Morbihan

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL 2013-2017 D'ORGANISATION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

SOMMAIRE

PREAMBULE ..... p 4

INTRODUCTION AU SCHEMA ..... p 7
Contexte ..... p 8
Méthodologie ..... p 11

I- BILAN AU 31 DECEMBRE 2012 DU SCHEMA 2008/2012 ..... p 13

II- INDICATEURS ..... p 44

III- AXES, ORIENTATIONS ET FICHES ACTIONS ASSOCIEES ..... p 49

AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap ..... p 50
Introduction ..... p 50
Orientation 1 : "Renforcer le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge précoces" ..... p 56
Fiche action n° 1 : Renforcer le dépistage et l'accompagnement précoces ..... p 56
Fiche action n° 2 : Soutenir le suivi et la prise en charge des nouveau-nés vulnérables ..... p 57
Fiche action n° 3 : Conforter l'action des CAMSP ..... p 58
Fiche action n° 4 : Favoriser la gradation avec le secteur libéral ..... p 59
Fiche action n° 5 : Renforcer l'accompagnement et la prise en charge précoces des enfants handicapés ..... p 60
Orientation 2 : "Améliorer la diffusion de l'information pour un meilleur accès aux droits" ..... p 61
Fiche action n° 6 : Mettre en place un maillage territorial de l'accès à l'information ..... p 61
Fiche action n° 7 : Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en amont de la décision de la CDAPH ..... p 62
Fiche action n° 8 : Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en aval de la décision de la CDAPH ..... p 63
Fiche action n°9 : Communiquer auprès du grand public pour renforcer l'accès aux droits ..... p 64
Orientation 3 : "Faciliter l'accès à la vie sociale" ..... p 65
Fiche action n° 10 : Sensibiliser la société civile aux problématiques des personnes handicapées et aux enjeux de la mise en accessibilité ..... p 65
Fiche action n° 11 : Soutenir la mise en accessibilité de l'offre culturelle et touristique ..... p 66
Fiche action n° 12 : Favoriser l'accès au sport des personnes en situation de handicap ..... p 67
Fiche action n° 13 : Faciliter le déplacement des personnes handicapées sur le territoire départemental ..... p 68
Fiche action n° 14 : Faciliter la participation à la vie sociale des personnes handicapées ..... p 69
Fiche action n° 15 : Permettre une participation active des représentants d'usagers aux commissions d'accessibilité ..... p 70
Orientation 4 : "Favoriser l'accès aux soins" ..... p 71
Fiche action n° 16 : Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile ..... p 71
Fiche action n° 17 : Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement médico-social p 72
Fiche action n° 18 : Faciliter l'accès aux soins des personnes autistes ..... p 73
Fiche action n° 19 : Favoriser la coopération entre les établissements de santé et les ESMS pour améliorer la qualité de l'accueil et la délivrance des soins ..... p 74
Orientation 5 : "Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante" ..... p 75
Fiche action n° 20 : Accueillir dès le plus jeune âge l'enfant en situation de handicap dans les structures d'accueil collectif ..... p 75
Fiche action n° 21 : Promouvoir et faciliter l'accueil d'enfants handicapés chez les assistants maternels ..... p 76
Fiche action n° 22 : Poursuivre le déploiement d'une offre diversifiée de scolarisation pour les enfants handicapés ..... p 77

Fiche action n° 23 : Accompagner les familles dans le processus de scolarisation, d'apprentissage et d'études supérieures de leur enfant en situation de handicap ..... p 78
Fiche action n° 24 : Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les accueils collectifs de mineurs ..... p 79
Orientation 6 : " Accompagner pour réussir l'insertion professionnelle" ..... p 80
Fiche action n° 25 : Accompagner l'insertion professionnelle des personnes handicapées ..... p 80
Fiche action n° 26 : Renforcer l'accompagnement adapté des travailleurs handicapés ..... p 81
Fiche action n° 27 : Soutenir l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail ..... p 82
Fiche action n° 28 : Permettre l'intégration en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées psychiques ..... p 83
Fiche action n° 29 : Répondre aux orientations ESAT ..... p 84
Fiche action n° 30 : Accompagner les personnes orientées en ESAT ..... p 85
Fiche action n° 31 : Faciliter et accompagner l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants avec une orientation ESAT ..... p 86
Fiche action n° 32 : Adapter les ESAT à l'évolution des besoins des travailleurs handicapés ..... p 87

AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs ..... p 88
Introduction ..... p 88
Orientation 7 : "Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie à domicile" ..... p 92
Fiche action n° 33 : Améliorer l'accompagnement des adultes handicapés à domicile ..... p 92
Fiche action n° 34 : Ouvrir de nouvelles places en domiciles groupés accompagnés pour personnes handicapées psychiques ou autistes ..... p 93
Fiche action n° 35 : Ouvrir des places en domiciles groupés accompagnés pour travailleurs en ESAT ..... p 94
Fiche action n° 36 : Ouvrir des places en domiciles groupés accompagnés pour personnes handicapées physiques ..... p 95
Fiche action n° 37: Favoriser l'accès à des prestations d'aide sociale pour éviter l'entrée en établissement .. p 96
Fiche action n° 38 : Faciliter et moderniser les prestations à domicile ..... p 97
Fiche action n° 39 : Rompre l'isolement social ..... p 98
Fiche action n° 40 : Mieux accompagner les personnes handicapées âgées ..... p 99
Fiche action n° 41 : Préparer la transition entre la vie active et la retraite ..... p 100
Orientation 8 : "Soutenir les familles et les personnes handicapées" ..... p 101
Fiche action n° 42 : Soutenir les parents d'enfants handicapés ..... p 101
Fiche action n° 43: Développer l'aide aux aidants ..... p 102
Fiche action n° 44: Soutenir les parents handicapés ayant des enfants ..... p 103
Fiche action n° 45: Proposer des solutions de répit pour les personnes handicapées en établissement ..... p 104
Orientation 9 : "Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle" ..... p 105
Fiche action n° 46 : Introduire une plus grande souplesse dans les réponses institutionnelles ..... p 105
Fiche action n° 47 : Développer l'accueil familial ..... p 106
Fiche action n° 48: Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des autistes ..... p 107
Fiche action n° 49 : Adapter les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques en institution présentant des troubles du comportement ..... p 108
Fiche action n° 50 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant en établissement ..... p 109
Fiche action n° 51 : Former pour un socle commun de connaissances pour les professionnels ..... p 110
Fiche action n° 52 : Soutenir les démarches qualité des établissements et services médico-sociaux ..... p 111

AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées ..... p 112
Introduction ..... p 112
Orientation 10 : "Mieux connaître les besoins" ..... p 116
Fiche action n° 53 : Mettre en place un système interdépartemental de gestion des listes d'attente ..... p 116
Fiche action n° 54 : Mettre en place un système de gestion cohérent des dossiers d'usagers ..... p 117

Fiche action n° 55 : Réaliser des portraits de territoires infra-territoriaux ....p 118
Fiche action n° 56 : Arrêter les contours des territoires pour l'autonomie et la dépendance....p 119
Orientation 11 : "Renforcer et organiser la coordination autour de la personne"....p 120
Fiche action n° 57: Renforcer les coopérations en matière d'évaluation....p 120
Fiche action n° 58 : Repérer un référent coordination de la personne handicapée ....p 121
Fiche action n° 59 : Améliorer la transmission et le partage d'informations sur la personne entre intervenants à domicile ....p 122
Fiche action n° 60 : Favoriser la collaboration entre le secteur médico-social et la protection de l'enfance ....p 123
Fiche action n° 61 : Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale....p 124
Fiche action n° 62 : Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes handicapées psychiques....p 125
Fiche action n° 63 : Organiser l'information, la coordination autour de la personne, l'observation des besoins : vers des plate-formes territoriales "autonomie" ....p 126
Orientation 12 : "Fluidifier les parcours" ....p 127
Fiche action n° 64 : Faciliter le passage du secteur enfance vers le secteur adulte ....p 127
Fiche action n° 65: Prévenir les ruptures et accompagner les changements d'orientations ....p 128

IV- MODALITES D'EVALUATION DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE SCHEMA DEPARTEMENTAL .... p 129

VI-ANNEXES .... p 132
1- Glossaire....p 133
2- Comptes rendus des groupes de travail ....p 138
3- Réalisation du schéma....p 187
4- Remerciements....p 188
5- Programmation indicative financière pluriannuelle 2013-2017....p 193

PREAMBULE

Pour notre 3ème schéma en faveur des personnes en situation de handicap qui porte sur les cinq ans à venir, j'entends inscrire pleinement nos orientations dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. J'entends faire miens les grands principes de cette loi qui s'articulent autour de la citoyenneté, la non-discrimination, le respect de la dignité des personnes en situation de handicap, le respect de la demande d'autonomie et la liberté de faire son propre choix de vie.

Notre 3ème schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap s'inscrit également dans la démarche de développement durable qu'engage notre département depuis 2010. Symbolisée par notre agenda 21, cette démarche de développement durable est au cœur de nos politiques départementales. Recherche de la cohésion sociale, de la solidarité entre les territoires et générations, épanouissement de tous les êtres humains guident notre politique en faveur des Morbihannais et des territoires.

Notre objectif va être de garantir aux personnes en situation de handicap toute l'autonomie dont elles sont capables, de leur permettre de vivre dans un cadre de vie ordinaire et d'avoir accès aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population.

Les familles, les associations, l'État, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les organismes publics ou privés sont tous concernés pour assurer aux personnes en situation de handicap toute l'autonomie dont elles sont capables.

En tant que chef de file de la politique d'action sociale en faveur des personnes en situation de handicap, le département, par le moyen de son schéma départemental, détermine notamment les perspectives et objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale qui engageront l'ensemble des acteurs de cette politique pour les années 2013/2017.

« Vivre comme tout un chacun dans son milieu de vie », telle est l'ambition de ce schéma.

Il tient compte de la diversité des situations que présentent les personnes en situation de handicap tant au niveau des déficiences que de l'environnement de vie. Il entend apporter les réponses au projet de vie de toute personne handicapée.

L'environnement de vie des personnes en situation de handicap prend ici toute son importance. Un département accessible à toute personne handicapée implique de s'emparer du cadre de vie qui est le nôtre et de le questionner au regard de « cet égal accès de tous à tout ».

Des profils de territoires, une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées permettront de mieux répondre aux demandes, de favoriser les actions de proximité et développer des actions innovantes.

J'ai souhaité un co-portage de ce schéma départemental avec les administrations de l'État et l'agence régionale de santé (ARS). Ce schéma tient compte des orientations du projet régional de santé (PRS) et des thématiques qui nous sont communes.

Une large consultation des partenaires menant des actions auprès des personnes en situation de handicap a été menée par le département au sein de groupes techniques, de groupes de travail constitués dans le cadre de ce schéma.

Les conditions de mise en œuvre des orientations du schéma départemental seront étroitement liées au contexte dans lequel sont mobilisés les moyens des institutions et organismes concernés.

Nous le savons tous, des contraintes fortes pèsent sur les évolutions à venir des dépenses publiques qu'elles soient de l'État, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale.

À cet égard, il faut souligner qu'entre 2005, année de la parution de la loi de référence de nos actions, et 2012, la progression des dépenses brutes inscrites au budget départemental en faveur des personnes en situation de handicap a été de 78,4 % (soit un financement supplémentaire de 28,850 M€).

Pour les années à venir, il nous appartiendra, tous ensemble, d'imaginer les réponses nouvelles qui permettront aux personnes en situation de handicap d'exercer leur libre choix de vie tout en étant supportables financièrement pour notre collectivité.

Notre convention de partenariat, signée le 25 avril à Saint-Brieuc, par les quatre départements bretons et l'ARS, donnera également du sens à notre schéma. Elle porte notamment sur le partage des données et l'observation partagée, l'articulation des schémas départementaux et du projet régional de santé, la territorialisation des politiques. La dynamique de co-portage par l'ARS et le département des actions en faveur des personnes handicapées est ainsi appelée à se poursuivre. Elle doit viser à améliorer le service rendu aux personnes en situation de handicap et à leurs familles.

Ce souhait, des personnes handicapées et de leurs familles, d'une plus grande intégration sociale et ce désir de vivre en situation d'autonomie, nous conduit à repenser notre dispositif institutionnel pour le faire évoluer vers une vie plus intégrée dans la cité et permettant le maintien des liens familiaux.

L'ensemble des actions présentées dans ce schéma qui se fonde sur « vivre comme tout un chacun dans son milieu de vie » contribuera à l'égalité des chances et valorisera à travers le projet de vie de chaque personne en situation de handicap ses capacités d'autonomie et sa participation à la vie sociale.

François GOULARD

Président du Conseil général du Morbihan

INTRODUCTION AU SCHEMA

CONTEXTE

CONTEXTE NATIONAL

- ✓ La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose les bases des politiques d'action sociale menées par l'État et les collectivités territoriales.
  Elle prévoit une nouvelle organisation devant permettre de concrétiser les principes d'accessibilité, de participation à la vie sociale et de compensation.

- ✓ Selon les dispositions de l'article L. 114-1 du code de l'action sociale et des familles, la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

- ✓ Selon les dispositions de l'article L. 114-2 du code de l'action sociale et des familles, les familles, l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privés associent leurs interventions pour mettre en œuvre l'obligation prévue à l'article L.114-1, en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables.

- ✓ Plans nationaux
  - Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
  - Plan 2010-2012 en faveur des personnes sourdes ou malentendantes
  - Plan handicap visuel 2008-2011 : dignité, autonomie et intégration sociale
  - Plan autisme 2013-2017
  - Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares
  - Programme d'actions 2012 en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires

- ✓ Recommandations ANESM, HAS.

CONTEXTE REGIONAL

- ✓ Une convention de partenariat signée le 25 avril 2013 à Saint-Brieuc entre les quatre départements bretons et l'ARS porte notamment sur le partage des données et l'observation partagée, l'articulation des schémas départementaux et du projet régional de santé, la territorialisation des politiques.

- ✓ Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées tient compte des orientations du programme régional de santé. Les thématiques sur le handicap retenues comme prioritaires dans le schéma régional d'organisation médico-sociale ont également été étudiées dans le cadre du schéma départemental :
  - Observation partagée.
  - Le plan Bientraitance.
  - Enfants handicapés : dépistage et prise en charge précoce.
  - Jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants.
  - Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.
  - Santé mentale.
  - Pathologies du vieillissement.

