

► PLAN DETAILLE

Contexte politique et juridique

- 1- **La politique du handicap**
 - 1.1 Définition juridique du handicap p4
 - 1.2 Compensation et accessibilité : les piliers de la loi de 2005 p4
 - 1.3 Maisons départementales du handicap (MDPH) p7
- 2- **La politique de santé et les articulations entre le secteur sanitaire et médico social p8**
- 3- **Le secteur médico-social**
 - 3.1 Garantie du droit des usagers et de leur participation p9
 - 3.2 Amélioration des procédures techniques de pilotage du secteur et la coordination des acteurs p10
- 4- **La problématique de l'autonomie**
 - 4.1 Vers une convergence d'offres de services p11
 - 4.2 Affirmation du rôle du Conseil général p12
 - 4.3 Incertitude forte : la loi sur le cinquième risque p12
- 5- **La planification de l'Etat en région : PRIAC 2009-2013 p13**
- 6- **Le schéma départemental**
 - 6.1 Contexte p14
 - 6.2 Méthode d'élaboration p14
 - 6.3 Pilotage et suivi des actions p15

Contexte sociodémographique

- 7- **Données de démographie générale de la Loire**
 - 7.1 Léger regain de population mais avec des disparités territoriales fortes p16
 - 7.2 Population vieillissante p16
- 8- **Les personnes handicapées dans la Loire**
 - 8.1 Connaissance parcellaire du champ du handicap p18
 - 8.2 La Loire, particulièrement concernée par le handicap p18
 - 8.3 Avancée en âge des personnes handicapées p19

I. Etat des lieux

Enfance et jeunesse

- 1- **Etablissements**
 - 1.1 Aménagements et dispositifs adaptés au sein des établissements de l'Education nationale p26
 - 1.2 Etablissements médico-sociaux p28
- 2- **Accompagnement**

- 1.1 Centres d'action médico-social précoce p31
- 1.2 Services médico-sociaux p31
- 1.3 L'accompagnement de la scolarisation dans les établissements scolaires du primaire ou du secondaire et dans l'enseignement supérieur p35
- 4- *Transport des élèves handicapés* p37
- 5- *Accueil de la petite enfance* p38
- 6- *Loisirs* p40

Adultes

1- Hébergement médico-social, modalités d'accueil diversifiées

- 1.1 Offre d'hébergement p42
- 1.2 Places d'externat en établissements d'hébergement et structures dédiées à l'accueil en journée p46
- 1.3 Accueil familial p47

Les jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants et adolescents au titre de l'amendement Creton p50

2- Activité professionnelle

La MDPH au cœur du processus d'insertion pour l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des usagers p52

- 2.1 Insertion professionnelle en milieu ordinaire p56
- 2.2 Equipements médico-sociaux : établissements et services d'aide par le travail (ESAT) p57
- 2.3 Activité en journée des usagers d'ESAT et aménagement de l'activité p59
- 2.4 Centres de rééducation professionnelle p60

3- Services d'accompagnement

- 3.1 Services d'accompagnement à la vie sociale p63
- 3.2 Services d'accompagnement médico-sociaux p63
- 3.3 Services de soins infirmiers à domicile p64

4- Logement

- 4.1 Logements adaptés et adaptables p66
- 4.2 Modes d'habitat intermédiaire p67

5- Mobilité p67

6- Loisirs p68

7- Continuité entre les filières : articulation et besoins identifiés p70

II. Orientations

Principes d'action p77

- 1- Affirmer le rôle de la MDPH, planifier la politique autonomie du département,

- coordonner, évaluer p78
- 2- Mettre en œuvre des parcours de scolarisation adaptés et diversifiés p80
- 3- Favoriser les choix de vie autonome p81
- 4- Soutenir les aidants p85
- 5- Accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées p89
- 6- Structurer l'offre médico-sociale et l'adapter aux évolutions p91
- Focus** : le handicap psychique p 89

ANNEXES

Fiches actions

- 1- Pour un accueil unique des usagers et un appui logistique pour les partenaires : la création de la Maison Loire Autonomie p93
- 2- Le fondement de la compensation : le projet de vie p97
- 3- Le parcours de l'enfant ou du jeune en établissement et l'optimisation de la scolarisation partagée par l'élaboration du projet personnalisé de scolarisation p99
- 4- Favoriser les choix de vie autonome en matière d'habitat p104
- 5- Favoriser l'accompagnement à la vie sociale et la coordination des interventions au domicile p108
- 6- Favoriser les parcours professionnels et l'accès au travail p111
- 7- Mieux structurer l'offre médico-sociale et l'adapter aux évolutions ; renforcer les articulations avec le secteur sanitaire p119
- 8- Développer l'information, la formation, le suivi après l'annonce du handicap p123
- 9- Organiser l'accueil généralisé des enfants dans les dispositifs ordinaires d'accueil p124
- 10- Organiser l'accueil généralisé des enfants et des jeunes dans les dispositifs périscolaires et de loisirs ordinaires p128
- 11- Développer l'offre d'accueil temporaire, les échanges et l'acquisition de savoir-faire p131
- 12- Adapter et diversifier les dispositifs pour l'accueil en établissement pour les personnes handicapées vieillissantes p138
- 13- Développer les outils du Conseil général pour mieux piloter l'offre médico-sociale p141
- 14- La recherche de la qualité : la bientraitance et la dynamique des établissements et des services p143

Enquêtes établissements et services médico-sociaux

- *Etablissements et services d'accompagnement enfants et adolescents* p153
- *Etablissements d'hébergement adulte et ESAT* p157

Ateliers du schéma p158

Glossaire p159

1- LA POLITIQUE DU HANDICAP

1.1 Définition juridique du handicap

La loi de 1975 ne comprenait aucune définition ni du handicap, ni de la personne handicapée : les institutions de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), pour les enfants, et la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), pour les adultes, avaient la responsabilité de définir qui avait accès aux aides et services.

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne pour la première fois une définition juridique du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

- ▶ Elle souligne la prise en compte des fonctions organiques et de leurs déficiences, des incapacités qui peuvent en résulter, de l'environnement et des activités.

1.2 Compensation, accessibilité, libre choix du projet de vie : les piliers de la loi de 2005

- ▶ **Principe du droit à compensation des conséquences du handicap dans tous les domaines de la vie sociale** : « La personne handicapée a droit à la compensation de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».
- ▶ **Accessibilité généralisée** à tous les aspects de la vie : éducation, scolarisation et formation, logement, emploi, vie sociale et culturelle, transports, cadre bâti.
- ▶ **Libre choix du projet de vie.**

Scolarisation :

- ▶ Scolarisation de principe en établissement ordinaire pour les enfants et adolescents handicapés. Ceux-ci sont donc, comme tous les élèves, inscrits de droit dès l'âge de trois ans dans l'établissement scolaire de leur secteur, qui constitue leur établissement de référence.
- ▶ Les parcours de formation sont adaptés aux besoins de l'enfant ; ils font l'objet d'un projet personnalisé de scolarisation.
- ▶ Le projet personnalisé de scolarisation peut prévoir des aménagements nécessaires à la scolarité. Des temps partagés peuvent alors être mis en place entre les dispositifs.

Emploi :

- ▶ Principe de non-discrimination et renforcement des dispositions de la loi de 1987 relative à l'obligation d'emploi pour permettre d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi à la hauteur de ses qualifications.
- ▶ Pour atteindre cet objectif, des sanctions financières importantes ont été prévues afin d'atteindre 6% des effectifs rémunérés par les établissements de plus de 20 salariés soumis à l'obligation d'emploi.
- ▶ Obligation de mettre en œuvre des mesures appropriées pour occuper les postes et accéder au lieu de travail : aménagement du poste, des équipements ou des outils de travail, possibilité d'aménagement des horaires de travail, accompagnement individuel.
- ▶ Obligation d'intégrer la question de l'emploi et de l'insertion des travailleurs handicapés dans les négociations collectives.
- ▶ Renforcement des dispositions liées au reclassement.

Transport :

- ▶ Principe de l'accessibilité de tous à tout : les textes réglementaires donnent un champ d'application exhaustif et fixent des obligations et des échéances concernant l'accessibilité des réseaux.

Logement :

- ▶ Accessibilité obligatoire de l'habitat collectif neuf privé et public, des maisons individuelles neuves et des établissements publics. Les bâtiments d'habitation existants qui font l'objet de travaux importants doivent se mettre en conformité avec la réglementation sur l'accessibilité.
- ▶ Les établissements publics devront être adaptés ou aménagés de façon à ce que toute personne handicapée puisse y accéder et bénéficier des prestations offertes dans des conditions adaptées.
- ▶ Tous les types de handicaps sont pris en compte dans la conception des bâtiments.

Commissions intercommunales d'accessibilité :

- ▶ Obligatoires pour les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de transports ou d'aménagement de l'espace, dès lors qu'ils regroupent 5000 habitants et plus :
 - Elles dressent un état des lieux de l'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie et des espaces publics et des transports.
 - Elles recensent l'offre de logements accessibles ;
 - Elles sont force de proposition.

1.3 Les Maisons départementales des Personnes handicapées (MDPH)

a- Un guichet unique pour les personnes handicapées du département

- ▶ Lieu unique et identifié d'accès au droit, aux prestations et aux services.
- ▶ Lieu d'élaboration du projet de vie de la personne handicapée ainsi que du plan de compensation de la personne handicapée avec la participation de celle-ci.

Chaque MDPH fonctionne dans le cadre d'un GIP placé sous la tutelle administrative et financière du Conseil général. Les partenaires institutionnels sont présents ainsi que les représentants des associations de personnes handicapées ce qui permet d'avoir un mode de gouvernance qui assure une forte représentation des usagers.

b- Une organisation de proximité

Dans la Loire, un accueil territorialisé et un accompagnement social sont mis en œuvre à Saint Etienne, Roanne, Montbrison et Saint-Chamond, par les personnels du GIP et par ceux des territoires d'action sociale du Conseil général.

c- Une logique de réseau et de partenariat

La MDPH est Intégrée à un réseau national animé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, chargée d'animer au niveau national le réseau des MDPH et de réguler leur activité, en lien avec tous les acteurs de la politique du handicap.

d- Mesure de l'activité 2008 (enfants et adultes cumulés)

33 880 demandes enregistrées, soit + 1,4 % par rapport au total de 2007.

- ▶ Délai de traitement : 2,8 mois

2- LA POLITIQUE DE SANTE ET LES ARTICULATIONS ENTRE LE SECTEUR SANITAIRE ET LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

L'articulation entre les champs sanitaire et médico-social constitue une préoccupation récurrente pour les pouvoirs publics dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et sociales et pour les acteurs de terrain qui s'interrogent sur leurs pratiques professionnelles et les limites de leurs compétences réciproques. Elle correspond enfin à une évidence pour les usagers qui souffrent souvent de ce manque de coordination.

L'évolution nécessaire de l'organisation de la protection sociale implique la transversalité des politiques, des réponses institutionnelles, des professions, des formations qu'il s'agisse de santé ou d'action sociale et médico-sociale. En effet, la variété des besoins et des attentes appelle des réponses croisées et une complémentarité des modes d'intervention.

Les Agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires afin de répondre à cette préoccupation de décloisonnement des secteurs par un pilotage régional des acteurs de santé et de gestion des politiques de santé de façon globale et décloisonnée. Au sein d'un établissement public de l'Etat à caractère administratif, elles intègrent l'ensemble des missions auparavant exercées par les DDASS et DRASS ainsi que par l'Agence régionale de l'Hospitalisation. La mise en œuvre concrète de ces agences est prévue à partir de 2010.

L'ARS est chargée d'élaborer un projet régional de santé qui définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il est constitué d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région, de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

- Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé ;

- Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions seront compétentes notamment pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

A noter que les ARS pourront mettre en œuvre selon des modalités encore à définir, un **principe de « fongibilité asymétrique »**, selon lequel des ressources d'assurance maladie destinées aux établissements de santé pourraient être affectées sur le champ des établissements et services médico-sociaux pour « personnes âgées et personnes handicapées » dans le cadre d'opérations destinées à répondre aux besoins locaux. L'inverse, en revanche ne sera pas possible.

3- LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

3.1 La garantie du droit des usagers et de leur participation

La loi « portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale » du 2 janvier 2002 souligne que l'action sociale et médico-sociale est « conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

- **Des nouveaux outils garantissent le droit des usagers** : livret d'accueil, conseil de la vie sociale (rénovation du conseil d'établissement), le contrat de séjour.
- **Le projet d'établissement** est un élément central au service d'une démarche qualité globale.

Elle vise à garantir de nouveaux droits à l'utilisateur dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale :

- Le respect de sa dignité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.
- Le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes aussi bien à son domicile qu'en établissement, sauf décision judiciaire.
- Une prise en charge et un accompagnement individuel de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, respectant son consentement éclairé ou celui de son représentant.

- La confidentialité des informations le concernant ;
- L'accès à toute information ou tout document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires.
- Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières, légales et contractuelles dont il bénéficie.
- La participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.
- Le droit légitime à une vie de famille.

3.2 L'amélioration des procédures de pilotage du secteur et la coordination des acteurs

a- Nouvelles modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux

A partir du 1^{er} juillet 2010, lorsque les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, les autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un certain seuil.

b- Politique de contractualisation avec les établissements médico-sociaux

Depuis plusieurs années se développent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les autorités de planification et de tarification et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.

Objectifs :

- Engager une réflexion partagée sur la situation des établissements et services en établissant un état des lieux et en traçant des perspectives d'avenir.
- Définir une amélioration continue de la qualité
- Engager dans les établissements une dynamique interne sur le choix des priorités.
- Donner plus d'autonomie mais aussi plus de responsabilités aux établissements et services : en conférant aux gestionnaires une plus grande souplesse dans l'affectation de leurs dépenses.

c- Groupements de coopération sociaux et medico-sociaux

La création d'outils nouveaux de coopération comme les groupements de coopération sociaux et medico-sociaux sont également de nature à améliorer l'efficacité du secteur médico-social.

Ces outils permettent en effet la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel, ...), la mise en commun de services (juridiques, comptables, ...) ou d'équipements (restauration, ...) et permettent des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations, entre plusieurs établissements et services.

4- LA PROBLEMATIQUE DE L'AUTONOMIE

4.1 Vers une convergence d'offres de services

L'existence de la condition d'âge conditionnant l'éligibilité au bénéfice de telle ou telle prestation, instaure actuellement une barrière entre les personnes handicapées et les personnes âgées. La perspective de sa suppression cinq ans après la promulgation de la loi du 11 février 2005 soit en 2010, pour ne considérer alors que des personnes en perte d'autonomie, renforce naturellement le projet d'une offre de service globale.

Le président du Conseil général a souhaité que soit conduite une réflexion prospective sur les conditions à envisager pour regrouper, sous l'autorité du Conseil général de la Loire, les actions à conduire au bénéfice de personnes en situation de perte d'autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) au sein d'une possible Maison départementale de l'autonomie. Une commission de travail composée d'élus et de techniciens a été installée, à cet effet, dès le mois de septembre 2008.

4.2 L'affirmation du rôle du Conseil Général sur ce champ

La réflexion stratégique s'appuie sur l'affirmation des prérogatives de l'Assemblée départementale sur le champ de l'autonomie et des réponses concrètes qu'elle souhaite apporter. Deux aspects militent, en effet, en faveur de l'affirmation du rôle du Conseil Général sur ce champ :

- La loi de 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confère au conseil général le statut de chef de file de l'action sociale et médico-sociale.
- le Département s'implique déjà fortement à travers la conduite d'une politique ambitieuse en direction du handicap et de la dépendance par :
 - ▶ La gestion d'une direction des personnes handicapées en charge des missions d'accueil des publics, des évaluations des situations, de la gestion de la prestation de compensation du handicap et de l'étude de l'opportunité des projets d'extension, rénovation ou création d'établissements médico-sociaux
 - ▶ La gestion d'une direction des personnes âgées en charge des missions d'accueil des publics, des évaluations de leurs situations dans le cadre de l'instruction de l'allocation personnalisée à l'autonomie, de l'instruction des dossiers portant demande de création d'établissements ainsi que de leur suivi.
 - ▶ L'exercice de la tutelle administrative et financière sur le GIP MDPH.

4.3 Une Incertitude forte : la loi sur le cinquième risque

L'instauration d'un cinquième risque de protection sociale se précisera au cours des prochains mois. Pour ce qu'il en est connu à ce jour, sa gestion ne donnera pas lieu à la création d'une cinquième branche de protection sociale puisque le gouvernement a précisé vouloir « conforter les conseils généraux dans leur rôle de maîtres d'œuvre des prestations de compensation en faveur de l'autonomie » ce qui le conduit à envisager d'« articuler sous l'autorité des conseils généraux l'intervention des MDPH et des coordinations gérontologiques ou équipes médico-sociales départementales », une offre de service qui pourrait donc se fondre dans le fonctionnement de Maisons départementales de l'autonomie.

5- LA PLANIFICATION DE L'ÉTAT EN REGION : LE PRIAC 2009 -2013

La planification régionale élaborée par les services de l'Etat en concertation avec les conseils généraux s'inscrit dans le cadre des orientations nationales. La loi du 11 février 2005 a créé un nouveau dispositif institutionnel de pilotage, s'agissant de la compensation collective des handicaps et de la perte d'autonomie. Ce dispositif, construit autour de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), a modifié les règles d'allocation de ressources aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées relevant de la compétence de l'Etat. La CNSA a inscrit ses priorités dans le cadre du plan pluriannuel 2008-2012 de création de places en établissements et services pour personnes handicapées.

Ce plan fixe des objectifs nationaux de création de places priorisés à partir notamment des plans thématiques nationaux qui ont une portée transversale. On peut citer :

- le deuxième plan autisme 2008-2010.
- le plan handicap visuel 2008-2011.
- le handicap psychique dans le cadre de la continuité du plan santé mentale.

Le polyhandicap est également une priorité dans le cadre de la mise en œuvre du décret n°2009-322 du 20 mars 2009 relatif « aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » ainsi que les traumatisés crâniens

Afin de mettre en œuvre ce plan national de création de places la CNSA s'appuie notamment sur les PRIAC.

Les PRIAC élaborés dans chaque région par la DRASS (puis à partir de 2010 par l'ARS) fixent les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie à échéance de cinq années.

Il fait l'objet d'une concertation et d'échanges avec les conseils généraux afin d'assurer une cohérence et une complémentarité avec les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées.

Les priorités pour le PRIAC 2009-2013 en Rhône-Alpes:

- ▶ Favoriser le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoce des handicaps chez les enfants.
- ▶ Développer l'accompagnement des enfants et des adultes handicapés en milieu ordinaire (familial, scolaire, professionnel).
- ▶ Assurer l'accompagnement institutionnel des enfants et adultes les plus lourdement handicapés.

- ▶ Diversifier les modes de prise en charge et adapter les dispositifs d'accompagnement aux besoins des usagers, notamment en prenant appui sur des dispositifs innovants.
- ▶ Poursuivre l'effort de création de places et services à destination des adultes handicapés psychiques dans le cadre du plan « santé mentale », en concertation avec l'ARH pour ce qui concerne les personnes hospitalisées en psychiatrie et réorientées vers des modes d'accompagnement médico-sociaux.
- ▶ Poursuivre les créations de places à destination des personnes autistes, enfants et adultes dans cadre du plan autisme.
- ▶ Accompagner au niveau régional les handicaps rares.

6- LE SCHEMA DEPARTEMENTAL

6.1 Contexte

Ce schéma est le document nécessaire au Conseil général pour définir et afficher à l'échelle départementale les orientations et actions en faveur des personnes handicapées pour les 5 ans à venir. Alors que le schéma précédent établissait un plan d'action élaboré par l'Etat pour les enfants et un plan d'action élaboré par le Conseil général pour les adultes, ce schéma, de la responsabilité du Conseil général, définit, après avis de l'Etat, un plan d'action pour les enfants et les adultes

Il prend toute la mesure du changement de paradigme posé par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées à la vie sociale.

6.2 Méthode d'élaboration

a- Une démarche participative de l'ensemble des acteurs et des représentants d'usagers

Des ateliers thématiques ont été constitués pour aboutir à une vision partagée des questions soulevées. Ils ont réuni des acteurs de l'action sociale et médico-sociale, des professionnels de l'intervention sociale, médico-sociale et de santé, des usagers et personnes expertes sur un thème donné, des représentants institutionnels publics ou associatifs. A l'issue de ces travaux, des préconisations ont été formalisées et présentées à la commission exécutive de la MDPH qui s'est vue confier le rôle de comité de pilotage du schéma.

b- Un diagnostic des besoins et des ressources sur la base d'un travail descriptif et prospectif

Plusieurs enquêtes ont été conduites concernant l'offre médico-sociale de la Loire :

- ▶ Etablissements d'hébergement pour adultes (Conseil général).
- ▶ Etablissements et services pour enfants et jeunes (Conseil général).
- ▶ Services d'accompagnement à la vie sociale (Conseil général) ;
- ▶ Etablissements et services d'aide par le travail, ESAT (DDASS).
- ▶ Accompagnement des personnes handicapées psychiques (Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale)
- ▶ Jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton (DDASS et Conseil général)

6.3 Pilotage et suivi des actions retenues dans le cadre du schéma

a- Une instance technique et une instance politique

- ▶ Pilotage technique : cette instance sera composée de représentant des services de l'Etat et du Conseil général ainsi que d'experts qualifiés dans le domaine du handicap → suivi de la mise en œuvre des actions préconisées.
- ▶ Pilotage politique : la Commission exécutive de la MDPH permet, de par sa composition, de réunir toutes les compétences → validation des points d'étapes réalisés par l'instance technique, ajustement nécessaire des actions.

b- Evaluation

L'évaluation des actions réalisées se fera dans le cadre de ces instances. Il est à noter que chaque fiche action identifie des objectifs, un ou des publics visés, le ou les référents de l'action, les partenaires associés et fixe des échéances de réalisation ainsi que des indicateurs de mesure.

7- DONNEES DE DEMOGRAPHIE GENERALE DANS LA LOIRE

7.1 *Un léger regain de population mais avec des disparités territoriales fortes*

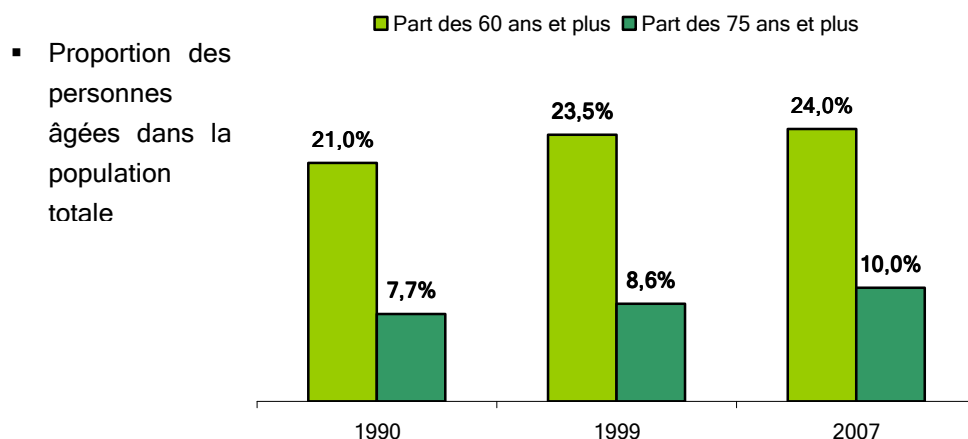
France métropolitaine	Rhône-Alpes	Loire
61 771 000 habitants	6 073 500 habitants	743 000 habitants

Source : INSEE - Estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2007

Les dernières estimations de la population de la Loire permettent d'entrevoir une légère croissance démographique depuis 1999, ce qui rompt avec la baisse enregistrée au cours de la décennie précédente. Mais cette progression cache des situations très diverses selon les territoires. Le dépeuplement des agglomérations de Saint-Etienne et Roanne profite aux communes périurbaines, qui bénéficient du desserrement de la population autour des pôles urbains. De même, la population vivant dans l'espace à dominante rurale connaît globalement un nouvel essor.

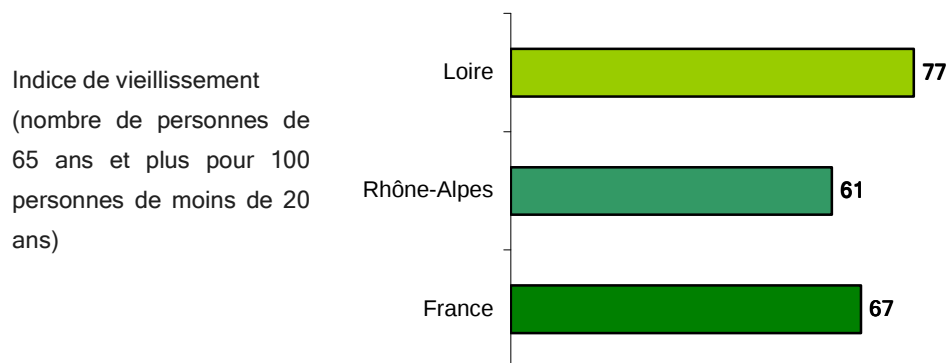
7.2 *Une population vieillissante*

Durant les 20 dernières années, la proportion des habitants de 60 ans et plus est passée de 21% en 1990 à 24% en 2007, s'alignant dorénavant sur la part des habitants de moins de 20 ans. Dans la même période, les personnes les plus âgées (75 ans et plus) sont également plus nombreuses.



Source : INSEE - Estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2007

En comparaison des territoires régional et national, la Loire reste un département vieillissant. L'indice de vieillissement traduit cette tendance : en 2007, la Loire compte 77 personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, alors que la France métropolitaine n'en compte que 67 et la région Rhône-Alpes 61.



Source : INSEE - Estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2007

Des projections de population réalisées ces dernières années par l'INSEE confirment l'intensification du vieillissement dans la Loire. D'ici 2020, les personnes de 60 ans et plus augmenteront fortement du fait de l'arrivée des générations du baby-boom dans les tranches d'âge 60-74 ans. Le nombre de personnes de 85 ans et plus va doubler : le creux des générations 1914-1918 fait place à des générations numériquement plus conséquentes.

8- LES PERSONNES HANDICAPEES DANS LA LOIRE

8.1 Une connaissance parcellaire du champ du handicap

Le dispositif statistique d'observation du handicap repose essentiellement sur:

- ▶ Les remontées administratives (statistiques sur les bénéficiaires des allocations (MDPH, Conseils Généraux, CAF), enquêtes ES (DREES), travailleurs handicapés (DARES + ANPE), scolarisation des enfants handicapés (Education nationale) ;
- ▶ Les enquêtes menées auprès des personnes en population générale (enquête HID - DREES, enquête Emploi - INSEE).

La juxtaposition de ces enquêtes génère une vision parcellaire. Par ailleurs, les enquêtes existantes intègrent peu de données d'ensemble sur les parcours.

8.2 La Loire, particulièrement concernée par le handicap

a- Essai de quantification à partir des bénéficiaires d'allocations et d'aides

Enfants et jeunes

- ▶ **1 493** orientations ont été réalisées par la commission des droits et de l'autonomie, vers un dispositif de l'Education nationale ou un dispositif médico-social en 2008.
- ▶ **2 111** bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31.12.2008.

Adultes

- ▶ **11 174** bénéficiaires de l'AAH au 31.03.2009, soit : 8 198 avec un taux supérieur à 80 % ; 2 976 avec un taux compris entre 50 et 79 %.

D'après le nombre de personnes allocataires d'une allocation enfant ou adulte handicapé :

- ▶ France métropolitaine : un rapport de **19 personnes handicapées pour 1 000** personnes âgées de 0 à 59 ans.

- Loire : un rapport de 27 personnes handicapées pour 1 000 personnes âgées de 0 à 59 ans.

8.3 L'avancée en âge des personnes handicapées

L'atelier mis en place dans le cadre des travaux du schéma a formalisé une définition partagée par ses membres : « **une personne handicapée âgée se trouve déjà en situation de handicap avant de présenter des signes de vieillissement, ceux-ci venant se surajouter aux incapacités de la situation initiale** ».

a- Augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes

C'est une problématique croissante depuis une vingtaine d'années, sous l'effet conjugué des progrès constants de la médecine, de l'amélioration de la qualité de vie et de l'accompagnement.

L'avancée en âge des résidents est, notamment, une réalité forte dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées. Une enquête a été administrée auprès des établissements d'hébergement enquête qui confirme ce constat, tant pour la problématique du vieillissement naturel que pour celle du vieillissement prématuré de leurs résidents.

C'est dans les FAM que la proportion est la plus importante : 4 établissements estiment à plus de 50% la proportion de personnes handicapées vieillissantes (2 établissements de 10 à 25%). Les foyers d'hébergement constatent fortement ce phénomène: ils sont 4 établissements à estimer une proportion de 10 à 25% et 5 établissements de l'ordre de 25 à 50%.

b- Augmentation des besoins spécifiques d'accompagnement, que ce soit en milieu spécialisé ou ordinaire

Ces besoins concernent :

- Des personnes qui ont toujours vécu en logement personnel ou en famille ou qui sont hébergées en établissement spécialisé pour adultes handicapés et qui subissent les effets du vieillissement, souvent de façon précoce.
- Des aidants naturels âgés qui ne sont plus en capacité physique d'accompagner la personne ou en capacité moindre.
- Des travailleurs vieillissants d'ESAT.

Le passage à une autre étape de vie peut arriver de façon progressive. Un événement

peut accélérer brutalement le franchissement d'une étape, modifiant ainsi considérablement la vie quotidienne. La rupture causée par un vieillissement précoce se matérialise trop souvent par des choix faits dans l'urgence, même si elle devrait être anticipée car prévisible.

c- Incidences sur l'organisation et le fonctionnement du système d'accompagnement : champ du handicap et champ de la vieillesse

En établissements pour personnes âgées :

- ▶ La forte pression existante est liée aux demandes d'entrées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en raison de la progression de la démographie du grand âge
- ▶ Les spécificités du projet de vie d'une personne handicapée vieillissante sont distinctes de celui d'une personne âgée dépendante pour un degré de dépendance qui peut être parfois le même dans les deux types de population. Du fait des différences d'âge, parfois très importantes dans le cas d'un vieillissement précoce, des différences de pathologies, la façon de vivre le quotidien et d'être accompagné ne seront pas les mêmes.

En établissement pour adultes handicapés :

- ▶ Des impacts forts sur les pratiques d'accompagnement existantes : la connaissance de la personne est à questionner de nouveau. Le vieillissement engendre une remise en question des pratiques d'accompagnement, afin de privilégier la recherche du bien être et le soin, et moins la fonction éducative.
- ▶ Des risques pour la mobilisation des équipes : mise au ralenti de certaines activités et refus de participation des résidents, créent parfois un ralentissement de la dynamique générale de l'établissement.

