

Partenaires

L'ensemble des partenaires et acteurs de l'action sociale qui participent à la mise en œuvre du Schéma Unique des Solidarités

Axe 4 Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer	4-2 Concerter pour piloter l'action sociale dans l'Aude
Orientation 4-2.1	
Garantir un partenariat durable pour mettre en œuvre le Schéma Unique	
Contexte On peut citer des volontés exprimées institutionnellement de contractualisation, où on posait des cadres de collaboration qui se sont arrêtés à la signature des contrats. En effet, le partenariat fonctionne beaucoup sur l'intuitu personae, et ce sont vraiment des rencontres de personnes qui font que les dossiers avancent. Pour que le partenariat fonctionne, il faut aussi que chaque acteur s'y retrouve. Et même lorsqu'on fait du partenariat choisi et voulu collectivement, on peut se trouver en difficulté si on n'a pas identifié un acteur chef de file, parce que tous les partenaires veulent imposer leurs idées. Il est donc indispensable qu'au-delà d'un engagement contractuel des partenaires il y ait un véritable engagement moral de travailler ensemble et qu'un chef de file soit désigné	
Contenu Mise en place d'un comité de suivi avec les partenaires, et créer des « rituels » de rencontres autour du Schéma Unique, comité piloté par le Conseil général Elaboration d'un référentiel partagé des valeurs de l'action sociale dans l'Aude, (la Charte de l'Action Sociale Départementale) Signature d'une charte d'engagement signée par tous les partenaires du Schéma Unique Organisation de la valorisation et de la communication des projets Elaboration d'un répertoire des partenaires actualisé, faisant état de leurs territoires d'intervention et de leurs compétences Partage du diagnostic et de l'évaluation (tableaux de bord et études évaluatives)	
Objectifs Permettre l'appropriation du schéma et de ses principes par l'ensemble des acteurs Permettre une implication des acteurs dans la durée	
Résultats attendus Efficacité et cohérence des politiques sociales Décloisonnement des acteurs et complémentarités des compétences	
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de signataires de la charte d'engagement Nombre de réunions du comité de suivi Nombre de participants/réunion du comité Prise en compte des décisions du comité	
Partenaires Acteurs institutionnels Associations Usagers	

Axe 4 Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer	4-2 Concerter pour piloter l'action sociale dans l'Aude
Orientation 4-2.2 Garantir et sécuriser la place des associations	
Contexte Les associations sont des acteurs essentiels du secteur social et médico-social. On peut les classer en trois grandes catégories : Les associations institutionnelles qui gèrent de grands équipements et services, qui sont en délégation de service public et participent aux concertations et aux instances de pilotage, qui sont les plus visibles, parfois au détriment des autres ; Les associations qui interviennent sur des projets plus expérimentaux, pas totalement institutionnelles mais actives dans la proposition ; Les associations de quartier, d'usagers, qui ont aussi beaucoup de choses à faire connaître aux pouvoirs publics mais qu'on a du mal à entendre. Dans le contexte budgétaire contraint que connaissent les financeurs publics, la situation des associations devient complexe. Elles sont confrontées à des logiques de réduction des coûts, soumises à des procédures d'appels d'offres qui les mettent en concurrence avec des opérateurs nationaux voire internationaux dont les moyens sont nettement supérieurs. Elles sont aussi exposées aux impacts de la directive européenne services. La loi HPST, avec la mise en place des procédures d'appels à projets, a inversé la position des associations, qui doivent maintenant répondre à des commandes institutionnelles plus que proposer des projets issus de leur connaissance des besoins. Ce changement peut limiter la créativité associative si l'on ne veille pas dans les appels à projets à laisser un spectre de mise en œuvre assez large et à promouvoir des démarches innovantes. Pour autant, le projet des associations doit être interrogé régulièrement et leur action évaluée, afin d'en vérifier l'adaptation aux objectifs et résultats attendus. Les associations sont des employeurs mais le rôle des bénévoles peut être également important.	
Contenu Signer des CPOM avec les associations gestionnaires Délibérer sur la mise en œuvre de la directive européenne SIEG : mandatement dans le cadre de la directive européenne SIEG permettant de définir des missions d'intérêt général, les critères de financement et d'évaluation et de mandater pour ce faire des opérateurs exclus du champ de la concurrence de la directive services. Promouvoir des regroupements d'associations, éventuellement sous forme de groupements de coopération avec d'autres organismes, de collectifs d'associations Organiser des filières de travail entre associations et collectivités (ex. des parcours) Assurer la convergence des financements des institutions vers les associations Soutenir les bénévoles, reconnaître leur rôle, les professionnaliser	
Objectifs Permettre la continuité de réponse aux besoins de la population Favoriser la mise en œuvre de nouvelles réponses aux besoins de la population (expérimentation, réactivité) Mettre en complémentarité les cofinancements pour financer la globalité du projet Éviter la précarité des emplois associatifs	
Résultats attendus Amélioration de la qualité des prestations offertes par les associations et du lien social procuré	