- ✓ Selon les dispositions de l'article L. 1434-2 du Code de la santé publique, le schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région.

- ✓ Contrats locaux de santé

L'action médico-sociale du département tient compte de celle décidée par les contrats locaux de santé. Un contrat local de santé a été signé dans le Morbihan sur le territoire de santé n° 4.

- ✓ Participation du département aux groupes régionaux de travail :

  - Santé mentale (handicap psychique).
  - Schéma régional de prévention : volet global PPS.
  - Bientraitance évaluation.
  - Jeunes de plus de 20 ans maintenus en institution pour enfants.
  - Observation partagée.
  - Personnes handicapées vieillissantes.
  - Enfants handicapés-prévention du handicap et prise en charge précoce.

- ✓ Réalisation d'une étude commune ARS/ Départementaux bretons de l'organisation de la prise en charge des personnes avec troubles envahissants du développement dans les établissements sociaux et médico-sociaux de la région Bretagne.

CONTEXTE LOCAL

- ✓ La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confère au conseil général le pilotage de la politique d'action sociale dans le département et précise que le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale sur son territoire tout en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il coordonne les actions menées sur son territoire qui y concourent.

- ✓ La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information et d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, de la procédure de conciliation interne et désigne la personne référente. C'est le lieu d'accès unique aux droits et prestations, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services.

- ✓ Rappel de l'évolution du budget depuis cinq ans :
  Entre 2008 et 2012, la progression des dépenses brutes inscrites au budget départemental en faveur des personnes en situation de handicap a été de 31 % (soit un financement supplémentaire de 15,170 M€).

- ✓ En cohérence avec la démarche de développement durable du département du Morbihan qui vise notamment à « Harmoniser les actions favorisant la vie sociale et l'autonomie des personnes âgées et handicapées », le département comprend six territoires infra-départementaux :

- Territoire du Centre Ouest (CC1 pays du roi Morvan, Pontivy communauté, CC de Baud, CC de Locminé, CC de Saint-Jean-Brévelay),
- Territoire de Ploërmel (CC de Ploërmel, CC de Josselin, CC de Mauron, CC du val d'Oust et de Lanvaux, CC du Porhoët, CC de Guer),
- Territoire du Sud Est (CC du pays de Questembert, CC Arc Sud Bretagne, CC de La Gacilly, canton d'Allaire, communes isolées),
- Territoire de Vannes (CA2 du pays de Vannes, CC du Loch, CC de la presqu'île de Rhuys),
- Territoire d'Auray (CC du pays d'Auray, CC de la côte des mégalithes, CC de la ria d'Étel, CC de Belle-Ile-en-Mer, CC des 3 rivières, communes isolées),
- Territoire de Lorient (CA du pays de Lorient, CC Blavet, Bellevue, Océan, CC Plouay, du Scorff au Blavet).

[1] CC : Communauté de communes
[2] CA : Communauté d'agglomération

METHODOLOGIE

La méthodologie du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2013-2017 a été présentée lors de la réunion du comité du schéma du 16 mars 2012.

Le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap doit permettre d'assurer une organisation territoriale de l'offre en établissements et services, alliant proximité et accessibilité.

L'élaboration de ce schéma s'appuie sur un bureau du comité du schéma, un comité du schéma, ainsi que des groupes techniques et de travail.

Février 2012 : réunion du bureau du comité du schéma

Lieu de concertation et de coordination entre le département, l'ARS et les administrations d'État, le bureau du comité du schéma est présidé par Madame Yvette ANNEE, vice-présidente, déléguée aux solidarités, et composé de représentants :

- du président du conseil général : Monsieur Jean-Rémy KERVARREC, conseiller général, président de la commission "Actions sociales et solidarités, insertion et emploi" ;
- des services départementaux : Monsieur Christian TABIASCO, directeur général des interventions sanitaires et sociales, et Monsieur Hervé BOUGEARD, directeur de l'autonomie, des prestations et des moyens de solidarité ;
- de l'ARS : Monsieur Pierre LE RAY, directeur de la délégation territoriale Morbihan ;
- de la DDCS : Madame Annick PORTES, directrice départementale de la cohésion sociale, puis Monsieur Thierry MARCILLAUD, directeur départemental de la cohésion sociale ;
- de la DIRECCTE : Monsieur Serge LE GOFF, directeur adjoint de l'unité territoriale Morbihan ;
- de l'Éducation nationale : Madame Fabienne GUINARD, inspectrice.

Le bureau a préparé les travaux du comité du schéma, et a préparé et communiqué les axes de réflexion aux groupes techniques.

Mars 2012 : réunion du comité du schéma

Le comité du schéma réunit une cinquantaine de membres, représentants du président du conseil général, de l'ARS et des services de l'État, de la maison départementale de l'autonomie (MDA), de collectivités locales et de leurs établissements publics, d'organismes sociaux, d'associations et de gestionnaires d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Le comité du schéma a pour mission d'impulser la dynamique de réflexion. Il s'est prononcé sur les thématiques proposées par le bureau, ainsi que sur les orientations proposées par les groupes de travail.

Il sera également chargé du suivi de la réalisation du schéma.

Avril 2012 : réunion du bureau du comité du schéma

Le bureau a déterminé les feuilles de route, ainsi que la composition des groupes techniques.

Mai à décembre 2012 : réunions des groupes techniques

Instances de réflexion et de proposition, les groupes techniques ont regroupé des professionnels des services départementaux, de l'ARS et des services de l'État, ainsi que des professionnels ou représentants des institutions, des associations et des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Neuf groupes techniques ont été mis en place, portant chacun sur une thématique particulière, en lien avec les orientations du schéma régional de l'organisation médico-sociale : observation partagée ; qualité et bientraitance ; vie sociale ; dépistage et prise en charge précoce ; inclusion sociale et scolaire ; vieillissement des personnes handicapées ; accompagnement des personnes handicapées ; handicap psychique ; autisme.

Les groupes techniques ont été chargés d'élaborer un dossier technique sur la thématique qui les concernait, et de préparer des propositions à soumettre au groupe de travail auxquels ils se rattachaient.

Ces groupes techniques se sont réunis à 21 reprises, mobilisant 124 personnes.

Novembre 2012 à janvier 2013 : réunions des groupes de travail

Instances de réflexion et d'orientation, les groupes de travail, présidés par un conseiller général membre du comité du schéma, ont été constitués d'élus, de représentants d'administrations, d'organismes et d'associations membres du comité du schéma.

Ils ont exprimé leur avis sur les propositions d'orientations du schéma élaborées par les groupes techniques, avant qu'elles ne soient présentées au comité du schéma.

Cinq groupes de travail ont été mis en place, réunissant 54 personnes au cours de 9 réunions : observation partagée ; qualité, bientraitance et vie sociale ; enfants et jeunes adultes handicapés ; adultes handicapés ; handicap psychique et autisme.

Février 2013 : réunion du bureau du comité du schéma

Le bureau s'est prononcé sur les propositions émanant des groupes de travail.

Mars 2013 : réunion du comité du schéma

Le comité du schéma a pris connaissance et discuté des propositions de fiches actions du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2013-2017.

Avril 2013 : réunion du bureau du comité du schéma

Le bureau a finalisé les fiches actions.

16 avril 2013 : examen par la commission de coordination des politiques publiques

Avril – Mai 2013 : avis du directeur général de l'ARS

25-26 juin 2013 : présentation à l'assemblée départementale

BILAN DU SCHEMA 2008-2012

La politique d'action sociale départementale symbolisée par le schéma 2008 / 2012 en faveur des personnes en situation de handicap s'articule autour de quatre grands axes :

- Axe 1 : rendre cohérentes, à l'échelle d'un territoire, les actions menées auprès des personnes handicapées ;
- Axe 2 : la personne handicapée et l'exercice de sa citoyenneté ;
- Axe 3 : prises en charge institutionnelles cohérentes pour une réponse de proximité ;
- Axe 4 : répondre au vieillissement des personnes handicapées.

Le schéma est dans le droit fil de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En reconnaissant à la personne handicapée le choix de la réalisation de son projet de vie, les réponses se veulent territorialisées, de proximité et les plus individualisées.

L'originalité de ce schéma est qu'il s'appuie sur les droits reconnus aux personnes handicapées : droit à l'éducation, la formation et l'emploi ; droit à la compensation ; droit à la citoyenneté ; droit à l'accessibilité.

Précédant la loi Hôpital-patient-santé-territoires de 2009, il a été conçu avec l'assentiment des administrations d'État compétentes en matière de handicap, ce qui lui confère une certaine transversalité.

Le bilan du schéma démontre que les réalisations d'actions, de services divers, d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'inscrivent dans le respect des orientations et objectifs.

Il est également percuté par la réorganisation des services de l'État, la création de l'ARS et le changement opéré par les appels à projets ainsi que le nouveau pilotage départemental des schémas.

AXE 1 : RENDRE COHERENTES, A L'ECHELLE D'UN TERRITOIRE, LES ACTIONS MENEES AUPRES DES PERSONNES HANDICAPEES

ORIENTATION 1 : DES ACTIONS DE LA MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE A DEVELOPPER

Objectif 1-2 : La MDA, un outil de diagnostic des besoins au service des autorités administratives

Une convention entre le département du Morbihan et la MDA portant sur les modalités de coopération relative à l'observation des besoins a pris effet au 1er février 2012.

Cette convention permet d'avoir une meilleure connaissance des demandes en instance des jeunes de plus 20 ans maintenus en établissement médico-sociaux pour enfants handicapés à la charge du département.

ORIENTATION 2 : UNE REPONSE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE PARTENARIALE DE PROXIMITE A AFFIRMER

Objectif 2-1 : Axer la territorialisation des réponses à l'échelle des communautés de communes et d'agglomération

Les réponses seront territorialisées à une échelle plus proche des Morbihannais que l'échelon départemental.

Les réponses aux besoins d'établissements et services sociaux et médico-sociaux seront désormais ancrées dans les six territoires d'action gérontologique regroupant des communautés d'agglomération ou de communes.

Les appels à projets de création d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'inscriront dans ces territoires qui sont les suivants :

- territoire du Centre Ouest (CC[3] pays du roi Morvan, Pontivy communauté, CC de Baud, CC de Locminé, CC de Saint-Jean-Brévelay),
- territoire de Ploërmel (CC de Ploërmel, CC de Josselin, CC de Mauron, CC du val d'Oust et de Lanvaux, CC du Porhoët, CC de Guer),
- territoire du Sud Est (CC du pays de Questembert, CC Arc Sud Bretagne, CC de La Gacilly, canton d'Allaire, communes isolées),
- territoire de Vannes (CA[4] du pays de Vannes, CC du Loch, CC de la presqu'île de Rhuys),
- territoire d'Auray (CC du pays d'Auray, CC de la côte des mégalithes, CC de la ria d'Étel, CC de Belle-Île en Mer, CC des 3 rivières, communes isolées),
- territoire de Lorient (CA du pays de Lorient, CC Blavet, Bellevue, Océan, CC Plouay, du Scorff au Blavet).

[3] CC : Communauté de communes
[4] CA : Communauté d'agglomération

Objectif 2-2 : Favoriser le travail partenarial des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires

À travers cet objectif, le département entendait généraliser des initiatives à l'échelle des communautés d'agglomération ou de communes pour créer une fluidité dans l'accompagnement et dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Cette mutualisation des compétences couplée à une logique de proximité devait permettre une intervention mieux adaptée auprès des personnes handicapées et devait donner également une meilleure lisibilité des actions menées en faveur des personnes en situation de handicap sur un territoire.

À l'échelle locale, deux initiatives ponctuelles de travail partenarial ont permis d'offrir une réponse de services coordonnée, cohérente et transparente : la création du SAMSAH 56 pluri-handicap et la création du lieu ressources EILAN pour déficients sensoriels.

Objectif 2-3 : Rendre effective la complémentarité de la psychiatrie avec le secteur social et médico-social

Le département, présent au sein du comité de coordination des politiques publiques de l'ARS, entendait y défendre l'intérêt d'une complémentarité de la psychiatrie avec le secteur social et médico-social.

À titre d'exemple, un commencement de coopération permet d'assurer une coordination entre l'association Maison de la famille et une association gestionnaire d'un service prestataire à domicile.

Cette convention a démontré tout l'intérêt de la coopération entre les services de psychiatrie, les équipes de liaison et le service social et médico-social.

AXE 2 : LA PERSONNE HANDICAPEE ET L'EXERCICE DE SA CITOYENNETE

ORIENTATION 4 : FAVORISER L'INTEGRATION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES

Objectif 4-1 : Garantir l'accès « vers » et « dans » la cité

La loi du 11 février 2005 préconise une accessibilité de la cité pour les personnes handicapées ou à mobilité réduite. Pour le département, comme pour l'ensemble des acteurs (propriétaires d'ERP, gestionnaires de voirie, autorités organisatrices de transport collectif…), la mise aux normes accessibilité de la cité a impacté plusieurs domaines.

- ***Accessibilité des établissements recevant du public (administration, écoles, commerces, tourisme, etc.)***

À l'échelle du territoire du Morbihan :

Sur 904 ERP du premier groupe (catégorie de 1 à 4) que compte le territoire du Morbihan, 568 ont d'ores et déjà été diagnostiqués (données DDTM56 - décembre 2012), c'est-à-dire près de 63 %.

Zoom sur les propriétés du département :

Les diagnostics réalisés sur 83 ERP propriétés du département ont permis d'estimer en première lecture à 10 M€ HT le coût de la mise en accessibilité de ces bâtiments ; ***73 % seraient affectés aux collèges*** *(mesure 2).*

Cependant, cette évaluation ne traduit pas toujours la réalité du terrain qui doit prendre en compte les travaux connexes alourdissant ainsi la facture pour la collectivité. Le coût et le délai s'avèrent donc plus importants que prévus.

Le département a toutefois amorcé le processus. La programmation des travaux a permis d'inscrire dès 2010, la création d'ascenseurs et d'élévateurs verticaux dans les collèges afin de faciliter les circulations des personnes en situation de handicap. Ces opérations sont actuellement en train de sortir de terre. En 2011, Le département a poursuivi ce vaste chantier avec la mise aux normes accessibilité des centres médico-sociaux dont il est propriétaire. Il est dans l'attente des autorisations administratives pour pouvoir passer à la phase travaux. Enfin, depuis 2012, le département a désigné un maître d'œuvre pour la mise aux normes accessibilité d'un premier lot d'une douzaine de collèges. Ce mode opératoire sera reproduit sur 2013 et 2014 pour la mise aux normes des autres collèges ainsi que celle des gares maritimes.