En ESAT, le ralentissement général provoque un glissement des pratiques d'accompagnement « professionnel » vers une approche « occupationnelle ».

Les besoins exprimés par les établissements d'hébergement dans l'enquête conduite par le Conseil général sont de plusieurs ordres :

- Médical/soin : accompagnement à la fin de vie (soins palliatifs), soutien psychologique, soins corporels.
- Préparation à la retraite.
- Prise en charge occupationnelle.
- Connaissance en gérontologie, psychologie du vieillissement.
- Temps de répit pour les équipes.
- Adaptation des locaux.

d - Le régime de l'aide sociale

Toute personne peut formuler une demande de PCH avant 60 ans et la demande peut être effectuée jusqu'à 75 ans dès lors que les critères étaient remplis avant l'âge de 60 ans. Cette dernière disposition permet donc aux personnes handicapées de plus de 60 ans et jusqu'à 75 ans de continuer à bénéficier du dispositif réglementaire en faveur des personnes handicapées.

Pour l'hébergement en EHPAD, toute personne handicapée, ayant un taux d'incapacité permanente au moins égal à 80 % pour bénéficier du maintien du régime d'aide sociale et dont l'incapacité aura été reconnue avant l'âge de 65 ans, pourra être accueillie dans un établissement ou service pour personnes âgées ou dans une unité de soins de longue durée en conservant le régime spécifique d'aide sociale qui lui est propre, plus favorable que celui réservé aux personnes âgées.

► **Première partie**

Etat des lieux Diagnostic

► Enfance et jeunesse

La prestation de compensation du handicap

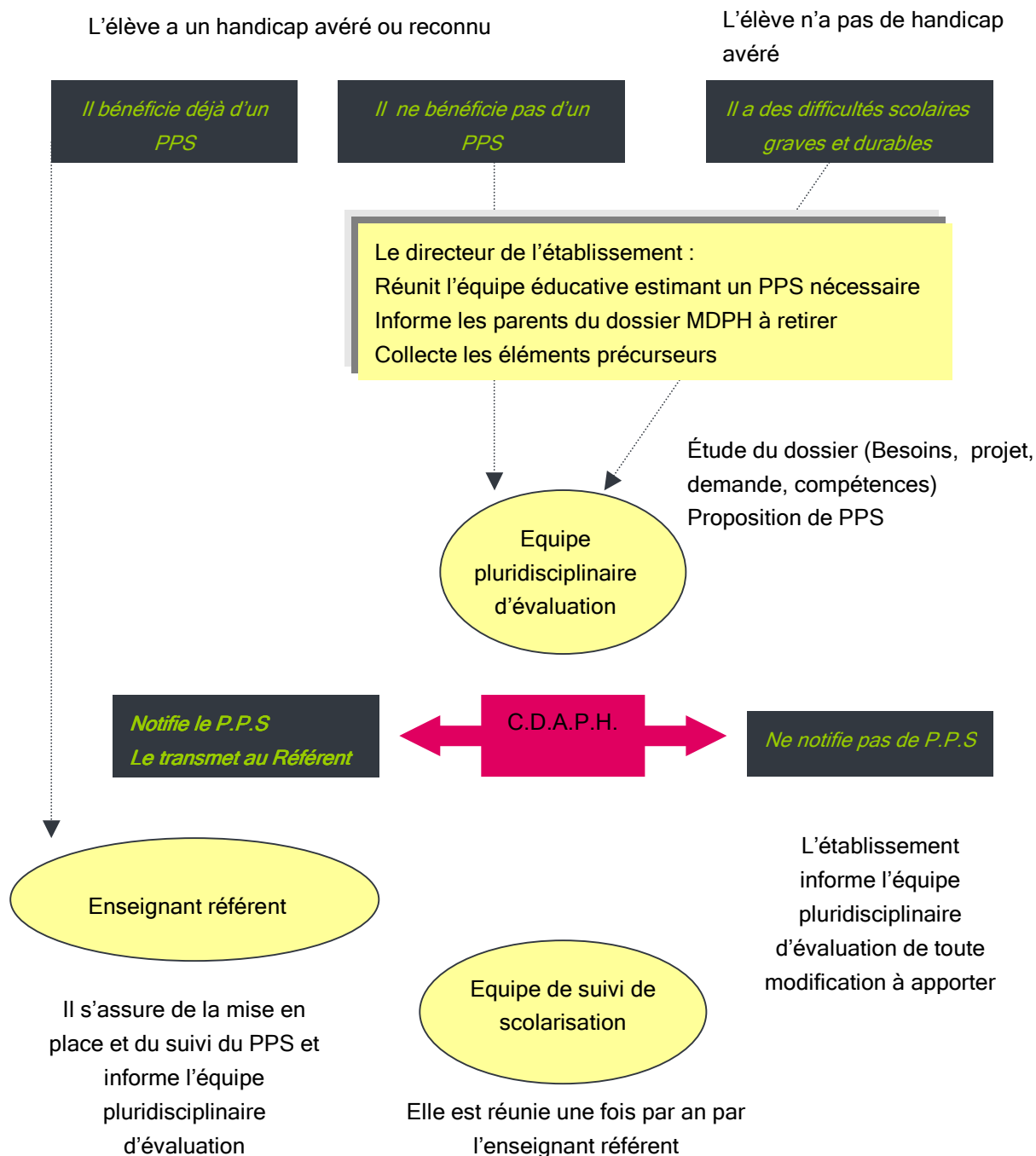
Elle a été ouverte au 1^{er} avril 2008 pour les enfants et les jeunes, avec un droit d'option entre le bénéfice de l'AEEH et de l'un des compléments et le bénéfice de la PCH. En cas de demande de PCH, les montants de chacune des deux prestations sont communiqués dans le plan de compensation afin que la famille puisse choisir l'option qui lui convient le mieux. Au terme de l'année 2009, une centaine de PCH enfants ont été accordées.

Orientations concernant la scolarisation et les établissements et services médico-sociaux : l'activité la plus importante du secteur enfants (36,3 %) de la MDPH

Les commissions de régulation initiées par les services de l'Etat dans le cadre du fonctionnement de la CDES ont été maintenues et confortées dans le cadre du fonctionnement de la MDPH. Ces commissions de régulation repensées en 2007 ont fonctionné pour la première fois en année pleine, en février et en juin 2008. La MDPH tient, à travers l'organisation et l'animation de ces commissions, un rôle de régulation et de coordination destiné à optimiser et à rendre effectives les orientations des enfants en établissements spécialisés.

L'Education nationale et la DDASS sont les acteurs de la mise en œuvre du volet scolarisation du plan de compensation pour les enfants, décidé par la commission des droits et de l'autonomie au sein de la MDPH.

Le projet personnalisé de scolarisation : un élément fort du plan de compensation



1- ETABLISSEMENTS ENFANTS

1.1 Aménagements et dispositifs adaptés au sein des établissements de l'Education nationale : des modalités d'accueil diversifiées et en hausse

- ▶ 2052 élèves handicapés pour 137 000 élèves dans la Loire scolarisés dans le premier et le second degré (public et privé), soit 1,5 % du total des enfants scolarisés.
- ▶ Ce pourcentage est de 1,5% dans l'Ain, de 1,7 % dans le Rhône et de 1,4 % pour la France.

a- 1 379 élèves handicapés en scolarisation individuelle avec ou sans accompagnement

- ▶ Détail des aménagements possibles :
 - Aides techniques
 - Adaptation des moyens pédagogiques
 - Moyens humains : voir ►►

b- 673 élèves en dispositifs collectifs au sein des établissements

- ▶ Dans les écoles élémentaires :

519 élèves, répartis dans 54 Classes pour l'inclusion scolaire (CLIS). Les élèves reçoivent un enseignement adapté au sein de la CLIS et partagent certaines activités avec les autres écoliers. La majorité des élèves de CLIS bénéficie aussi d'une scolarisation individuelle dans une autre classe de l'école.
- ▶ Dans le secondaire :

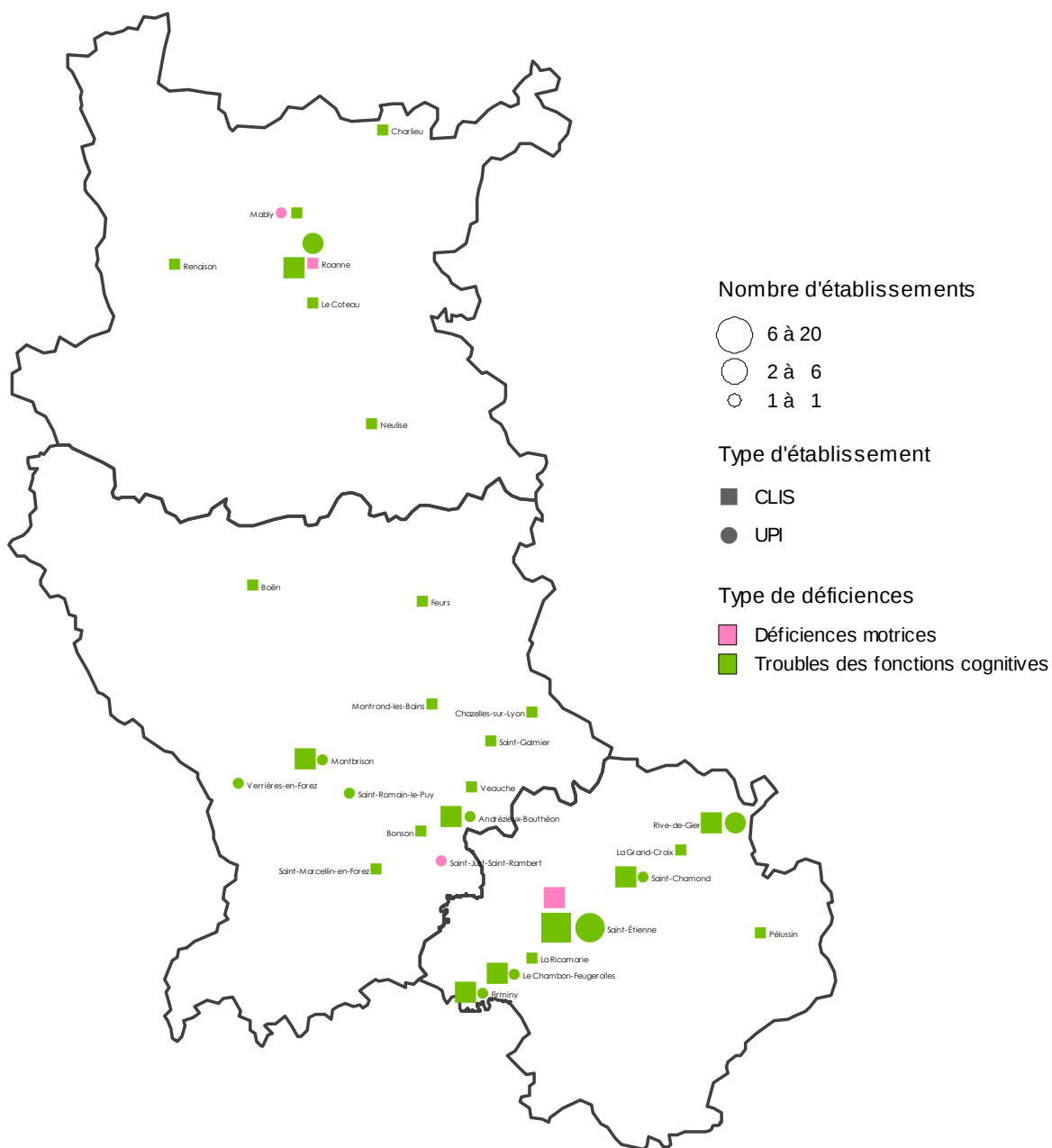
154 élèves, répartis dans 22 Unités pédagogiques d'intégration (UPI) : 15 en collèges et 7 en lycées. Les élèves sont scolarisés dans leur classe de référence et bénéficient du dispositif collectif UPI avec un enseignant spécialisé.

Remarques :

- Il n'y a pas de dispositifs spécifiques (CLIS ou UPI) pour les enfants et jeunes déficients sensoriels dans la Loire. L'établissement régional d'éducation adaptée

(EREA) qui existe à Sorbiers concerne des élèves dans le champ de la grande difficulté scolaire et non le handicap.

- Le nombre maximum d'élèves accueillis dans une CLIS ou une UPI est fixé respectivement à 12 et 10 élèves.



- ▶ Dans l'enseignement supérieur :
14 076 étudiants inscrits à l'université Jean MONNET pour l'année 2009-2010 ;
69 étudiants handicapés inscrits en 2009/2010 recensés et faisant l'objet d'un accompagnement (79 étudiants handicapés inscrits en 2008/2009 ; 52 en 2007/2008 soit une augmentation de 34% entre l'année universitaire 2007/2008 et 2008/2009).

1.2 Les établissements médico-éducatifs : un suréquipement pour la déficience intellectuelle dans la Loire par rapport aux moyennes régionale et nationale

a- Equipements

Le secteur des établissements médico-sociaux pour enfants et jeunes handicapés a fait l'objet de restructurations importantes dans le cadre du précédent schéma de l'enfance handicapée 2002-2007.

Sur le secteur de l'enfance, on peut noter en 2009 pour la Loire :

- ▶ Le taux d'équipement départemental décliné par type d'équipement nettement supérieur à la moyenne régionale en ce qui concerne les établissements pour déficients intellectuels.
- ▶ Les taux cependant inférieurs aux moyennes régionales, en ce qui concerne les établissements pour enfants et jeunes déficients moteurs. Des reconversions de places importantes de la déficience intellectuelle légère vers la déficience sévère en lien avec une politique affirmée de scolarisation en « milieu ordinaire » depuis 2001.
- ▶ Un déficit de structures en pédopsychiatrie que ne comblera que partiellement le plan santé mentale retenu en Rhône Alpes dans le SROS.

La programmation départementale inscrite au PRIAC s'inscrit dans le cadre de la politique menée depuis 2001 dans le département, dont l'objectif est de reconvertir des places existantes :

- Transformer des places dédiées à la déficience intellectuelle légère pour les affecter à la déficience sévère (autisme, polyhandicap en particulier). Ceci s'inscrit dans

deux orientations du PRIAC : soutenir la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants (réaffirmés par la loi de 2005) et apporter des réponses complémentaires pour les enfants les plus lourdement handicapés.

- Améliorer le maillage du territoire pour être au plus près des lieux de vie familiaux des enfants.
- Privilégier le développement de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (cf supra) dans un objectif de scolarisation en milieu ordinaire des enfants.
- Permettre par ailleurs au sein des établissements spécialisés de diversifier les modes d'accompagnements (externat, accueil séquentiel, accueil temporaire...) pour que le semi internat et l'internat ne soient plus les seules possibilités envisagées.

	LOIRE FIN 2001 (places financées)			Rhône-Alpes tx équip. 1999	France tx équip 1999	LOIRE FIN 2009 (places financées)			Rhône-Alpes Taux équip.
	Nb structures	Nb de places	Tx équip			Nb structures	Nb de places	Taux équip.	
► Etablissements pour déficients intellectuels et autistes	24	1138	6.2	4.3	4.6	24	1005	5.65	3.93
Dont déficients intellectuels		1079				21	900		
Dont Etablissements spécifiques pour l'autisme						3	60		
Dont Section autiste d'un IME		59				6	45		
► Instituts thérapeutiques et pédagogiques (troubles du comportement) (dont section ITEP IME)	4	301	1,63			9	239	1.34	1.31
► Handicap moteur et polyhandicap	4	126	0.68			7	178	1	1.02
Dont Polyhandicap						5	103	0.58	0.57
Dont handicap moteur						2	75	0.42	0.45
► Etablissements pour déficients auditifs	1	106	0,57			1	70	0.39	0.27
► Etablissements pour déficients visuels	0	0				0	0		0.03
TOTAL ETABLISSEMENTS	33	1671	9,08	4,3	4,6	36	1492	8.38	6.60

* Pour 1 000 jeunes de -20 ans

b- Un regard particulier : la scolarisation principale en établissement médico-social

Enquête voir annexe

2- ACCOMPAGNEMENT

2.1 Les centres d'action médico-sociale précoce

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ont pour objectif le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. L'accompagnement est effectué par une équipe pluridisciplinaire et est assuré, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaire et la PMI.

Les CAMSP doivent prendre en charge à la fois les problèmes somatiques, psychiques et sociaux de ces jeunes enfants, et les besoins d'aide et d'accompagnement de leurs parents.

Cinq centres sont implantés dans le département de la Loire pour une capacité totale de 193 places. Globalement, le taux d'équipement de la Loire est 3,61 places pour 1000 enfants de 0 à 6 ans, ce qui est supérieur au taux moyen régional qui est de 2,94.

Programmation PRIAC 2009-2013

- ▶ 12 places programmées dans le cadre d'un projet dédié à la périnatalité et à la prise en charge dès l'annonce du handicap jusqu'à la naissance des enfants et de leur famille.

2.2 Les services d'accompagnement sur le lieu de vie ou le lieu de scolarisation (SESSAD) : des capacités en forte hausse

a- Equipements

Le développement de ces services a été très important ces dernières années. Ceci s'est effectué parallèlement à la politique de réduction des places en établissement

spécialisé. Les services d'accompagnement médico-sociaux offrent 490 places, en hausse de 201 places financées depuis 2001.

Orientation et programmation du PRIAC 2009-2013 pour les SESSAD dans la Loire.

Dans le cadre du PRIAC 2009-2013, le développement de SESSAD sera privilégié dans le département de la Loire.

Les besoins repérés concernent plusieurs types d'enfants et d'adolescents :

- ▶ déficients auditifs ;
- ▶ déficients visuels ;
- ▶ déficients intellectuels ;
- ▶ enfants porteurs de troubles autistiques ;
- ▶ enfants porteurs de troubles du comportement.

A souligner :

En complémentarité avec les CAMSP, la création de SESSAD pour jeunes enfants (moins de 6 ans) notamment destinés à accompagner les enfants porteurs de troubles envahissants du développement ou de troubles autistiques ou de troubles apparentés, sera privilégiée dans le département.

TYPE D'AGREMENT	LOIRE FIN 2001 (places financées)			LOIRE FIN 2009 (places financées)			Région Rhône-Alpes
	Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement (source PRIAC)	Nombre de structures	Nombre de places	Taux d'équipement (source PRIAC)	Taux d'équipement 2009 (sources DRASS)
► Déficience intellectuelle		60		4	97		
► Déficience intellectuelle et autisme		0		1	10		
► Autisme et troubles envahissants du développement		20		4	38		
► Troubles du comportement		66		3	54		
► Déficience intellectuelle et troubles du comportement		0		6	86		
► Troubles sévères du langage oral		0		2	26		
► Handicapés moteurs				2	61		
► Handicapés moteurs polyhandicapés		80		1	30		
► Déficience auditive		63		3	68		
► Déficience visuelle		0		1	20		
<u>TOTAL</u>	12	289	1 ,57	27	490	2.75	2.42

* Pour 1 000 jeunes de -20 ans

b- Interventions des services :

Une enquête a été conduite dans le cadre de ce schéma ; elle porte sur 250 enfants suivis au 1^{er} janvier 2009, répartis sur 12 services d'accompagnement différents.

A RETENIR pour le secteur médico-social

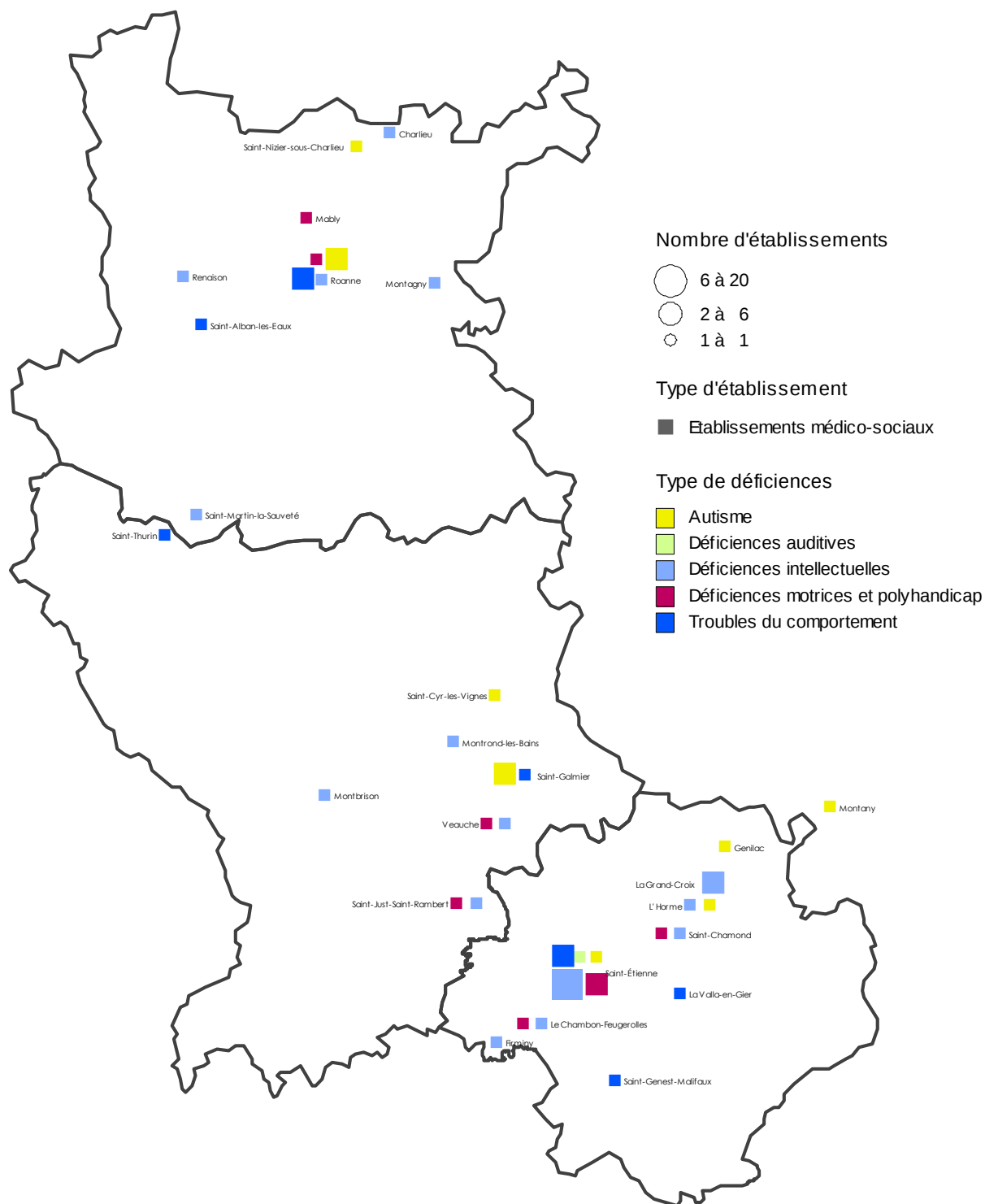
Etablissements :

- ▶ Suréquipement concernant la déficience mentale par rapport aux moyennes régionale et nationale ; mais des reconversions de places importantes de la déficience intellectuelle légère vers la déficience sévère en lien avec une politique affirmée de scolarisation en « milieu ordinaire » depuis 2001.
- ▶ Les taux demeurent cependant inférieurs aux moyennes régionales, en ce qui concerne les établissements pour déficients moteurs, ce qui conduit l'Etat à définir une politique de création de places en établissement pour les déficiences motrices par reconversion de places existantes.
- ▶ Pour que le semi internat et l'internat ne soient plus les seules modalités d'accueil en établissement, la diversification des modes d'accompagnement en établissement (externat, accueil séquentiel accueil temporaire..) est également une priorité.

Services :

- ▶ Politique de l'Etat qui consiste à reconvertir des places d'établissements en places de services d'accompagnement en raison :
 - d'une offre d'accueil jugée satisfaisante dans notre département.
 - d'une politique affirmée de scolarisation en milieu ordinaire depuis 2001.
- ▶ Les services d'accompagnement médico-sociaux permettent le passage à une scolarisation ordinaire pour une majorité d'enfants qui ne bénéficiaient pas d'une scolarisation.
- ▶ De nombreux enfants et jeunes scolarisés antérieurement en établissements médico-sociaux ont intégré une classe en milieu ordinaire avec l'accompagnement d'un service.

Etablissements médico-sociaux pour enfants et adolescents



SERVICES

Les services médico-sociaux (appui à la scolarisation ordinaire) sont localisés en majorité sur le même site que les établissements.

NB : un service à Saint-Etienne intervient en appui à la scolarisation en milieu ordinaire d'élèves déficients visuels.

2.3 L'accompagnement de la scolarisation dans les établissements scolaires du primaire ou du secondaire et dans l'enseignement supérieur

a- Auxiliaires de vie scolaire dans les établissements de l'Education Nationale : explosion des attributions

Les demandes enregistrées auprès de la MDPH sont en constante progression. Elles progressent de 10% en 2008 par rapport à 2007. En 2009, la moitié des élèves bénéficie d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire collectif ou un auxiliaire de vie scolaire individuel (répartitions et évolutions en annexe).

	2007/2008	2008/2009	Évolution
1 ^{er} degré	621	795	+28%
2 nd degré	197	259	+31%
TOTAL	818 (sur 1861)	1054 (sur 2052)	+29%

b- Université à St Etienne

La mission handicap de l'université peut mettre en place un soutien pédagogique en dehors des heures d'enseignement ainsi qu'un accompagnement, en particulier concernant les prises de note, assuré par un étudiant de même formation que l'étudiant concerné (pour les aménagements techniques, la majorité des étudiants bénéficient d'un tiers-temps. Par ailleurs, une bourse à l'ordinateur est mise en place pour tous afin de favoriser la possession d'un ordinateur personnel).

3- LE TRANSPORT DES ELEVES HANDICAPES FINANCE PAR LE CONSEIL GENERAL : EN CONSTANTE AUGMENTATION

Le Conseil général est l'organisateur des transports scolaires pour tous les élèves du département (établissement de l'Education Nationale ou du Ministère de l'agriculture). A ce titre, il gère le transport des élèves et des étudiants handicapés entre leur domicile et l'établissement scolaire, **sur avis médical de la MDPH**. Ce sont, en 2009, près de 670¹ élèves ou étudiants qui auront bénéficié de ce service.

- **Les enfants et les jeunes bénéficiaires d'un transport scolaire financé par le Conseil général sont en constante augmentation :**

- 482 en 2006, 526 en 2007, 593 en 2008; 670 en 2009

Ces données sont en correspondance avec la hausse constante des dépenses des Conseils généraux mise en lumière par l'enquête CNSA : + 23,40% en 2008 par rapport à 2006. Entre 2006 et 2008, le nombre de personnes transportées a augmenté de 18% et le coût individuel du transport a progressé de 4,65% (plusieurs explications : allongement des trajets, diminution des regroupement d'enfants, augmentation des transports en véhicules spécialisés).

Le schéma d'accessibilité des transports interurbains a élaboré un plan d'action relatif à la mise en accessibilité du réseau du Conseil général. Il élabore également des préconisations. Objectif : adapter l'offre de service de transport des élèves et étudiants handicapés en fonction des orientations pour le transport, des capacités à utiliser le transport collectif, du projet de scolarisation et des besoins de déplacement.

- Définir les modalités d'ouverture et de fonctionnement du service de transport des élèves handicapés en adéquation avec les horaires scolaires.
- Informer sur les possibilités offertes par le transport collectif.
- Assurer, par la direction des transports et de la mobilité, la coordination établissement d'enseignement / transporteur / famille.

¹ Chiffre fourni par la Direction des déplacements et de la mobilité du Conseil général.

4- L'ACCUEIL DANS LES STRUCTURES DE PETITE ENFANCE

4.1 Un des axes d'actions de la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants de la Loire

Le Conseil général a élaboré un schéma départemental d'accueil de la petite enfance pour la période 2008-2012 en collaboration avec les caisses d'allocations familiales et de la mutualité sociale agricole pour développer et coordonner la politique départementale et ainsi faire face aux nouveaux enjeux que représente ce domaine d'intervention publique. Il s'est appuyé sur la commission départementale de l'accueil des jeunes enfants (CDAJE), instaurée par le Décret du 3 mai 2002 et mise en place dans le département de la Loire en 2003.

Plusieurs freins sont cependant soulignés :

- Les établissements d'accueil rencontrent des difficultés en termes de moyens humains et financiers pour faire face à toutes les demandes.
- Les établissements collectifs n'étant pas accessibles à toutes les familles, l'offre de garde individuelle spécifique doit aussi être favorisée.
- L'absence de formation et d'accompagnement spécifique de l'assistant maternel dans ce type d'accueil, constitue un frein à l'accueil de ces enfants.
- Les parents peuvent avoir des frais importants liés aux transports du fait qu'une réponse adaptée se trouve éloignée de leur domicile.

4.2 Etat des lieux dans la Loire : une offre globale d'accueil satisfaisante ; encore trop peu d'enfants handicapés accueillis

- 93 enfants handicapés ont été accueillis en 2006 dans 46 établissements d'accueil.

a- Estimation de la demande potentielle en garde

- ▶ 1 062 enfants de moins de 6 ans bénéficiaires de l'AEEH en 2008 (hors complément 5 et 6²) pour 53 513 enfants de moins de 6 ans dans la Loire en 2006.
 - DONT 385 enfants de moins de 3 ans bénéficiaires de l'AEEH en 2008 (hors complément 5 et 6) pour 26 492 pour enfants de moins de 3 ans en 2006.

b- Calcul de l'offre

- ▶ 2 802 places en structures d'accueil collectif (crèches, haltes-garderies, multi-accueil et jardins d'enfants).
- ▶ 10 577 places d'accueil agréées chez les assistants maternels (hors places d'accueil périscolaire).

Les structures limitent, par manque de moyens humains, le nombre d'enfants handicapés accueillis. L'accueil de ces enfants impacte le taux de fréquentation : moins d'enfants accueillis en même temps, horaire plus personnalisé.

Les assistants maternels ne sont pas formés et insuffisamment accompagnés pour cette forme d'accueil. La formation continue accessible aux assistants maternels depuis 2007 leur permet d'acquérir ou de développer des connaissances et des compétences.