Indicateurs qualitatifs et quantitatifs

Nombre de CPOM signés

Nombre de regroupements d'associations

Partenaires

Acteurs institutionnels

Associations

Axe 4 Renforcer le partenariat sur tous les territoires pour observer, agir, piloter et évaluer	4-3 Mobiliser les acteurs sociaux départementaux autour de la solidarité internationale
Orientation 4-3.1 Placer la solidarité internationale au cœur de l'action sociale pour améliorer l'accompagnement des populations étrangères accueillies sur le territoire audois et valoriser les usagers de l'action sociale	
Contexte L'ouverture sur le monde est une priorité politique du Conseil général de l'Aude affirmé dans le Projet Audevant Le 21 décembre 2012, les Élus Départementaux réunis en session ont adopté un rapport posant les principes de la politique de relations internationales et de coopération décentralisée du Conseil général. Il rappelle les possibilités législatives et réglementaires d'intervention des Collectivités dans le champ international. Outre des projets de coopération au bénéfice de collectivités étrangères, le Conseil général souhaite améliorer, grâce à l'expérience issue des relations internationales, la mise en œuvre des compétences et des missions départementales, via notamment l'échange d'expériences et de bonnes pratiques. Le Département a également la volonté de soutenir les initiatives d'acteurs locaux dans ces domaines, par la mise en place d'un appel à projet annuel. Les actions de coopération décentralisée du Département de l'Aude sont à ce jour en grande partie orientées vers l'aide à la conception apportée à des collectivités en vue de se doter d'équipements structurants (réseau de transports par exemple). Les compétences sociales de la collectivité, qui constituent un cœur de métier important du Conseil Général, ne sont pas encore mobilisées dans cette optique. Or, un certain nombre des priorités thématiques d'intervention correspondant aux objectifs du Millénaire portés par les Nations Unies, sont en adéquation avec les compétences sociales du Département : cohésion sociale, santé, lutte contre la pauvreté et la faim, la protection de l'enfance et la réduction de la mortalité infantile, etc. C'est pourquoi la collectivité est désireuse d'étendre ses actions de coopération décentralisée au domaine des solidarités. Les missions sociales du Département sont mises en œuvre par un réseau de professionnels qualifiés intervenant dans les services du Conseil Général et dans les services prestataires et partenaires. Mobiliser ces compétences au service de la coopération décentralisée présente un double intérêt : - apporter à des pays en développement un appui à la construction de dispositifs adaptés aux besoins de leur population, - apporter aux professionnels médico-sociaux audois une ouverture et un enrichissement de leurs pratiques.	
Contenu Mettre en place des projets de coopération internationale dans le domaine de l'action sociale : répondre aux appels à projet intéressant le domaine social et notamment la PMI Favoriser le partage d'expérience et l'engagement des professionnels sociaux dans les projets de solidarité internationale Améliorer l'accompagnement des populations étrangères accueillies sur le territoire audois : organiser des formations spécifiques aux aspects culturels, soutien des associations oeuvrant dans le domaine Valoriser les usagers de l'action sociale par la coopération internationale : promouvoir la mobilité internationale des jeunes audois notamment des plus en difficulté suivis par le Département dans le cadre de l'ASE ou bien organiser des actions collectives autour de la valorisation des populations étrangères	
Objectifs	

Améliorer l'efficacité et l'efficience des politiques sociales Proposer aux pays en voie de développement des dispositifs adaptés à leurs besoins
Résultats attendus Amélioration des pratiques professionnelles par l'échange d'expériences
Indicateurs qualitatifs et quantitatifs Nombre de réponse/nombre d'appels à projets Nombre de travailleurs sociaux engagés dans une action de coopération internationale Nombre de participants aux formations sur les aspects culturels
Partenaires Acteurs institutionnels Les associations



Conseil général de l'Aude
Pôle des Solidarités

Allée Raymond Courrière - 11855 Carcassonne cedex 9

tél : 04 68 11 68 45