S'agissant par ailleurs des travaux réalisés par les agents départementaux chargés de la maintenance des bâtiments, cela a supposé depuis 2009, la mise en place de modules de formation afin de les former à la question de l'accessibilité des personnes handicapées. L'objectif poursuivi est de leur permettre de réaliser des petits travaux de mise aux normes. 87 agents ont ainsi suivi une formation entre octobre 2009 et décembre 2012. Cette action de sensibilisation se poursuit en 2013.

- ***Accessibilité des transports, de la voirie et des espaces publics (faciliter les déplacements)***

  ☛ **Les transports collectifs routiers**

Le Morbihan compte aujourd'hui 5 AOT[5], partenaires incontournables de la politique d'accessibilité.

Elles ont toutes réalisé leur schéma d'accessibilité des transports collectifs routiers. Celui du département, adopté le 23 janvier 2008, doit être révisé en 2013.

Parmi les opérations menées à noter :

✓ La mise en accessibilité de nombreux arrêts de cars : une centaine d'arrêts ont été réalisés toutes maîtrises d'ouvrage confondues (départementale ou locale).

✓ Des expérimentations diverses dont il ressort le constat suivant :

- *faible utilisation des transports accessibles quelle que soit la solution appliquée ;*
- *difficultés particulières pour les usagers en fauteuil roulant en raison de contraintes temps liées à la montée et à la descente du véhicule via une plate-forme ;*
- *manque de souplesse de la règlementation routière dans l'interurbain par rapport à l'urbain (ex : obligation de fixation du fauteuil dans le car ➔ véritable arrimage avec sangles mal vécu par les usagers en situation de handicap) ;*

[5] AOT : Autorité organisatrice des transports (département ; région Bretagne avec le TER ; communauté d'agglomération de Lorient ; communauté d'agglomération de Vannes ; communauté d'agglomération de Cap Atlantique).

- *difficultés pour les conducteurs de proposer une aide puisqu'ils ne sont pas autorisés à quitter leur poste de travail.*

✓ La présentation de plusieurs scénarii aux associations représentant les personnes en situation de handicap de manière à répondre au mieux aux besoins de leurs adhérents. Le choix semble s'orienter vers un scénario privilégiant une offre de transports via les transports adaptés à la demande (TAD) développée par les différentes AOT. Orientation qui reste à confirmer dans le cadre de la révision du schéma directeur d'accessibilité des transports collectifs routiers départementaux (SDA).

☛ Les liaisons maritimes

Le processus de mise aux normes des navires qui assurent la liaison entre les îles et le continent est terminé depuis 2012. Il aura mobilisé près de 60 000 € HT de crédits.

L'ensemble des navires (Bangor, Dravanteg, Vindilis, St-Tudy, Ile de Groix et Melvan) est ainsi en conformité avec la Division 190 relative à l'accessibilité des personnes handicapées, à l'exception de l'Acadie qui, compte tenu de sa sortie de flotte programmée d'ici 2016, bénéficie d'une dérogation.

☛ Les plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics (PAVE)

Toutes les communes (ou EPCI[6] compétents) doivent avoir un PAVE[7] depuis le 23 décembre 2009.

Au 31 décembre 2012, 52 % des 261 communes du Morbihan ont adopté leur PAVE, 20 % ont par ailleurs une réflexion en cours. Ce résultat place le Morbihan au 3ème rang des départements français (données : DDTM56 – décembre 2012).

De son côté, le département comptabilise près de 52 PAVE reçus, autrement dit 20 % des communes morbihannaises ont sollicité l'avis du département en tant que gestionnaire de voirie sur leur document de programmation, respectant ainsi l'exigence du législateur.

- ***Accessibilité des logements***

Des aides individuelles sont accordées par le département pour l'adaptation des logements au handicap (mesure 8). Il s'agit de la prime départementale d'amélioration des conditions de logement des personnes handicapées propriétaires sous condition de ressources. L'aide accordée est de 40 % du montant TTC[8] des travaux justifiant le surcoût lié au handicap et plafonnée en fonction des ressources (moins de 2 400 € de revenus mensuels pour une personne seule).

De plus, le département accorde une aide à la rénovation des logements locatifs sociaux publics déjà existants pour l'adaptation au handicap (mesure 7). Cette subvention est accordée dans la limite de 2000 € par logement (2 200 € dans les îles).

Cette aide est versée aux organismes HLM[9], aux communes et à leurs CCAS[10].

[6] EPCI : Établissement public de coopération intercommunale
[7] PAVE : Plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics
[8] TTC : Toutes taxes comprises
[9] HLM : Habitat à loyer modéré
[10] CCAS : Centre communal d'action sociale

- ***Accessibilité des petits commerces***

Le département a décidé en 2012 de faciliter l'accessibilité des petits commerces. 5 500 ERP sont ainsi concernés dans le Morbihan.

Le dispositif intitulé « commerces pour tous » est une démarche en deux temps. Premièrement, un état des lieux du point de vente est réalisé avant d'envisager ensuite un accompagnement financier pour la phase travaux. 14 réunions d'information sur l'accessibilité des commerces ont ainsi été menées sur 2012, elles se poursuivent sur le début de l'année 2013.

À ce jour, le département a accordé 33 000 € de subventions favorisant ainsi la mise aux normes accessibilité de 11 commerces.

- ***Accessibilité : l'importance de la coordination***

Dans la logique du développement de la question d'accessibilité, le département dispose d'une personne ressource dont la mission est d'impulser la politique départementale d'accessibilité en :

- coordonnant l'ensemble des travaux en matière d'accessibilité sur son propre patrimoine ;
- développant un partenariat tant en interne qu'à l'externe, notamment avec les communes morbihannaises.

Afin de tenir compte des délais de mise en œuvre, le groupe de travail « accessibilité » mène déjà les réflexions sur l'accessibilité impliquant le département.

Cette personne ressource transmet et actualise également les informations nécessaires en termes d'accessibilité au service de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour adultes handicapés. Elle est une aide à la décision pour la construction de nouveaux projets (mesure 5).

Le poste de référent accessibilité facilite les échanges avec les partenaires extérieurs (mesure 1).

Objectif 4-2 : Renforcer les dispositifs favorisant l'emploi des personnes handicapées

- ***Mettre en place un plan départemental d'insertion en milieu ordinaire***

Le PDITH[11] 2007/2008 développe quatre axes : l'insertion, le maintien dans l'emploi, la mobilisation du monde économique et la formation des travailleurs handicapés.

- ***Maintien des mesures d'amélioration de l'emploi des travailleurs handicapés (FIPHFP[12])***

La loi du 11 février 2005 a prévu le recouvrement des contributions et l'accompagnement des employeurs dans une politique de l'emploi des personnes handicapées par le FIPHFP. Pour ce faire, les interventions du FIPHFP se caractérisent par trois aspects : aides financières, conventions pluriannuelles, et partenariat.

Depuis la signature de la convention pluriannuelle entre le département et le FIPHFP pour la période 2012-2015, les aides financières obtenues pour les agents en situation de handicap passent exclusivement par ce canal. Le budget de la convention s'élève à 1 387 125 € sur trois ans dont 847 893 € exclusivement sur fonds FIPHFP.

[11] PDITH : Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
[12] FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

En contrepartie, les engagements pris par le département revêtent plusieurs aspects :

- communiquer et sensibiliser l'ensemble de la collectivité sur la question du handicap ;
- maintenir dans l'emploi les agents en situation de handicap ou ayant une restriction médicale afin de préserver leur capacité de travail par des compensations techniques et matérielles ;
- faciliter la reconversion des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi par la formation ;
- recruter 13 personnes en situation de handicap et accueillir 4 apprentis ;
- rendre accessibles les lieux de travail des agents en situation de handicap.

Sur ce dernier point, le département a en projet de solliciter une nouvelle fois le FIPHFP sur un dispositif en marge de la convention dédié exclusivement à l'accessibilité de l'environnement de travail des agents en situation de handicap.

- ***La place du département en tant qu'employeur***

Le département comptait, au 31 décembre 2009, 2 420 agents dont 3,7 % de travailleurs handicapés.

Depuis cette date, la situation a considérablement évolué puisque le taux d'emploi est passé à 5,43 % en 2011 (déclaration FIPHFP 2012) et il atteint 6,27 % en 2012 (déclaration FIPHFP 2013).

Grâce à la convention FIPHFP, le département a considérablement déployé les moyens accordés à l'adaptation des postes de travail des agents en situation de handicap. Ainsi, de 2011 à 2012, le département a multiplié par 3 le nombre de dossiers d'aides à la mise en place d'aménagement de poste pour les personnes handicapées, passant ainsi de 20 à 60 dossiers instruits ; cela concerne en tout 35 agents dont un dans le cadre d'un recrutement.

À ce titre, il est à noter que le département a recruté, sur l'année 2012, 21 bénéficiaires de l'obligation d'emploi dont 2 par voie d'apprentissage.

ORIENTATION 5 : SOUTENIR LA SCOLARISATION DES JEUNES HANDICAPES EN MILIEU SCOLAIRE

Objectif 5-2 : développer et qualifier les aides humaines en milieu scolaire (AVS[13])

Depuis 2008, le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans le département est en constante évolution.

Lors de l'année scolaire 2008-2009, ils étaient au nombre de **1 618** (établissements publics et privés confondus) à être scolarisés dans le département, soit en scolarisation individuelle (classe ordinaire ou en adaptation scolaire) soit en scolarisation collective (ULIS[14], CLIS[15]).

Pour la rentrée 2012, ils étaient **2 177, soit une augmentation de 406 élèves** (+ 25 % par rapport à l'année scolaire 2008-2009).

Les enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire peuvent être accompagnés par une AVS. A l'heure actuelle, environ 2/3 des élèves en inclusion individuelle bénéficient d'un accompagnement par un AVS.

[13] AVS : Auxiliaire de vie scolaire
[14] ULIS : Unité localisée pour l'inclusion scolaire
[15] CLIS : Classe d'inclusion scolaire

- ***Développement des aides humaines***

Pour répondre à ce besoin, l'Éducation nationale a renforcé de manière significative les postes d'assistant d'éducation AVS – i.

En 2009, environ 600 jeunes étaient accompagnés. Ils sont plus de 1 000 en février 2013.

- ***Qualification des aides humaines***

Dans la phase actuelle, la mission AVS-i est assurée par des personnes sous contrat d'assistant d'éducation ou bien sous contrat unique d'insertion.

Les assistants d'éducation sont en général plus diplômés que les personnes sous contrat unique d'insertion. Ils sont titulaires du Baccalauréat et se destinent davantage à des fonctions d'enseignement, d'éducateurs ou d'aide à la personne.

Objectif 5-3 : Permettre la réalisation du PPS[16]

Le PPS fait partie intégrante du PPC, qui est désormais élaboré pour tous les enfants handicapés qui ont formulé une demande de compensation du handicap (qu'ils soient scolarisés en milieu ordinaire ou admis dans un établissement spécialisé disposant d'une unité d'enseignement).
Concrètement, le PPS organise la cohérence et la qualité des accompagnements et des aides nécessaires : accompagnement thérapeutique ou rééducatif, attribution d'un auxiliaire de vie scolaire ou de matériel pédagogique adapté, aides aux équipes éducatives par un emploi de vie scolaire.

- ***Créer des postes d'enseignants référents***

L'enseignant référent intervient officiellement lorsque le PPS est constitué, afin d'assurer son suivi et son évaluation régulière. Le schéma départemental prévoyait la création de deux postes supplémentaires d'enseignant référent (un pour le secteur public et un pour le secteur privé). Ils ont été créés à la rentrée 2010.

Le département compte désormais **14 enseignants référents** : 9 ETP dans le secteur public et 5 ETP dans le secteur privé. En moyenne, le nombre d'élèves handicapés suivi par un enseignant référent est de 220.

Au plan national, l'objectif est de mettre à disposition 10 enseignants référents pour 1000 élèves handicapés (référence 2010).

- ***Réfléchir à l'opportunité d'une CLIS « Troubles à spectre autistique » sur le secteur de Vannes***

Actuellement, le département dispose d'une CLIS et d'une ULIS aménagées pour les autistes et les enfants souffrant de TED[17] situées toutes les deux sur le secteur de Lorient.

Hors du secteur de Lorient, les autistes sont accueillis en CLIS 1 et en ULIS TFC[18]. Le développement d'une CLIS spécialisée pour très jeunes autistes fait l'objet d'une réflexion en partenariat avec l'ARS et le CPEA de Vannes, au regard des préconisations de la haute autorité de santé.

[16] PPS : Projet personnalisé de scolarisation
[17] TED : Troubles envahissants du développement
[18] TFC : Troubles des fonctions cognitives

- ***Développer les UPI[19] désormais appelées ULIS***

L'Éducation nationale a mis l'accent sur le développement des ULIS avec un programme de création de quatre ULIS par an sur trois ans (de septembre 2008 à septembre 2010).

Depuis la période du schéma, on est passé de 118 élèves scolarisés en ULIS fin 2007, à 264 à la rentrée de septembre 2012.

Le département du Morbihan dispose ainsi d'un réseau de 21 ULIS en collèges et de 6 ULIS en lycées.

Objectif 5-4 : Expérimenter des délocalisations de classes d'IME[20] en milieu ordinaire

Pour parfaire au maximum l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire, il est envisagé d'inciter à l'externalisation de classes d'IME en primaire.

Dans le cadre de cette expérimentation, deux classes d'IME ont été délocalisées :

- une classe de l'IME du « Bois de Liza » à Séné (ADAPEI) a été implantée en milieu scolaire ordinaire dans l'enceinte de l'école Françoise Dolto de Séné ;
- À la rentrée 2010, l'IME de Kerdiret à Ploemeur (ADAPEI) a également ouvert une classe externalisée dans le groupe scolaire Prévert.

Objectif 5-5 : Favoriser le maintien des jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement dans le milieu ordinaire

Certains enfants ne peuvent poursuivre une scolarité classique du fait de graves troubles de la conduite et du comportement. L'éducation spéciale n'est pas non plus toujours adaptée à ces jeunes, notamment en IME. Les ITEP[21] leur sont spécialement destinés mais ils ont également leurs limites : ils ne concernent qu'une certaine tranche d'âge, et ne sont pas présents au nord du département. Au carrefour des prises en charge psychiatrique, judicaire, sociale et médico-sociale, il est souvent difficile de trouver une réponse qui convienne à ces jeunes dans un seul des champs d'intervention. Pourtant, avec un soutien éducatif spécialisé, ils devraient pouvoir être pris en charge par le milieu ordinaire.