² L'AAEH fonctionne avec 6 compléments, les 4 premiers, ne nécessitant pas que les parents interrompent totalement leur activité professionnelle ou qu'il soit nécessaire de recourir à l'aide d'une tierce personne à temps plein, ces catégories peuvent donc entraîner des besoins de garde

5- L'ACCUEIL DANS LES CENTRES D'ACCUEIL COLLECTIFS DE MINEURS

La direction départementale jeunesse et sports de la Loire a entrepris la conduite d'une enquête afin de dresser un état des lieux de l'accueil des jeunes ayant un handicap, état des lieux inexistant jusque là.

- Les premiers résultats montrent que les centres d'accueil collectifs (anciennement dénommés CLSH) ont ou ont eu à accueillir des jeunes handicapés (sur la base de l'analyse de 104 questionnaires reçus).

Les centres d'accueil collectifs de mineurs ont en majorité une expérience de l'accueil d'enfants et de jeunes handicapés: 67% des répondants (interrogés sur l'accueil depuis 2005). Pour l'année 2009, plus de la moitié des structures répondantes ont accueilli un enfant ou un jeune handicapé. Les déficiences intellectuelles et les troubles du développement apparaissent comme les types de handicap dominants, ainsi que les troubles psychiques, suivis par les déficiences sensorielles.

La fréquentation est en majorité régulière : 37% lors des vacances scolaires, 39% à l'année. Ce constat nous invite à souligner la confiance des familles qui confient sans difficulté leurs enfants de façon durable lorsque un centre est connu et reconnu.

Les besoins soulignés par les structures interrogées :

- L'information : 53,7%
- La formation : 30,6%
- L'accompagnement : 42,1%
- La mise en réseau : 32,2%

Remarque :

Le Conseil général subventionne les structures gestionnaires par une aide au fonctionnement.

- Cette subvention a progressé : 499 euros en 2007 → **612,5 euros pour 2009**
- la valeur nominale du bon vacances servi par la CAF de Saint-Etienne a été doublée en 2009 pour les enfants bénéficiaires de l'AEEH. Ce bon vacances majoré est délivré sur demande de la famille.

► Adultes

1- HEBERGEMENT MEDICO-SOCIAL ADULTE, ACCUEIL EN JOURNEE, ACCUEIL TEMPORAIRE

1.1 L'offre d'hébergement

a- Equipements

Le nombre de places d'accueil est de 1256 places à la fin de l'année 2009.

Il était de 864 places à la fin de 2001 soit une progression de 392 places (dont 60 relevant d'un financement exclusif Assurance Maladie, 97 financées conjointement par l'Assurance Maladie et le Conseil Général, et 235 relevant d'un financement exclusif du Conseil général)

TYPE D'AGREMENT	LOIRE FIN 2001			Tx équip.* Rhône- Alpes 2001	France Tx équip.* 1999	LOIRE FIN 2009			Tx équip.* Rhône- Alpes 2009 ⁽²⁾	France Tx équip.* 2007 ⁽³⁾
	Nb de structures	Nb De places	Tx Equip.* départ.			Nb de structures	Nb de places	Tx Equip.* départ. ⁽¹⁾		
► Maison d'Accueil Spécialisée	4	133	0,35	0,36	0,43	6	193	0,51	0,49	0,58
► Foyer d'accueil médicalisé	4	131	0,76*	1,20*	1,22*	10 Dont 3 structures PHV	228 64	0,59	0,59	0,40
► Foyer d'hébergement	13	486	1,27	1,59	1,27	16	397	1,04	1,41	1,19
► Foyer de vie	3	114	0,76*	1,20*	1,22*	16 Dont 1 MAPHA**	426 42	1,12	1,18	1,25
► Foyer appartement	-	-	-	-	-	1	12	-	-	-
TOTAL	24	864	2,27	3,15	2,92	49	1256	3,29	3,67	3,42

* Les taux d'équipement en foyer de vie et FAM sont calculés ensemble

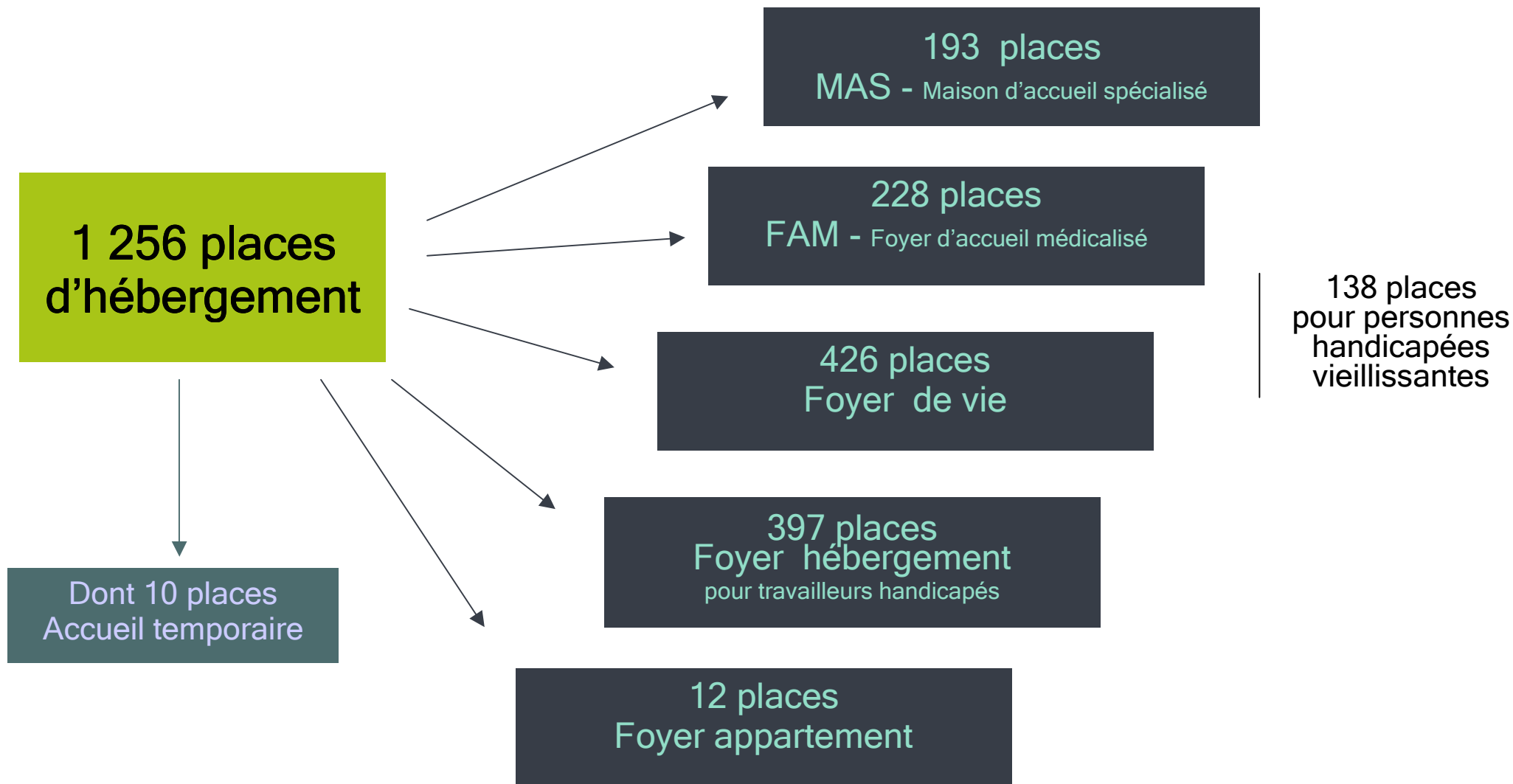
Taux d'équipement : pour 1000 adultes de 20 à 59 ans.

** MAPHA : structure de type foyer de vie avec une médicalisation financée par le Conseil général

(1) Source Conseil général. Estimations population 2007

(2) Source Statiss. Estimations population 2007

(3) Source Statiss et Finess. Estimations population 2006



b- Personnes accueillies dans les établissements médico-sociaux d'hébergement pour adultes handicapés : le handicap psychique progresse, dans un contexte d'avancement en âge.

Voir enquête en annexe

c- Personnes en attente de place : 250 personnes (personnes identifiées par la MDPH et rattachées à la MDPH de la Loire, en attente effective d'une place d'hébergement au 01.01.2009)

Les individus âgés de 45 ans et plus représentent 30% de l'effectif*, 8% a plus de 55 ans. La plupart est déjà bénéficiaire d'une aide attribuée par le Conseil général : parmi eux 60% sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement et dans une moindre mesure de la PCH.

(Les tranches 45-54 ans et 55 ans et plus ont été prises comme références en vue de faciliter l'analyse des résultats : notamment pour avoir une première lecture de la proportion des usagers qui peuvent être considérés comme « vieillissants »)*

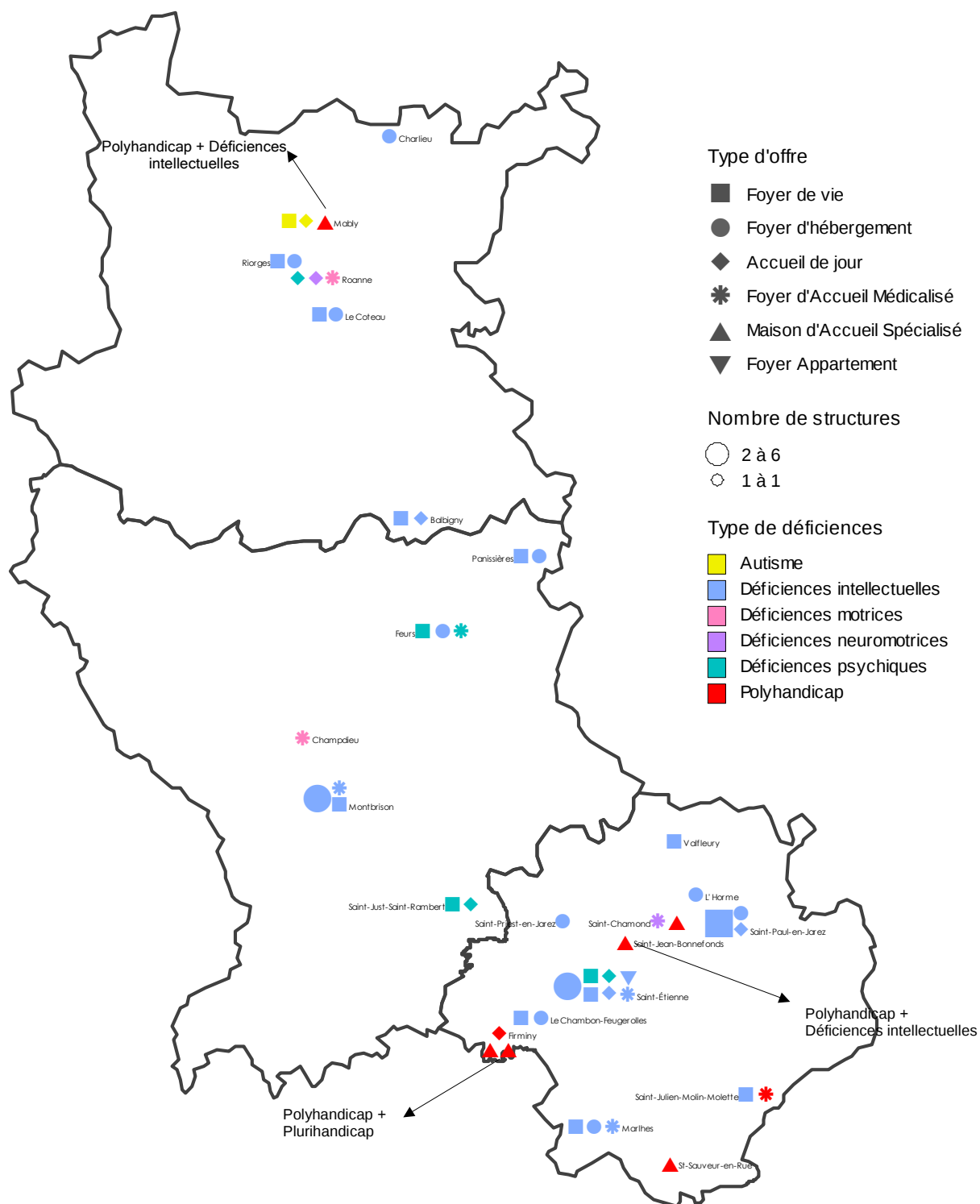
- ▶ 250 adultes en attente d'une place en établissement d'hébergement adulte, dont 52 en orientation MAS, de compétence Etat au 31 décembre 2008.
- ▶ **198 personnes sont sans solution (hébergées en famille), dont 110 personnes de moins de 45 ans*** :
 - 50% demandent une place en foyer de vie,
 - 25% une place en foyer d'hébergement,
 - 15% une place en FAM.
- ▶ **Réorientations souhaitables déclarées par les établissements** : elles concernent les foyers d'hébergement et les foyers de vie et soulignent un rééchelonnement des besoins vers un accompagnement plus soutenu : Pour la moitié des personnes hébergées actuellement en foyer d'hébergement (autrement dit des personnes qui travaillent en ESAT la journée), il est mentionné qu'une place en foyer de vie serait plus adaptée; plus de 20% en SAESAT ou section d'activité (réaménagement du temps en ESAT). Plus de la moitié des personnes en attente hébergées actuellement en foyer de vie, auraient des besoins correspondant à un accompagnement en FAM : cette donnée reflète une demande forte en médicalisation, exprimée par les établissements.

1.2 Places d'externat des établissements d'hébergement et structures dédiées à l'accueil en journée

- ▶ 117 places d'accueil de jour :
 - 9 sections d'activité de jour qui ont une capacité de 99 places.
 - 18 places d'accueil de jour en MAS

- ▶ L'activité de jour des travailleurs d'ESAT à temps partiel, et ne pouvant plus travailler, est traitée dans le volet activité ►►

Etablissements médico-sociaux d'hébergement et accueil de jour



1.3 Accueil familial

- 32 places d'accueil familial sont proposées à des adultes handicapés dans le département au titre de l'accueil familial médico-social à la fin 2009.

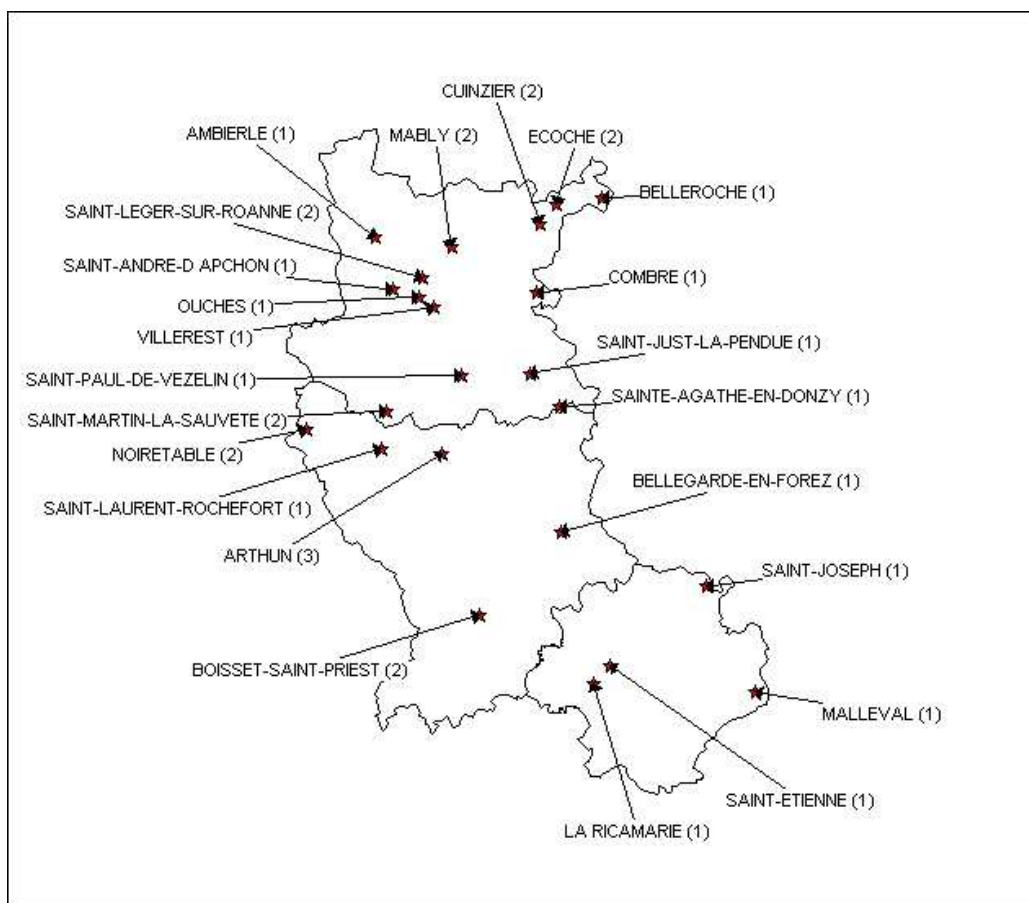
Profil des personnes accueillies :

- Ayant toujours vécu chez leurs parents, avec ou sans accompagnement.
- Sortant d'une hospitalisation mais n'étant pas encore aptes à (re)vivre en milieu ordinaire.
- Ayant des potentiels d'autonomie.

Les prérogatives du Conseil général concernant l'accueil familial :

- Une procédure d'agrément, de renouvellement et de retrait de portée nationale
- L'obligation d'organiser la formation des accueillants familiaux
- L'organisation du contrôle des accueillants familiaux, le suivi social et médico-social des personnes accueillies, et le contrôle des remplaçants

Par convention avec le Conseil général, les SAVS du département assurent l'accompagnement à la vie sociale des personnes accueillies.



Jeunes adultes hébergés en établissement pour enfants et adolescents au titre de l'amendement Creton

Lorsqu'une personne handicapée accueillie dans un établissement ou un service médico-social pour enfants et adolescents handicapés ne peut être immédiatement hébergée dans un établissement pour adultes, désigné par la CDAPH, elle peut y rester au-delà de l'âge de 20 ans. Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente (Assurance Maladie, Conseil Général) pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins, correspondant à celle de l'établissement pour adultes, désigné en CDAPH.

- Une enquête réalisée par le Conseil général fait apparaître, à fin 2009, 76 jeunes adultes originaires de la Loire en amendement « Creton » relevant normalement d'un établissement financé par le Conseil général :
 - 62 ont une orientation foyer de vie,
 - 14 ont une orientation FAM.

L'Etat a dénombré 12 jeunes adultes en amendement Creton relevant d'une orientation MAS.

A RETENIR

- ▶ 250 adultes en attente d'une place en établissement d'hébergement adulte (dont 52 en orientation MAS de compétence Etat).
- ▶ **198 personnes sont sans solution (hébergement en famille), dont 110 personnes de moins de 45 ans :**
 - 50% demandent une place en foyer de vie
 - 25% une place en foyer d'hébergement
 - 15% une place en foyer d'accueil médicalisé.**et 148 personnes disposent d'une solution mais d'une solution qui n'est plus adaptée à leur situation.**
- ▶ **Les établissements d'hébergement sont confrontés au vieillissement de leurs résidents, ainsi que les ESAT .** Les personnes âgées de 45 ans et plus représentent entre 34% (FAM) et 45% (foyers d'hébergement) des personnes hébergées.

Ce phénomène a des répercussions fortes sur les modalités d'accompagnement organisées par les établissements.
- ▶ **Les déficiences d'ordre psychique progressent :** les troubles d'origine psychique concernent ainsi le quart des adultes hébergés (plus de la moitié des adultes hébergés en foyer de vie).

2- ACTIVITE ET EMPLOI

2.1 La MDPH au cœur du processus d'insertion pour l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des usagers

a- Forte progression du volet « professionnel » de l'activité de la MDPH de la Loire

Depuis 2009, pour toute demande d'AAH formulée, la MDPH doit examiner la possibilité d'attribuer une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et/ou de réaliser une orientation professionnelle. Sur 11 174 bénéficiaires de l'AAH au 31.03.2009 dans la Loire, il est encore impossible d'estimer la proportion des personnes susceptibles de bénéficier d'une orientation vers l'emploi.

- **5 365 reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé** ont été accordées en 2008 (dont plus de la moitié de renouvellements)

Le service public de l'emploi et les partenaires de l'emploi prennent ensuite le relais de la commission des droits et de l'autonomie et assurent l'accompagnement .

Voir schémas ci-après

b- Travail en réseau

La MDPH de la Loire est département pilote dans le cadre de projets nationaux expérimentaux financés par la CNSA :

- Réseau Record : Réseau de Ressources Coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap au service de la Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Réseau Galaxie : collectif de structures d'accompagnement de personnes fragilisées par des troubles psychiques créé en 2001 et regroupant une vingtaine de structures en France travaillant pour l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées psychiques. Les cibles : l'évaluation/diagnostic emploi, les processus de transition pour ré entraîner des personnes évaluées aptes à travailler en milieu ordinaire de travail, le maintien dans l'emploi, qui fait intervenir des acteurs différents de l'action insertion professionnelle (évaluation sur 18 mois).

- Dispositif appui Projet, financé par l'AGEFIPH, qui permet, après orientation prononcée par la CDA, d'évaluer les compétences du demandeur grâce à une mise en situation professionnelle encadrée par un tuteur.

Un dispositif dédié aux questions « maintien dans l'emploi » a notamment été mis en place au sein de la CDA sous l'impulsion de la MDPH de la Loire et de la coordination maintien dans l'emploi de la Loire ³.

Il n'existe plus dans la Loire de programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés (PDITH). Dans un contexte de réorganisation stratégique de la politique de l'emploi au niveau de l'échelon régional, des réflexions sont en cours quant à la création d'un nouvel outil de pilotage en Rhône-Alpes.

³ La Coordination de Maintien dans l'emploi est née de la volonté des partenaires sociaux et d'institutions compétentes d'œuvrer ensemble pour développer une politique régionale de maintien dans l'emploi des personnes handicapées concertée et lisible pour tous les salariés alors reconnus travailleurs handicapés et les employeurs dans chaque département. En Rhône Alpes, la Direction Régionale du Travail, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, l'AGEFIPH et la MSA ont signé une convention de collaboration.

Ces coordinations ont développé leur activité dans deux directions :

- une fonction d'observation, de qualification et d'orientation des demandes de maintien dans l'emploi formulées par les entreprises, les salariés ou les travailleurs indépendants
- une fonction d'animation du système d'acteurs intervenant dans le champ du maintien dans l'emploi.

**De la scolarisation à l'emploi
ou l'activité**

Se former tout au long de la vie
Formation continue

**En activité professionnelle ou à
caractère professionnel**

Cadre de droit commun
entreprises, fonction publique,
entreprises adaptées, centre de

Secteur médico-social
ESAT

Placement

Gérer sa vie quotidienne, être bien avec
soi-même et autrui

Accompagnement
éventuel

Reconnaissance des savoir-faire :
VAE, RSFP ou autre

**Développer / valoriser ses
compétences et ses
potentialités**

Préciser, adapter ou
définir son projet
professionnel

**Faire une
formation
professionnelle**

Stages
Stages de pré orientation

Organisme de droit
commun

**S'orienter / préparer la sortie des
dispositifs de scolarisation**

Structures
d'information
et d'orientation

Centre de
rééducation

Enseignant
réfèrent
Equipe de suivi

Enseignement
général, technique et
professionnel,
classique ou en
alternance

Scolarisation

**Projet
personnalisé de
scolarisation**

54

SESSAD

Référent
insertion
professionnell
e de la MDPH
**Suivi
individuel**

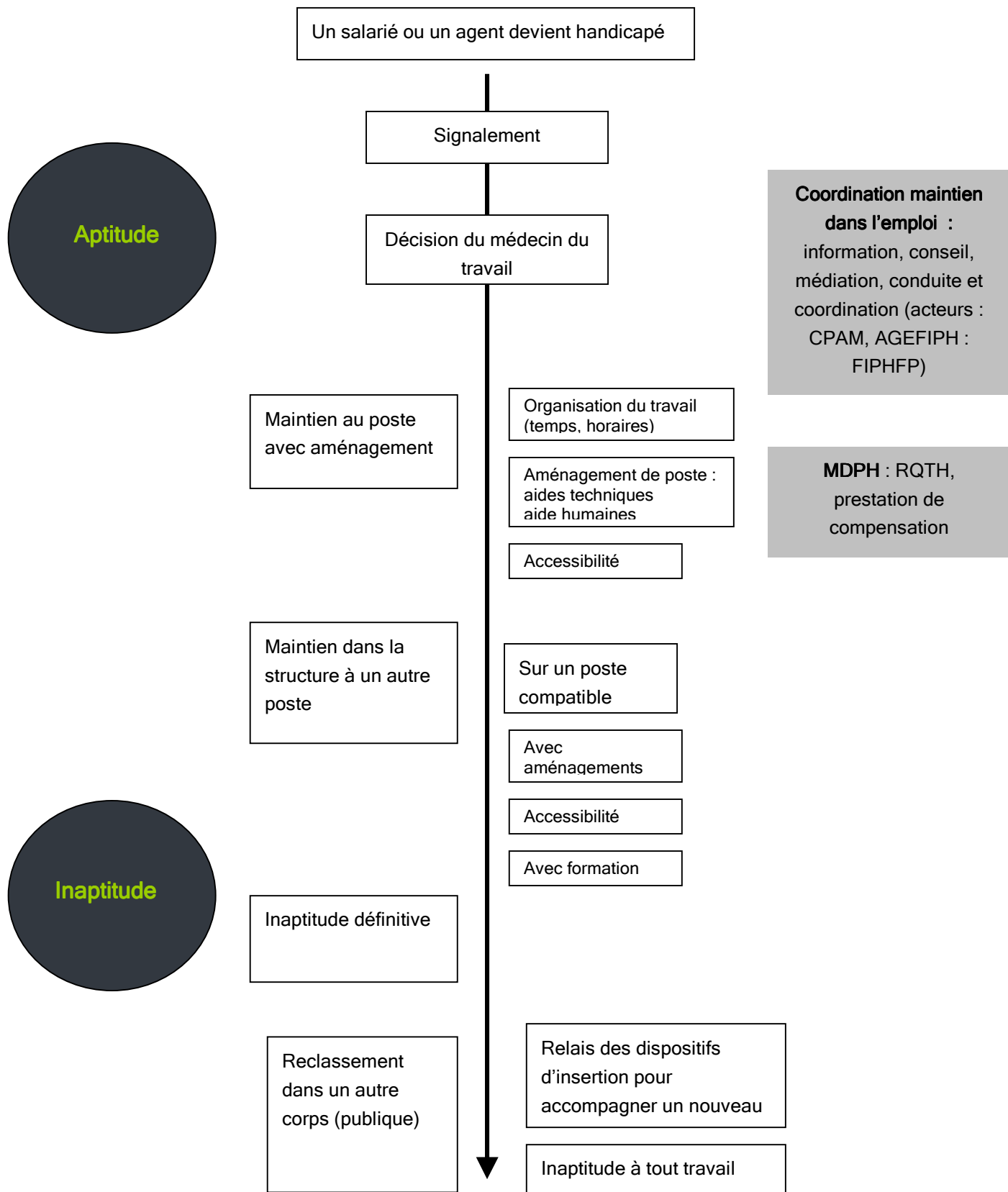
- RQTH
- Orientation
professionnelle

Validation

La personne
exprime un
projet

Equipe
pluridisciplinaire
MDPH secteur

Se maintenir dans l'emploi



2.1 L'insertion professionnelle en milieu ordinaire : des difficultés à intégrer le marché du travail

Chiffres issus du CRDI Rhône-Alpes

Le contexte départemental montre que les demandeurs d'emploi handicapés représentent 9,8 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi (près de 3 500 personnes au 31 décembre 2008).

► Les demandeurs d'emploi reconnus travailleurs handicapés inscrits à Pôle emploi en Rhône-Alpes au 31 mars 2009 :

	demandeurs d'emploi handicapés	/ ensemble des demandeurs d'emploi
Sexe	57% sont des hommes	51%
Age	35% ont 50 ans	16%
niveau de qualification	32% on un niveau infra V*	19%
ancienneté de la recherche d'emploi	44% ³ 1 an**	22%

* niveau CAP ** chômeurs de longue ou de très longue durée

Le contexte départemental montre également que les demandeurs d'emploi handicapés ont généralement des difficultés à intégrer le marché de l'emploi. Ils sont :

- plus âgés,
- moins qualifiés,
- moins formés,
- avec des niveaux de diplômes plus bas,
- avec un temps de chômage plus long.

► Le taux d'emploi direct en 2007 dans la Loire dans le secteur privé est le plus important de Rhône-Alpes mais n'atteint pas les 6% : 3,9% (2,9% dans Rhône-Alpes).

► Les personnes handicapées travaillent davantage que l'ensemble des salariés dans le secteur industriel.

	Salariés handicapés	/ ensemble
industrie	45%	25%
construction	6%	9%
tertiaire	48%	67%

- Comme pour le secteur privé, le taux d'emploi direct dans la Loire est le plus important de Rhône-Alpes : 4,5% (3,7% en Rhône-Alpes).

	Loire	Rhône-Alpes
Fonction publique territoriale	5,3%	4,0%
Fonction publique de l'Etat	3,7%	3,2%
Fonction publique hospitalière	4,6%	4,1%

Des freins cependant :

- Un contexte économique défavorable à l'emploi,
- Une méconnaissance du handicap : la connaissance des compétences, des potentiels, des contre indications ainsi que les stratégies d'accompagnement sont fortement déterminées par cette connaissance différenciée,
- Les inadaptations de l'environnement de travail dans les métiers,
- La non mise en place, en amont, de formations professionnelles permettant une préparation à l'emploi,
- La non information et la non démystification du handicap au regard des équipes qui accueillent la personne handicapée,
- Le non développement du réflexe à aménager un poste.

- En moyenne, 41,3% des structures publiques ou privées assujetties à l'obligation d'emploi ont recours à la sous-traitance d'ESAT.

2.2 Les équipements médico-sociaux : les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

a- Equipements

	LOIRE 2001 (places financées)			LOIRE FIN 2009 (places financées)			Tx équip. Rhone- Alpes	France Tx équip *. 2007
	Nb de structures	Nb de places financées	Tx Equip.* départ.	Nb de structures	Nb de places	Tx Equip.* départ.		
► ESAT	18	1186	/	21	1339	3,40 ₍₁₎	3,19 ₍₂₎	3,19 ₍₃₎
► Sections Spécialisées (section annexe à ESAT + service fusionné SAESAT +SAJ)	5	82	(4.1)	6	87	(4.2) ₍₂₎	NC	NC

* pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

(1) A partir du nombre de places financées, sur la base des estimations de population 2007 (source Conseil général)

(2) A partir du nombre de places installées, sur la base des estimations de population 2007 (source STATISS)

(3) A partir du nombre de places installées, sur la base du recensement 2006

b- Personnes accueillies : le handicap psychique progresse, dans un contexte d'avancement en âge.