Pour pallier cette insuffisance de places, notamment à l'ouest du département, un ITEP a vu le jour à Guidel à la rentrée 2009/2010 avec une montée en charge progressive gagée au PRIAC (21 places effectives fin 2012) pour aboutir à 25 places en 2013. De surcroit, l'ARS[22] a financé la création de 26 places de SESSAD ITEP sur la période 2008-2012.

De plus, 2 places supplémentaires ont été ouvertes à l'ITEP du Quengo de Locminé.

Avec la création de nouvelles places prévues dans le schéma, le Morbihan compte actuellement **157 places** à l'attention de ce public (99 en institut et 58 en SESSAD).

[19] UPI : Unité pédagogique d'intégration
[20] IME : Institut médico-éducatif
[21] ITEP : Institut éducatif, thérapeutique et pédagogique
[22] ARS : Agence régionale de santé

Objectif 5-6 : Développer les SESSAD

La scolarisation des enfants les plus lourdement handicapés, vivant à domicile, exige un accompagnement particulier en matière de soins et d'éducation. Les SESSAD sont les services les plus adaptés à leurs besoins. Par une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée sur leurs lieux de vie, ces services peuvent accompagner aussi bien des enfants présentant des déficiences intellectuelles, des troubles de la conduite et du comportement, des handicaps moteurs, des polyhandicaps, des troubles sévères de l'apprentissage, des déficiences sensorielles ou des enfants souffrant d'autisme.

Le PRIAC de 2008 prévoyait d'ici à 2012 la création de 160 nouvelles places en SESSAD dans le Morbihan.

Leur capacité a augmenté de 156 places entre 2008 et 2012, ce qui porte le nombre de places à **543 fin 2012**.

Répartition des capacités de SESSAD par public au 31.12.2012

	Capacités fin 2012	**Dont créations places 2008/2012**	
Déficience intellectuelle (dont TED)	302 places	55.6 %	67 DI + 18 TED
TCC (ITEP)	58 places	10.7 %	26 TCC
Polyhandicap	9 places	1.6 %	
Déficience motrice (dont TSA dyspraxie…)	63 places	11.7 %	24 DM
Déficience auditive (dont TSL)	66 places	12.1 %	11 TSL
Déficience visuelle	45 places	8.3 %	10 DV
Total Morbihan	**543 places**		**+ 156 places**

ORIENTATION 6 : RENFORCER LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL DES ADULTES HANDICAPES

Objectif 6-1 : Vivre à domicile

Les aides à la compensation du handicap permettent le maintien à domicile de personnes handicapées. Le département apporte son aide financière à travers ses prestations d'aide sociale légale pour permettre aux personnes en situation de handicap de vivre à domicile. Les aides financières sont détaillées ci-après.

Évolution des aides indiv.	Bénéf. 2007	Bénéf. 2012	Evol. bénéf.	Montants 2007	Par bénéf. 2007	Montants 2012	Par bénéf. 2012	Evol. montants
ACTP[23]	1 097	854	**- 22 %**	6 756 799 €	6 159 €	5 340 536 €	6 254 €	**- 21 %**
PCH[24]	500	1916	**+ 283 %**	3 345 981 €	6 692 €	12 569 127 €	6 560 €	**+ 276 %**
ASR[25]	116	76	**- 34 %**	210 326 €	1 813 €	87 238 €	1 148 €	**- 59 %**
ASM[26]	302	357	**+ 18 %**	547 786 €	1 814 €	609 610 €	1 706 €	**+ 11 %**
Aide tech.	219	121	**- 45 %**	287 458 €	1 313 €	214 475 €	1 773 €	**- 25 %**
ARSM[27]	2	3	**+ 50 %**	9 588 €	4 794 €	8 417 €	2 806 €	**- 12 %**
Total	2 236	3327	+ 49 %	11 157 938 €	4 990 €	18 829 404 €	5 660 €	+ 69 %

Il est à noter que depuis la loi du 11 février 2005, des personnes handicapées ont pu bénéficier d'un accompagnement à domicile adapté qu'elles n'auraient pas eu au regard des conditions d'octroi de l'ACTP. La PCH permet une réponse individualisée aux besoins des personnes handicapées. Pour autant, depuis la rédaction du schéma, on note que seulement 10 % des personnes bénéficiant de l'ACTP ont renoncé à cette aide au profit de la PCH.

- ***Sous-objectif* : développer les SAVS[28] pour travailleurs handicapés**

Les SAVS apportent à la personne handicapée une assistance, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Ces services interviennent majoritairement auprès de travailleurs handicapés atteints de déficiences intellectuelles ou psychiques vivant à domicile.

Le département a programmé la création de 67 places de SAVS pour les travailleurs sur la durée du schéma ; l'engagement financier correspondant est de **276 226 €.**

En 2008, le nombre de places de SAVS dans le département était de 376**.** En 2012, il est de **503,** soit une **augmentation de 127 places.**

Elles sont réparties comme suit :

- Par redéploiement des moyens financiers :
- 59 places à l'établissement de St Marcel géré par l'association « les Hardys Béhélec » (transformation de 32 places de foyer d'hébergement en 60 places (dont une temporaire) de SAVS pour travailleurs) ;
- 20 places par l'association ADAPEI ;
- 13 places au foyer Soleil de Lorient géré par l'AIPSH ;
- Enfin, l'établissement géré par l'association « le moulin vert » à Arzon a transformé 10 places de SAVS en SAMSAH et ouvert 10 nouvelles places en 2012 ;

[23] ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
[24] PCH : Prestation de compensation du handicap (le nombre de bénéficiaires comprend les bénéficiaires à domicile et en établissements)
[25] ASR : Aide sociale aux repas
[26] ASM : Aide sociale ménagère
[27] ARSM : Allocation représentative de services ménagers
[28] SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

- Transformation de 15 places de SAVS renforcé en 10 places de SAVS et 5 places UVE à l'établissement Pipark de Brec'h.

Sur les 67 places prévues dans le cadre du schéma, **40 places nouvelles** ont été créées :

- 20 places au SAVS de Grand-Champ géré par l'EPSMS « La Vallée du Loch » ;
- Extension de 14 places au SAVS de Kerlir géré par la Mutualité Finistère - Morbihan ;
- Extension de 6 places à l'établissement du Bois Jumel de Carentoir.

Par ailleurs, l'association « Le Phare » sur la commune du Roc-Saint-André envisage une extension de **14 places** liée à l'extension de l'ESAT.

Il est également envisagé de poursuivre l'accompagnement des anciens travailleurs de plus de 60 ans après leur départ de l'ESAT. Ceci devrait avoir pour effet de créer un besoin en places pour les nouveaux travailleurs en ESAT (axe 4). À ce jour, aucune demande n'a été formulée.

- ***Sous-objectif* : développer les services prestataires d'aide à domicile**

Les services prestataires d'aide à domicile offrent à la personne handicapée vivant à domicile, une assistance dans les actes essentiels de la vie ordinaire et un accompagnement social. Dans ce cadre, des SAAD[29] dédiés aux personnes handicapées et gérés par les associations ADAPEI et AIPSH permettent à des personnes handicapées de vivre à domicile.

À ce jour, on dénombre deux types de services prestataires d'aide à domicile dédiés aux personnes handicapées dans le département :

- le SAAD, géré par l'association ADAPEI, pour les travailleurs handicapés déficients intellectuels de la SCI « L'envol » à Hennebont ;
- le SAAD, géré par la Mutualité Finistère-Morbihan sur la communauté d'agglomération de Lorient, pour tout type de handicap (transformation du service auxiliaire de vie pour adultes handicapés de Lorient en SAAD en 2008).

En 2012, le nombre d'heures du SAAD géré par l'association AIPSH était de 55 124 heures. Celui intervenant sur la SCI « l'envol » à Hennebont totalisait 12 353 heures.

69 personnes handicapées bénéficient de ces services contre 12 en 2008, soit **57 bénéficiaires supplémentaires.**

Le département soutient la création de SCI[30] destinées à des travailleurs handicapés mentaux capables de vivre en appartement avec l'intervention d'un service prestataire :

- La SCI « L'envol » a été créée à Hennebont en 2005. Un deuxième projet a été réalisé sur cette commune pour 14 logements supplémentaires.

Des projets de logements groupés pour adultes handicapés peuvent également voir le jour grâce à ce type de prestation, notamment pour les personnes handicapées psychiques (réalisations par l'UDAF et l'association « la Clairière Beaupré »).

[29] SAAD : service d'aide à domicile
[30] SCI : Société civile immobilière

- ***<u>Sous-objectif</u> : créer des clubs pour personnes handicapées afin de rompre l'isolement – lien social***

La création de clubs pour personnes handicapées permet de prévenir tout placement en institution et de favoriser la vie dans la cité des personnes handicapées vieillissantes ou isolées. Ainsi, il a été décidé d'expérimenter un club sur le département avant d'envisager tout développement. La multiplication de ces structures est conditionnée par l'évaluation du club expérimental. Les résultats permettront de démontrer la pertinence d'un tel club.

L'association ADAPEI a créé, en 2010, **le club « Ti Ar Menez » à Lorient**. Il dispose d'une une file active de 8 personnes par jour.

Il a les objectifs suivants :

- rompre l'isolement des personnes vivant à domicile en favorisant la création de liens sociaux ;
- valoriser l'image de chacun des adhérents en développant ou maintenant leur potentiel créatif ;
- faciliter l'implication des adhérents au choix des activités proposées mais aussi à l'organisation même du club.

- ***<u>Sous-objectif</u> : créer un lieu-ressource pour personnes déficientes sensorielles d'aide à la communication et d'aide à la locomotion***

Afin de répondre à des personnes handicapées sensorielles confrontées à des difficultés dans la cité du fait de leur isolement social induit par leur handicap, le lieu-ressource « EILAN » prestataire de services a été créé, courant 2010. Sa montée en charge se fera progressivement sur quatre ans.

Les actions que le lieu-ressource propose pour prévenir et réduire la dépendance sont les suivantes :

- la compensation du handicap de communication pour les personnes handicapées auditives (interprétariat en langue des signes française, transcription écrite, etc.) ;
- la mise en œuvre de prestations spécifiques visant à prévenir ou réduire la dépendance pour les personnes handicapées visuelles (locomotion, activités de vie journalières) ;
- le conseil et l'aide technique à la personne (utilisation de l'appareillage ou de matériels spécifiques) ;
- le conseil technique aux divers organismes publics ou privés sous forme de prestations de service (mission d'aide à l'accessibilité, appui au diagnostic et préconisations) ;
- la formation et la sensibilisation des professionnels, des bénévoles, des aidants, de l'entourage de la personne en vue de favoriser son insertion sociale et professionnelle.

- ***<u>Sous-objectif</u> : créer des SAMSAH[31]***

Les SAMSAH ont une mission d'assistance, d'accompagnement social en milieu ouvert et d'apprentissage à l'autonomie. Néanmoins, une mission supplémentaire leur incombe : les prestations de soins. Ces services s'adressent aux personnes les plus lourdement handicapées afin de leur apporter une réponse pluri-dimensionnelle intégrant une dimension thérapeutique. Leur développement permet à ces personnes de vivre chez elles si elles le souhaitent, ou de trouver une alternative à l'hospitalisation et à l'institution.

En 2008, il n'existait aucun SAMSAH dans le département. 100 places ont été programmées dans le cadre du schéma, pour une enveloppe budgétaire État / département de **1 137 457 €.**

[31] SAMSAH : Services d'aide médico-sociale pour adultes handicapés

Dans le cadre du schéma, **deux SAMSAH ont été créés** :

- **50 places** sur la CA du pays de Lorient (SAMSAH 56 - Mutualité Finistère-Morbihan) pour adultes handicapés moteurs, sensoriels ou psychiques ;
- **35 places** sur la CA du pays de Vannes et la CC de Rhuys (association « Le Moulin Vert ») pour adultes handicapées psychiques.

- ***Sous-objectif* : développer les GEM[32] pour adultes handicapés psychiques**

Les GEM se sont développés sur le département afin de lutter contre l'isolement et de prévenir l'exclusion sociale des personnes handicapées psychiques ou très vulnérables. Ils bénéficient d'un financement de l'ARS pour exercer leur mission.

Plusieurs GEM existent sur le département : « Vannes Horizon » ; Locminé ; « L'escale » à Lorient ; « le Pas-Sage » à Pontivy.

L'État finance les quatre GEM pour un montant de 150 000 €.

En 2012, le département contribue au fonctionnement de quatre GEM par le moyen d'une participation financière de **60 100 €.**

Objectif 6-2 : Multiplier les solutions de logements groupés pour les personnes handicapées psychiques

Certaines personnes en situation de handicap psychique se mettent en danger à domicile et l'institution leur est inadaptée. Leur accès au logement est rendu difficile du fait de leurs problématiques de comportement.

Dans le département, plusieurs types de logements groupés garantissent cette vie à domicile pour des personnes handicapées psychiques :

- À Bubry, une résidence d'accueil gérée par l'UDAF accueille des personnes handicapées psychiques.
- L'UDAF a également ouvert, en mars 2011, une résidence d'accueil dénommée résidence « le Grador » à Vannes : 14 personnes y sont actuellement accueillies**.**

D'autres projets vont se mettre en place très prochainement :

- L'association « Breizh accueil accompagnement » va également créer une résidence d'accueil de20 places pour personnes handicapées psychiques à Pontivy. Cette création est prévue pour 2014.

Le département soutient, par le biais d'une aide à la personne les dispositifs des **« domiciles groupés »** ou **« familles gouvernantes »** gérés par l'UDAF. Ces dispositifs d'insertion sociale proposent des solutions de maintien à domicile en milieu ordinaire pour des personnes handicapées psychiques stabilisées. Ils permettent aux personnes de réapprendre à gérer leur quotidien grâce à un soutien rapproché d'un service d'aide à la personne.

[32] GEM : Groupe d'entraide mutuelle

En 2012, **38 personnes** sont accueillies au sein de ces dispositifs :

- 12 personnes dans 4 appartements sur la commune de Lorient ;
- 12 personnes dans 4 appartements sur la commune de Vannes ;
- 14 personnes sur la commune d'Auray.

Par ailleurs, neuf adultes handicapés atteints de schizophrénie, bénéficiaires de cette aide financière, sont en colocation dans trois maisons sur la commune de Vannes gérées par l'association « La Clairière Beaupré ».

Ces dispositifs apportent à ces personnes un accompagnement adapté tant au niveau de la socialisation que de la sécurité.

L'habitat des personnes handicapées en domiciles groupés ou en appartements collectifs s'est nettement développé dans le département depuis 2007.

Lors de l'élaboration du schéma, 33 personnes habitaient en logements regroupés. **Aujourd'hui, elles sont 47, soit 14 supplémentaires** (sur le secteur d'Auray).

Objectif 6-3 : Développer l'hébergement temporaire, soutien aux adultes handicapés et aux familles

Les adultes handicapés vivant à domicile peuvent rencontrer des difficultés familiales, sociales ou de santé qui ne leur permettent plus à un moment donné de vivre à domicile. L'accueil temporaire en structure sociale ou médico-sociale est une réponse adaptée aux difficultés de ces personnes, mais est également un soutien pour les familles (l'accueil temporaire leur accorde une période de répit ou de vacances).

Le schéma prévoyait de programmer des places dans chaque nouveau projet de construction ou rénovation. Depuis 2007, la progression du nombre de places d'hébergement temporaire dans le département est importante, surtout en ce qui concerne l'accueil familial et les places en foyer de vie qui sont passées respectivement de 0 à 11 et de 1 à 6. *(cf. tableau ci-dessous)*

Hébergement temporaire	2007	2012
Accueil familial	0	11
SAVS	0	1
FDV	1	6
FDV vieillissants	0	1
FAM	1	2
Total	**2**	**21**

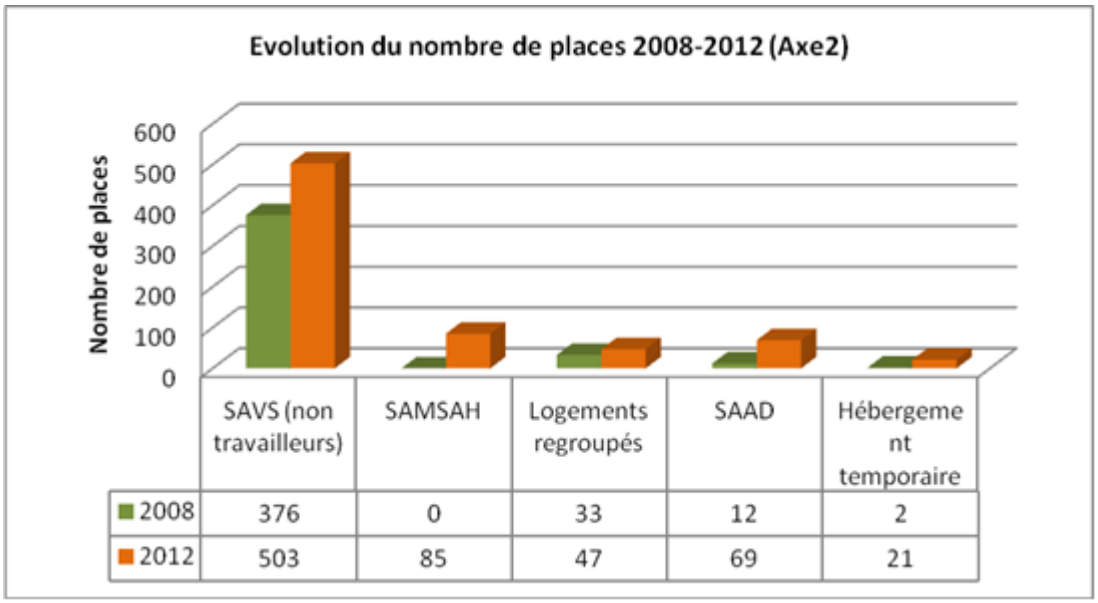
Au total, 19 places d'hébergement temporaire (tous types confondus) ont été créées depuis la rédaction du schéma.

Actuellement, plusieurs projets de création d'hébergement temporaire sont en cours :

- quatre nouvelles places d'hébergement temporaire s'ouvrent en avril 2013 au FDV « Saint-Georges » à Crac'h (Association AMISEP) est prévue dans le cadre de la reconstruction du foyer (ouverture prévue pour avril 2013).
- Le foyer d'hébergement géré par l'association « le Moulin Vert » à Arzon (Tumiac), dédie également dans le cadre de sa reconstruction une place à l'hébergement temporaire (ouverture prévue pour le 2ème semestre 2014).

BILAN AXE 2 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES ENTRE 2008 et 2012

Type d'établissement	Nombre de places 2008	Nombre de places 2012	Évolution du nombre de places
SAVS (pour travailleurs)	376	503	127
SAMSAH	0	85	85
Logements regroupés	33	47	14
SAAD	12	69	57
Hébergement temporaire	2	21	19
TOTAL	**423**	**716**	**302**



AXE 3 : PRISES EN CHARGE INSTITUTIONNELLES COHERENTES POUR UNE REPONSE DE PROXIMITE

ORIENTATION 7 : DEVELOPPER L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT ET SERVICES POUR ENFANTS HANDICAPES

Objectif 7-1 : Développer l'accueil en établissements et services pour enfants handicapés

Seuls les CAMSP[33] sont de la compétence conjointe du département et de l'État. Les autres structures accueillant des enfants handicapés sont de la compétence de l'ARS. Il s'agit des IME, des IEM[34], des ITEP, des SESSAD, des CPFS[35] et des CMPP[36].

Lors de l'évaluation des besoins en 2007, il a été démontré que l'offre de places en CMPP, CAMSP et ITEP était insuffisante et inégalement répartie sur le territoire.

Le schéma a programmé le développement de l'activité des CAMSP au Nord (25 places) et à l'Est (25 places) du département. Le nombre de places départementales est resté constant depuis l'écriture du schéma.

Le nombre de places en IME, IEM et ITEP est passé de 946 places fin 2007 à 975 places fin 2012, **soit une hausse de 29 places.**

La répartition des capacités d'instituts par public au 31.12.2012 est la suivante :

	Capacités fin 2012	
Déficience intellectuelle (dont TED)	674 places	69.1 %
TCC (ITEP)	99 places	10.2 %
Polyhandicap	63 places	6.5 %
Déficience motrice (dont TSA dyspraxie…)	50 places	5.1 %
Déficience auditive (dont TSL)	77 places	7.9 %
Déficience visuelle	0 places	0 %
Accueil Temporaire	12 places	1.2 %
Total Morbihan	**975 places**	

L'accueil en CPFS a augmenté de 3 places durant ces trois années ; il est passé de 17 places à 20 places.

Par ailleurs, l'objectif de renforcement des plateaux techniques des CMPP s'est réalisé sur les bassins de Vannes/Auray et de Pontivy.

L'offre sur le bassin Vannes/Auray s'est développée par la création d'une antenne à Auray, ainsi que sur le secteur de Pontivy par la création d'une antenne à Guémené-sur-Scorff.

Enfin, un relais du centre de ressources autisme de Brest est en cours d'installation sur Vannes, en lien avec l'unité d'évaluation de l'EPSM de Saint-Avé.

ORIENTATION 8 : DEVELOPPER ET ADAPTER L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENT ET SERVICES POUR ADULTES HANDICAPES

[33] CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
[34] IEM : Institut d'éducation motrice
[35] CPFS : Centre de placement familial spécialisé
[36] CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

Objectif 8-1 : Développer l'accueil en établissements et services pour travailleurs en milieu protégé

Les ESAT apportent une offre de travail, accompagnée d'un soutien médico-social, aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler en milieu ordinaire. Le nombre de places en ESAT reste insuffisant car des jeunes de plus de 20 ans orientés en ESAT par la MDA sont toujours en attente de places tout comme des adultes devenus handicapés.

En 2007, 1 283 personnes travaillaient en ESAT. Le schéma prévoyait 165 places nouvelles pour un montant de dépenses de **1 897 500 €.**

Fin 2012, **85 places** avaient été créées :

ESAT	Fin 07	Fin 08	Fin 09	Fin 10	Fin 11	Fin 12
Nombre de places	1312	1339	1353	1369	1387	1397
Évolution sur l'année		+ 27 places + 2 %	+ 14 places + 1 %	+ 16 places + 1.2 %	+ 18 places + 1.3 %	+ 10 places + 0.7 %

Par ailleurs, il est prévu le transfert de 5 places supplémentaires pour traumatisés crâniens au sein de l'ESAT de Kerlir du Finistère vers le Morbihan au 1er janvier 2013, passant les capacités départementales à 1 402 places.

Objectif 8-2 : Accompagner le travail à temps partiel en ESAT (UATP)

Les UATP[37] permettent aux travailleurs handicapés à mi-temps de bénéficier sur le temps libéré d'une prise en charge sociale maintenant leur capacité d'autonomie. Ils s'adressent à des personnes présentant une déficience intellectuelle ou psychique.

En 2008, 139 personnes étaient bénéficiaires d'un accompagnement en UATP, soit **69,5 places** à temps complet. Le schéma 2008-2012 dédie ces places à l'ensemble des travailleurs handicapés, tout en ciblant les jeunes âgés de plus de 20 ans relevant de l'amendement CRETON qui ne peuvent assumer un travail à temps plein.

Le département s'était engagé à créer 45 places à temps complet permettant à 90 personnes de travailler à temps partiel, dans le cadre du schéma 2008-2012 pour un montant de **328 453 €.**

Aujourd'hui, le département compte **84,5 places** en UATP, **soit 15 places supplémentaires** depuis 2008 :

- 8 places ont été créées par l'association « Les Hardys Bréhélec » à St-Marcel ;
- 4 places par l'établissement de travail adapté ESAT de Bois Jumel à Carentoir ;
- 3 places par l'ADAPEI au foyer Les Bruyères à Plumelec.

[37] UATP : Unité d'accueil à temps partiel

Il convient toutefois de préciser que les demandes d'ouverture d'UATP dans le département sont peu nombreuses, alors même qu'elles permettraient à des jeunes relevant de l'amendement CRETON d'intégrer progressivement le dispositif « adultes ».

Objectif 8-3 : Développer la prise en charge sociale des travailleurs handicapés

Les foyers d'hébergement et les unités de vie extérieure sont des structures d'accompagnement social à l'hébergement des travailleurs handicapés. Ces dispositifs s'adressent donc à des personnes présentant une déficience de type intellectuelle voire psychique.

- ✓ *Foyer d'hébergement :*

Le département a programmé pour 2008/2010 la création de **52 places** en foyer d'hébergement pour un objectif de dépenses de **1 071 876 €.**

L'établissement « Kerudo » (12 places) à Auray a ouvert en janvier 2012.

Le foyer « Dupuy de Lôme » (12 places) actuellement en construction sur la commune de Ploemeur ouvrira en 2014.

Par ailleurs, des restructurations d'établissement se sont traduites par la **suppression de 32 places** de foyer d'hébergement :

- 32 places de foyer d'hébergement géré par l'association « les Hardys Béhélec » à Saint Marcel ont été transformées en SAVS.

- ✓ *Unités de vie extérieures :*

En ce qui concerne les UVE, une enveloppe budgétaire de **376 068 €** pour **48 places** était prévue sur la durée du schéma.

L'établissement « Pipark » à Brec'h (association Gabriel Deshayes) a ouvert cinq places d'UVE en septembre 2011 dans le cadre de la rénovation du foyer de vie et d'hébergement et transformé cinq places de SAVS renforcé en UVE.

L'établissement « Kerudo » à Auray (ADAPEI) a ouvert 12 places en janvier 2012.

Le foyer de vie « Le chêne » à Lanester (CCAS) a créé six places dans le cadre de l'extension de son établissement.

L'établissement Les Bruyères à Plumelec géré par l'association ADAPEI a ouvert deux places.

L'association ADAPEI ouvrira également 12 places d'UVE au sein de l'établissement « Dupuy de Lôme » en création sur la commune de Ploemeur (ouverture prévue pour 2014).

En conclusion, sur les 48 places programmées, **37 places** ont été autorisées.

Objectif 8-4 : Développer l'accueil en établissements et services pour adultes handicapés

- ***<u>Sous-objectif</u> : Développer l'accueil familial***

L'accueil familial est un compromis pour la personne handicapée entre la vie à domicile et la prise en charge en institution. Le rôle et les responsabilités de l'accueillant familial sont multiples : il est chargé de permettre à la personne de participer à la vie quotidienne familiale, de travailler en partenariat avec l'équipe du suivi social, de favoriser les liens familiaux et sociaux ainsi que la mise en place d'un projet de vie. Ce mode d'accueil peut être permanent ou temporaire. Il s'adresse à des personnes handicapées ne présentant pas de troubles du comportement trop importants.

En 2007, 43 familles d'accueil étaient agréées dans le département. En 2012, on recense **73 familles d'accueil, soit 30 familles supplémentaires**. Parmi elles, 31 se destinent à l'accueil exclusif de personnes en situation de handicap et 39 ont un agrément mixte (personnes handicapées et personnes âgées).

Au total, en 2012, ce sont **77 personnes handicapées** qui sont accueillies au sein de ces familles contre **51 en 2007**, ce qui représente **une augmentation de 26 personnes** depuis 2007**.**

Toutefois, ce mode de placement reste peu développé dans le département.

- ***<u>Sous-objectif</u> : Créer des places en foyer de vie et en SAVS pour non travailleurs***

Lors des travaux du schéma, il avait été évoqué que les personnes en situation de handicap entendaient faire jouer pleinement leur droit à compensation pour vivre le plus longtemps à domicile. Cela laissait présager un changement de culture du secteur orienté, par principe, vers la création de foyers de vie pour les non travailleurs. L'étude de besoins n'a pas pu démontrer cette évolution des comportements. C'est donc à ce titre que cet objectif a laissé une ouverture sur l'adaptation des créations dans le cadre de l'enveloppe financière programmée.

Le département s'est engagé à créer **140 nouvelles places** en foyer de vie (en internat, voire transformées en « équivalent places – SAVS » dans le cadre de l'enveloppe budgétaire) pour un montant financier de **4 056 500 €.**

- ✓ *<u>Foyer de vie</u> :*

Les foyers de vie accueillent des personnes handicapées qui n'ont pas l'autonomie suffisante pour vivre à domicile et/ou travailler sans toutefois qu'elles aient besoin d'un suivi médical constant. Ils accueillent principalement des personnes présentant un handicap de type intellectuel ou psychique.