- **Les ESAT de la Loire, au nombre de 21, représentent une capacité d'accueil financée de 1339 places à fin 2009 en équivalent temps plein de travailleurs handicapés, soit une progression de 155 places depuis 2001.**

Résultats de l'enquête réalisée par le CREA Rhône-Alpes pour la DDASS de la Loire au 01.01.2009

2.2 L'activité en journée des travailleurs d'ESAT et l'aménagement de l'activité

(Etat des lieux issu de l'enquête CREA pour la DDASS de la Loire, au 31.12.2008).

- **12,5 % des travailleurs d'ESAT de la Loire ont une activité à temps partiel.**

Les sections spécialisées, attachées à un ESAT, peuvent accueillir des personnes qui ne travaillent pas. Il s'agit d'un service ou centre d'accueil de jour (dont la définition juridique correspondrait à un foyer de vie sans hébergement). Ces sections permettent de maintenir un certain temps dans son environnement habituel la personne ne travaillant plus.

Les sections aménagées en ESAT, de type SAESAT, se distinguent des autres sections annexées à un ESAT, car elles proposent une adaptation du rythme de travail aux besoins spécifiques de personnes ne pouvant travailler à temps plein.

Elles s'adressent à trois types de population :

- Travailleurs jeunes, en situation de transition entre le secteur enfant et le secteur adulte.
- Travailleurs vieillissants, pour aménager leur perspective d'arrivée à la retraite.
- d'autres travailleurs nécessitant un régime adapté.

Il est proposé un temps partiel de travail en atelier, complété d'un temps de soutien éducatif et pédagogique. Les personnes affectées en SAESAT le sont, en principe à titre provisoire, puisque ces sections ont une fonction de transition et d'interface à l'entrée et à la sortie de la vie professionnelle .

L'ensemble bénéficie d'un financement du Conseil général s'agissant du temps non travaillé.

Le vieillissement et/ou la perte d'autonomie des travailleurs d'ESAT appellent une adaptation des rythmes de travail et un développement de l'accueil et de l'accompagnement du temps non travaillé. La plupart des établissements, au vu des réorientations souhaitables, prononcées ou envisagées, des usagers, ont souligné la nécessité de la création de places en accueil de jour (ou foyers occupationnels ou foyers de vie sans hébergement). Plusieurs établissements ont noté un dévoiement du rôle des SAESAT, qui connaissent - à l'instar des ESAT - un faible flux entrées /sorties des travailleurs et sont par conséquent de moins en moins occupées à titre transitoire. La population y est vieillissante. Enfin le constat qu'une part majoritaire des personnes accueillies est en situation de non travail conduit à assimiler ces sections aux autres sections précitées, définies comme des services occupationnels ou sections d'accueil de jour.

En réponse, principalement aux tendances lourdes de vieillissement dans les ESAT, des réorientations sont prononcées de plus en plus vers des sections d'accueil de jour ou des foyers de vie par la CDA.

Les résultats de l'enquête menée par la DDASS indiquent : **52** concernant les Sections aménagées en ESAT, SAESAT ; **49** concernant les sections d'activité de jour, annexées à un ESAT et **21** concernant les foyers de vie.

- Pour mémoire : la double mission des ESAT :
L'article L344-2 du CASF, réaffirmé par l'article 39 de la loi du 11 février 2005, rappelle que "Les établissements et services d'aide par le travail offrent [aux personnes handicapées qu'ils accueillent] des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social."

2.3 Les centres de rééducation professionnelle

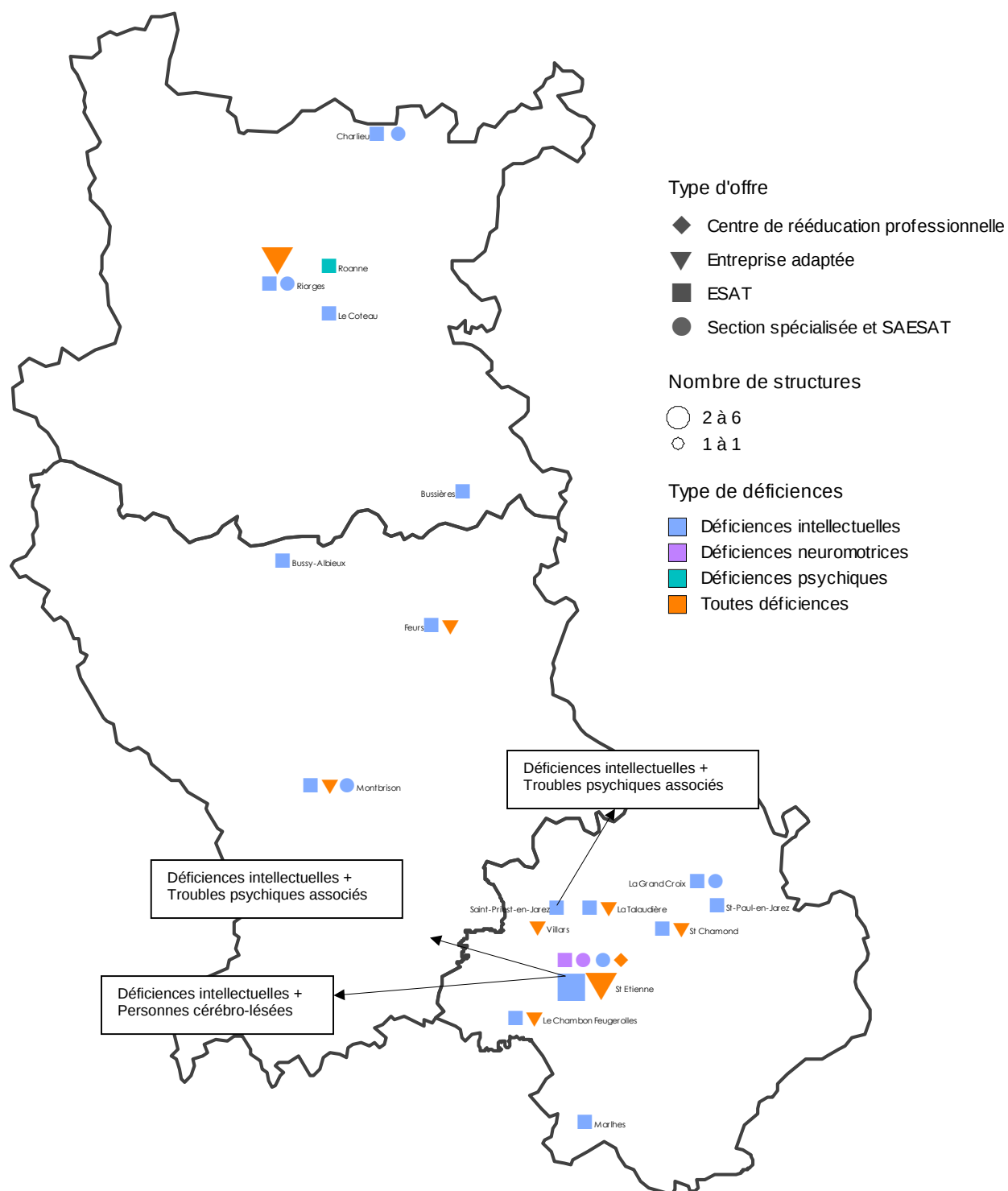
Ces établissements médico-sociaux, spécifiquement dédiés à la formation qualifiante des personnes handicapées, proposent, dans le cadre d'une programmation régionale, des actions allant de la préorientation à la qualification. Ils ont pour mission de faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés dans un projet d'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical,

psychologique et social individuel.

- 106 places installées en 2009 dont 10 Unités Expérimentale d'Evaluation, de Réentraînement et d'Evaluation Sociale et/ou Professionnelle, UEROS.

Insertion professionnelle

Activité et dispositifs pour usagers d'ESAT



3- ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

3.1 Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

La capacité « autorisée » de ces structures n'est parfois pas fixée (fonctionnement en file active), le financement se situant alors dans le cadre d'une enveloppe globale.

Les services ont des modes de fonctionnement très divers, du fait :

- Du type de prestation offerte par le service.
- Des caractéristiques et des besoins de la population suivie,
- De leur aire d'intervention, à différents niveaux : certains sont départementaux, les autres agissent au niveau de l'agglomération ou du « bassin de vie » autour de St Etienne et Roanne.

3.2 Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

- ▶ Un décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SAVS et des SAMSAH en définit les missions. Les SAMSAH intègrent, en sus des missions dévolues aux SAVS, une dimension thérapeutique à travers des prestations de soins ou un accompagnement médical et paramédical.
- ▶ Dans la Loire, des SAMSAH ont été progressivement installés dès 2006, en vue de favoriser le maintien à domicile de personnes handicapées psychiques et de personnes lourdement handicapées au niveau moteur. A noter qu'en 2004, une structure d'accompagnement à domicile avait été autorisée à titre expérimental sur le Roannais, pérennisée depuis dans le cadre d'un SAMSAH.

3.3 Les services de soins infirmiers à domicile

Le PRIAC 2009-2013 prévoit de développer l'accompagnement en milieu ordinaire en poursuivant la création de places de SAMSAH et de SSIAD.

20 places de SSIAD supplémentaires sont créées en décembre 2009 au sein d'un service spécialement consacré à l'accompagnement de personnes handicapées au niveau moteur, compte-tenu des besoins constatés pour ce type de publics. Il s'agit de la première structure de type SSIAD, dans le département, spécialisée dans l'accompagnement de personnes handicapées, les autres places de SSIAD en direction de personnes handicapées étant installées au sein de structures ayant par ailleurs vocation à accompagner des personnes âgées.

	LOIRE FIN 2009			
	Nb de structures	Nb de places	Tx de couverture* départ.	Tx de couverture* Rhone-Alpes
► SAVS	19	705 ⁽¹⁾	1,85 ⁽²⁾	NC
► SAMSAH	3	99	0,22 ⁽²⁾	0,15 ^(4.)
► SSIAD	15	67	0,12 ⁽³⁾	0,13 ^(4.)

* Nombre de places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans

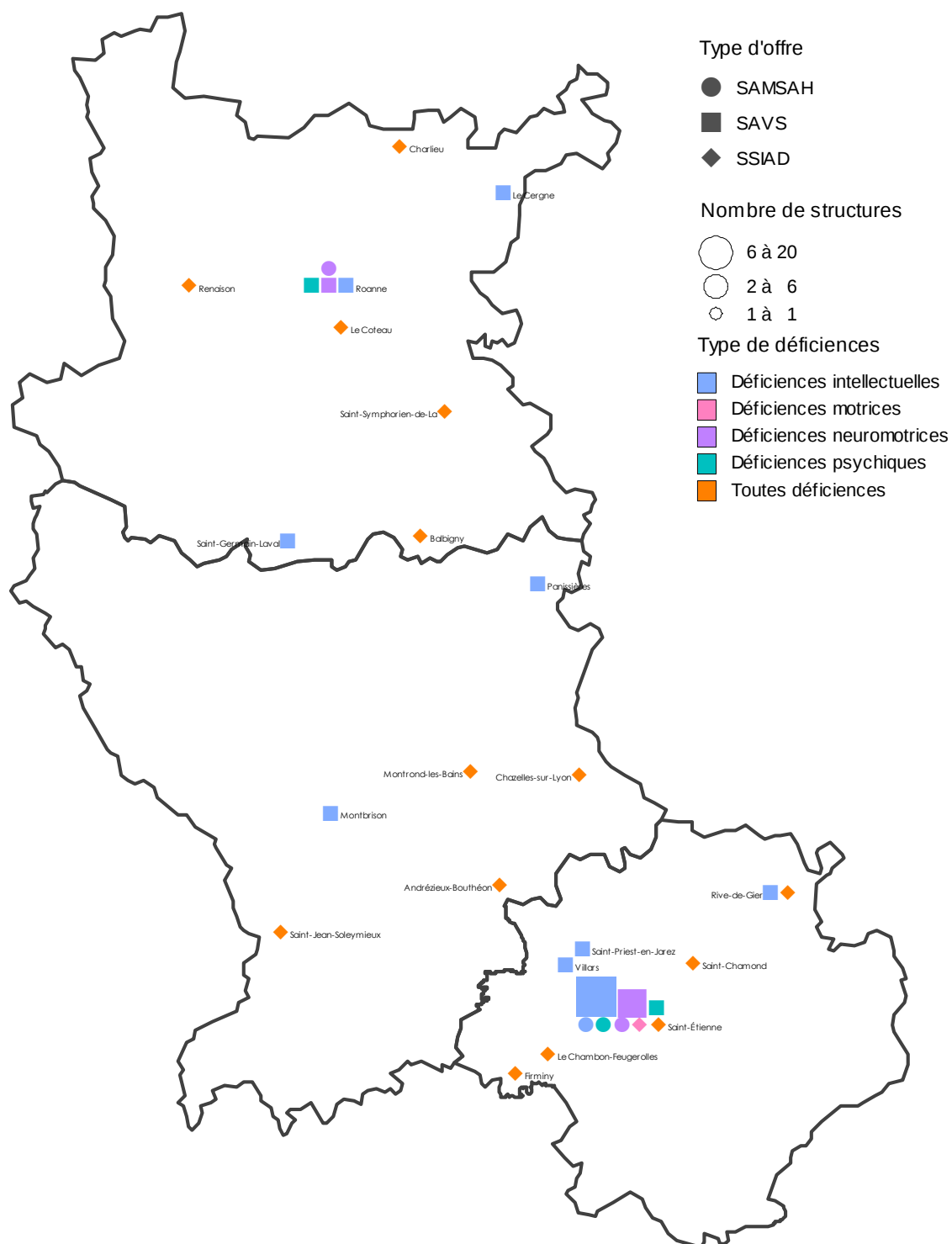
(1) Capacité non arrêtée pour 1 SAVS situé dans l'arr. de St Etienne et 1 situé dans l'arr. de Montbrison

(2) Source Conseil général. Estimations de population 2007

(3) Source DDASS. Estimations de population 2007

(4) Source PRIAC

Services médico-sociaux d'accompagnement et services infirmiers à domicile



4- LOGEMENT

4.2 Les logements adaptés et adaptables : Une offre en développement mais qui doit se structurer

Dans un contexte de progression en âge de la population, des progrès permanents de la médecine (moins de mortalité mais plus d'accidentés par exemple) et d'aspiration à vivre en autonomie dans son logement personnel, la demande est croissante.

► **L'adaptation du logement pour les personnes handicapées est un axe nouveau du Programme départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées de la Loire 2008-2013.** La mauvaise accessibilité du logement actuel d'un locataire qui aurait droit au logement HLM fait notamment partie des nouveaux critères de demandes prioritaires pour un logement HLM

Un recensement du patrimoine accessible, adapté et adaptable en 2008 a été effectué, à la demande de la MDPH, en 2008 pour le parc locatif social dans la Loire. Les bailleurs sociaux ont travaillé sur la base d'un référentiel du logement adapté, élaboré par la MDPH pour recenser l'offre de logements adaptés, adaptables et accessibles : cette collaboration a été le préalable nécessaire à la réalisation d'une base de données répertoriant par communautés de communes le nombre et la nature des logements.

Sur 42 135 logements collectifs recensés dans la Loire :

- **7 228 accessibles aux personnes handicapées, soit 17,1% du total**
et 14 164 aux personnes âgées/vieillissantes
- **4 248 logements adaptables.** La réglementation sur l'accessibilité intègre des conditions d'adaptabilité obligatoires pour les locaux d'habitation.
- **103 logements adaptés et 1 749 partiellement adaptés**

On peut souligner que les handicaps sensoriels sont peu pris en compte dans les aménagements en général lorsqu'est abordée la problématique d'accessibilité : il convient donc d'être vigilant lors des conceptions d'aménagements.

4.3 Modes d'habitat intermédiaires : en faveur de la diversification des choix de vie pour la personne handicapée

Les établissements médico-sociaux prennent en compte l'importance de la conception architecturale et l'adaptent de plus en plus : unités plus petites, séparations des lieux de vie par fonction, etc.

De façon concomitante, des solutions de nature à favoriser des modes de vie diversifiés entre l'établissement et la vie au domicile émergent.

Ces structures peuvent avoir plusieurs fonctions :

- De manière permanente : pour les personnes qui ont une capacité à vivre en autonomie suffisante pour s'inscrire dans le tissu social mais qui ont besoin d'un soutien régulier, plus ou moins important, pour s'y maintenir. Ce type de projet dépasse la seule dimension de l'habitat car celui-ci est articulé avec un accompagnement à la vie quotidienne. En collaboration avec la mairie et l'OPAC, un projet de famille gouvernante va ainsi voir le jour à St Chamond.
- En transition : pour des personnes handicapées dont l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne est susceptible de se développer pour aller vers le milieu ordinaire de la vie. Elles n'ont pas vocation à héberger de manière définitive les personnes handicapées mais seulement le temps nécessaire à une autonomisation suffisante permettant de vivre en appartement isolé.

5- MOBILITE

La loi fixe des échéances à la mise en accessibilité des systèmes de transports existants. Cependant, toutes les personnes handicapées ne sont pas en mesure d'être usagers fût-ce de transports adaptés et les différents trajets nécessaires, tant à l'égard du soin que des démarches de la vie quotidienne, peuvent occasionner des frais de transports importants :

- ▶ Domicile,
- ▶ Lieux de vie habituels et d'activités,
- ▶ Lieux de soins,
- ▶ Etablissements et services médico-sociaux.

Le secrétariat d'Etat à la Solidarité pilote actuellement un groupe de travail sur l'organisation du transport des personnes handicapées et a confié à la CNSA la réalisation d'une enquête nationale sur les frais de transports des personnes handicapées.

L'enquête révèle une multiplicité de possibilités d'interventions, « avec possibilité d'empilage ou de télescopage entre prise en charge collective et individuelle, avec risques de conflits de responsabilité entre les différents financeurs et un contrôle d'effectivité très lourd. »

- ▶ **135 personnes handicapées bénéficient d'une prestation de compensation du handicap au titre des transports** (dont 3 enfants) en 2008 :
 - ▶ parmi ceux-ci 75 (dont 3 enfants) le sont pour des trajets domicile - établissement

Environ 25 % des bénéficiaires de la PCH bénéficient d'une aide au titre des transports.

6- LOISIRS

Il convient de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite, l'offre de loisirs dans un environnement ordinaire, gérée généralement par des associations.

On peut souligner l'action exemplaire d'une fédération d'associations de personnes handicapées qui propose une offre de loisirs mutualisée ouverte à tout type de handicap, dans le cadre d'un l'accompagnement socio-éducatif (St Etienne).

A souligner également des projets loisirs impulsés par les SAVS.

CONTINUITE ENTRE LES FILIERES

ETAT DES LIEUX DES ARTICULATIONS ET BESOINS IDENTIFIES

1.1 Constat

Les secteurs du sanitaire, du médico-social et du social sont en France historiquement cloisonnés de par les modes de financement, les organisations, les outils de pilotage et même dans certains cas de par les philosophies de prise en charge.

Ce cloisonnement peut induire une prise en charge inadéquate d'une partie des patients. En conséquence, c'est tout le système qui est perturbé. Les filières manquent de fluidité en raison des « inadéquations ». Ainsi, à titre d'exemple, des patients sont maintenus en psychiatrie faute de place dans le secteur médico-social mais aussi par manque de coordination, des patients restent en soins de suite et de réadaptation par défaut de structures d'aval adaptées.

Le développement des filières de soins se heurte aussi au cloisonnement des compétences et repose souvent sur la capacité de conviction des acteurs à fluidifier les parcours de soins. Les initiatives en matière de coopération mises en place à l'initiative des professionnels, aussi riches soient-elles, sont cependant fragiles car revêtant un caractère informel ou lié aux personnes, ce qui pose la question de leur maintien dans le temps. De plus, les outils juridiques de type groupements de coopération ne répondent pas forcément aux besoins de l'ensemble des acteurs concernés.

Les ministères concernés insistent sur la nécessité d'articuler les différents dispositifs.

Par ailleurs, la CNSA est chargée d'organiser l'allocation de ressources et la planification en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. L'identification de ce risque (perte d'autonomie) traduit bien une volonté de surmonter « la césure » personnes âgées - personnes handicapées. Cela suppose une réelle articulation entre les outils qui relèvent aujourd'hui de sphères de compétences bien distinctes (sanitaire d'un côté, social et médico-social de l'autre).

Ce travail pluridisciplinaire constitue pourtant une nécessité rappelée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui donne un fondement légal au principe selon lequel les prestations délivrées par les établissements et services concernés par la loi « sont réalisés par des équipes pluridisciplinaires qualifiées ». L'article 21 préconise ainsi la conclusion de conventions entre les établissements de santé et les établissements médico sociaux afin de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement et de favoriser la coordination et la complémentarité.

1.2 Besoins identifiés

a- Questionnements généraux autour des articulations sanitaire/médico-social

Les instructions nationales invitent à favoriser l'ouverture de l'hôpital sur le médico-social et sur l'ambulatoire. Cette ouverture conduit aux questionnements suivants :

- ▶ Comment faciliter et favoriser le passage amont/aval entre le sanitaire et le médico-social ? Le développement ou le renforcement des liens entre acteurs, la consolidation des réseaux devraient y contribuer. Les questionnements doivent intégrer l'ensemble des modes d'intervention : institutionnel, ambulatoire et à domicile. De nouvelles formes de coopération devront concrètement se développer, comme par exemple l'intervention de l'hospitalisation à domicile dans les structures médico-sociales ou la constitution de réseaux dédiés à la prise en charge coordonnée des patients.
- ▶ Comment le sanitaire doit-il s'impliquer avec les établissements et services médico-sociaux pour favoriser les sorties d'hospitalisation tout en s'attachant à limiter les réadmissions qui pourraient être évitées par des interventions combinées (anticipation et traitement des situations de crise avant d'atteindre le seuil de l'urgence, consultation d'urgence..) ?
- ▶ Comment permettre l'apport de compétences techniques ou médicales au sein des établissements ou services médico-sociaux, dans un contexte de pénurie médicale ? Ce renforcement des moyens d'intervention du médico-social permettrait de limiter les (ré)hospitalisations et pourrait favoriser les sorties d'hospitalisation en garantissant aux acteurs du médico-social une possibilité d'intervention circonscrite en cas de besoin.
- ▶ Pour certaines situations complexes ou instables, ne serait-il pas possible de bénéficier de compétences externes permettant d'identifier la(les) réponse(s)

appropriée(s) ? Cet apport externe pourrait concerner la MDPH lorsqu'elle est confrontée à des situations nécessitant un regard spécialisé, mais également les établissements ou services qui pourraient ainsi bénéficier d'un partage d'expérience.

- ▶ La connaissance réciproque des structures est nécessaire pour garantir le fonctionnement des réseaux, mais elle ne doit pas occulter la nécessité d'une bonne connaissance des acteurs, ainsi que de leur capacité à travailler ensemble.
- ▶ Les personnes atteintes d'un handicap sensoriel ou cognitif rencontrent des difficultés pour l'accès aux soins. Des actions seraient à conduire tant pour assurer l'information auprès des personnes handicapées que pour développer la connaissance du handicap dans le milieu médical.

b- Handicap psychique

L'organisation mondiale de la santé considère que **sur les 10 pathologies les plus préoccupantes au niveau mondial pour le XXIème siècle, 5 sont des pathologies psychiatriques**: schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif. La France fait face à ce phénomène dans les mêmes proportions. La dépression toucherait plus de 3 millions de personnes de 15 à 75 ans (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé -INPES) et on évalue à 8 millions de français ceux qui ont vécu ou qui vivront un épisode dépressif au cours de leur vie (rapport national « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Janvier 2009).

- ▶ La loi de 2005 apporte pour la première fois reconnaissance et visibilité en intégrant les troubles d'origine psychique dans sa définition juridique du handicap.
- ▶ Une étude a été conduite en 2008 dans le cadre de la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM), intéressant directement le champ du handicap. Il s'agit d'une enquête auprès des établissements sanitaires de psychiatrie de la région visant à recenser, un jour donné (le 9 juin 2008), le nombre de personnes accueillies en hôpital psychiatrique en inadéquation, faute de structure ou de service d'accompagnement en aval, pour permettre leur sortie. Il ressort des premiers résultats de cette étude, à laquelle 26 établissements sur 43 ont répondu, que 806 personnes pouvaient, ce jour donné, être considérées comme hospitalisées de manière inadéquate, parmi lesquelles 60 % avaient des notifications MDPH. Dans tous les départements, l'orientation majoritairement préconisée était la structure médico-sociale. Pour la Loire (tous les établissements ont répondu), 30 personnes ont été identifiées ce jour avec une notification FAM

(8), Foyer de Vie (14), MAS (5), résidence d'hébergement (1), résidence-service (2). Pour une personne, par ailleurs, était identifié le besoin d'une structure pour personnes handicapées vieillissantes (1). Néanmoins, il est important de noter que cette enquête est basée sur une photographie, un jour donné, des services de psychiatrie du département et que, par ailleurs, cette enquête ne prend pas en compte les personnes vivant à domicile mais nécessitant néanmoins un accompagnement en établissement ou service médico-social.

L'enquête du Conseil général montre l'importance de cette question dans les projets d'établissements, notamment en foyer de vie : « projet médical » du résident), relations vers le sanitaire, et en FAM : « projet individuel de soin », « assurer le suivi en matière de santé et soutien psychologique », « accompagnement en fin de vie ».

- **La politique actuelle de santé mentale : pour une action globale centrée autour de la personne** : les différents plans nationaux de santé mentale témoignent de l'évolution d'une politique publique de prise en charge psychiatrique vers une politique publique de santé mentale, qui va au-delà d'une problématique de médicalisation. Ceux-ci soulignent la nécessité d'adopter une logique transversale.

→ Plusieurs dimensions sont ainsi prises en compte :

1. La prise en charge des troubles d'origine psychique : **la dimension du soin** ;
2. L'accompagnement du « handicap » social généré : **les relations entre la personne et son environnement**.

Plans santé mentale : quelques orientations

2001-2004 : Organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale.

Promotion des **conseils locaux en santé mentale** → en référence à des besoins territorialisés :

- identification des acteurs et des ressources sur le territoire,
- participation des usagers et de l'ensemble des acteurs,
- élaboration de propositions collectives à l'échelle du territoire.

2005-2008 : une prise en charge décroisée : « Le principe d'un projet global pour la personne doit donc permettre de coordonner projet de vie et projet de soins et fonder l'évolution des réponses aux besoins de santé mentale, en dépassant une approche, centrée sur les seules structures de soins, pour favoriser une approche centrée sur les personnes » ;

- *Développement des réseaux.*
- *Favoriser les parcours de vie individuels dans toute leur diversité.*

b- Handicap moteur : lésions cérébrales graves

Dans le cadre médico-social, il faut prendre en considération dans les lésions cérébrales graves diverses entités cliniques et étiologiques car les conséquences pour l'individu et pour son entourage sont les troubles moteurs avec des formes diverses mais aussi des troubles cognitifs.

On peut évoquer ainsi :

- Les **lésions neuro-traumatiques ou traumatismes crâniens** de gravité plus ou moins importante, traumatisme léger avec quelques troubles cognitifs et/ou comportementaux jusqu'au coma prolongé.
- Les **accidents vasculaires cérébraux**, très nombreux, avec des séquelles plus ou moins importantes, d'origine vasculaire hémorragique souvent chez des sujets jeunes ou assez jeunes, alors que l'âge moyen est assez élevé (74 ans).
- Les **souffrances périnatales** à l'origine des paralysies cérébrales ou infirmité cérébrale et les formes plus évoluées de polyhandicap
- Les **lésions cérébrales médicales**, moins connues, mais avec un retentissement très important aussi, atteintes dégénératives précoces, tumeurs cérébrales malignes ou non, atteintes infectieuses (méningo-encéphalites, ..), inflammatoires (SEP), anoxie par arrêt cardiaque, etc., ..

L'avancée en âge accroît les problématiques, notamment pour les lésions acquises des sujets de 45 à 55 ans, pas assez âgés pour les EHPAD, avec peu de place en FAM, si pas de retour possible à domicile (contexte social parfois difficile et charge de soins et d'accompagnement aussi) et si retour à domicile, l'absence d'alternative type accueil de jour.

► **Traumatismes crâniens :**

Les données épidémiologiques sont d'analyse difficile car on place sous le même vocable de traumatismes crâniens des entités totalement différentes, allant de la fracture simple du crâne sans autre manifestation neurologique jusqu'aux traumatismes

encéphaliques graves avec coma d'emblée.

Pour la Région Rhône-Alpes, l'incidence est pour les accidents de la circulation dans le département du Rhône de 121 traumatismes crânio-encéphaliques graves en 2005. En y ajoutant les accidents domestiques, les loisirs et les agressions, on parvient à un chiffre de l'ordre de 250 par an, par extrapolation.

Sur le plan national : 250 000 traumatismes crâniens par an se répartissent :

- 150 000 traumatismes crâniens dits graves ou modérés
- 100 000 traumatisés crâniens dits légers ; parmi ces derniers (les légers), 20% vont présenter des incapacités et situations de handicap, d'après les données épidémiologiques récentes, alors qu'ils ne font pas l'objet d'un suivi spécifique actuellement. La plupart des études concernant les hospitalisations après traumatisme crânien (sans réel critère scientifique de gravité) évaluent l'incidence annuelle de 150 à 300 cas (adultes et enfants) par 100 000 habitants. 25 % de la population a moins de 18 ans ; ce qui nous permet d'extrapoler à une incidence de 40 à 80 cas d'enfants pour 1 000 000 habitants.
- Les études des accidentés de la voie publique relèvent 30% de traumatismes crâniens chez les 15-24 ans, mais sans connaissance de la gravité, sans mesure de la prévalence. Les mesures de prévention de la violence routière ont entraîné régulièrement depuis plusieurs années la baisse de la mortalité et de la morbidité du fait d'accidents de la voie publique.

On peut estimer que l'incidence des traumatismes crâniens graves est d'environ 25/100 000 habitants/an.

► **Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

Les accidents vasculaires cérébraux constituent un problème important de santé publique. L'incidence est actuellement plutôt croissante (2,38 nouveaux cas par an pour 1000 habitants, en France), due pour une part à l'allongement de la durée de vie moyenne de la population. Les AVC constitués, seuls concernés par la rééducation, représentent un peu plus de la moitié de l'ensemble : 1,8 nouveaux cas pour 1 000 habitants.

La moyenne d'âge de survenue est d'environ 74 ans, ce qui fait de l'AVC une affection touchant fréquemment la personne âgée polypathologique, d'où la nécessité d'une implication précoce et dans la filière des soins de suite des unités de gériatrie.

Sur la Loire il y a au niveau des hôpitaux au moins 1200 AVC par an accueillis aux Urgences, soit même si 10% sont assez jeunes, cela fait aux alentours de 120 sujets.

Au service de MPR du CHU l'admission annuelle d'AVC est d'au moins 80 sujets.

Selon l'incidence on peut évoquer 1675 cas nouveaux, et si 10 à 15 % vont en rééducation (sujets assez jeunes - moyenne d'âge proche de 60 ans) on est proche de 160 à 200 sujets nouveaux présentant des séquelles motrices et cognitives engendrant un handicap important.

► **Etats végétatifs chroniques (EVC) et états pauci -relationnels (EPR)**

Les données épidémiologiques propres aux EVC/EPR sont rares. Il n'y en a pas à notre connaissance au niveau national. Dans notre pays, en l'état actuel des connaissances, la prévalence des personnes en EVC ou en EPR est estimée à 2,5 pour 100 000 habitants, soit environ 1500 personnes.

Dans la Loire, le nombre de places est de 25 (4 à Saint Just la Pendue et 21 au Chambon- Feugerolles - Georges Claudinon). Si ces patients sont le plus souvent dans ces structures actuellement, il y en a quelques unes pour qui sont envisagés des retours à domicile (2 cas EPR au SAMSAH APF) par exemple.

► **Affections médicales**

Nombreuses données épidémiologiques non connues car atteintes hétérogènes ainsi que les conséquences en terme de troubles moteurs et surtout cognitifs avec des conséquences de dépendance importants - SEP avec atteintes cognitives, tumeurs, syndrome extra-pyramidal, affections dégénératives, anoxie, etc.,

La paralysie cérébrale

La fréquence parmi les naissances est environ de 2/1000. Le nombre d'enfants porteurs de paralysie cérébrale avoisine les 35 000 à 40 000 en France avec 1 500 nouveaux cas par an. Ceci représente environ 60 % des enfants handicapés moteurs.

► Deuxième partie

Orientations

Principes

Favoriser les parcours de vie individuels dans toute leur diversité :

- En intégrant tout type de handicap sans condition d'âge ;
- En promouvant une participation effective et entière à la vie sociale et professionnelle.
- En s'appuyant sur les attentes des personnes exprimées à travers leur projet de vie .
- En adaptant les dispositifs actuels aux besoins et en assouplissant les règles administratives.

- ▶ **en amont** : évaluer au plus près les situations et identifier les réseaux d'acteurs concernés pour mieux orienter,
- ▶ **en aval** : disposer d'une offre adaptée et coordonnée, assurer un suivi des plans de compensation proposés et en réaliser l'évaluation pour adapter la meilleure réponse aux besoins

Promouvoir les démarches innovantes...

....développées autour de l'usage et de l'identification des besoins des personnes concernées.

- ▶ Centraliser les ressources.
- ▶ Coordonner et dynamiser les échanges, favoriser les partenariats et les mutualisations.
- ▶ Favoriser les partages d'expériences et les échanges de bonnes pratiques.
- ▶ Nouer des liens avec la recherche et l'enseignement supérieur.
- ▶ Favoriser les solutions souples et adaptables et les réponses de proximité.

dans une logique transversale et fédérative.

AXE 1

AFFIRMER LE RÔLE DE LA MDPH, COORDONNER, ÉVALUER ET SOUTENIR LES ACTEURS

Orientations

1. Adapter les réponses à chaque situation individuelle en garantissant à tous un traitement équitable.
2. Favoriser la mise en réseau des partenaires et de l'ensemble des acteurs et proposer un soutien technique et logistique.
3. Participer au rapprochement des politiques personnes âgées - personnes handicapées tout en prenant en compte les spécificités des deux publics.
4. Apporter un soutien logistique aux acteurs du handicap.

La Maison Loire autonomie

La politique du Conseil général s'oriente vers une globalisation de son offre de services, légitimée par ses prérogatives sur le champ de l'action sociale en général et de la prévention de la dépendance, en particulier. Dans le cadre de sa mission d'accueil, d'écoute et d'accompagnement, le Département souhaite :

- ▶ Favoriser les coopérations et la mise en réseau des acteurs.
- ▶ Diffuser de l'information et de la documentation pour les personnes âgées et handicapées.
- ▶ Proposer un appui technique et de la formation aux partenaires ligériens.
- ▶ Travailler ensemble pour trouver des solutions partagées aux situations individuelles complexes.

Fiche 1 →

La prise en compte du projet de vie pour chaque personne handicapée

Afin de permettre l'élaboration d'une **réponse globale la plus adaptée et la plus partagée possible**, l'évaluation est réalisée, pour chaque personne, par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui examine les besoins, les aspirations, les attentes.

L'évaluation s'inscrit dans le cadre d'une construction, d'un processus dynamique : elle se réajuste en fonction de l'évolution des besoins et des situations individuelles. De plus, les éléments de réponse apportés peuvent également évoluer (politiques sociales, modifications législatives...).

Or, les plans personnalisés de compensation se limitent souvent à la prestation de compensation qui est en fait l'outil d'une réponse globale et personnalisée. L'équipe pluridisciplinaire d'évaluation constate que très souvent le projet de vie, quand il est formulé, se réduit à une liste de demandes d'aides financières. Devant la commission des droits et de l'autonomie, il est rapporté quand il s'agit d'une demande de prestation de compensation ou d'une orientation professionnelle ; dans les autres cas, il n'est que rarement formulé par la personne handicapée.

Il s'agit d'adapter les réponses à chaque situation :

- Mettre en perspective le projet de vie au regard des capacités et des incapacités.
- Prendre en compte l'environnement (notamment familial, professionnel, économique) et les supports freinant ou favorisant le projet.
- Prendre en compte le caractère évolutif du projet de vie.
- Echanger et croiser des regards différents et complémentaires sur la situation et les besoins.

L'enquête du Conseil général sur les établissements d'hébergement souligne que la quasi totalité des établissements ont mis en place les outils correspondant au respect du droit des usagers, créés par la loi de 2002. De nombreux projets d'établissements ont intégré une volonté forte de prise en compte de la personne et de son projet de vie. Pourtant, de nombreuses interrogations sont soulevées quant au concept de projet de vie, posé par la loi de 2005 et les liens entre ces différents outils.

Fiche 2 →

AXE 2

METTRE EN ŒUVRE DES PARCOURS DE SCOLARISATION ADAPTÉS

Orientations

1. Poursuivre, favoriser et faire progresser la coopération entre l'Education nationale et le secteur médico social, élément clé dont dépend la réussite de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005.
2. Renforcer les leviers favorisant la scolarisation dans un environnement ordinaire.

Les modifications législatives et réglementaires qui se sont succédées rapidement conduisent à construire de nouveaux outils et entraînent le nécessaire partage de l'information et de la formation entre partenaires multiples qui n'exercent pas les mêmes métiers et n'ont pas forcément la même approche professionnelle ni les mêmes regards sur le handicap.

Mettre en œuvre les outils d'organisation de la scolarisation partagée entre établissement scolaire et médico-social

Les leviers favorisant les passerelles entre dispositifs spécialisés et établissements scolaires sont aujourd'hui identifiés ; il convient de les mettre en œuvre et de veiller à la cohérence d'ensemble du système :

- ▶ Le **projet personnalisé de scolarisation** est un volet essentiel du projet de vie pour les enfants et les jeunes.
- ▶ Les unités d'enseignement organisent la **scolarisation des enfants et des jeunes qui sont accompagnés en établissement médico-social**.
- ▶ Les enseignants référents.
- ▶ Les équipes de suivi de scolarisation.

Structurer et renforcer l'action des services d'accompagnement médico-sociaux

Les SESSAD constituent un levier privilégié en faveur de la scolarisation dans un environnement ordinaire.

Il est nécessaire :

- ▶ D'évaluer les besoins à satisfaire en matière d'accompagnement par les SESSAD, ce qui devra permettre la mise en place, par la MDPH, de commissions de régulation concernant les SESSAD.
- ▶ De procéder à des redéploiements de moyens humains et financiers des IME vers les SESSAD
- ▶ De définir un cadre d'action partagé par l'ensemble des acteurs.

Fiche 3 →

AXE 3

FAVORISER LES CHOIX DE VIE AUTONOME

Orientations

1. Soutenir la vie à domicile.
2. Favoriser l'intégration à la vie sociale et à l'activité professionnelle.
3. Valoriser les accueils diversifiés, les solutions alternatives à l'établissement.

En prenant en compte la diversité des situations afin de déployer des solutions adaptées aux besoins.

Adapter et diversifier les modes d'habitat

- Développer un marché de l'habitat qui réponde aux besoins des personnes handicapées et à mobilité réduite.

L'effort d'adaptation des logements est déjà engagé par les bailleurs et des dispositifs d'aides existent, tout en restant complexes à mobiliser.

De même, le développement d'un marché du logement adapté est freiné par le manque de visibilité de la demande.

On constate également une mauvaise coordination du « temps de la demande » et du « temps de l'offre » : certains bailleurs disposent d'une offre de logements adaptés et ne reçoivent pas de demande.

- **Proposer des solutions alternatives à l'établissement.**
- Favoriser l'**expérimentation du logement autonome** dans le cadre d'une transition d'un milieu de vie où la prise en charge est accrue (notamment en établissement pour enfant) vers la vie autonome en milieu ordinaire et ce, dans le cadre du projet de vie du jeune adulte : un « entraînement à l'autonomie ».

Le couplage logement / service est une orientation à approfondir dans cette perspective.

Fiche 4 →

Favoriser l'accompagnement à la vie sociale et la coordination des actions au domicile

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) constituent une réponse importante en faveur de la **gestion autonome de la vie quotidienne**. La notion d'accompagnement induit une grande diversité dans ses modalités et dans son contenu : les services d'accompagnement s'adressent à des publics dont les potentiels à vivre en autonomie sont hétérogènes : adultes dans un processus d'autonomisation, dans une problématique de maintien des compétences à vivre en autonomie et de développement des compétences sociales, ou bien encore personnes handicapées vieillissantes qui souhaitent se maintenir à domicile.

Le PRIAC 2009-2013 prévoit de développer l'accompagnement en milieu ordinaire en poursuivant la création de places de SAMSAH et de SSIAD.

En raison de la pluralité d'acteurs dont l'action s'inscrit dans une mission de maintien à domicile, il est nécessaire de veiller à la cohérence d'ensemble.

Fiche 5 →

Faciliter le parcours professionnel, l'accès à la formation et au travail (protégé ou non)

Le contexte départemental montre que les demandeurs d'emploi handicapés représentent 9,8 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi (près de 3 500 personnes au 31 décembre 2008).

Ils sont généralement :

- plus âgés
- moins qualifiés
- moins formés

Ils ont généralement :

- des niveaux de diplômes plus bas
- un temps de chômage plus long

alors que les secteurs tant privé que public, soumis à l'obligation d'emploi, n'atteignent pas l'objectif de 6 % de travailleurs handicapés dans leurs effectifs.

Des pistes ont pu être identifiées afin de **lever un certain nombre de freins qui concourent à rendre plus difficiles, l'accès ou le maintien dans l'emploi des personnes handicapées** :

- Amélioration de l'accessibilité aux lieux de travail (réactivation de lignes de transports, augmentation des fréquences, adaptation de la desserte aux horaires professionnels..),
- Structuration de l'accompagnement/médiation et inscription, dans la durée, de ses effets (formalisation de la notion d'accompagnement en tant que médiation compensatrice) visant à compenser les conséquences du handicap, que ce soit en milieu ordinaire ou protégé,
- Sensibilisation des entreprises privées et publiques sur l'enjeu que représente l'intégration du handicap dans l'emploi (développement d'une offre de formation spécifique),
- Création et développement d'outils de communication au service de la personne handicapée tel que le livret de parcours (mis en œuvre par la MDPH) afin de favoriser la connaissance du parcours individuel par l'ensemble des acteurs de l'emploi du département.
- Renforcement de la coordination des acteurs de l'emploi au niveau du département (développement de missions d'animation, de coordination du réseau des acteurs de l'emploi) afin de favoriser la dynamique de la politique d'intégration des personnes handicapées conduite sur le département. Cette mission s'inscrit dans le vide laissé par la disparition du PDITH et se doit d'être envisagée dans le cadre du renforcement de celle du référent insertion professionnelle de la MDPH.

De façon plus spécifique, il convient de **favoriser aussi les parcours professionnels en ESAT** et, pour ce faire :

- Favoriser l'accueil, l'information, l'évaluation et l'orientation des usagers
- Apporter une réponse aux personnes dont la maladie mentale fait obstacle à une continuité de parcours en milieu ordinaire.
- Développer les réponses aux situations associant des troubles psychiques à une déficience intellectuelle principale.
- Développer les solutions alternatives permettant de répondre aux besoins de répit des usagers vieillissants en ESAT.
- Développer les mutualisations et échanges entre les ESAT du département.

Le PRIAC prévoit, au nombre de ses priorités, de favoriser l'activité professionnelle par le développement des ESAT (notamment pour personnes handicapées psychiques et autistes) et promouvoir leur mission d'accompagnement dans le milieu ordinaire de travail.

AXE 4

SOUTENIR LES AIDANTS

Orientations

1. Développer une offre d'accueil temporaire et de soutien au bénéfice des aidants.
2. Faciliter la garde des jeunes enfants, les loisirs et les activités périscolaires.

Développer l'information, la formation, le suivi après l'annonce du handicap

Objectifs :

- Optimiser le lien entre l'hôpital et la prise en charge médico-sociale effective.
- Répondre aux interrogations, aux demandes d'information et d'expertise des usagers du service mère-enfant du CHU dans les situations d'annonce d'une maladie ou d'une malformation.

Fiche 8 →

Organiser l'accueil généralisé des jeunes enfants dans les dispositifs ordinaires d'accueil de la petite enfance

Le Conseil général a élaboré un **schéma départemental d'accueil de la petite enfance** pour la période 2008-2012 en collaboration avec les CAF et la MSA de la Loire pour développer et coordonner la politique départementale, en lien étroit avec la MDPH et avec l'appui de la Commission Départementale de l'Accueil des Jeunes Enfants. Dès lors, il s'agit de faire face aux nouveaux enjeux que représente ce domaine

d'intervention publique :

Objectifs :

- Proposer un accueil individuel et/ou collectif dans les dispositifs ordinaires répondant aux besoins de ce public, en soutenant les professionnels de la petite enfance, les assistants maternels et les structures.
- Formaliser, dans les projets d'établissements et de services, les modalités de fonctionnement de places d'accueil spécifique et contractualiser l'offre.

Les principaux leviers d'action :

Dans les structures :

- ▶ Un accompagnement renforcé par l'appui de techniciens de l'intervention sociale et familiale.
- ▶ La formalisation des conditions de cet accueil dans les projets d'établissements.
- ▶ La définition du financement de cet accueil par le biais du contrat enfance jeunesse départemental.

A domicile :

- ▶ La formation des assistants maternels,
- ▶ Le financement des surcoûts éventuels liés à l'organisation d'un accueil adéquat.

Fiche 9 →

Organiser l'accueil des enfants et des jeunes dans les dispositifs de loisirs et d'accueil périscolaires ordinaires

Leviers d'actions principaux à l'accueil généralisé des enfants dans les dispositifs d'accueil périscolaires :

- ▶ Un encadrement adapté en nombre et en qualification,
- ▶ La formation des animateurs et des gestionnaires,
- ▶ Un financement permettant de faire face aux surcoûts (aide à la famille et aide aux structures),
- ▶ La volonté des gestionnaires de développer cette offre de service.

Il pourrait être envisagé à terme une labellisation technique pour les structures qui sont engagées dans une démarche volontariste, de façon à communiquer auprès des parents et de procurer à la MDPH une visibilité sur l'offre existante.

Développer l'offre d'accueil temporaire

Objectifs :

- Développer l'**offre de service permettant l'effectivité de la notion de répit** en proposant une offre adaptée quel que soit le type de handicap : à domicile, en établissement et, sous certaines conditions, en famille d'accueil.
- Diversifier et planifier de nouveaux dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement.
- Relayer l'intervention des aidants naturels assurant la prise en charge habituelle.
- Diversifier les formes d'action et d'écoute .

Les leviers du développement de solutions d'accueil et d'accompagnement temporaires :

- ▶ L'intégration de solutions d'accueil temporaire dans le plan de compensation, après évaluation du besoin par l'équipe pluridisciplinaire, dans le but de légitimer la nécessité de cet accueil aux yeux des familles et, ainsi, de les déculpabiliser.
- ▶ Une coordination renforcée des moyens départementaux en concertation avec l'ensemble des acteurs : établissements, services, institutions, associations, gestionnaires, professionnels de santé libéraux, hôpitaux.
- ▶ Une mise en adéquation des besoins des personnes avec l'offre des services à domicile et des établissements existants. A souligner : la difficulté pour les aidants de transformer le besoin en formulation d'une demande (barrières psychologiques, offre insuffisamment communiquée).
- ▶ L'organisation du maillage sur le territoire départemental.

Un groupe de travail autour de l'hébergement temporaire s'est réuni en 2006 et 2007 dans le cadre de l'unité de coordination des soins de suite et de réadaptation du bassin de Saint-Etienne, avec certains établissements médico-sociaux (FAM, MAS). Son objectif était de dresser un état des lieux avant d'étudier les solutions possibles.

Ce groupe a conclu à la nécessité de développer :

- Une réflexion collective incluant l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sanitaires pouvant assurer un hébergement temporaire dans des structures dédiées ou non, mais aussi les acteurs de la prise en charge des personnes à domicile visant notamment à mettre en œuvre un réseau de partenariat et un partage des stratégies et expériences.
- Une logique d'accueil temporaire, pour des personnes en situation de handicap, qui s'appuie sur les établissements médico-sociaux existants, sur des dispositifs de petites structures souples dédiées à l'accueil temporaire, sur les dispositifs de maintien à domicile conjugués à des services de soins infirmiers et sur le réseau

hospitalier.

- Ce groupe a organisé le 13 novembre 2007 une séance de restitution de son travail auprès des partenaires associatifs et institutionnels, séance au cours de laquelle a été annoncée la proposition de mettre en place rapidement au sein du département 3-4 places d'accueil temporaire dans 4 ou 5 établissements environ, bien réparties géographiquement. Par ailleurs, la volonté politique de création d'une structure dédiée avec un effectif de 12 lits a été annoncée.
- En cours d'installation : 1 place supplémentaire d'accueil temporaire en MAS.

Répondre aux besoins d'échanges et d'acquisition de savoir-faire des aidants de proximité

Les aidants naturels sont le plus souvent « en première ligne » pour accompagner leurs proches handicapés. Il est important de souligner la **reconnaissance des savoir-faire acquis en tant qu'aidant et de les soutenir dans leurs actions quotidiennes**.

Par ailleurs, des sentiments d'isolement ou de difficulté « à faire face » peuvent générer une usure psychologique importante.

Objectifs :

- Répondre aux besoins d'acquisition et d'actualisation de compétences ;
- Répondre aux besoins d'échange d'informations ;
- Développer les soutiens psychologiques, les échanges et les partages d'expériences entre aidants.

Fiche 11 →

AXE 5

ACCOMPAGNER L'AVANCÉE EN ÂGE DES PERSONNES HANDICAPEES

Orientations

1. Mieux évaluer les manifestations du vieillissement des personnes handicapées, de façon à appréhender finement les besoins, très différenciés d'une personne à l'autre.
2. Adapter l'offre en établissement pour adultes qui soit moins tournée vers l'accompagnement éducatif et plus vers celui de l'occupationnel et du soin.

Le phénomène de longévité croissante des personnes handicapées nécessite de repenser totalement les dispositifs de prise en charge médico-sociale : il est urgent de ne pas laisser s'atrophier le système d'accueil en établissement par l'accueil de publics dont l'accompagnement, tel qu'il est mis en œuvre pour des adultes non vieillissants, n'est plus adapté.

Evaluer le vieillissement

- Pour faciliter l'appréciation des besoins en compétences et en professionnels.
- Pour adapter l'offre aux besoins des publics handicapés présentant des vieillissements différenciés.
- Pour permettre de démontrer l'opportunité des projets médico-sociaux au regard des besoins.

Il serait intéressant que la MDPH puisse disposer d'un outil d'évaluation multidimensionnelle spécifique à l'évaluation des personnes handicapées vieillissantes. Sachant que les outils d'évaluation pour personnes âgées dépendantes ne sont pas

adaptés en l'état ; il serait pertinent de réfléchir à leur adaptation aux situations des personnes handicapées vieillissantes.

Adapter et diversifier les dispositifs

Le précédent schéma du Conseil général en faveur des personnes adultes handicapées intégrait le **développement et la diversification de solutions d'accueil des personnes handicapées vieillissantes** : une maison dédiée à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes a ainsi été créée, de même que plusieurs dizaines de places de FAM et de foyer de vie (voir livre 1 état des lieux).

De plus, un engagement fort est poursuivi en faveur d'une offre diversifiée avec des expérimentations de solutions alternatives à l'établissement (ex appartements regroupés, de transition, hébergement temporaire, accueil de jour, etc...) et le maintien à domicile avec un accompagnement médicalisé (SAMSAH) : voir orientation 4 « favoriser les choix de vie autonome ».

Accompagner les travailleurs vieillissants d'ESAT confrontés à une diminution ou une cessation d'activité

La fatigabilité plus importante des travailleurs d'ESAT impacte fortement les modalités d'organisation de leur accompagnement :

- relatives à l'activité : baisse des temps plein d'activité ;
- relatives au mode d'hébergement : les foyers d'hébergement ont été initialement conçus pour l'accueil d'usagers travaillant à temps plein.

Pour permettre à des travailleurs vieillissants en ESAT de poursuivre leur activité au sein de l'établissement, il est nécessaire de réfléchir à de nouvelles modalités d'accompagnement.

Il est également nécessaire d'accompagner les ruptures dans le rythme de vie ainsi induites : entre les temps de travail et de non travail, entre l'hébergement à domicile et l'hébergement en établissement, ainsi que dans les rapports sociaux.

Fiche 12 →

AXE 6

STRUCTURER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET L'ADAPTER AUX EVOLUTIONS

Orientations

1. Développer l'apport de compétences médicales dans les établissements
2. Fluidifier l'offre médico-sociale d'accompagnement en établissement
3. Renforcer les articulations avec le secteur sanitaire
4. Mieux piloter l'offre.

Assurer le développement et l'adaptation de l'offre d'accompagnement en établissement

- Dans un contexte de pénurie médicale, renforcer les moyens d'intervention du médico-social en développant l'apport de **compétences médicales** permettrait de limiter les (ré)hospitalisations, et pourrait favoriser les sorties d'hospitalisation en garantissant aux acteurs du médico-social, une possibilité d'intervention circonstanciée en cas de besoin.
- **Fluidifier l'offre en établissement :**
 1. Adapter les dispositifs d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes.
 2. Permettre aux jeunes adultes actuellement en établissement pour enfants d'être hébergés en établissement pour adultes
 3. Permettre aux personnes en attente d'hébergement adulte et qui sont sans solution d'intégrer une place en établissement.

Travailler en réseau ; renforcer les articulations

Une meilleure complémentarité des champs sanitaire, médico-social et social est nécessaire pour répondre de manière plus fine aux besoins individuels et aux situations complexes de certaines personnes handicapées. Cela implique pour les acteurs de se concerter pour clarifier la cadre de l'intervention de chacun et de les formaliser.

Cette coopération nécessite un appui fort des pouvoirs publics.

Les objectifs visés sont donc de favoriser et pérenniser les partenariats et passerelles afin d'améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des personnes handicapées.

- ▶ Aucun établissement ou service n'étant compétent et outillé pour assurer une intervention globale et multidimensionnelle, il est impératif de parvenir à une **mise en réseau** des différents acteurs, notamment pour travailler ensemble à favoriser les sorties d'hospitalisation.

- ▶ **Un besoin d'identification et de meilleure connaissance (et reconnaissance) des acteurs.**

Le déficit d'information et de connaissance ne permet pas d'optimiser les collaborations et les articulations d'interventions. Dans de rares cas, il pourrait même générer une incompréhension préjudiciable aux collaborations futures. La recherche de partenariat ne se limite pas à la signature de convention. Le décloisonnement suppose que les différents professionnels de chacune des filières (infirmiers, médecins, psychologue, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants...) se connaissent et apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs. S'il faut un cadre réglementaire pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre les différents intervenants, il importe surtout que soit pensée la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient parlés et sans cesse interrogés, que la rencontre soit celle de cultures différentes.

- ▶ **Le travail en réseau et en filière**

La personne handicapée a des besoins d'accompagnement qui lui sont propres et qui sont évolutifs. De fait, toute intervention doit être positionnée au regard de la globalité de la situation, en intégrant si nécessaire les dimensions médico-sociale, sociale et sanitaire. Aucun établissement ou service n'étant compétent et outillé pour assurer une intervention globale et multidimensionnelle, une articulation entre les intervenants est nécessaire. Dès lors, il est impératif de parvenir à une mise en réseau des différents acteurs.

la mise en place d'un projet médical de pédopsychiatrie à vocation départementale destiné à articuler les parcours de prise en charge entre le sanitaire, le médico social et le social par :

I) Les actions de prévention, amélioration de l'amont :

Actions relatives à la parentalité, le repérage précoce en lien avec le conseil général -

Le fonctionnement de la maison des adolescents

II) Les actions curatives et de soins, amélioration de l'urgence et la prise en charge en soins

Celles-ci sont obtenues par la création de 4 lits d'urgences pédo psychiatriques au CHU de saint Etienne confirmé fin 2009 et la prise en compte de la filière de soins et du parcours coordonné à partir des urgences pédiatriques

III) Actions sur les filières d'aval

Outre l'équipe mobile cf supra (permettant de développer les alternatives à l'hospitalisation, il s'agira d'ouvrir un foyer thérapeutique à double tarification, permettant d'y recevoir des préadolescents et adolescents en sortie de l'hospitalisation et avant leur admission dans une structure d'accueil classique ou leur retour à domicile

etr de créer un CATTP en suite d'hospitalisation à temps complet

Piloter l'offre médico-sociale

Pour **construire une politique médico-sociale départementale cohérente, qui soit adaptée aux évolutions**, il conviendra d'évaluer et d'adapter l'offre médico-sociale :

- en fonction des besoins repérés sur le territoire départemental : « connaître pour mieux agir »
- en fonction des orientations prioritaires définies par l'assemblée départementale
- en prenant en compte les dispositifs existants et mobilisables

Au regard des missions de la MDPH, il est également important de souligner la nécessité d'une connaissance fine des dispositifs pour permettre à la commission des droits et de l'autonomie de prononcer les orientations les plus adaptées.

- ▶ **Agir au service de la bientraitance** : le Conseil général de la Loire et la DDASS ont mis en place depuis mars 2004 une commission des plaintes qui est chargée :
 - d'analyser les signalements en établissement et tout particulièrement les suspicions de maltraitance,
 - de définir la conduite à tenir par les autorités concernées notamment les services de la DDASS et du Conseil général de la Loire,
 - d'assurer les liens avec la justice,
 - de définir les modalités de suivi des préconisations issues des rapports d'inspection.

- ▶ **Accompagner la qualité**, l'action concertée, les échanges : la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a placé l'usager au centre des dispositifs et a garanti l'évaluation de la qualité de sa prise en charge par un dispositif de contrôle interne et externe. Les organismes gestionnaires de structures pour adultes handicapés ont bâti des référentiels d'évaluation Qualité, avec l'appui de leurs fédérations ou de leur logistique interne, sans coopération avec l'ensemble des prestataires d'établissements ou de services. Le Conseil général et l'Etat souhaitent accompagner ces dynamiques.

Fiche 14 →

Focus

L'accompagnement des adultes les plus lourdement handicapés et l'inscription dans le cadre des Plans Nationaux :

Les axes d'actions retenus au niveau du PRIAC concernant l'accueil et l'accompagnement en institution prévoient de garantir l'accueil en institution des adultes les plus lourdement handicapés (déficiences intellectuelles moyennes et profondes ou souffrant de troubles du comportement) en poursuivant les créations de places spécialisées.

Au niveau départemental, cette orientation a été confirmée en 2009 entre les représentants de l'Etat et ceux de la MDPH à l'occasion d'échanges visant à définir en concertation l'opportunité de création d'une nouvelle MAS sur le département.

Les orientations présidant à l'élaboration du PRIAC prévoient également l'inscription dans le cadre du Plan Autisme par le développement de places d'accueil spécialisées.

Handicap psychique

ACCROITRE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET MIEUX GERER LES SITUATIONS INDIVIDUELLES

Le passage d'une politique de prise en charge centrée sur le soin à une politique centrée sur la personne nécessite de développer une approche nouvelle visant à :

- ▶ **Décloisonner** les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- ▶ Agir dans une **logique de territoire** ;
- ▶ Déployer une **palette d'accompagnements diversifiés** en réponse à des besoins hétérogènes et fluctuants :
 - dans leur intensité,
 - dans leur durée,
 - dans leur degré d'inscription dans la vie sociale ordinaire, de la prise en charge en établissement à l'accompagnement en milieu ouvert avec étayage spécifique.

Le plan de santé mentale 2009-2013 prévoit de :

1°) Développer l'offre d'accompagnement médico-social

pour « les personnes dont l'état, notamment à leur sortie d'hôpitaux psychiatriques, nécessite, notamment en raison d'une dégradation de leur autonomie physique ou intellectuelle, une prise en charge au sein d'établissements adaptés proposant un accompagnement quotidien et un suivi des soins en liaison avec les équipes de psychiatrie ou des praticiens d'exercice privé ». Cette priorité figure au nombre des orientations présidant à l'élaboration du PRIAC de la région Rhône-Alpes. La création de places se fera conformément à la logique des appels à projets suivants les besoins identifiés par le Conseil général et l'ARS.

- pour répondre aux difficultés d'accès ou de maintien dans l'emploi : développer et adapter l'activité en ESAT .

→ Fiche 11

2°) Développer les groupes d'entraides mutuelles (institués par la loi de 2005) , pour maintenir/retisser du lien social par le biais de rencontres et d'activités culturelles, et de loisirs....

Par ailleurs, le Département souligne sa volonté de favoriser le maintien dans le cadre de vie ordinaire :

- **Développer un réseau d'acteurs** dont la dynamique sera portée par la MDPH conformément à sa mission de coordination départementale dans le champ du handicap, en articulation avec les conseils locaux en santé mentale.

Fiche 1 →

- Renforcer les services d'accompagnement à la vie sociale en intégrant une médicalisation.