Depuis 2008, **52 places** de foyer de vie ont été créées dans le département (43 d'internat et 9 d'accueil de jour) :

- En 2011, le foyer de vie géré par l'association « Le Phare » a créé à Ploërmel 15 places d'internat et 5 places d'accueil de jour.
- Le foyer « Kerudo » à Auray (ADAPEI), ouvert en janvier 2012, comprend 28 places d'internat de foyer de vie et 4 places d'accueil de jour.

Un projet de création est également en cours :

- Le foyer « Dupuy de Lôme » à Ploemeur (ADAPEI) : 13 places d'internat de foyer de vie programmées (ouverture prévue début 2014).

Par ailleurs, la restructuration du foyer géré par l'association PHARE s'est traduite par la création de six places d'internat et la suppression de huit places d'accueil de jour.

22 places de foyer de vie internat ont été transformées soit en places de foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes, soit en places d'accueil temporaire, soit en accueil de jour.

Le solde net d'ouvertures de places de foyer de vie en internat est donc au final de 27 places.

Il convient également de noter que les 20 places du FDV « Louise Crusson » à Ferel (EHPAD « Notre Dame du Bon Garant ») vont être transformées en FAM.

Au total, ce sont 65 places de FDV qui ont été autorisées dans le cadre du schéma.

✓ *Service d'accompagnement à la vie sociale :*

Par ailleurs, plusieurs places de SAVS pour adultes handicapés non travailleurs ont été créées dans le département depuis 2008. Ce type de service s'adresse à des personnes présentant un handicap intellectuel mais également moteur ou sensoriel (déficients auditifs, visuels).

En 2008, il existait 25 places de SAVS. Elles étaient réparties comme suit :

- 10 places à l'association des aveugles et handicapés visuels de Bretagne « Ty an Dall » à Lanester ;
- 5 places au foyer soleil de Lorient (AIPSH) ;
- 10 places à la résidence Villeneuve à Plumeliau (CCAS).

À ce jour, on dénombre 100 places de SAVS dans le département, soit une augmentation de 75 places depuis 2008.

Parmi ces 100 places, **55 ont été créées sur l'enveloppe budgétaire du schéma :**

- Le SAVS départemental pour adultes déficients auditifs (Association Gabriel Deshayes) a ouvert, en 2010, 15 places sur la commune de Brec'h.
- L'association APF à Vannes a également créé 40 places.

20 places de SAVS ont également été créées par redéploiement de moyens financiers existants :

- Le foyer soleil (AIPSH) à Lorient a étendu son SAVS de 5 places supplémentaires.
- L'association ADAPEI a également ouvert 15 places de SAVS dans le département.

Si l'accent n'a pas été mis sur ce type de réponse lors de l'élaboration du schéma, il convient de noter qu'il tend à se développer et qu'il constitue un véritable atout du département.

- ***Sous-objectif : Faire évoluer le dispositif classique pour tendre au développement de mode d'accueil alternatif***

Certaines personnes handicapées tendent à choisir un mode de vie ordinaire et ce, alors même qu'elles sont dans un cadre institutionnel. Le département entend promouvoir l'insertion de l'ensemble des personnes en situation de handicap dans le tissu social existant. Pour cela, il est nécessaire de diversifier la palette des

prises en charge institutionnelles pour offrir un mode de vie qui s'approche de la vie à domicile, en favorisant par exemple les domiciles groupés ou les appartements collectifs. Les personnes handicapées concernées sont bénéficiaires de la PCH[38] et peuvent à ce titre financer des aides à domicile. Le département, afin d'encourager le développement de ces modes d'accueil alternatif, y contribuera ponctuellement.

- ***Sous-objectif : Créer des places de FAM et MAS[39]***

Les FAM reçoivent des adultes handicapés en incapacité de travailler et dont l'autonomie nécessite un suivi médical au quotidien. Ces établissements relèvent de la compétence conjointe de l'État et du département. Ils s'adressent à des personnes présentant différents types de handicap : intellectuel, psychique, moteur, polyhandicap, traumatisme crânien, autisme… Les MAS, quant à elles, relèvent exclusivement de la compétence de l'État car elles prennent en charge des personnes lourdement handicapées ayant besoin d'une prise en charge médicale constante.

L'étude de besoins réalisée en 2007 fait apparaître un besoin de 134 places de FAM / MAS à créer entre 2007 et 2012, dont 32 places en FAM et 102 en MAS.

Si le PRIAC[40] ne programmait aucune création nouvelle de places en MAS entre 2008 et 2012 ,103 places en FAM sont positionnées sur cette durée au titre des années antérieures, pour un montant global de **6 556 975 €** (financement conjoint État/département).

- Un FAM de 30 places à Bignan a été créé (EPSM de Saint-Avé) (ouvert depuis fin 2012).
- Un autre projet est en cours, il s'agit de l'extension de 18 places du FAM de « Gwen Ran » à Bréhan (association Kervihan) (ouverture prévue avril 2013).

Le département et l'ARS se sont engagés sur le financement de la transformation des 20 places du FDV « Louise Crusson » à Férel (EHPAD « Notre Dame du Bon Garant ») en 31 places de FAM (ouverture prévue avril 2015).

L'ensemble des projets de construction ou d'extension de places en FAM représente **79 places nouvelles** pour les années à venir.

Par ailleurs, **cinq places ont été supprimées** au FAM du Palais à Belle-Île-en-Mer (Hôpital Yves Lanco) dans un souhait de réduire la capacité de l'établissement.

L'accueil de jour en FAM a, quant à lui, peu évolué depuis 2008, puisqu'il est passé de 14 à 15 places en trois ans ; une place ayant été créée à l'établissement « Les Lavandières » à Hennebont géré par l'association ADAPEI.

Objectif 8-5 : Soutenir la création de structures par l'aide à l'investissement

Le département accorde aux promoteurs d'établissements sociaux et médico-sociaux destinés à accueillir des personnes en situation de handicap et relevant de son financement, une subvention d'investissement à hauteur de 30 % des dépenses de construction, de transformation ou de grosses rénovations, avec un plafond de 70 000 € par place.

[38] PCH : Prestation de compensation du handicap
[39] MAS : Maison d'accueil spécialisé
[40] PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

Les prévisions de dépenses départementales d'aide à l'investissement prévues dans le schéma départemental 2008-2012 s'élèvent à **6 720 000 €.** L'enveloppe financière prévisionnelle concerne les **créations nouvelles** correspondant à un nombre total de 320 places.

À ce jour, le programme de construction d'établissements porte sur **224 places** pour un montant total de **6 240 517 €.** Au 31 décembre 2012, l'enveloppe financière avait été imputée de **3 818 517 €.** *(cf. tableau page suivante).*

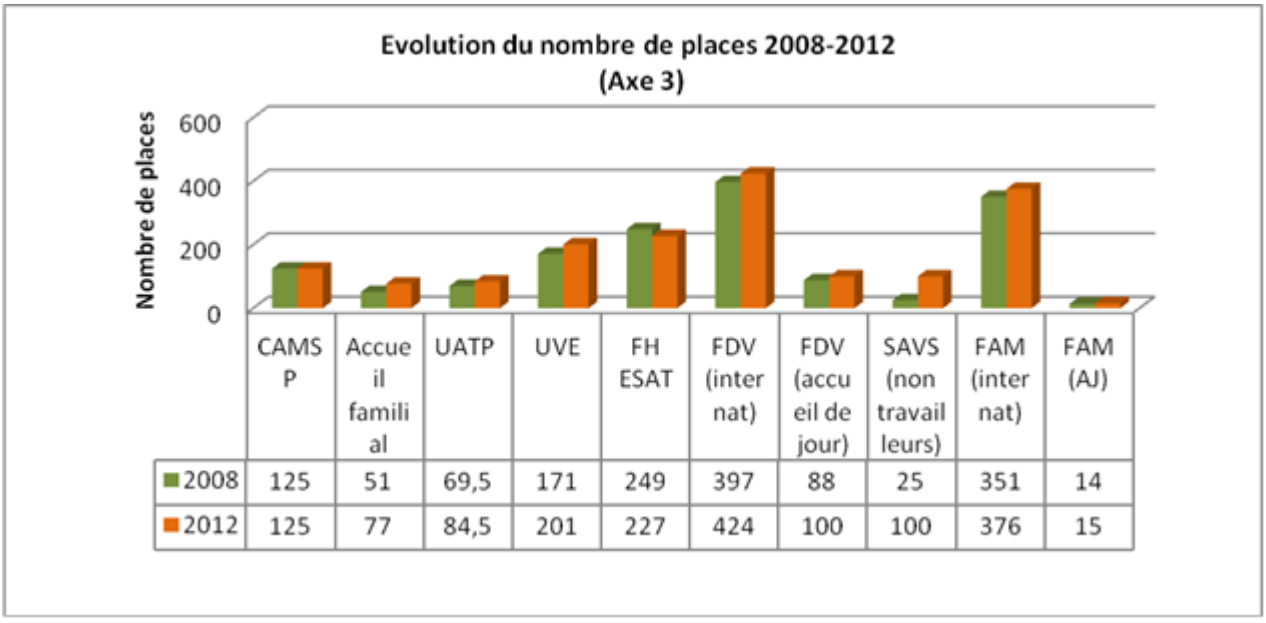
En principe, le département n'est pas impliqué dans le processus de création de places de MAS. Cependant, et ce, à titre exceptionnel, il a subventionné la reconstruction de la MAS de 62 places gérée par l'EPSM de Saint-Avé à Sarzeau.

***Tableau des investissements au 31 décembre 2012** (créations nouvelles uniquement)*

Établissement	Motif	Places nouvelles	Année d'ouverture	Montant total subvention	Montant versé à ce jour
FDV et FH "Kerudo" - Auray (ADAPEI)	Construction	44	2012	924 000 €	924 000 €
FDV "St Georges"- Crac'h (AMISEP)	Construction	4	2013	588 000 €	392 000 €
Territoire d'Auray		**48**		**1 512 000 €**	**1 316 000 €**
SCI "L'Hermine"- Hennebont	Construction	14	2012	294 000 €	294 000 €
FDV et FH "Dupuy de Lôme" – Ploemeur (ADAPEI)	Construction	52	2014	1 092 000 €	364 000 €
Territoire Lorient		**66**		**1 386 000 €**	**658 000 €**
FDV – Ploërmel et Roc-St-André Association "le Phare")	Construction	20	2012	822 517 €	822 517 €
Territoire Ploërmel		**20**		**822 517 €**	**822 517 €**
FAM Bignan (EPSM de St-Avé)	Construction	30	2012	630 000 €	420 000 €
FAM "Gwen Ran" - Bréhan (Association Kervihan)	Extension	18	2013	378 000 €	252 000 €
Territoire de Pontivy		**48**		**1 008 000 €**	**672 000 €**
FAM - Baden (ADAPEI)	Construction	25	2012	525 000 €	350 000 €
FH- Arzon (Tumiac) (Association "Le Moulin Vert")	Construction	6	2014	336 000 €	0 €
Territoire de Vannes		**31**		**861 000 €**	**350 000 €**
FAM "Louise Crusson" – Férel (EHPAD "Notre Dame du Bon Garant")	Construction	11	2015	651 000 €	0 €
Territoire Sud-est		**11**		**651 000 €**	0 €
Sous Total 1 *(sans SCI)*		**210**		**5 946 517 €**	**3 524 517 €**
Sous Total 2 *(avec SCI)*		**224**		**6 240 517 €**	**3 818 517 €**

BILAN AXE 3 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES ENTRE 2008 ET 2012

Type d'établissement	Nombre de places 2008	Nombre de places 2012	Évolution du nombre de places
CAMSP	125	125	0
Accueil familial	51	77	26
UATP (demi-places)	69,5	84,5	15
UVE	171	201	30
Foyer d'hébergement ESAT	249	228	-22
Foyer de vie (internat)	397	424	27
FDV externat (accueil de jour)	88	100	12
SAVS (non travailleurs)	25	100	75
FAM (internat)	351	376	25
FAM (Accueil de Jour)	14	15	1
Total	**1551,5**	**1729,5**	**189**



AXE 4 : REPONDRE AU VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

ORIENTATION 9 : ADAPTER LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT À LA VIE SOCIALE

Objectif 9-1 : Adapter les SAVS

Les SAVS s'adaptent au vieillissement de leur population en maintenant l'accompagnement des personnes de plus de 60 ans afin d'éviter une rupture de prise en charge et de garantir le maintien de leur autonomie et leur insertion sociale.

Certains adultes handicapés vivant chez leurs parents âgés sont susceptibles de se trouver en grande difficulté du fait de changements familiaux. Il est prévu que les SAVS puissent prendre en compte cette problématique qui permettrait d'éviter une réponse inadaptée ou une prise en charge dans l'urgence.

ORIENTATION 10 : FAIRE EVOLUER LES STRUCTURES ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Objectif 10-3 : Médicaliser les unités de foyer de vie pour permettre aux personnes handicapées vieillissantes de rester dans leur foyer de vie

Les personnes handicapées admises en FDV peuvent être sujettes à une dégradation précoce de leur état de santé et donc nécessiter des soins quotidiens. Or, les FDV, qui accueillent des personnes moins dépendantes qu'en FAM, ne disposent pas d'équipes de soins ni d'équipement sanitaire adapté à cette dépendance qui s'installe.

Il s'avère que certains établissements individualisent des unités au sein de leurs foyers de vie afin d'offrir un accompagnement adapté à leurs résidents âgés. À terme, ces unités pourraient être médicalisées.

En 2008, le département comptabilisait 14 places en foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes au sein de l'établissement « Sainte-Anne » sur la commune de Plouray (Association « Les œuvres de St-Jean »).

Aujourd'hui, ce sont 31 places qui existent sur le département, soit **18 supplémentaires**.

En effet, l'établissement de « Prad Izel» à Hennebont (ADAPEI) a réorganisé au sein de son foyer de vie une unité dédiée spécifiquement aux personnes handicapées vieillissantes (internat). Il convient, toutefois, de préciser que les places de cette unité pour personnes handicapées vieillissantes sont occupées par des personnes qui résidaient déjà au sein du foyer.

Par ailleurs, dans le cadre de sa reconstruction, l'établissement situé à Arzon (Tumiac) (association « Le Moulin Vert ») prévoit la création de 5 places dédiées aux travailleurs handicapés retraités de plus de 60 ans.