Fiche 10 →

Annexes

Fiches actions

FICHE 1

Pour un accueil unique des usagers et un appui logistique pour les partenaires : la Maison Loire Autonomie

Rappel de l'objectif final:

Mieux structurer l'accompagnement médico-social par une mission d'accueil, d'information des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de dépendance et de soutien technique et logistique des partenaires œuvrant dans ces deux champs.

Action 1

Définir les conditions d'une offre globale d'accompagnement

Objectif opérationnel	▪ Regrouper en un même lieu : - les divers services de la MDPH et la direction handicap ; - la direction des personnes âgées ; - tout partenaire concerné par ces deux champs d'intervention et volontaire pour s'inscrire dans ce partenariat. ▪ Définir les moyens logistiques nécessaires
Public concerné	▪ Personnes handicapées ▪ Personnes âgées Tout en préservant les besoins spécifiques de chacun de ces deux publics.
Référent	▪ Commission Autonomie mise en place par le président du Conseil général
Partenaires	▪ Partenaires institutionnels, secteur associatif, établissements médico-sociaux, établissements de soins
Moyens	▪ Réunions de la commission ▪ Mise en œuvre opérationnelle
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Nature et contenu de la délibération du Conseil général

Action 2

Cerner les modalités de fonctionnement d'un centre ressources départemental au sein de la Maison Loire Autonomie

Objectif opérationnel	▪ Offrir un service d'informations et de documentation sur le handicap et les problématiques liées à l'âge. ▪ Proposer un appui technique et de formation aux partenaires ligériens : - Centre ressources en tant que lieu dédié à la réflexion sur les pratiques professionnelles et au débat avec des intervenants sur des points de problématique. - Renforcer la connaissance des acteurs. - Renforcer le travail en réseau. - Etre une plateforme de coordination et de concertation. - Lieu d'échange des bonnes pratiques.
Public concerné	▪ Usagers ▪ Partenaires associatifs et/ou institutionnels
Actions	▪ Elaborer un cahier des charges précisant les modalités de fonctionnement.
Référent	▪ Commission autonomie mise en place par le président du Conseil général
Partenaires	▪ Partenaires institutionnels, secteur associatif, établissements médico-sociaux, établissements de soins, acteurs de l'enseignement et de la recherche universitaire et ensemble des acteurs de la société civile
Actions	Exemples : ▪ Actions de connaissance réciproque des acteurs : notamment, élaboration d'une cartographie départementale descriptive ▪ Focus sur le handicap psychique : - Construction des projets individuels (à partir du plan de compensation) : accueil, évaluation, actions à mettre en place en lien avec l'environnement de la personne et de son projet de vie, mise en place d'un réseau d'acteurs pour un accompagnement coordonné visant une approche globale et spécifique de ses besoins. - Aide aux aidants. - Mise en réseau des professionnels.
Calendrier	▪ 2010

Evaluation

- Nature et contenu de la délibération du Conseil général
- Importance de l'adhésion et de l'engagement des partenaires concernés
- Appréciations portées par le public et les partenaires.

Action 3

Répondre aux situations individuelles complexes

Objectif opérationnel

- Renforcer la réactivité
 - Faire remonter des situations complexes, urgentes,
 - Mobiliser les acteurs
 - Permettre de trouver la meilleure solution pour les cas complexes. .

Public concerné

- Toute personne handicapée reconnue comme telle par la commission des droits et de l'autonomie.

Référent Partenaires

- Partenaires institutionnels, secteur associatif, établissements et services médico-sociaux, accueil familial, établissements de soins

Actions

Exemples :

- **Enfants et jeunes ayant des troubles du comportement :**
Examiner les situations complexes d'enfants ou de jeunes en ITEP au sein d'une coordination territoriale, en l'intégrant dans le cadre du dispositif créé par la loi de 2005 et des acteurs qui le portent :
 - Equipe pluridisciplinaire d'évaluation (projet personnalisé de scolarisation)
 - Equipe de suivi de scolarisation

Veiller à travailler à partir du bassin de vie où évolue l'enfant ou du jeune de sorte que soient mobilisés les acteurs opérationnels et de proximité.

Ne seront étudiés au sein de cette cellule que les dossiers complexes revêtant un caractère d'urgence.

Faire le lien avec l'action présenté à la fiche 3 action 4 ►►

	▪ Personnes handicapées psychiques : Construction des projets individuels (à partir du plan de compensation) : accueil, évaluation, actions à mettre en place en lien avec l'environnement de la personne et de son projet de vie, mise en place d'un réseau d'acteurs pour un accompagnement coordonné visant une approche globale et spécifique de ses besoins.
Moyens	▪ Centre ressources et adhésion des partenaires.
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Nombre de situations traitées et résultats obtenus au regard de l'objectif poursuivi.

FICHE 2

Le fondement de la compensation : le projet de vie

Rappel de l'objectif final:

Prendre en compte les souhaits et les aspirations de l'usager pour élaborer les propositions de nature à y répondre.

Action 1

Accompagner l'expression du projet de vie

Objectifs opérationnels

- Promouvoir la formulation du projet de vie par la personne handicapée qui devient alors actrice de son projet de vie, tout en séparant l'accompagnement de cette formulation de la procédure d'évaluation et de proposition ;
- Faire du projet de vie un outil d'aide à la décision et un outil d'analyse de façon à favoriser les suivis des personnes par les professionnels.

Public concerné

- Personne handicapée et sa famille/représentant légal ; accompagnateur, quel qu'il soit (professionnel, bénévole, associatif, famille...) ; équipe pluridisciplinaire d'évaluation ; décideur

Actions

- Guide déontologique et méthodologique pour les professionnels (vade mecum de l'accompagnateur élaboré par le CREAM).
- Information de la personne handicapée sur l'importance du projet de vie dans le processus de demande et sur le cheminement administratif du projet de vie ; existence de personnes ressources.
- Formation : sensibilisation des Agents d'Accueil et des membres de l'EPE. à l'intérêt du projet de vie,
- Prise en compte du contenu du projet de vie par les professionnels des EPE en charge de l'évaluation.
- Intégrer les enseignements de l'étude conduite par la MDPH et le sociologue Vidal-Naquet.

Référent

- MDPH et services territorialisés du Conseil général.

Moyens

- Réunions d'information et de sensibilisation des acteurs.
- Utilisation des références issues des travaux de recherche conduits par différents acteurs dont Pierre VIDAL-NAQUET (étude

CNSA/MDPH)

Calendrier

- 2010

Evaluation

- Réalisation des outils et appropriation de ces outils : questionnaires, enquêtes, notamment auprès des EPE et CDA (bâtir une grille d'évaluation).
- Consolidation et analyse des données.

Action 2

Faire vivre le projet de vie à travers le plan de compensation

**Objectifs
opérationnels**

- Parvenir à un dialogue continu entre la personne handicapée et la MDPH à travers un parcours accompagné vers la définition du contenu de la compensation.
- Faire du projet de vie une source, une référence, un moteur pour l'élaboration du plan de compensation et l'apport d'une réponse globale et personnalisée.

Public concerné

- Personne handicapée et sa famille/représentant légal ; accompagnateur, quel qu'il soit (professionnel, bénévole, associatif, famille...) ; équipe pluridisciplinaire d'évaluation ; décideur

Actions

- Instaurer la pratique du suivi des plans de compensation décidés par la CDA en s'appuyant, pour cela, sur de possibles partenaires nouveaux (CLIC, SAVS..)
- Assurer le suivi du plan en référence au contenu du projet de vie et son adaptation aux possibles évolutions du projet de vie. :
- Préserver des espaces d'échanges (voire de négociation) entre la proposition et la décision.

Référent

- MDPH et services territorialisés du Conseil général.

Moyens

- Désignation de personnes référentes tant au sein de la MDPH qu'à l'extérieur de la MDPH.

Calendrier

- 2011

Evaluation

- Nombre et nature des recours et leur suivi ;
- Adhésion des partenaires nouveaux ;
- Suivi et quantification des échanges ;
- Enquête de satisfaction auprès des personnes handicapées.

FICHE 3

Les parcours de l'enfant ou du jeune en établissement et l'optimisation de la scolarisation par l'élaboration du plan personnalisé de scolarisation.

Rappel de l'objectif final:

Construire des parcours de scolarisation adaptés et diversifiés

Action 1

Préciser les articulations entre les acteurs concourant à la définition et à la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation

Objectifs opérationnels

- Articuler des dispositifs qui doivent poursuivre leur nécessaire rapprochement (école et secteur médico-social).
- Favoriser la circulation des informations et la démarche en réseau.

Public concerné

- Equipe pluridisciplinaire d'évaluation, membres de la commission des droits et de l'autonomie, enseignants référents, structures médico-sociale et l'ensemble des acteurs concernés.

Actions

- Formaliser le plan personnalisé de scolarisation
- Assurer le suivi du plan personnalisé de scolarisation par l'équipe du suivi de scolarisation.
- Définir les modalités d'articulation des acteurs.

Référent Partenaires

- MDPH
- Inspection académique, ARS, structures médico-sociales

Moyens

- Temps de réunions,
- Elaboration de documents de référence

Calendrier

- 2010

Evaluation

- Formalisation du cadre d'action
- Mise en réseau
- Gestion plus fluide des situations

Action 2

Elaborer les conventions portant création des unités d'enseignement dans les établissements médico-sociaux et renforcer les collaborations

Objectifs opérationnels

- Organiser la scolarité des enfants à partir de chaque établissement médico-social.
- Rendre possible le fait qu'une partie de l'établissement médico-social puisse se déplacer à l'école et développer la possibilité de faire « sur mesure » en accordant une vigilance particulière pour les passages d'une institution à une autre.

Public concerné

- Etablissements médico-sociaux

Actions

- Travailler le contenu d'une convention type portant création d'une unité d'enseignement
- Mettre en œuvre une convention pour chaque établissement médico-social.
- Mettre en place des réunions entre les acteurs de l'Education Nationale et les structures médico-sociales : en particulier, enseignants référents, directeurs d'établissements médico-sociaux.

Référent Partenaires

- ARS, inspection académique
- Associations gestionnaires d'établissement pour enfants

Calendrier

- Durée du schéma

Evaluation

- Nombre de conventions signées

Action 3

Analyser les motifs d'orientations vers les SESSAD

Objectifs opérationnels

- Mettre pleinement en œuvre la Loi du 11 février 2005 selon laquelle la scolarisation de l'enfant ou de l'adolescent handicapé doit se faire en priorité en milieu ordinaire.
- Evaluer les besoins à satisfaire en matière d'accompagnement par les SESSAD, ce qui devra permettre la mise en place par la MDPH, de commissions de régulation concernant les SESSAD.
- Procéder à des redéploiements de moyens humains et financiers des IME vers les SESSAD.

Public concerné	▪ Psychologues scolaires, enseignants référents, équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH, structures médico-sociales
Référent	▪ MDPH
Partenaires	▪ ARS avec l'aide technique du CREAL Rhône Alpes, inspection académique
Actions	▪ Conduire un travail sur le repérage, l'analyse, les manifestations de la déficience intellectuelle de l'enfant le conduisant à relever du champ du handicap (à distinguer de la difficulté scolaire et la difficulté sociale). ▪ Etudier les indications concernant les accompagnements par les établissements médico-sociaux et les SESSAD , en lien avec les diverses solutions possibles : « milieu ordinaire», CLIS, UPI, établissement médico-social, temps partagé. ▪ Elaborer un guide référence qui serve d'appui méthodologique auprès de la MDPH et l'ensemble des acteurs, en articulation avec les diverses solutions possibles : « milieu ordinaire», CLIS, UPI, établissement médico-social, temps partagé.
Référent	▪ MDPH
Partenaires	▪ ARS, inspection académique
Moyens	▪ Appui technique du CREAL Rhône Alpes
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Communication et appropriation du guide par les acteurs.

Action 4

Améliorer l'accompagnement des enfants porteurs de troubles de la conduite et du comportement

Objectif opérationnel	▪ Adapter et/ou améliorer l'offre et les prestations destinées à accompagner les enfants porteurs de troubles de la conduite et du comportement.
Public concerné	▪ Etablissements d'accueil ▪ Pédopsychiatrie

Actions	- Il s'agira d'effectuer ,au regard des textes nationaux relatifs aux ITEP, une analyse des modes de fonctionnement de chaque structure, des publics accueillis, et de l'offre et de la demande en terme qualitatif et quantitatif dans les ITEP et services dédiées à l'accompagnement des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement, dans le département de la Loire. Objectif : engager des actions d'adaptation ou d'amélioration de l'offre et des prestations au plus près des besoins repérés et aboutir par ailleurs à la formalisation des outils nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles exigences, notamment réglementaires, s'imposant au maître d'œuvre et aux établissements. - Bilan de la demande (indications d'orientation des publics accueillis ; typologie des problématiques et besoins des publics ; mise en relief de ces typologies par rapport à la définition normative et réglementaire des publics devant être accueillis dans ces établissements et services; listes d'attentes...) - Bilan de l'offre et des prestations (analyse des publics accueillis ; des type d'accueil ; des modalités d'accompagnement ; problématique de la scolarisation, modalités de coopération avec l'ASE, la pédopsychiatrie). - Confrontation de ces constats en termes d'offre et de demande/besoins qualitatifs des publics. - Elaboration d'un plan d'action et mise en œuvre
Référent	ARS
Partenaires	- MDPH - pédopsychiatrie
Moyens	Crédits assurance maladie avec l'appui d'un prestataire extérieur
Calendrier	2010 -2011
Evaluation	- Formalisation d'un plan d'action d'amélioration de l'offre et des outils - Mise en œuvre des préconisations

FICHE 4

Favoriser les choix de vie autonome par la diversification de l'offre d'habitat.

Rappel de l'objectif final:

Proposer une gamme de solutions adaptées aux besoins diversifiés des personnes handicapées, au delà d'une alternative domicile / établissement.

Action 1

S'engager dans une démarche de « labellisation » du logement adapté pour les bailleurs

Objectifs opérationnels

- Mieux établir de façon partagée les critères de définition des logements adaptables / adaptés / accessibles
- Aboutir à une description homogène de l'offre de logements adaptée
- Développer un réseau d'acteurs

Public concerné

- Bailleurs privés, bailleurs sociaux

Actions

- Travailler sur les niveaux d'adaptabilité du logement et l'intégration de critères d'accessibilité de l'environnement
- Mettre en place un comité d'usagers
- Travailler sur une charte « Logement et mobilité réduite »

Référent Partenaires

- Conseil général, MDPH
- St Etienne métropole , association des bailleurs de la Loire AMO2SM, CAL PACT, Région Rhône-Alpes

Moyens

- Collecte des informations
- Temps d'échanges
- Animation d'un réseau d'acteurs

Calendrier

- Durée du schéma

Evaluation

- Adoption d'une charte « Logement et mobilité réduite » par les bailleurs

Action 2

Identifier les dispositifs et les modalités de financement de l'adaptation du logement pour les particuliers et mieux mobiliser les aides individuelles

Objectifs opérationnels	▪ Renforcer l'information sur l'ensemble des dispositifs. ▪ Faciliter les démarches auprès des opérateurs et des financeurs.
Public concerné	▪ Particuliers en situation de handicap ou en restriction de mobilité désireux d'accéder ou de se maintenir dans l'habitat ordinaire ▪ bailleurs.
Actions	▪ Faire l'état des lieux des dispositifs et des circuits de financement existants. ▪ Examiner les simplifications des procédures administratives et les réductions des délais de paiement. ▪ Rédiger un document d'information à destination du grand public. Une convention concernant les personnes âgées a été conclue entre le Conseil général et le CALL PACT de la Loire. Elle a pour objet le financement des dossiers de rénovation du logement. Elle sera à l'avenir étendue aux personnes handicapées. Elle permettra que soit accordée une subvention annuelle globale ainsi qu'une avance pour les travaux.
Référent Partenaires	▪ Conseil général ▪ MDPH, DDE, CAL PACT, CAF, bailleurs
Moyens	▪ Temps d'échanges ▪ Rédaction d'un document d'information au grand public ▪ S'appuyer sur la future « maison du logement »
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Augmentation du nombre de dossiers de demande d'aide à l'ANAH. ▪ Augmentation du nombre de dossiers de financement par les bailleurs ▪ Nombre de conventions signées

Action 3

Développer la rencontre de l'offre et la demande

Objectifs opérationnels	▪ Améliorer, pour les usagers, la connaissance du parc de logements adaptables/adaptés existant (public et privé). ▪ Développer la mise en relation de l'offre et de la demande. ▪ Communiquer avec les bailleurs sur les souhaits et les pratiques d'occupation des logements adaptables/adaptés par des personnes handicapées
Public concerné	▪ Particuliers en situation de handicap ou en restriction de mobilité désireux d'accéder ou de se maintenir dans l'habitat ordinaire. ▪ Bailleurs publics et privés.
Actions	▪ Travailler à l'émergence d'un système d'information unique d'enregistrement de l'offre et de la demande à l'échelle du département. ▪ Examiner l'intégration de cette problématique au sein de la future « maison du logement » du département ▪ Faciliter l'usage des baux glissants ; travailler sur les garanties de solvabilisation des locataires
Référent Partenaires	▪ Conseil général, MDPH ▪ Bailleurs sociaux, politiques publiques d'urbanisme et du logement et leurs dispositifs : Programmes Locaux de l'Habitat, Programme d'Intérêt Général, Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées, CAF ...
Moyens	▪ Création d'une commission « logement adapté » au sein de la Maison du Logement
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Quantification du nombre de logements adaptés dans les parcs publics et privés. ▪ Qualification de l'offre.

Action 4

Développer les solutions alternatives à l'accueil en établissement

Objectifs opérationnels	▪ Favoriser les parcours d'autonomisation par étapes. ▪ Sécuriser la prise de risque pour la personne. ▪ Permettre à la personne d'intégrer un appartement de transition tout en ayant la possibilité de revenir après un essai. ▪ Garantir un interlocuteur au bailleur pendant la durée d'expérimentation en logement ordinaire. ▪ Expérimenter des formes d'habitat alternatifs intermédiaires et graduées entre l'établissement et le domicile.
Public concerné	▪ Personnes handicapées, en établissement, désireuses d'expérimenter la vie en habitat ordinaire
Actions	▪ Recenser les formes d'habitat accompagné ou regroupé, les formes d'accueil diversifiés. ▪ Développer la connaissance de l'ensemble des partenaires potentiels sur un territoire. ▪ Expérimenter des projets d'habitat accompagné (support de services, présence d'un animateur dans la résidence...). ▪ Etablir des partenariats entre associations de personnes handicapées et bailleurs dans le cadre d'entrées expérimentales dans un logement ordinaire. ▪ Intégrer pour les associations gestionnaires des conditions de retour (2 mois) dans l'établissement en cas d'échec dans le logement autonome ; ▪ Modifier, en conséquence, le règlement d'aide sociale.
Référent Partenaires	▪ Conseil général, Maison du Logement, MDPH. ▪ Gestionnaires d'établissements et de services pour adultes handicapés
Moyens	▪ Elaboration d'un cahier des charges ▪ Formalisation de conventions
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Mise en œuvre d'expérimentations de logements alternatifs

FICHE 5

Favoriser l'accompagnement à la vie sociale et la coordination des actions au domicile

Rappel de l'objectif final :

Favoriser le maintien en autonomie.

Action 1

Elaborer un référentiel des interventions des SAVS et des SAMSAH

Objectifs opérationnels

- Développer la capacité de vie sociale des personnes handicapées sur différents aspects de vie quotidienne : logement, loisirs, parentalité...
- Améliorer les modalités de prises en charge des SAVS en fonction des publics et de l'évaluation de leurs besoins d'accompagnement.
- Renforcer les missions de l'accompagnement à la vie sociale dans le cadre d'un projet d'intervention structuré et complémentaire aux autres modalités d'aide à domicile.

Public concerné

- SAVS et SAMSAH du département

Actions

- Identifier les spécificité de chaque SAVS et SAMSAH et leur maillage sur les bassins de vie du département : dans quel tissu social, dans quel partenariat s'inscrivent-ils pour développer quelles relations avec leur environnement ? (transport, vie sociale, logement...).
- Enquêter sur les types et les degré de handicaps accueillis pour mieux identifier les compétences d'accompagnement nécessaires ainsi que le contenu des différents projets de services.
- Intégrer la question de l'actualisation du conventionnement SAVS/Conseil général concernant l'accompagnement des personnes accueillies dans le cadre de l'accueil familial médico-social.

	▪ Etudier également les possibilité d'intégration des MASP, mesures d'accompagnement social personnalisé (dans le cadre de la réforme des tutelles : décret 2007) au sein des SAVS et des SAMSAH. ▪ Elaboration d'un référentiel et construction d'outils d'évaluation. ▪ Conventions avec le Conseil général sur cette base. Dans ce cadre, sera également étudié l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes dans une logique de maintien à domicile et les articulations avec d'autres dispositifs (médico-social, sanitaire ou autre) pour réaliser ce maintien.
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ Services d'accompagnement pour adultes handicapés, DDASS
Moyens	▪ Etat des lieux à réaliser auprès de ces services. ▪ Présentation de cette étude, par le Conseil général, aux SAVS et SAMSAH du département . ▪ Définition d'objectifs et de moyens par le Conseil général. ▪ Conclusion de conventions
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Mise en œuvre du référentiel ▪ Nombre et nature des conventions conclues avec le Conseil général

Action 2

Favoriser la coordination des actions au domicile

Objectifs opérationnels	▪ Mieux articuler la qualité, la cohérence et les limites des différentes interventions entre les services qui travaillent dans un même champ, avec les différentes composantes de la vie quotidienne : entretien personnel, vie domestique, vie citoyenne et sociale. ▪ Favoriser l'accès aux soins.
Public concerné	▪ Services d'accompagnement et de soins infirmiers à domicile
Actions	▪ Evaluer si les places de SSIAD actuellement ouvertes aux personnes handicapées couvrent suffisamment la demande. ▪ Etudier la nécessité de transformer certaines places de SAVS en SAMSAH.

	▪ Etudier les articulations entre SAVS, SAMSAH, SSIAD et services d'aide à la personne. ▪ Développer une connaissance partagée entre les structures d'accompagnement et la MDPH, prescriptrice des interventions, ainsi que la mutualisation de compétences notamment en matière d'évaluation. ▪ Etudier les modalités d'organisation d'une plateforme de coordination des différents intervenants au niveau départemental. ▪ Dans les cas d'hospitalisation : développer des partenariats avec l'hôpital pour mieux assurer la continuité de soins et garantir la qualité globale de l'accompagnement.
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ ARS, CRAM
Moyens	▪ Conventions d'objectifs et de moyens ▪ Animation d'une coordination départementale
Calendrier	▪ 2011
Evaluation	▪ Diagnostic des prestations dont bénéficient les personnes handicapées du département (repérage du maillage territorial) ▪ Repérage du mode d'articulation des services ▪ Nombre de conventions signées avec la MDPH ▪ Nombre de conventions de coopérations entre services

FICHE 6

Favoriser les parcours professionnels l'accès au travail (protégé ou non)

Rappel de l'objectif final :

Favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi, l'accès à l'activité professionnelle.

Action 1

Améliorer l'accessibilité aux sites de travail

Objectifs opérationnels

- Lever le frein que peut engendrer l'éloignement des lieux de travail par rapport au domicile, ce qui peut constituer un handicap supplémentaire mais, aussi, un frein définitif, cause de discrimination au regard de l'accès à l'emploi, notamment en fonction des lieux d'implantation des entreprises et des modalités d'organisation en horaires décalés.
- Favoriser ainsi une meilleure qualité de vie.
- Améliorer les gains de productivité.

Public concerné

- Travailleurs handicapés ayant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé reconnue par la commission des droits et de l'autonomie.
- Acteurs de l'emploi, partenaires.

Actions

- Améliorer l'offre de dessertes des transports publics : amplitudes des horaires, circuits adaptés et possible réactivation de certaines lignes.
- Favoriser l'organisation de navettes collectives par des véhicules de transport accessibles aux personnes à mobilité réduite, à partir d'un point de desserte en centre-ville et les lieux de travail.
- Envisager des solutions souples de prêt et/ou de location de moyens de transports autonomes pour ceux qui peuvent les utiliser. (Par analogie avec le service « aide auto 42 » pour les demandeurs d'emploi en insertion).
- Favoriser la mise en place de plates-formes d'inscription au covoiturage dans les entreprises.

Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ Communes et intercommunalités. ▪ Autorités organisatrices de transports publics. ▪ Entreprises
Moyens	▪ Elaboration d'un cahier des charges. ▪ Mise en place d'un groupe de travail partenarial ▪ Concertation avec les organisateurs de transports publics.
Calendrier	▪ 2010-2011
Evaluation	▪ Nombre d'aménagements mis en œuvre. ▪ Résultats d'une enquête de satisfaction des salariés. ▪ Evaluation de l'évolution des refus d'offres d'emplois pour raisons de mobilité. ▪ Mesure de l'évolution du taux d'absentéisme.
Action 2 Renforcer et structurer dans la durée l'accompagnement et le soutien à l'activité professionnelle (milieu ordinaire ou milieu protégé)	
	<i>Comment les dispositifs et acteurs de droit commun sont-ils préparés et formés pour permettre l'accueil de travailleurs handicapés ?</i> <i>Comment trouver les bons interlocuteurs en fonction du projet de recrutement ?</i>
Objectifs opérationnels	▪ Stabilité du travailleur handicapé en entreprise. ▪ Acceptation du handicap par l'entreprise. ▪ Pérennité de l'emploi. ▪ Diminution des problématiques d'échec. ▪ Meilleur accompagnement des fins de contrat.
Public concerné	▪ Demandeurs d'emploi et travailleurs détenteurs de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie.

Actions	▪ Réaliser un état des lieux des accompagnements existants et des acteurs qui portent ces dispositifs d'accompagnement. ▪ Adopter un référentiel de l'accompagnement (contenus, modalités ..) ▪ Elaborer une charte de l'accompagnement dans l'emploi. ▪ Institutionnaliser la notion d'accompagnement en tant que médiation visant à compenser le handicap : - cette dimension convient d'être renforcée dans le projet de vie. - Le référentiel de l'accompagnement pourra constituer un outil d'aide à la décision pour la CDA.
Référent Partenaires	▪ Conseil général ▪ Conseil régional. ▪ MDPH ▪ AGEFIPH ▪ FIPHFP ▪ DDTEFP ▪ Les SPE ▪ L'ensemble des acteurs de l'accompagnement à l'emploi.
Moyens	▪ Utilisation du référentiel. ▪ Diffusion de la charte de l'accompagnement. ▪ Conclusion de conventions avec les porteurs de l'accompagnement à l'emploi.
Calendrier	▪ 2011-2012
Evaluation	▪ Mesure de la pertinence du référentiel. ▪ Mesure de l'adhésion aux valeurs de la charte de l'accompagnement. ▪ Mesure du degré de satisfaction des employeurs et des travailleurs handicapés..

Action 3

Organiser des actions de sensibilisation aux enjeux que représente l'intégration du handicap dans l'emploi.

	▪ L'insertion d'un travailleur handicapé dans l'emploi doit être facilitée par une sensibilisation de l'entourage direct et la mise en valeur des potentialités du nouveau collaborateur. ▪ Les représentations du handicap, trop souvent négatives, freinent les démarches de recrutement ou de maintien dans l'emploi. ▪ Les aides mobilisables restent trop souvent mal connues : financements de l'AGEFIPH, du FIPHFP, conventions de formation entre le CNFPT, le FIPHFP et la CNSA pour la formation des collectivités territoriales.
Objectifs opérationnels	▪ Préparer les entreprises et les structures publiques- à l'intégration et/ou au maintien d'un collègue handicapé dont le handicap survient en cours de vie professionnelle : ▪ Lever les appréhensions des équipes concernées.
Public concerné	▪ Elus des collectivités territoriales. ▪ Directions des entreprises. ▪ Directions des ressources humaines. ▪ Salariés qui vont côtoyer un travailleur handicapé ainsi que les tuteurs ou référents internes des travailleurs handicapés.
Actions	▪ Promouvoir et renforcer l'utilisation, par les entreprises, des catalogues de formation. ▪ Organiser des campagnes de communication . ▪ Interventions lors de conférences ou de forums.).
Référent Partenaires	▪ Conseil Général. ▪ Collectivités. ▪ Entreprises. ▪ Partenaires sociaux. ▪ OPCA. ▪ Chambres consulaires. ▪ Organisations professionnelles.
Moyens	▪ Actions de sensibilisation sur sites : visites d'entreprises ▪ Communication ▪ Conventions ▪ Partenariats
Calendrier	▪ Durée du schéma

Evaluation

- Nombre de sessions de formation et de sensibilisation.
- Mesure du niveau de l'obligation d'emploi par les entreprises.

Action 4

Doter la personne d'un livret individuel de parcours professionnel.

Objectifs opérationnels

- Les acteurs de l'emploi ont une connaissance souvent partielle du parcours d'insertion professionnelle du travailleur handicapé. Un temps important peut être consacré à la reconstitution de ce parcours et ce, au détriment des deux parties.
- Favoriser une connaissance globale et précise de chaque parcours au service d'une meilleure lisibilité et d'une meilleure cohérence des parcours individuels vers l'activité professionnelle.
- Favoriser l'implication de la personne dans ses démarches et l'appropriation de son parcours.
- Donner de l'assurance à la personne.

Public concerné

- Travailleur handicapé détenteur de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé reconnue par la CDA.
- Acteurs de l'emploi et partenaires de ce secteur.

Etapes

- Généraliser la remise du livret de parcours élaboré par la MDPH. Ce livret de parcours à destination de tout travailleur handicapé ayant un projet d'insertion professionnelle compile et ordonne l'ensemble des éléments utiles à la connaissance de son parcours : CV, décisions de la CDA, documents à conserver...
- Favoriser l'appropriation, dans le temps, du livret de parcours par le travailleur.
- Inscrire le livret de parcours comme outil de référence pour les interlocuteurs.
- Elargir l'utilisation du livret de parcours au niveau départemental.

Moyens

- Temps d'informations avec le travailleur
- Information aux services et établissements médico-sociaux pour jeunes et adultes handicapés
- Informations aux réseaux des acteurs de l'emploi

Référent Partenaires

- MDPH et le groupe témoin constitué d'usagers (constitué en tant que groupe projet pour l'élaboration du livret).
- Missions locales, Pôle emploi, Cap Emploi, Service de placement, Médecin de main-d'œuvre, Médecine du travail

Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Nombre de livrets utilisés. ▪ Qualité de l'utilisation du livret : rubriques remplies régulièrement, documents à conserver présents dans le livret. ▪ Mesure de la satisfaction du groupe témoin.
Action 5	Renforcer la coordination des acteurs au niveau départemental
	<i>La politique menée au titre de l'emploi des personnes handicapées montre la pluralité des acteurs et des actions menées. Il semble donc nécessaire de coordonner l'action de tous ces acteurs ainsi que des programmes mis en place en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés afin d'en renforcer les effets.</i>
Objectifs opérationnels	▪ Coordonner l'action des multiples acteurs et des programmes en faveur de l'emploi des personnes handicapées, le PDITH ne fonctionnant plus dans la Loire. ▪ Améliorer la lisibilité du réseau des acteurs du champ de l'intégration professionnelle de façon à mieux exploiter les ressources existantes. ▪ Renforcer la dynamique de l'emploi des travailleurs handicapés dans la Loire.
Public concerné	▪ Acteurs de l'emploi dans le département.
Actions	▪ Renforcer le rôle du référent insertion professionnelle de la MDPH par l'exercice de sa mission à temps plein. ▪ Dans le cadre des missions de ce référent : - Développer les missions d'animation et de coordination - Dresser un état des lieux des acteurs et de leurs missions - Faire vivre les actions du réseau d'acteurs de l'emploi - Faire vivre le référentiel et la charte de l'accompagnement
Moyens	▪ Fonction du référent insertion professionnelle de la MDPH ▪ Usagers, groupe témoins consultés de manière régulière et continue et qui pourraient se constituer en groupes de travail évoluant dans le temps et sur les problématiques
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ MDPH ▪ Réseau des acteurs de l'emploi.

Calendrier	▪ 2010 et pour la durée du schéma
Evaluation	▪ Identification d'une plate-forme de coordination dans le département.
Action 6 Inscrire le travail en ESAT dans une logique de parcours professionnel	
Objectif opérationnel	▪ Valoriser l'utilisateur en tant que travailleur et lui permettre d'intégrer le milieu ordinaire. ▪ Développer les modalités d'accompagnement des usagers
Public concerné	▪ Usagers bénéficiaires d'une orientation ESAT
Actions	▪ Mettre en œuvre des outils au niveau départemental permettant de mesurer les capacités acquises par les usagers. ▪ Développer une politique de formation. ▪ Développer la mutualisation de pratiques et les échanges entre les ESAT du département. ▪ Développer des parcours d'insertion dans des entreprises du milieu ordinaire ▪ Suivre les évolutions du marché des ESAT
Moyens	▪ organisation de concertations régulières entre les partenaires et les établissements
Référent	▪ ARS
Partenaires	▪ MDPH ▪ ESAT
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Mesure de l'absentéisme ▪ Mesure de la satisfaction des travailleurs et des employeurs. ▪ Mesure du nombre de sorties pour un emploi dans le milieu ordinaire

Action 7

Usagers d'ESAT : développer les réponses aux situations associant des troubles psychiques à une déficience intellectuelle principale.

Objectif opérationnel	▪ Développer des modalités d'accompagnement adaptés.
Public concerné	▪ Travailleurs d'ESAT
Actions	▪ Augmenter les places d'ESAT à destination de publics déficients intellectuels avec troubles du psychisme associés ▪ Développer les coopérations et les mises en réseaux nécessaires avec les acteurs du handicap psychique. ▪ Il pourra être envisagé d'organiser des plateaux techniques en soutien aux équipes des établissements : ressources sanitaires ou médicosociales - de type équipe mobile par exemple).
Référent	▪ ARS
Partenaires	▪ ESAT ▪ Acteurs travaillant dans le champ du handicap psychique
Moyens	▪ Réalisation d'un état des lieux ▪ Définition d'un plan d'action
Calendrier	▪ 2011
Evaluation	▪ Nature des actions mises en œuvre.

FICHE 7

MIEUX STRUCTURER L'OFFRE MEDICO-SOCIALE ET L'ADAPTER AUX EVOLUTIONS ; RENFORCER LES ARTICULATIONS AVEC LE SECTEUR SANITAIRE

Rappel de l'objectif final :

Renforcer et adapter l'offre de service médico-sociale au service des usagers.

Action 1

Créer une équipe mobile pour l'apport de compétences dans les structures médico-sociales.

Objectif opérationnel

- Favoriser la réadaptation et la réintégration de la personne dans son lieu de vie par un accompagnement adapté de l'individu et de ses aidants : modalité : faire « sortir l'hôpital hors les murs ».
- Permettre l'apport de compétences médicale dans les structures médico-sociales : intervention dans les établissements médico-sociaux, formation auprès des équipes médico-sociales en même temps et apport de conseils sur les prises en charge qui posent problème.

Public concerné

- Etablissements et services médico-sociaux

Actions

- Constituer une unité mobile médico-technique pluridisciplinaire du secteur sanitaire, chargée :
 - de donner un avis médical et technique en lien avec le plateau technique sanitaire.
 - d'assurer un rôle de formation et d'apporter des conseils auprès des équipes médico-sociales, sur les prises en charge qui posent problème
 - d'analyser les situations de crise éventuelle (en psychiatrie), les prévenir et éviter les hospitalisations en urgence.
 - de faire le lien entre le lieu d'hébergement de l'utilisateur et les structures sanitaires (intra ou extrahospitalières).

	▪ Désigner des référents nominativement de façon réciproque pour que des contacts directs soient pris entre les professionnels : il s'agit d'une (ou de) personne(s) relai qui par son (leur) rôle d'interface facilit(ent) la relation entre les différents établissements et services et permet(tent) une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelles). ▪ Créer une plate forme de coordination et de concertation pour répondre à des besoins complexes (instance d'expertise pluridisciplinaire et de concertation au sujet des situations complexes).
Référent	▪ ARS
Partenaires	▪ Conseil général, établissements et services médico-sociaux
Calendrier	▪ 2011
Evaluation	▪ Nombre d'interventions réalisées ▪ Nombre d'établissements demandeurs d'interventions.

Action 2

Organiser la fluidité des parcours en établissement en fonction des besoins identifiés.

	<i>Rappel des objectifs initiaux :</i> - Adapter les dispositifs d'accueil aux personnes handicapées vieillissantes. - Permettre aux jeunes adultes actuellement en établissement pour enfants d'être hébergés en établissement pour adultes - Permettre aux personnes en attente d'hébergement adulte et qui sont sans solution d'intégrer une place en établissement.
Public concerné	▪ Personnes handicapées vieillissantes, jeunes adultes, personnes en attente de solution. ▪ Associations gestionnaires
Actions	▪ Création de places pour personnes handicapées vieillissantes de type MAPHA ▪ Reconversion de places pour jeunes adultes. ▪ Création de places de FAM par transformation de places de foyer de vie. ▪ Création de places de SAMSAH par transformation de places de SAVS (installation dès 2010 de 15 places de SAMSAH).

Référent	▪ ARS
Partenaires	▪ Conseil général
Moyens	▪ Rénover le règlement départemental d'aide sociale ▪ Elaborer la procédure d'appel à projet pour gérer le développement et/ou l'adaptation de l'offre.
Calendrier	▪ Dès 2010 et suivant les besoins constatés .
Evaluation	▪ Réalité de la réorientation des places. ▪ Augmentation des places médicalisées.

Action 3

Renforcer le travail en réseau et en filière.

Public concerné	▪ Etablissements et services sanitaires et médico-sociaux ▪ Associations d'usagers ▪ Médecine ambulatoire (médecins traitants, services de soins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ...) ▪ Organismes d'assurance maladie
Objectifs opérationnels	▪ Favoriser la création et l'animation de liens entre les professionnels et bénéficier d'un lieu ressource en matière de santé (conception de formation, valorisation de travaux de recherche, élaboration de bonnes pratiques, etc).
Actions	▪ Réalisation d'une cartographie départementale recensant tous les acteurs (structures et intervenants) : voir fiche 1 action 2 ►► ▪ Participations de l'ensemble des acteurs du champ du sanitaire, du médico-social et du social : - Journée annuelle sur le handicap : - Information et accueil sur des formations existants - Echange d'informations - Formation des personnels des structures.

Action 4

Organiser un partenariat efficace en formalisant la répartition et la complémentarité des rôles entre le sanitaire et le médico-social.

Public concerné	▪ Intervenants des deux secteurs.
------------------------	-----------------------------------

Actions	▪ Organiser la concertation entre les acteurs sur la base des objectifs assignés à un partenariat efficace. ▪ Définir des engagements réciproques au sujet de prises en charge concertées et innovantes : Organisation des sorties de soins en établissements (transmission d'informations et formalisation d'indications pour la suite de la prise en charge) ; <i>Prise en charge concertée par :</i> - L'accord des établissements hospitaliers pour admettre à nouveau des personnes placées en établissement lorsque leur état le nécessite. - L'accord des établissements médico-sociaux pour l'admission d'une personne lorsque sa sortie d'hôpital devient possible. <i>Prise en charge innovante par :</i> - Pratique d'admissions « à l'essai » par les établissements médico-sociaux pour une durée définie en contrepartie de l'engagement de l'hôpital à hospitaliser, à nouveau, la personne si nécessaire et à être en appui de la structure médicale en tant que de besoin. Elaboration de conventions ou de chartes de partenariat formalisant la procédure partagée par les parties.
Référent Partenaires	▪ ARS ▪ Représentants des établissements de soins. ▪ Représentants des établissements médico-sociaux. ▪ MDPH ▪ Maison Loire Autonomie
Moyens	▪ Désignation d'un référent au sein de la MDPH ▪ Désignation de référents par les partenaires
Calendrier	▪ Dès 2010 et pour la durée du schéma.
Evaluation	▪ Réalité de la concertation ▪ Rédaction du cahier des charges. ▪ Nombre de chartes et/ou conventions signées

FICHE 8

Développer l'information, la formation et le soutien après l'annonce du handicap

Rappel de l'objectif final :

Favoriser le maintien en autonomie.

Action 1

Développer un dispositif d'accompagnement par le CASMP dans le service périnatalité du CHU

Objectifs opérationnels

- Optimiser le lien entre l'hôpital et rendre la prise en charge médico-sociale effective
- Développer un nouvel outil-ressource pour l'ensemble des usagers du service mères-enfants du CHU dans les situations d'annonce d'une maladie ou d'une malformation, lorsque les professionnels du CHU le jugent utile.

Public concerné

- Usagers du service mères-enfants du CHU

Actions

- Organiser des consultations communes psychologue-médecin
- Proposer un accompagnement familial (parents, fratrie)
- Permettre le soin en psychomotricité et instaurer un accompagnement éducatif
- Envisager une modalité d'accueil originale des parents avec leur bébé en intégrant la participation d'un médecin et/ou d'un psychologue.
- Formaliser les liens organiques déjà établis avec le service de médecine de réadaptation pédiatrique de l'hôpital pour la cohérence du suivi.

Référent Partenaires

- Conseil général, ARS
- CASMP

Moyens

- Appel à projet

Calendrier

- 2010

Evaluation

- Accompagnement et information des familles
- Mise en réseau des professionnels autour des besoins de l'enfant

FICHE 9

Organiser l'accueil généralisé des enfants dans les dispositifs ordinaires de garde

Rappel de l'objectif final :

Soutenir les aidants.

Favoriser la socialisation du jeune enfant.

Action 1

Financer les moyens nécessaires à des mesures d'adaptation pour l'accueil du jeune enfant

Objectifs opérationnels

- Permettre, dans les structures d'accueil collectif, un accueil individualisé répondant au besoin de chaque enfant.
- Soutenir les équipes à des moments clés de la journée.

Public concerné

- Jeunes enfants de moins de trois ans porteurs de handicap .
- Structures d'accueil du jeune enfant, assistants maternels

Actions

- Associer les professionnels de l'intervention sociale à domicile à l'encadrement de ces enfants dans les structures.
- Elargir la convention entre CAF/MSA/CG et associations d'aide à domicile pour la prise en charge d'heures de TISF (technicienne d'intervention sociale et familiale) ou aides ménagères pour accompagner l'enfant dans son lieu d'accueil.
- Définir un plan d'accueil personnalisé pour chaque enfant
- Développer un partenariat entre les services d'accueil et la MDPH et mobiliser la prestation de compensation du handicap.

Référent Partenaires

- Conseil général
- CAF, MSA, MDPH

Moyens

- Poste de coordination ;
- Financement des heures d'intervention des professionnels de l'aide à domicile ;
 - Convention CAF/MSA/ Conseil général et association d'Aide à Domicile
 - Prestation de compensation du handicap ou complément d'AEEH

	- Participation du personnel des institutions : équipe médico-sociale chargée d'évaluer le plan d'aide, infirmière puéricultrice accueil petite enfance du Conseil général - Contrat Enfance Jeunesse départemental : mise en œuvre des dispositions de l'annexe financière.
Calendrier	▪ 2010 (mise en œuvre action schéma petite enfance)
Evaluation	▪ Nombre d'enfants en situation de handicap ou souffrant de troubles de santé invalidant accueillis dans les structures. ▪ Mesure de la satisfaction des parents des enfants accueillis. ▪ Evaluation du dispositif auprès des personnels des structures.

Action 2 Former et accompagner les personnels de l'accueil	
Objectifs opérationnel	▪ Offrir un accueil de qualité, et adapté à la situation de l'enfant. ▪ Œuvrer pour la réassurance des personnels concernés.
Public concerné	▪ Assistants maternels ▪ Personnels des structures d'accueil collectif.
Actions	▪ Intégrer un module « sensibilisation au handicap » dans la formation initiale. ▪ Identifier les assistants maternels souhaitant s'engager dans cet accueil, les former et les accompagner au quotidien dans leur pratique.
Référent Partenaires	▪ Conseil général ▪ CAF, MSA, MDPH
Moyens	▪ Création d'un poste de coordination ; ▪ Mobilisation d'un financement des heures d'intervention des professionnels de l'aide à domicile ; - Convention CAF/MSA/ Conseil général et associations d'aide à domicile. - Prestation du compensation du handicap ou complément d'AEEH. - Participation du personnel des institutions : équipe médico-sociale chargée d'évaluer le plan d'aide, infirmière puéricultrice accueil petite enfance du Conseil général. - Contrat enfance jeunesse départemental : coordination.

Calendrier	▪ 2009 - 2011
Evaluation	▪ Nombre de personnes ayant suivi un ou des module(s) de formation. ▪ Examen de la façon dont ces personnels ont perçu les contenus des formations.
Action 3	Assurer l'application effective de la Charte départementale « Accueil d'enfants atteints de troubles de santé »
Objectifs opérationnels	▪ Actualiser et compléter la Charte départementale et accompagner sa mise en application dans les structures d'accueil. ▪ Mieux accompagner les professionnels pour sa mise en application. ▪ Désigner un coordonnateur départemental
Public concerné	▪ Etablissements d'accueil
Actions	▪ Identifier et former les acteurs chargés de faire vivre le réseau et d'assurer l'accompagnement des professionnels de l'accueil. ▪ Travailler avec les structures leur projet d'établissement, la définition des critères d'admission et assurer le suivi de l'application de la charte. ▪ Recenser l'offre chez les assistants maternels, et dans les structures. ▪ Faciliter le lien entre le lieu d'accueil et les personnels soignants. ▪ Accompagner les accueillants pour l'élaboration du Projet d'accueil individualisé. ▪ Communiquer en direction des associations sur la démarche de mise en œuvre de la Charte.
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ CAF ▪ Gestionnaires de structures d'accueil.
Moyens	▪ Actions de communication. ▪ Appui aux moyens humains existants : infirmière puéricultrice accueil petite enfance du Conseil général pour l'accueil collectif, accompagnement de proximité par les infirmières puéricultrices de PMI et les responsables de RAM.
Calendrier	▪ 2009

Evaluation

- Nombre d'enfants en situation de handicap ou porteur de maladie chronique ayant bénéficié d'un plan d'aide d'accueil personnalisé.
- Nombre d'établissements s'engageant dans la mise en œuvre de la Charte.

FICHE 10

Organiser l'accueil généralisé des enfants et des jeunes dans les dispositifs périscolaires et de loisirs ordinaires

Rappel de l'objectif final :

Soutenir les aidants.

Favoriser l'épanouissement de l'enfant et du jeune.

Action 1

Organiser un encadrement adapté

Objectifs opérationnels

- Permettre l'accès banalisé aux structures de droit commun pour les enfants de 6 à 16 ans.
- Répondre à la demande des parents et des enfants.
- Répondre à la demande des gestionnaires et salariés des structures d'accueil.
- Développer la rencontre des publics pour développer la connaissance réciproque.

Public concerné

- Organismes bénévoles et professionnels de structures d'accueil collectif de loisirs et d'accueils périscolaires.

Actions

- Intégrer dans les formations initiales (BAFA et BAFD), et au-delà dans le cadre de la formation continue, un module de sensibilisation au handicap.
- Faire en sorte que tous les organismes de formation au BAFA proposent un stage de perfectionnement sur le handicap.
- Etudier la possibilité d'un encadrement complémentaire par des AVS (Mutualisation des emplois par des fédérations volontaires) : Fonction des AVS dans l'accompagnement hors temps scolaire : l'AVS pourrait être salarié par les fédérations qui se chargent ensuite de les mettre à disposition selon les besoins à couvrir au sein des structures du département,.

Référent

- Direction de la cohésion sociale

Partenaires

- Education Nationale, MDPH

Moyens	▪ Constitution d'un groupe projet (Conseil général, MDPH, Fédérations, Direction de la cohésion sociale, CFA) pour élaborer un cahier des charges. ▪ Etude des conditions à mettre en œuvre pour mieux aider financièrement les candidats suivant la formation BAFA.
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Réalisation du cahier des charges définissant l'action. ▪ Nombre de candidats suivant le stage de perfectionnement. ▪ Nombre de candidats formés exerçant ensuite dans une structure de loisirs.
Action 2 Financer les dispositifs d'appui pour l'accueil périscolaire et de loisirs	
Objectif opérationnel	▪ Articuler les aides financières aux familles et aux structures
Public concerné	▪ Structures périscolaires ▪ Familles
Etapes	▪ Généraliser le principe de majoration forfaitaire des prestations de service aux structures accueillant des enfants et des jeunes bénéficiaires de l'AEEH. ▪ Etendre le champ d'utilisation des chèques CESU aux accueils collectifs de mineurs avec ou sans hébergement. ▪ Attribuer des bons loisirs aux parents pour favoriser l'accès aux loisirs (réfèrent de l'action : Conseil général). ▪ Articuler les aides financières avec celles consenties par la CAF.
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ MSA, CAF, MDPH, direction de la cohésion sociale
Moyens	▪ Négociation et conclusion d'un contrat enfance jeunesse concernant la tranche d'âge 6-16 ans.
Calendrier	▪ 2011
Evaluation	▪ Nombre d'enfants ou de jeunes handicapés fréquentant un accueil périscolaire. ▪ Réalité des aides financières par les institutions.

Action 3

Informier et sensibiliser les animateurs et les gestionnaires

Objectif opérationnel

- Informer et sensibiliser, dans le cadre de leur formation initiale, les animateurs à l'accueil des enfants ou jeunes en situation de handicap.

Public concerné

- Structures périscolaires

Etapes

- Engager une sensibilisation dans le BAFA général.
- Renforcer et structurer le perfectionnement « handicap ».
- Créer une attestation de formation à l'accompagnement et l'animation au service de publics handicapés.

Référent Partenaires

- Direction de la cohésion sociale
- CAF, MDPH

Moyens

- Sessions de sensibilisation, réunions, échanges...

Calendrier

- 2011

Evaluation

- Qualité de l'accueil
- Degré de satisfaction des parents et des enfants.

FICHE 11

Développer l'offre d'accueil temporaire, les échanges et l'acquisition de savoir-faire

Rappel de l'objectif final :

Soutenir les aidants.

Rendre effective la notion de répit.

Action 1

Augmenter le nombre de places dédiées

Objectif opérationnel

- Favoriser le droit au répit des aidants.

Public concerné

- Entourage assurant l'accompagnement des enfants et/ou des personnes adultes handicapées

Actions

- Etat des lieux et prospective :
 - Etablissement d'une définition référence de l'accueil temporaire : déclinaison des modes d'accueil, publics, cadre réglementaire
 - Réalisation d'une analyse des besoins, l'évaluation et la quantification de l'offre : connaissance des personnes handicapées du département, état des lieux des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux existant et des acteurs par territoires (*voir fiche 1 action 2* ►►) et cartographie des relais possibles, état des lieux des transports et des freins techniques à lever
 - Arrêt d'une définition du financement : investissement et fonctionnement
- Information des membres de la commission des droits et de l'autonomie sur la nature de l'accueil temporaire
- Inscription de ce dispositif dans les réponses possibles de la commission des droits et de l'autonomie dont la préconisation est nécessaire dans le plan de compensation.

Création de places dédiées en établissement pour 2010/2011 :
2 places en 2010, 12 places en 2011. 1 place de MAS en 2010.

	▪ Projet de mise en place d'accueils individuels d'adultes pour des courts séjours de vacances/loisirs en gîtes ou maison d'hôtes, avec l'appui technique de SAVS. La personne vivrait ce séjour en toute autonomie tout en bénéficiant d'un contexte sécurisant (tout comme les accueillants et les aidants).
Référent Partenaires	▪ Conseil général, Etat, MDPH ▪ Etablissements et services médico-sociaux, assurance maladie, associations (représentants d'usagers, gestionnaires), professionnels de santé libéraux, secteur sanitaire, ▪ Service de rééducation motrice du CHU....
Moyens	▪ Centre ressource ▪ Montage de projets
Calendrier	▪ 2010-2014
Evaluation	▪ Réalisation d'un support référence et d'un état des lieux ▪ Création de réponses adaptées. ▪ Mesure de la satisfaction des familles

Action 2

Développer les échanges et l'acquisition de savoir-faire

Objectif opérationnel	▪ Répondre aux besoin de partages d'expériences. ▪ Diversifier les formes d'actions et d'écoute. ▪ Répondre aux besoins d'actualisation des compétences.
Public concerné	▪ Aidants naturels
Actions	▪ Intégrer un dispositif relais départemental de l'aide aux aidants au sein des antennes Loire autonomie ▪ mutualisation des compétences dans un pôle qui centralise et oriente

voir fiche 1 action 2

Intégration au sein du centre ressources de la MDPH d'un espace d'animation :

- animé par des professionnels représentant plusieurs disciplines, doté de conseillers (médecin spécialisés, psychologues, travailleurs sociaux, paramédicaux spécialisés Handicap),
- exerçant une mission d'écoute - information personnalisée - prévention/anticipation - accompagnement et orientation,
- ayant une connaissance de l'ensemble des dispositifs leur permettant de déployer rapidement des réseaux

**Référent
Partenaires**

- MDPH
- Ensemble des acteurs concernés dans le champ du handicap

Moyens

- Liens avec le service de rééducation motrice du CHU en termes de formation et d'informations.

Calendrier

- Durée du schéma

Evaluation

- Mesure du mieux être des aidants et des personnes handicapées.

Diversifier, développer et planifier de nouveaux dispositifs d'accueil et d'accompagnement temporaire

	→ Domicile <i>Ressources mobilisables : SESSAD, SIAD, SAMSAH, SAVS, SAD</i>	→ Etablissement Ressources mobilisables : Foyer d'hébergement, Foyer de vie, Foyer d'accueil médicalisé, Maison d'accueil spécialisé, section d'accueil de jour	→ Famille d'accueil <i>Ressources mobilisables : accueil familial social, accueil familial thérapeutique</i>
Développer ou maintenir les acquis de la personne accueillie	Freins ↳ Niveau de compétences des aidants à domicile (notamment aidant familiaux) ↳ Transports ↳ Matériels	Freins ↳ Déracinement ↳ Contrainte de la vie collective ↳ Transports	Freins ↳ Niveau de formation des accueils à domicile ↳ Transports
Faciliter ou préserver son intégration sociale	Leviers Respect du choix de la personne Préservation de l'environnement de la personne. Maintien et développement des relations sociales de la personne et de son entourage (aide humaine) Connaissance de la personne par les aidants familiaux. Développement de technicité spécifique propre à la situation individuelle.	Leviers Compétence des professionnels du handicap dans les établissements. Préparation de la personne à une vie future en établissement et familiarisation à la vie en collectivité Préparation à une autonomisation en milieu ordinaire dans le cadre du PVP Rompre l'isolement du domicile par des rencontres et des activités.	Leviers Environnement favorable Rompre l'isolement du domicile ou/et élargir son horizon social
Organiser des périodes de répit	Freins Frein psychologique (culpabilisation des aidants familiaux) Horaires des structures d'intervention à domicile Manque de structure Déplacement des professionnels à domicile (notamment paramédicaux)	Freins Frein psychologique (culpabilisation des aidants familiaux) Manque de structure Transport Ingérence des familles dans le quotidien de l'établissement	Freins Psychologique (culpabilisation des aidants familiaux) Manque de structure transport

	Leviers Pas de besoins de transports Sécurité psychologique et matériel pour les aidants	Leviers Disponibilité des professionnels Réseaux Cadre institutionnel rassurant	Leviers Proximité du fonctionnement de type familial
Organiser des périodes de transition Répondre à interruptions de prise en charge Répondre à modification ponctuelle ou momentanée du besoin de prise en charge Relayer les interventions des aidants familiaux	Freins disponibilité des places en services horaire d'intervention des services à domicile adaptation des locaux au professionnel (nuit/ place pr matériel) fonction de garde itinérante non assurée par les services actuels prestations médico-sociale de nuits insuffisante, mal répartie géographiquement	Freins Transports Répartition et coordination territoriale disponibilité des places (en étab et sces) adaptation/équipement de l'établissement en fonction des pathologies des personnes accueillies	Freins Transports Répartition et coordination territoriale
	Leviers maintien de la personne à son domicile/milieu ordinaire Cartographie des relais possibles à réaliser (services, établissements, familles d'accueil)	Leviers Lieu de transition et de préparation à un autre mode de vie. Rôle du médecin de signalement auprès MDPH Régulation, coordination et contractualisation des places par la MDPH Répondre au vieillissement des aidants	Leviers Répondre au vieillissement des aidants Continuité dans le milieu ordinaire, pas d'institutionnalisation
Répondre à une situation d'urgence Réponse à la maltraitance	Freins Réactivité des structures à domicile Plages d'interventions (horaire et jours (fériés, ...)) Disponibilités des services Répartition territoriale	Freins Réactivité et adaptation nécessaire à l'établissement Absence de dossier suffisamment documenté Spécialisation des institutions sur un handicap particulier Transports et déplacement	Freins Absence de dossier suffisamment documenté Transports et déplacement

Apporter des réponses aux besoins de formation

→ Domicile	→ Etablissement	→ Famille d'accueil
Ressources mobilisables : SESSAD, SSIAD, SAMSAH, SAVS, SAD	Ressources mobilisables : Foyer d'hébergement, Foyer de vie, Foyer d'accueil médicalisé, Maison d'accueil spécialisé, Centre d'accueil de jour avec/sans hébergement	Ressources mobilisables : <i>accueil familial social, accueil familial thérapeutique</i>
Freins Isolement Difficulté à trouver du temps pour les aidants familiaux Trésorerie à assurer par la famille pour envoyer les aidants familiaux en formation Formation des salariés familiaux (emplois directs) remplacement,... Information des familles sur les formations (organismes, sujets, coûts, aides, ...)	Freins Pertinence liée au projet d'établissement	Freins Isolement Manque d'lieu de rassemblements Difficulté à trouver du temps Motivation à la formation (coût, temps, disponibilité, ...) Compétences multiples (diversité du handicap)
Leviers Proposition d'adossment à une structure (transferts de compétences)	Leviers Plan annuel de formation partiellement ouvert aux aidants Savoir faire existant de l'établissement Ouverture des structures aux aidants Mutualisation des structures autour de la formation	Leviers Mutualisation des structures autour de la formation Rompre l'isolement Développer ses compétences par famille adossée à une structure Information des familles sur les formations (organismes, sujets, coûts, aides, ...)

FICHE 12

Adapter et diversifier l'offre d'accueil des personnes handicapées vieillissantes en établissement

Rappel de l'objectif final :

Accompagner l'avancée en âge des personnes handicapées.

Action 1

Intensifier la création de places dédiées

Objectif opérationnel	▪ Créer des solutions spécifiques intégrant une médicalisation en vue d'anticiper les effets du vieillissement
Public concerné	▪ Adultes handicapés vieillissants (la norme du vieillissement étant fixée à l'âge de 45 ans). ▪ Entourage assurant l'accompagnement.
Etapes	▪ Création de 67 places dès 2010 : - 29 en foyer de vie - 31 32 en FAM - 4 places de MAS destinées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes. - 2 dédiées à l'accueil temporaire ▪ Initier un audit des structures spécialisées, créées, dans la Loire au titre du précédent schéma. ▪ Actualiser l'étude « benchmarking » hors Loire conduite en 2003 ▪ Etablir un cahier des charges définissant les structures spécialisées avec une différenciation selon le degré et la nature du handicap dans un cadre budgétaire cohérent ▪ Créer près de 150 places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes (Foyer de vie, FAM, unité spécialisée en EHPAD).
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ Etat
Moyens	▪ Conseil général, ARS pour le financement de la partie soin

Calendrier	▪ 2010-2014
Evaluation	▪ Nombre de places créées et lieux d'implantation

Action 2

Accompagner les travailleurs vieillissants d'ESAT vers une diminution ou une cessation d'activité

Objectifs opérationnels	▪ Répondre aux besoins d'adaptations des rythmes de travail en ESAT ▪ Prévoir les transitions vers la fin d'activité. ▪ Proposer des solutions d'hébergement adaptées
Public concerné	▪ Usagers vieillissants en ESAT
Actions	▪ Proposer aux personnes vieillissantes travaillant en ESAT, mais n'étant plus en mesure d'occuper un poste à temps plein, une activité à temps partiel. ▪ Proposer aux personnes vieillissantes, accueillies en foyer d'hébergement, un mode d'accueil spécifique prenant en compte l'évolution de leur dynamisme en termes d'activités et l'apparition de désagréments liés à l'âge. ▪ Travailler les modes d'articulation entre les sections annexées à un ESAT (et SAESAT) ainsi que les sections d'activité de jour : publics, missions. ▪ Adapter les orientations de la MDPH vers ces types de dispositifs et définir les modalités d'accompagnement.
Référent	▪ Conseil général, Etat,
Partenaires	▪ Associations gestionnaires, MDPH
Moyens	▪ Evaluation des processus de vieillissement en ESAT. ▪ Adaptation des structures d'hébergement permettant un accueil optimal des travailleurs à temps partiel.
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Nombre d'usagers travaillant en ESAT au-delà de 45 ans, de façon à permettre de mesurer le taux de poursuite des accompagnements en ESAT des personnes qui en expriment la volonté et en ont les capacités. ▪ Nombre d'actions mises en œuvre au sein des établissements visant à une préparation progressive à la cessation d'activité. ▪ Evolution des structures d'accueil.