Une médicalisation progressive de places permettrait aux personnes handicapées déjà présentes en foyer de pouvoir y vivre avec une certaine dépendance. Cette médicalisation pourrait, par exemple, se faire par unité.

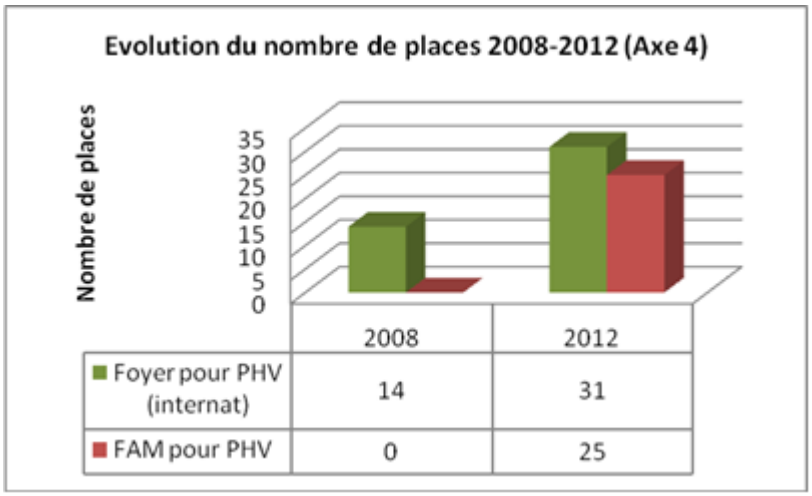
Objectif 10-4 : Expérimenter un FAM pour adultes handicapés vieillissants de 25 places à Baden

Le FAM situé à Baden (ADAPEI) accueille, depuis décembre 2012, 25 personnes handicapées vieillissantes, âgées de 45 à 65 ans.

Cet établissement accueille des personnes dont la prise en charge dans l'établissement d'origine n'est plus possible du fait d'une dépendance grandissante liée à l'âge et de la nécessité d'adapter l'accompagnement médico-social.

BILAN AXE 4 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PLACES ENTRE 2008 ET 2012

Type d'établissement	Nombre de places 2008	Nombre de places 2012	Évolution du nombre de places
Foyer pour PHV (internat)	14	31	+17
FAM pour PHV (internat)	0	25	+25
TOTAL	**14**	**56**	**42**



Le schéma départemental se doit de répondre aux besoins émergents et partagés sur les territoires infra-départementaux regroupant des intercommunalités.

En tant que chef de file de la politique d'action sociale sur son espace territorial, le département, à travers son nouveau comité du schéma permettra à l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et de santé, de disposer d'un lieu de réflexion qui permettra d'avancer sur les thématiques suivantes :

- la connaissance des besoins des personnes en situation de handicap sur les territoires infra-départementaux ;

- la garantie de l'accessibilité de l'espace territorial ;

- une meilleure prise en charge du handicap psychique;

- l'accompagner le vieillissement des personnes handicapées.

INDICATEURS

LES PRESTATIONS (au 31 décembre 2012)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) + Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

14 017 bénéficiaires

1,9 % de la population totale du Morbihan (733 105 habitants)

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

4 323 dossiers instruits par la MDA

12 041 bénéficiaires

Répartition par sexe
6 148 hommes et **5 893** femmes

Répartition par âge
1 517 de 20 à 29 ans
2 167 de 30 à 39 ans
3 346 de 40 à 49 ans
3 847 de 50 à 59 ans
1 155 de 60 ans et plus

Répartition par taux de handicap*
4 737 avec un taux de 50 à 79%
6 203 avec un taux de 80% et plus

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

1 976 enfants concernés

Répartition par âge

281 enfants de moins de 6 ans
1 104 enfants de 7 à 15 ans
591 enfants de 16 à 19 ans

(données CAF uniquement)*

Prestation de compensation du handicap (PCH)

1 916 bénéficiaires

Répartition par groupe**
1 538 aides humaines
260 aides techniques
472 charges spécifiques et exceptionnelles
400 logements, véhicules, transports
11 aides animalières

Répartition par âge**
1 441 de moins de 60 ans
475 de plus de 60 ans

*(** un même bénéficiaire peut percevoir plusieurs aides)*

Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

854 bénéficiaires

Prestations d'aide sociale

357 bénéficiaires de l'aide-ménagère

76 bénéficiaires de l'aide aux repas

Fonds de compensation pour l'aide technique

150 bénéficiaires

LA SCOLARISATION (rentrée 2012)

2 177 élèves handicapés

984 en 1er degré (individuel hors CLIS) 387 en 1er degré (collectif en CLIS) soit 1 371 en 1er degré

542 en 2d degré (individuel hors CLIS) 264 en 2d degré (collectif en CLIS) soit 806 en 2d degré

891 élèves accompagnés par des auxiliaires de vie scolaire

36 classes pour l'inclusion scolaire (CLIS)

27 unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS)

14 enseignants référents

LE TRANSPORT

500 élèves handicapés bénéficiant de l'aide aux transports scolaires

LA FORMATION ET L'EMPLOI

2 427 bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH : taux de 5 % en 2009) dont **69,7 %** ayant la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés (RQTH)

1 397 places dans **20** ESAT

5 places en UEROS pour victimes de traumatisme crânien ou lésions cérébrales acquises

24 places en centre de pré-orientation (CPO) pour porteurs de handicap psychique

L'ACCUEIL DES ENFANTS EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES

125 places dans **3** CAMSP

33 900 séances en CMPP

876 places en IME

99 places en ITEP

12 places en maison d'accueil temporaire

543 places en SESSAD

L'ACCUEIL DES ADULTES EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES

1 886 places en établissements et services non médicalisés

555 places en foyer de vie
429 places en foyer d'hébergement
84,5 places en UATP
603 places en SAVS
69 places en SAAD
47 places en logement groupé
77 places en accueil familial
21 places en hébergement temporaire

732 places en établissements et services médicalisés

416 places en FAM
231 places en MAS
85 places en SAMSAH

INDICATEURS GLOBAUX

La population en situation de handicap morbihannaise ne peut être basée que sur des estimations

Il est difficile aujourd'hui d'obtenir le nombre exact de personnes en situation de handicap. Différentes enquêtes ont été menées afin de définir quelques estimations. La population estimée des enfants et jeunes en situation de handicap de moins de 20 ans serait ainsi 3 200 en 2011 dans le Morbihan.

D'autre part, le nombre de personnes en situation de handicap à domicile de 20 à 59 ans est estimé entre 13 000 et 15 800.

Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) à partir de la prévalence

Population estimée 0-20 ans au 1er janvier 2009 (STATISS 2010)	Taux prévalence pour 1 000	Morbihan	Côtes d'Armor	Finistère	Ile-et-Vilaine	Bretagne
		168 498	137 214	209 890	254 206	769 808
RHEOP* 1980-97 Handicaps sévères	8,2	**1 382**	1 125	1 721	2 084	6 312
INSERM 1998 Handicaps sévères	8	**1 348**	1 098	1 679	2 034	6 158
INSERM 1998 tous handicaps	19	**3 201**	2 607	3 988	4 830	14 626

Source : CREAI Bretagne, 28/06/2011

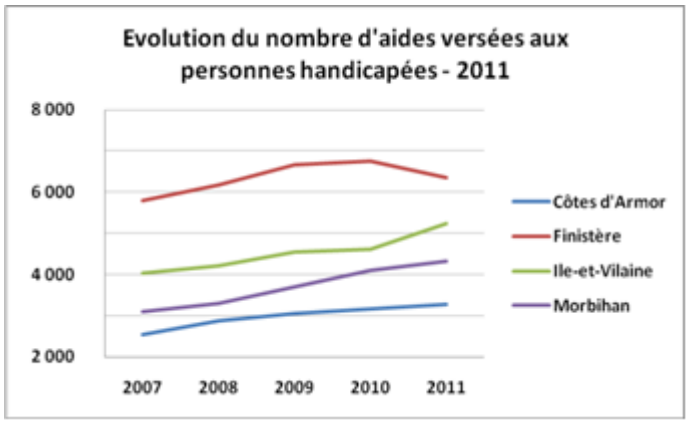
*Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie

Différentes estimations de la population handicapée à domicile de 20 à 59 ans

Population estimée 20-59 au 1er janvier 2009 (STATISS 2010)	Taux prévalence pour 1 000	Morbihan	Côtes d'Armor	Finistère	Ile-et-Vilaine	Bretagne
		362 086	283 543	458 698	525 840	1 630 172
CDV-INSEE champ : 20-59 ans domicile	36	**13 035**	10 208	16 513	18 930	58 686
Saône & Lore - CTNERHI champ : 20 - 59 ans, population du département à domicile	43,6	**15 787**	12 363	19 999	22 927	71 075
HID-INSEE Champ : 17-59 ans à domicile avec taux d'invalidité	37	**13 397**	10 491	16 972	19 456	60 316

Source : CREAI Bretagne, 28/06/2011

Une progression des aides versées par le département aux personnes handicapées



Depuis 2007, le nombre d'aides versées par les départements pour les personnes en situation de handicap de 20 à 60 ans ne cesse d'augmenter. Avec 4 335 aides versées, en 2011, le Morbihan connaît une forte augmentation (40,3 % contre 24,2 % en Bretagne). Cette augmentation est liée à la mise en place de la prestation de compensation du handicap par la loi de 2005 et l'aide sociale à l'hébergement qui a également fortement augmenté en cinq ans dans le Morbihan.

Des aides versées majoritairement aux personnes handicapées à domicile

Le Morbihan verse davantage de prestations à domicile qu'en établissement avec un taux de 53,4 % en 2011, proche du taux régional et inférieur au taux national (56 %). A contrario, le nombre de personnes bénéficiant d'aides en établissement représente un ratio supérieur pour le Morbihan et la Bretagne par rapport à la France.

Aides versées	Morbihan	Bretagne	France M
Total des principales aides			
Bénéficiaires	4 335	19 179	355 590
Evolution 2007-2011 (%)	40,3	24,2	39,04
Aides aux personnes handicapées à domicile - 2011			
Bénéficiaires	2 316	10 207	202 554
Part dans le total des aides (%)	53,00%	53,00%	56,00%
Aides aux personnes handicapées en établissement - 2011			
Bénéficiaires	2 019	8 972	153 037
Part dans le total des aides (%)	46,57%	46,78%	43,04%
Source : DREES – Les bénéficiaires de l'aide sociale en 2011			

ORIENTATIONS ET FICHES ACTIONS

INTRODUCTION

Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la compensation des conséquences du handicap touche tous les domaines de la vie économique et sociale pour permettre aux personnes handicapées d'exercer pleinement leur citoyenneté et leur autonomie.

AXE 1 : POUR UNE SOCIETE OUVERTE AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

A travers ce premier axe, ce schéma entend promouvoir un territoire accessible et inclusif pour les personnes en situation de handicap et contribuer à l'égalité des chances en agissant sur les aspects environnementaux, sociaux et médicaux.

La libre circulation, l'accessibilité des services, la participation à la vie sociale, culturelle et sportive favorisent l'autonomie des personnes handicapées.

Agir « pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap », c'est mettre l'accent sur leur capacité à participer activement à la vie en société en garantissant l'accessibilité des lieux, la poursuite de l'inclusion scolaire, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi, l'égal accès aux soins et le dépistage et la prise en charge précoces.

Un autre enjeu de cet axe porte sur le regard de la société civile et sur sa sensibilisation aux problématiques des personnes handicapées.

En interpellant la société civile dans son ensemble, le département entend permettre aux personnes handicapées et à leurs familles d'exercer leurs droits et leur choix de vie.

FACILITER L'ACCES AU DEPISTAGE PRECOCE ET A L'INFORMATION

Dépister précocement est un enjeu de santé publique pour notre société. De nombreuses actions de dépistage sont mises en œuvre, parfois dès la naissance pour les enfants les plus vulnérables, actions que le département entend soutenir et renforcer.

Ainsi, un dépistage précoce organisé est mis en œuvre par les services de la protection maternelle et infantile (PMI) auprès des enfants de deux à trois ans afin de déceler d'éventuelles pathologies sensorielles et/ou psychologiques, puis par la médecine scolaire au cours du bilan médical de la sixième année.

Fiche action 1 :
Renforcer le dépistage précoce organisé

Certains nouveau-nés, davantage exposés au risque de développement d'un handicap du fait, par exemple, d'une grande prématurité ou d'une pathologie périnatale, bénéficient d'un suivi et d'une prise en charge sur le long terme qu'il convient de conforter.

Fiche action 2 :
Soutenir le suivi et la prise en charge des nouveaux-nés vulnérables

Outre les services hospitaliers, la PMI et l'Éducation nationale, les CAMSP sont également des acteurs majeurs du dépistage et de la prise en charge précoces des

Fiche action 3 :
Conforter l'action des CAMSP

enfants présentant ou étant susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Cependant, ces CAMSP, du fait de leurs capacités et secteurs d'intervention ne sont actuellement pas en mesure d'intervenir sur tout le territoire départemental auprès des enfants le nécessitant. L'amélioration du maillage territorial pourra également être recherchée avec les professionnels de santé libéraux pour développer une gradation dans la prise en charge.

Fiche action 4 :
Favoriser la gradation avec le secteur libéral

Une fois le handicap dépisté, il est primordial que la prise en charge débute très rapidement. Or, à l'heure actuelle, des enfants restent en attente de prise en charge par un SESSAD ou un établissement médico-social, ce qui créée une rupture dans leur accompagnement, pendant une durée parfois supérieure à un an. Il convient donc de faciliter la prise en charge des enfants dès la reconnaissance de leur handicap.

Fiche action 5 :
Renforcer l'accompagnement et la prise en charge précoces des enfants handicapés

Dépister et accompagner dès l'annonce du handicap s'inscrit dans « l'égal accès de tous à tout ».

Dès lors que le handicap est reconnu, l'information des familles et des personnes handicapées sur les dispositifs existants constitue un enjeu majeur, car les dispositifs à destination des personnes en situation de handicap sont complexes et manquent parfois de lisibilité. Le département s'efforcera donc de mettre en place une information accessible et de proximité.