Action 3

Expérimenter une grille commune d'évaluation des besoins sociaux et de la charge en soins

Objectifs opérationnels	▪ Faciliter l'appréciation des besoins en professionnels et la nature des compétences mobilisables. ▪ Adapter l'offre aux besoins des publics handicapés présentant des vieillissements différenciés ▪ Permettre de démontrer l'opportunité des projets médico-sociaux au regard des besoins.
Public concerné	▪ Personnes handicapées vieillissantes
Actions	▪ Expérimenter l'outil PATHOS auprès d'un échantillon de personnes handicapées vieillissantes accueillies en structures spécialisées (Foyer de vie, FAM, unité spécialisée en EHPAD, etc...). ▪ Piloter un comité technique chargé d'établir une grille de référence pour l'évaluation multidimensionnelle des besoins en établissement ▪ L'élaboration de cette grille permettra également, à terme et sur la base de critères objectifs, d'établir une priorisation des orientations.
Référent Partenaires	▪ Comité multipartenaires : Etat, Assurance maladie, Conseil général de la Loire, Etablissements, etc...
Moyens	▪ Constitution et fonctionnement du comité technique multipartenaires
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Constitution du comité technique. ▪ Elaboration de la grille.

FICHE 13

Développer les outils du Conseil général, pour mieux piloter l'offre médico-sociale

Rappel de l'objectif final :

Mieux structurer l'offre médico-sociale et l'adapter aux évolutions.

Action 1

Rénover le règlement départemental de l'aide sociale

**Objectif
opérationnel**

- Elaborer un document de référence du système d'aide sociale départementale, à l'usage des partenaires du Conseil général mais aussi des usagers et de l'ensemble des ligériens.

Public concerné

- Equipe pluridisciplinaire d'évaluation, membres de la commission des droits et de l'autonomie, enseignants référents

**Référent
Partenaires**

- MDPH
- Inspection académique, ARS

Moyens

- Temps de réunions
- Partages d'expériences

Calendrier

- 2010

Evaluation

- Formalisation du document

Action 2

Elaborer la méthodologie de la procédure d'appel à projets (faisant suite au terme du fonctionnement du CROSMS)

**Objectif
opérationnel**

- Affirmation du rôle du Conseil général en matière de développement de l'offre de structures médico-sociales.

Public concerné

- Porteurs de projets.

Actions	▪ Publication des décrets définissant le cadre de la procédure. ▪ Elaboration de la procédure départementale. ▪ Présentation de la procédure aux élus et aux porteurs de projets.
Référent	▪ Etat ▪ Conseil général
Moyens	▪
Calendrier	▪ 2010-2011
Evaluation	▪ Mise en œuvre de la nouvelle procédure.

Action 3

Mettre en place un système d'enregistrement de la demande de places en établissements et services

Objectifs opérationnels	▪ Développer un système d'information harmonisé en relation avec les établissements et la MDPH en vue de la gestion en temps réel des places disponibles. ▪ Evaluer finement les besoins de création de places en établissement et services.
Public concerné	▪ Personnes handicapées en attente de place dans un établissement ou un service médico-social. ▪ Etablissements d'accueil.
Actions	▪ Conception d'un outil informatique ▪ Appropriation de cet outil par les acteurs
Référent	▪ Conseil général/MDPH
Partenaires	▪ Etat
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Adaptation de l'offre via la mise en place d'un outil de planification, d'aide à la décision pour les institutions. ▪ Réalité d'un fonctionnement plus fluide

FICHE 14

La recherche de la qualité : la bientraitance et la dynamique des établissements et des services

Rappel de l'objectif final :

Mieux structurer l'offre médico-sociale et l'adapter aux évolutions.

Action 1

Mettre en place des outils au service de la bientraitance en structures médico-sociales.

Objectifs opérationnels	▪ Prévenir la maltraitance ▪ Transmettre les informations aux instances de contrôle
Public concerné	▪ Etablissements médico-sociaux ▪ Accueil familial
Etapes	▪ Mettre en places des visites inopinées dans les structures médico-sociales ▪ Développer une commission des plaintes
Référent	▪ Etat, Conseil général
Moyens	▪ Organiser une politique de visites évaluatives des établissements.
Calendrier	▪ 2010
Evaluation	▪ Contenu des comptes-rendus de visites

Action 2

Soutenir les politiques qualité conduite dans les établissements et les services

Objectifs opérationnels	▪ Impulser une politique Qualité dans le département de la Loire. ▪ Intégrer les recommandations nationales de l'Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESMS). ▪ Conclure des « conventions qualité ».
Public concerné	▪ Etablissements et services médico-sociaux
Actions	▪ Réaliser un recensement, auprès des gestionnaires, de l'état d'avancement de la démarche qualité sur la Loire . ▪ Proposer des réunions périodiques afin de relayer auprès de l'ensemble des professionnels les méthodes d'évaluation interne et les pratiques locales en phase avec le label « qualité ». ▪ Proposer des temps de regroupement avec le secteur des personnes âgées (domicile/hébergement) afin de confronter les pratiques et les organisations
Référents	▪ Etat ▪ ANESMS ▪ Conseil général de la Loire
Moyens	▪
Calendrier	▪ Durée du schéma
Evaluation	▪ Nombre de conventions signées

Action 3

Permettre la diffusion des bonnes pratiques entre les structures.

Objectifs opérationnels	▪ Favoriser les articulations entre les dispositifs, de manière à garantir la continuité de la prise en charge dans toutes les étapes du déroulement du projet de vie individualisé. ▪ Développer la mutualisation des compétences.
Public concerné	▪ Gestionnaires des établissements et services et directeurs des structures

Actions	▪ Identifier des personnes et des structures ressources en fonction de thématiques repérées de manière à minorer les effets de l'isolement des structures sur un problème donné. ▪ Formaliser des partenariats. ▪ Développer des formules innovantes et expérimentales. ▪ Mettre en place des actions de formations communes.
Référent	▪ Conseil général
Partenaires	▪ Gestionnaires des établissements et services et directeurs des structures
Moyens	▪ Mise en place d'un groupe de travail identifiant les problèmes récurrents auxquels sont confrontées les structures et rechercher, en fonction de ces thématiques repérées, des personnes et des structures ressources.
Calendrier	▪ Durée du schéma.
Evaluation	▪ Constitution du groupe de travail. ▪ Création d'un outil de compilation des bonnes pratiques. ▪ Organisation de la circulation des bonnes pratiques.

B- Enquêtes

Etablissements médico-sociaux pour enfants et adolescents

Comment les établissements s'organisent-ils ?

Comment les établissements adaptent-ils leurs pratiques au regard de l'évolution législative en matière de scolarisation ?

De nombreux établissements ont évolué au regard du projet d'établissement d'origine, compte tenu de l'évolution de la population accueillie, de la prise en charge et du cadre réglementaire.

- ▶ Pour les établissements accueillant des déficients intellectuels (IME - IMPRO - IMP), les priorités sont :
 - Suivi et soutien éducatifs / travail thérapeutique / contractualisation avec les familles ;
 - Scolarisation adaptée / formation professionnelle / insertion professionnelle
 - Autonomie / socialisation / insertion monde ordinaire ;
 - Confort et bien-être de l'enfant / hygiène et soins / diététique et hydratation régulière ;
 - Démarche qualité ;
 - Individualisation des projets suite à l'évolution des besoins des usagers .

La majorité des établissements déclarent avoir mis en place des relations de coopération avec différents organismes.

- ▶ Les établissements pour enfants déficients intellectuels sont en contact avec d'autres structures dans le cadre des plateaux techniques, avec des CMPP, des ESAT, des établissements scolaires (écoles, collèges, lycées), le secteur de la psychiatrie, des entreprises, des centres sociaux, des clubs sportifs.
- ▶ Pour la moitié des établissements, ces relations de coopération sont formalisées par la signature d'une convention.
- ▶ Pour les établissements spécialisés dans les troubles de la conduite et du comportement, les relations de coopération existent mais doivent être formalisées avec le secteur pédopsychiatrique et les collèges.
- ▶ Peu de relations de coopération pour les établissements spécialisés dans le handicap moteur, principalement avec d'autres IEM et avec le CHU. Ces coopérations ne sont pas formalisées.
- ▶ L'établissement pour déficients auditifs a développé des contacts avec de nombreux organismes (comme : établissements scolaires, inspection académique, centres de formation des apprentis, maisons familiales rurales, associations d'usagers, services hospitaliers, pour lesquels des conventions sont souvent signées.

Les relations avec les parents : quelle que soit la nature de l'établissement, les relations avec les parents sont régulières tout au long de l'année :

- Deux à trois réunions annuelles avec l'ensemble des parents dans le cadre des conseils de vie sociale ou avec les associations de parents.
- Réunions individuelles formalisées à l'admission, puis pour le projet individualisé

d'accompagnement, le contrat de séjour, pour définir les orientations.

- Rencontres ponctuelles autant que de besoin (à la demande des familles ou des professionnels) ou lors de moments clés dans le parcours de l'enfant (portes ouvertes, fête de fin d'année, ...).

Très peu d'établissements ont mis en place d'autres types de rencontres. Un établissement a instauré une rencontre annuelle entre les parents et les anciens usagers ; un groupe de parole a été mis en place au niveau des associations de parents.

Même suivis en établissement, la plupart des enfants et des jeunes gardent une intégration familiale :

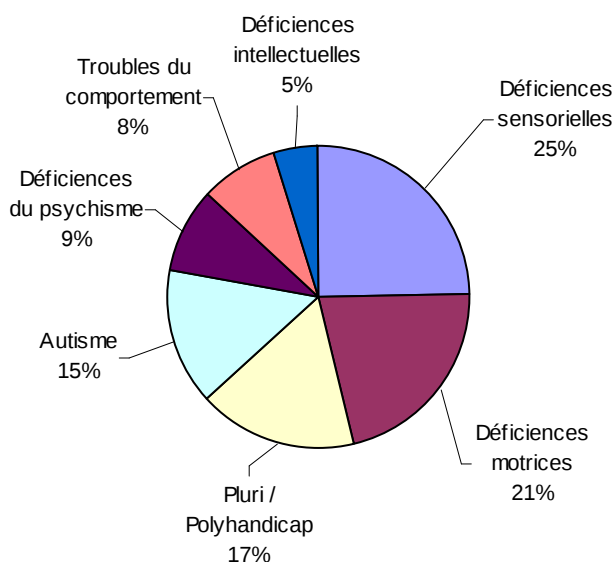
- Les enfants et les jeunes déficients intellectuels sont majoritairement hébergés en milieu ordinaire : lorsqu'il y a orientation en établissement médico-social, seuls 32% des enfants et des jeunes sont accueillis en internat (complet ou séquentiel).
- Inversement, l'internat (complet ou séquentiel) est le mode d'accueil majoritaire à 59% pour les enfants et les jeunes ayant des troubles de la conduite et du comportement orientés en établissement.
- La moitié des enfants et des jeunes atteints de polyhandicap ou de déficience motrice, orientés en établissement sont accueillis en internat (complet ou séquentiel).

Services d'accompagnement médico-sociaux pour enfants et adolescents

Une enquête a été conduite dans le cadre de ce schéma ; elle porte sur 250 enfants suivis au 1^{er} janvier 2009, répartis sur 12 services d'accompagnement différents.

Caractéristiques des enfants suivis

- 60% de garçons, 40% de filles. Les enfants sont âgés de 2 à 21 ans, l'âge moyen s'élève à 11 ans. Ils sont originaires à 91% du département de la Loire. Les autres enfants proviennent de départements limitrophes (par ordre d'importance, le Rhône, la Haute-Loire, la Saône-et-Loire et le Puy-de-Dôme).
- L'accompagnement par le service est assez récente : l'ancienneté du suivi s'élève en moyenne à 2,5 ans (l'entrée dans le service s'étale de 1993 à 2009).
- déficiences :



Les enfants présentant des déficiences sensorielles se répartissent entre déficiences auditives (16%) et déficiences visuelles (9%).

Il y a davantage d'enfants présentant un plurihandicap (13%) qu'un polyhandicap (4%).

L'autisme et les troubles envahissants du développement sont de l'ordre de 11% ; ce handicap n'est associé que rarement à des déficiences intellectuelles (4%).

Les troubles du comportement sont associés à des déficiences intellectuelles.

A noter le peu d'enfants présentant des troubles du langage et de la parole compte tenu du faible nombre de services spécialisés dans ce type de suivi parmi les services ayant répondu.

Mode de scolarisation

Scolarisation antérieure à la prise en charge	Scolarisation actuelle				
	Classes en milieu ordinaire	Etabs médico- sociaux	Scolarisation adaptée	Non scolarisé	Total
Classes en milieu ordinaire	162	1	27	0	190
Etablissements médico-sociaux	6	1	0	0	7
Scolarisation adaptée	9	0	9	1	19
Non scolarisé	12	0	7	15	34
Total	189	2	43	16	250

- Les enfants présentant des déficiences sensorielles ou des troubles du comportement sont davantage scolarisés en scolarisation individuelle (classes du premier ou du second degré).
- Les enfants autistes ou présentant une déficience du psychisme sont davantage scolarisés au sein d'un dispositif spécifique de type CLIS ou UPI ou bien bénéficient d'une scolarisation adaptée de type EREA.
- Les enfants présentant des déficiences intellectuelles ou motrices ou en situation de polyhandicap ou pluri handicap sont répartis sur les différents modes de scolarisation ordinaire.

Pour 75% des enfants et des jeunes, le type de scolarisation n'a pas changé depuis la prise en charge par un service d'accompagnement (diagonale du tableau en gras). On peut souligner l'hypothèse que plus les enfants avancent dans la scolarisation, plus ils doivent faire face à des demandes éducatives importantes, d'où la nécessité d'un soutien pour leur permettre de se maintenir dans une scolarisation ordinaire.

Pour ceux ayant changé de type de scolarisation, près de 15% des enfants antérieurement scolarisés en milieu ordinaire sont dorénavant inscrits en scolarisation adaptée.

La scolarisation actuelle en établissement médico-social avec intervention d'un service concerne un jeune déficient auditif scolarisé en institut d'éducation motrice. L'accompagnement du service porte uniquement sur le soin (orthophonie et ORL).

Pour la moitié des enfants accueillis en scolarisation adaptée avant la prise en charge, le type de scolarisation n'a pas changé. L'autre moitié a intégré une classe en milieu ordinaire.

Parmi les enfants non scolarisés avant la prise en charge par le service d'accompagnement :

- 44% ne sont toujours pas scolarisés
- **35% sont entrés en classe ordinaire**
- **21% sont scolarisés dans un dispositif spécifique au sein d'un établissement de scolarisation ordinaire**

Ces résultats soulignent que les services d'accompagnement médico-social

permettent ainsi le passage à une scolarisation ordinaire pour une majorité des enfants qui ne bénéficiaient pas d'une scolarisation.

En outre, la majorité des enfants scolarisés antérieurement en établissements médico-sociaux ont intégré une classe en milieu ordinaire après la prise en charge par le service.

Contenu des interventions et articulation avec les types de handicap

- La très grande majorité des services réalise une double mission (128 services) :
 - Soins
 - Accompagnement de la scolarisation et soutien à l'autonomisation

11 sont uniquement dans le champ du soin : ce constat concerne majoritairement l'autisme, puis la déficience intellectuelle et/ou les troubles du comportement.

17 sont uniquement dans le champ de l'accompagnement de la scolarisation et du soutien à l'autonomisation : ce constat concerne la déficience visuelle, la déficience intellectuelle, et les troubles du comportement

Le soin concerne :

- Le soutien psychologique pour 23 suivis + 3 soutiens psychiatriques (dont 2 en libéral)
- L'orthophonie (18 suivis) : déficience intellectuelle et/ou troubles du comportement, déficience auditive, déficience intellectuelle et autisme,
- La psychomotricité (16 suivis)
- L'ORL qui fait l'objet d'un nombre important d'interventions mais celles-ci correspondent pour la totalité au suivi des enfants et jeunes déficients auditifs
- Le suivi des troubles cognitifs (4) : déficience intellectuelle et trouble du comportement

45 réponses sans précision sur le soin

Lorsqu'il y a précision sur l'accompagnement de la scolarisation et du soutien à l'autonomisation, les interventions concernent :

- Le soutien scolaire et le renforcement des compétences sociales (7)
- L'insertion professionnelle (5)
- L'utilisation des transports en commun (2)

12 sans précision

Lieux d'intervention des services

- Les services d'accompagnement interviennent en majorité sur un lieu unique : à domicile pour 44% des suivis ou sur le lieu de scolarisation ou de formation pour 28%. Il est très rare que l'intervention soit réalisée uniquement dans les locaux du SESSAD. Pour 24% des suivis, l'intervention se déroule sur les différents lieux de vie de l'enfant, principalement en combinant une intervention dans les locaux du SESSAD et sur le lieu de scolarisation ou de formation, et parfois également au domicile de l'enfant.

Selon les déficiences des enfants suivis, l'intervention se déroule sur des lieux de vie différents.

- Les enfants lourdement handicapés (déficiences motrices et polyhandicap ou plurihandicap) sont plutôt vus uniquement à leur domicile, alors que les enfants présentant des déficiences du psychisme ou sensorielles sont suivis sur leur lieu de scolarisation ou de formation.
- La combinaison des différents lieux d'intervention est plus fréquente chez les enfants atteints de déficiences intellectuelles, de troubles du comportement ou de troubles autistiques.

Durée moyenne d'intervention par semaine

- La durée moyenne d'intervention hebdomadaire par un service d'accompagnement s'élève à 4H30 ; en revanche, pour près de la moitié des enfants suivis, le nombre d'heures d'accompagnement ne dépasse pas 3 heures par semaine ; il s'agit principalement des enfants présentant des déficiences sensorielles, du psychisme ou des troubles du comportement. Les enfants plus lourdement handicapés (autistes, moteurs ou poly-pluri handicapés) sont pris en charge sur une durée hebdomadaire plus importante, jusqu'à plus de 15 heures par semaine.

Etablissements médico-sociaux pour adultes

Source : enquête du Conseil général au 1^{er} janvier 2009. Taux de réponse : 60% foyers d'hébergement ; 75% des foyers de vie ; 100% des FAM ; 75% des MAS. 100% ont répondu concernant les personnes en attente de place.

L'âge moyen des adultes accueillis s'élève à 43 ans (contre 40 ans au niveau national). Les personnes accueillies en FAM sont plus âgées (45 ans en moyenne)*.

En terme de pourcentage, les personnes handicapées vieillissantes se répartissent comme suit (hors structures dédiées) :

Type d'établissement	Proportion de + de 45 ans parmi les personnes accueillies	Proportion de + de 55 ans parmi les personnes accueillies
Foyers d'hébergement	45%	13%
Foyers de vie	39%	16%
FAM	29%	11%
MAS	41%	12%

Les personnes âgées de 45 ans et plus représentent entre 34% (FAM) et 45% (foyers d'hébergement) des personnes hébergées. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent de 5 à 6% des personnes accueillies en établissement d'hébergement.

Pour près de la moitié des personnes accueillies dans la Loire, la déficience principale est intellectuelle (avec un retard mental moyen pour 56% d'entre elles, un retard mental profond et sévère pour 35%). 82% en foyer d'hébergement sont déficients intellectuels.

Les déficiences principales d'ordre psychique progressent : elles concernent ainsi le quart des adultes hébergés (plus de la moitié des adultes hébergés en foyer de vie). 60% en foyer de vie sont déficients psychiques.

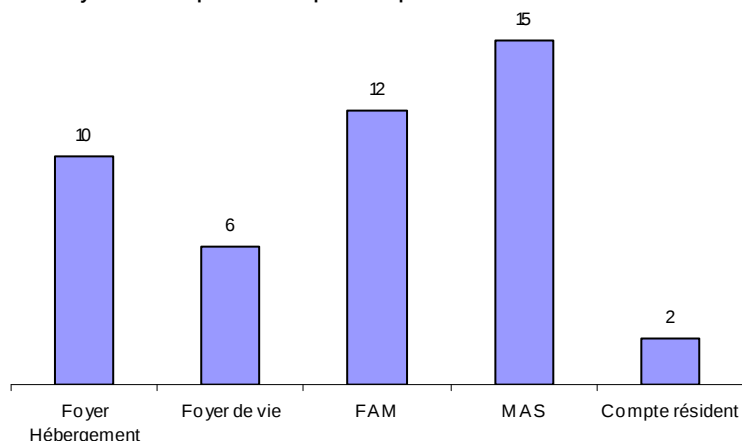
Déficience principale (en %)	France (enquête DREES ES2006)	Loire (enquête CG 2008)
Déficience intellectuelle	62	49
Déficience du psychisme	16	25
Déficience du langage et de la parole	NS	NS
Déficience auditive	1	NS
Déficience visuelle	1	NS
Déficience motrice	8	8

Plurihandicap *	4	4
Déficience viscérale, métabolique ou nutritionnelle	NS	NS
Polyhandicap **	7	11
Autres déficiences	1	2

* Plurihandicap : handicap correspondant à plusieurs déficiences d'une même gravité, ceci empêchant de déterminer une déficience principale.

** Polyhandicap : handicap associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante.

→ Une durée moyenne de présence plus importante dans les structures médicalisées



- 43% des personnes sont hébergées depuis moins de 6 ans dans la structure enquêtée
- 24% le sont depuis 16 ans ou plus.

→ 95% des personnes sont accueillies en hébergement « classique » (une même place à plein temps). Cette proportion est commune à tous les types de structure.

→ 40% des adultes actuellement hébergés vivaient antérieurement au sein de leur famille (ou plus rarement en famille d'accueil) et 7% au sein de leur propre logement.

Pour les autres adultes, l'hébergement était déjà institutionnalisé :

- 18% en foyer d'hébergement
- 16% en structure médico-sociale pour enfants
- 10% en établissement de santé.

Type de logement antérieur selon le type d'établissement d'hébergement actuel :

Logement ou hébergement antérieur	FH	FV	FAM	MAS	Total médian
Logement personnel	3%	9%	11%	3%	7%
Famille / Famille d'accueil	47%	29%	27%	66%	40%
Foyer d'hébergement	38%	12%	12%	1%	18%
Foyer de vie	1%	4%	4%	1%	3%

FAM / MAS	0%	2%	4%	7%	3%
Etablissement de santé	2%	22%	4%	13%	10%
Structure médico-sociale pour enfants	5%	19%	30%	9%	16%
Autre hébergement	4%	3%	8%	0%	3%

Type d'activité antérieure selon l'établissement d'hébergement actuel

Activité antérieure	FH	FV	FAM	MAS	Total médian
ESAT Temps plein	72%	17%	17%	0%	41%
ESAT Temps partiel	7%	37%	5%	4%	11%
Travail en milieu ordinaire	0%	2%	23%	0%	7%
En formation ou en stage	9%	2%	0%	0%	5%
Autre activité ou accueil en journée	2%	29%	8%	93%	18%
Sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée	4%	8%	43%	0%	14%
Accueil en établissement d'hébergement adultes	6%	6%	5%	2%	5%

On constate une corrélation entre la fin de l'activité, et le passage à un type d'établissement de type occupationnel ou médicalisé, en raison vraisemblablement d'une usure causée par le travail.

- 45% passent d'un contexte professionnel ou d'activité à l'hébergement en FAM. Par ailleurs, les personnes actuellement accueillies en FAM et qui travaillaient antérieurement en milieu ordinaire sont toutes hébergées en places dédiées aux personnes handicapées vieillissantes, d'où le constat d'une usure importante causée par le travail.
- 56% des adultes hébergées en foyer de vie exerçaient une activité ou un emploi.

d- Personnes en attente de place : 250 personnes (personnes identifiées par la MDPH et rattachées à la MDPH de la Loire, en attente effective d'une place d'hébergement au 01.01.2009)

Les individus âgés de 45 ans et plus représentent 30% de l'effectif*, 8% a plus de 55 ans. La plupart est déjà bénéficiaire d'une aide attribuée par le Conseil général : parmi eux 60% sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement et dans une moindre mesure de la PCH.

(Les tranches 45-54 ans et 55 ans et plus ont été prises comme références en vue de faciliter l'analyse des résultats : notamment pour avoir une première lecture de la proportion des usagers qui peuvent être considérés comme « vieillissants »)*

- ▶ 250 adultes en attente d'une place en établissement d'hébergement adulte, dont 52 en orientation MAS, de compétence Etat au 31 décembre 2008.

- ▶ **198 personnes sont sans solution (hébergées en famille), dont 110 personnes de moins de 45 ans* :**
 - 50% demandent une place en foyer de vie,
 - 25% une place en foyer d'hébergement,
 - 15% une place en FAM.

- ▶ **Réorientations souhaitables déclarées par les établissements : elles concernent les foyers d'hébergement et les foyers de vie et soulignent un rééchelonnement des besoins vers un accompagnement plus soutenu :** Pour la moitié des personnes hébergées actuellement en foyer d'hébergement (autrement dit des personnes qui travaillent en ESAT la journée), il est mentionné qu'une place en foyer de vie serait plus adaptée; plus de 20% en SAESAT ou section d'activité (réaménagement du temps en ESAT). Plus de la moitié des personnes en attente hébergées actuellement en foyer de vie, auraient des besoins correspondant à un accompagnement en FAM : cette donnée reflète une demande forte en médicalisation, exprimée par les établissements.

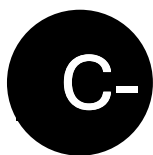
ESAT

Résultats de l'enquête réalisée par le CREAL Rhône-Alpes pour la DDASS de la Loire au 01.01.2009

- ▶ La déficience intellectuelle est le type de déficience majoritaire dans la Loire.
- ▶ Les troubles d'origine psychique progressent :
14% des travailleurs d'ESAT présentent une déficience du psychisme (avec pour la plupart (99%) une déficience intellectuelle associée, selon les résultats de l'enquête ES 2006) : **30% des travailleurs d'ESAT en situation de handicap mental présentent une déficience du psychisme associée** (enquête ES).
Plus de la moitié des ESAT indiquent d'ailleurs qu'ils rencontrent de plus en plus de difficultés liées aux problématiques du handicap psychologique, des troubles psychiques ou des troubles du comportement.
- ▶ Le nombre de travailleurs accueillis dans les ESAT de la Loire, originaires d'autres départements, a doublé par rapport à 2006.
 - **Au 31.12.2006 : 13 personnes** ont été orientées dans un ESAT de la Loire par un autre département (Haute-Loire, Saône et Loire, Rhône), la quasi-totalité (99%) des travailleurs en ESAT étant originaires de la Loire.
 - **Fin 2008 (étude DDASS) : 27 travailleurs originaires d'autres départements**, essentiellement limitrophes : la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme, la Saône-et-Loire, ainsi que le Rhône, l'Ardèche, et de manière anecdotique la Haute-Savoie.

c- Personnes en attente de place : près de 7% des effectifs accueillis

- ▶ **90 personnes sont en attente d'une place dans un ESAT de la Loire au 1^{er} décembre 2008** (sur une totalité de 15 listes d'attente qui ont pu être exploitées), soit 6,77% des effectifs actuels de l'ensemble des ESAT.
- ▶ 6 adultes en attente de place sont domiciliés hors du département.



Les ateliers du schéma - juin/décembre 2008

- ***Annonce du handicap : comment accompagner la personne et sa famille ?***

Pilotes : Régine CLEMENT, Trisomie 21 Loire ; Gilles DAMON, CAMSP St Etienne et CHU

Rapporteurs : Brigitte BERNARD, MDPH, Caroline FETRO, Conseil général, Gilles DAMON

- ***Scolarisation : quelles modalités d'accueil et d'accompagnement, quels besoins ?***

Pilote : Thierry VIAL, Inspection académique,

Rapporteur : Odile COLARD-BARRIER, Institut de jeunes sourds Plein vent

- ***Comment organiser la complémentarité entre établissements scolaires et structures médico-sociales ?***

Pilote : Colette AMOUROUX-RIADO, DDASS

Rapporteur : Christian DEVUN, IME et SESSAD Chantalouette

- ***Comment soutenir les parents et aider les aidants ?***

Pilotes : Jean-Noël EXBRAYAT, MDPH ; Yves CANIVET, Conseil général (division en 4 sous ateliers animés par Murielle BRUGIERE, Conseil général, Anouck BAROLET, Autisme Loire, Catherine RIVIERRE, APF, Michel GRANGE, Mutualité française de la Loire)

Rapporteur : Vincent DEFOUR, ITEP Robert Anglaret - PEP

- ***Comment faciliter les parcours professionnels, l'accès au travail (protégé ou non) et le maintien dans l'emploi ?***

Pilotes : Pascale LASSABLIERE, MDPH, Françoise REINHARD, MDPH (division en 3 sous ateliers animés par Gilles JOURJON, SAVPEPH - PEP, David MAZOYER, CREPSE, Jean-Michel JOYEUX, ASTP - AREPSHA).

Rapporteur : Martine LELY, DDTEFP

- ***Quelle réalité du projet de vie dans la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation du handicap par la MDPH ?***

Pilotes : Réjeanne BERTRAND, MDPH ; Serge CHAVE, Conseil général

Rapporteur : Jean PENNANEACH, Services d'accompagnement Trisomie 21 Loire

- ***Quelle offre d'accueil en établissement pour adultes ? Comment tenir compte du vieillissement ?***

Pilotes : Jérôme REYNE, Conseil général : Marielle BONNET, DDASS

Rapporteur : Philippe BESSON - IMC Loire - Michel DARBOURET, ADAPEI Loire

- ***Comment permettre et accompagner les choix de vie autonome ?***

Pilote : Philippe GAUTHIER, Conseil général

Rapporteur : Nathalie MELLADO, Conseil général

- ***Comment favoriser la mise en réseau du médico-social avec les acteurs du sanitaire et du social ?***

Pilotes et rapporteurs: Ivan CARROT, MDPH ; Jocelyne GAULIN, DDASS

D- Glossaire

AAH	Allocation Adultes Handicapés
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CAF	Caisse d'Allocations Familiales.
CDA/CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
RQTH	Reconnaissance de la Qualité Travailleur Handicapé.

Établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires, établissements scolaires

CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CAMPS	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CLIS	Classe pour l'Inclusion Scolaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
EMP	Externat Médico-Pédagogique
ESAT	Établissements et Services d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
IEM	Institut d'Education Motrice
IME	Institut Médico Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
SAESAT	Section annexe à un Établissements et Services d'Aide par le Travail
SAFEP	Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
UPI	Unité pédagogique d'intégration