Fiche action 6 :
Mettre en place un maillage territorial de l'accès à l'information

Fiche action 9 :
Organiser des journées d'information grand public

Outre la détermination de six territoires infra-départementaux de proximité dotés de plate-formes de territoires, il est prévu de poursuivre l'amélioration du fonctionnement de la maison départementale de l'autonomie (MDA). Les équipes de la MDA veilleront donc à renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs familles lors de la formulation de leurs demandes, puis lors de la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Fiche action 7 :
Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en amont de la décision de la CDAPH

Fiche action 8 :
Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en aval de la décision de la CDAPH

RENFORCER L'ACCESSIBILITE DE LA SOCIETE

L'accès des personnes en situation de handicap à la vie de la cité passe avant tout par la compréhension de leurs problématiques par l'ensemble des citoyens, et donc des enjeux de la mise en accessibilité de la société. Pour permettre la participation et l'inclusion des personnes en situation de handicap, tous les pans de la vie en société sont questionnés.

Fiche action 10 :
Sensibiliser la société civile aux problématiques des personnes handicapées et aux enjeux de la mise en accessibilité

La mise en accessibilité est essentielle pour lutter contre l'isolement social des personnes en situation de handicap et leur permettre de bénéficier des mêmes possibilités de pratiques culturelles, sportives ou de loisirs, que l'ensemble des citoyens. De nombreuses initiatives ont été menées en ce sens ces dernières années ;

Fiche action 11 :
Soutenir la mise en accessibilité de l'offre culturelle et touristique

Fiche action 12 :
Favoriser l'accès au sport des personnes en situation de handicap

le département entend les soutenir et les rendre davantage visibles pour le public handicapé.

Pour favoriser cette mise en accessibilité, une commission départementale d'accessibilité est chargée d'émettre un avis sur les projets de construction d'ERP, ainsi que sur les demandes de dérogation aux règles d'accessibilité. Des représentants de personnes handicapées sont membres de cette commission, et leurs avis et propositions sont essentiels dans la prise de décision. Cependant, il a été constaté une faible participation aux réunions dont il convient d'identifier les raisons afin d'y apporter des solutions.

Fiche action 15 :
Permettre une participation active des représentants d'usagers aux commissions d'accessibilité

La mise en accessibilité des établissements recevant du public ne peut se faire indépendamment de celle des transports et de la voirie. Il faut continuer à faciliter les déplacements des personnes handicapées pour leur permettre d'accéder aux lieux qui leur sont rendus accessibles.

Fiche action 13 :
Faciliter le déplacement des personnes handicapées sur le territoire départemental

Cette mise en accessibilité "technique" s'avère cependant insuffisante pour certaines personnes, notamment celles présentant une déficience intellectuelle ou psychique : une aide humaine pour pouvoir participer pleinement à la vie de la cité leur est indispensable.

Fiche action 14 :
Faciliter la participation à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement adapté

La pleine participation à la vie sociale des personnes handicapées, vivant à domicile ou en établissement médico-social, implique également un libre accès aux soins : l'accessibilité de certains locaux, l'inégale répartition des structures de soins sur le territoire départemental sont à questionner au regard des difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap.

Fiche action 16 :
Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile

Fiche action 17 :
Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement médico-social

La coopération entre les secteurs médico-social et sanitaire est également à rechercher afin de favoriser la continuité dans les parcours soins, notamment en établissement.

Fiche action 19 :
Favoriser la coopération entre les établissements de santé et les ESMS pour améliorer la qualité de l'accueil et la délivrance de soins

FAVORISER L'INSERTION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN MILIEU SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

L'accueil des jeunes enfants, la scolarisation et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap constituent des enjeux majeurs de l'inclusion sociale. Même si de nombreux progrès ont été réalisés au cours des dernières années, nos actions sont à poursuivre.

L'accueil des enfants de moins de six ans en structures collectives ou chez des assistants maternels reste à développer et à améliorer.

Fiche action 20 :
Accueillir dès le plus jeune âge l'enfant en situation de handicap dans les structures d'accueil collectif

Une attention particulière sera portée d'une part, aux parents qui hésitent à solliciter les dispositifs de droit commun de peur que ces derniers refusent d'accueillir leur enfant ou ne soient pas adaptés, ainsi que d'autre part, à l'absence de dispositifs d'accueil pour les enfants âgés de quatre à six ans qui ne sont pas scolarisés, et à la

Fiche action 21 :
Promouvoir et faciliter l'accueil d'enfants handicapés chez les assistants maternels

réticence de certains professionnels à l'accueil d'enfants handicapés et à leur besoin d'accompagnement.

La scolarisation des enfants handicapés a, quant à elle, connu une forte progression depuis 2005 (+ 89 %). Cependant, la diversité des handicaps présentés par les enfants rend nécessaire d'élargir la palette d'offres de scolarisation. Si le milieu scolaire ordinaire est toujours privilégié, des solutions alternatives peuvent s'avérer davantage adaptées à certains enfants, comme les scolarités partagées (entre l'Éducation nationale et un établissement médico-social), ou les classes externalisées.

Par ailleurs, il est important de soutenir les familles dans la mise en œuvre effective des projets personnalisés de scolarisation (PPS) de leurs enfants et de faciliter l'accès de ces derniers aux activités de loisirs.

L'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap reste corrélée à leurs qualifications. Il est indispensable de les accompagner vers les dispositifs de formation et de développer les missions d'accompagnement vers l'insertion professionnelle auprès de ces personnes, en particulier auprès des jeunes adultes. Par ailleurs, l'intégration en milieu ordinaire de travail étant prioritairement recherchée, il convient de sensibiliser les entreprises morbihannaises à l'emploi de personnes en situation de handicap.

Lorsque l'intégration en milieu ordinaire ne peut être envisagée, les personnes en situation de handicap sont orientées vers le milieu protégé, notamment en ESAT. Cependant, ces derniers font face à un manque de places. Ainsi, la MDA recense de nombreuses orientations ESAT non mises en œuvre. L'accompagnement de ces personnes dans l'attente de places est à maintenir.

Cette problématique est particulièrement forte pour les jeunes adultes de plus de 20 ans, maintenus en établissement pour enfants malgré leur orientation en ESAT. Le manque de places n'explique cependant pas à lui seul cette situation. En effet, les jeunes et leurs familles sont parfois réticents à quitter le secteur de l'enfance, du fait d'un manque d'information, de maturité. Il convient donc de les accompagner dans cette transition.

Par la suite, le maintien dans l'emploi des personnes handicapées repose souvent sur la mise en place d'un accompagnement adapté, mais également sur l'adaptation des structures qui les accueillent. En effet, le profil de la population accueillie en ESAT a évolué au cours des dernières années, rendant nécessaire l'évolution des activités professionnelles, ainsi que du temps de travail (temps partiel,…).

Fiche action 22 :
Poursuivre le déploiement d'une offre diversifiée de scolarisation pour les enfants handicapés

Fiche action 23 :
Accompagner les familles dans le processus de scolarisation de leur enfant en situation de handicap

Fiche action 24 :
Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les accueils collectifs de mineur

Fiche action 25 :
Accompagner l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Fiche action 27 :
Soutenir l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail

Fiche action 29 :
Répondre aux orientations ESAT

Fiche action 30 :
Accompagner les personnes orientées en ESAT en attente de places

Fiche action 31 :
Faciliter et accompagner l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants orientés ESAT

Fiche action 26 :
Renforcer l'accompagnement adapté des travailleurs handicapés

Fiche action 32 :
Adapter les ESAT à l'évolution des besoins des travailleurs handicapés

Orientation 1 : "Renforcer le dépistage, l'accompagnement et la prise en charge précoces"

Fiche action 1 : Renforcer le dépistage et l'accompagnement précoces
Fiche action 2 : Soutenir le suivi et la prise en charge des nouveau-nés vulnérables
Fiche action 3 : Conforter l'action des CAMSP
Fiche action 4 : Favoriser la gradation avec le secteur libéral
Fiche action 5 : Renforcer l'accompagnement et la prise en charge précoces

Orientation 2 : "Améliorer la diffusion de l'information pour un meilleur accès aux droits"

Fiche action 6 : Mettre en place un maillage territorial de l'accès à l'information
Fiche action 7 : Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en amont de la décision de la CDAPH
Fiche action 8 : Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en aval de la décision de la CDAPH
Fiche action 9 : Communiquer auprès du grand public pour renforcer l'accès aux droits

Orientation 3 : "Faciliter l'accès à la vie sociale"

Fiche action 10 : Sensibiliser la société civile aux problématiques des personnes handicapées et aux enjeux de la mise en accessibilité
Fiche action 11 : Soutenir la mise en accessibilité de l'offre culturelle et touristique
Fiche action 12 : Favoriser l'accès au sport des personnes en situation de handicap
Fiche action 13 : Faciliter le déplacement des personnes handicapées sur le territoire départemental
Fiche action 14 : Faciliter la participation à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement adapté
Fiche action 15 : Permettre une participation active des représentants d'usagers aux commissions d'accessibilité

Orientation 4 : "Favoriser l'accès aux soins"

Fiche action 16 : Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile
Fiche action 17 : Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement médico-social
Fiche action 18 : Faciliter l'accès aux soins des personnes autistes
Fiche action 19 : Favoriser la coopération entre les établissements de santé et les ESMS pour améliorer la qualité de l'accueil et la délivrance de soins

Orientation 5 : "Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante"

Fiche action 20 : Accueillir dès le plus jeune âge l'enfant en situation de handicap dans les structures d'accueil collectif
Fiche action 21 : Promouvoir et faciliter l'accueil d'enfants handicapés chez les assistants maternels
Fiche action 22 : Poursuivre le déploiement d'une offre diversifiée de scolarisation pour les enfants handicapés

Fiche action 23 : Accompagner les familles dans le processus de scolarisation, d'apprentissage et d'études supérieures de leur enfant en situation de handicap

Fiche action 24 : Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les accueils collectifs de mineurs

Orientation 6 : "Accompagner pour réussir l'insertion professionnelle"

Fiche action 25 : Accompagner l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Fiche action 26 : Renforcer l'accompagnement adapté des travailleurs handicapés

Fiche action 27 : Soutenir l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail

Fiche action 28 : Permettre l'intégration en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées psychiques

Fiche action 29 : Répondre aux orientations ESAT

Fiche action 30 : Accompagner les personnes orientées en ESAT

Fiche action 31 : Faciliter et accompagner l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissement pour enfants avec une orientation ESAT

Fiche action 32 : Adapter les ESAT à l'évolution des besoins des travailleurs handicapés

FICHE ACTION N° 1 Renforcer le dépistage et l'accompagnement précoces		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 1 « Renforcer le dépistage, l'accompagnement, la prise en charge précoces »	**Contexte et Enjeux**	La précocité du dépistage est primordiale dans la prise en charge de certaines situations de handicap. De la naissance à l'âge de six ans, les enfants font l'objet d'actions de prévention et de dépistage systématique de pathologies sensorielles et/ou psychologiques par le service départemental de la protection maternelle et infantile (PMI). Lors de leur sixième année, un bilan médical est réalisé par les médecins et infirmières scolaires (48 % des enfants de moins de 6 ans en bénéficient). Les enseignants constituent le premier niveau de repérage des troubles spécifiques ; il est donc important qu'ils soient sensibilisés aux handicaps et à leurs manifestations.
	Objectif	Développer le dépistage précoce organisé.
	Actions à entreprendre	Renforcer et favoriser l'équité territoriale du dépistage organisé réalisé par le département (PMI) et l'Éducation nationale (Service santé des élèves). Sensibiliser les enseignants au repérage des troubles spécifiques Soutenir les actions de promotion du dépistage précoce auprès des professionnels de la petite enfance.
	Pilote	DEPARTEMENT ou ETAT (EDUCATION NATIONALE)
	Partenaires	Professionnels de la petite enfance Établissements scolaires ARS
	Résultat attendu	Augmenter la couverture territoriale du dépistage organisé
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Département : renforcement des missions du service départemental de PMI sur cette action.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de bilans réalisés et taux de couverture du dépistage. Nombre et type de pathologies /ou handicaps recensés.

FICHE ACTION N° 2 Soutenir le suivi et la prise en charge des nouveau-nés vulnérables		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 1 « Renforcer le dépistage, l'accompagnement, la prise en charge précoces »	**Contexte et Enjeux**	Certains nouveau-nés dits « vulnérables » (grands prématurés ou nouveau-nés avec pathologie périnatale) nécessitent un dépistage et une prise en charge précoce et spécifique. Le réseau PERINAT, centré sur la prévention, a pour objectif le dépistage précoce des anomalies du développement psychomoteur des nouveau-nés vulnérables.
	Objectifs	Renforcer la guidance précoce auprès des familles selon un schéma de suivi. Éviter la redondance des examens. Orienter en liaison avec les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou les centres médico-psycho-pédagogique (CMPP) les enfants présentant des troubles
	Actions à entreprendre	Participer au déploiement du réseau d'aval sur le département Être partie prenante au cahier des charges régional qui harmonise les moyens de dépistage et de suivi des enfants vulnérables Poursuivre le partenariat avec les services de néonatologie, le réseau PERINAT 56 et les CAMSP
	Pilote	ARS
	Partenaires	Département Réseaux d'AVAL et PERINAT 56 Services de néonatologie CAMSP
	Résultat attendu	Améliorer le suivi spécifique des nouveau-nés vulnérables.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Mobilisation du service départemental de PMI pour des consultations à des âges précis de la vie de l'enfant. Participation du département aux réseaux d'aval au sein de PERINAT.
	Indicateurs et évaluation	Participation du département à la rédaction du cahier des charges régional du dépistage et du suivi des enfants vulnérables. Mise en place d'un cahier de suivi de 0 à 6-7 ans.

FICHE ACTION N° 3 Conforter l'action des CAMSP		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 1 « Renforcer le dépistage, l'accompagnement, la prise en charge précoces »	**Contexte et Enjeux**	Les CAMSP exercent un rôle primordial dans le dépistage, le diagnostic et l'accompagnement précoces des enfants en situation de handicap. Cependant, de nombreux enfants restent en attente de prise en charge, notamment sur les secteurs de Pontivy et de Ploërmel, faute de places offertes.
	Objectifs	Rendre accessibles à toute famille morbihannaise les services offerts par les CAMSP. Développer et conforter l'action des CAMSP sur les six territoires infra départementaux « autonomie ».
	Actions à entreprendre	Accroître la capacité des CAMSP pour couvrir le territoire départemental et améliorer le maillage territorial, notamment sur le territoire ploërmelais. Réduire les délais d'intervention des CAMSP.
	Pilotes	ARS et DEPARTEMENT
	Partenaires	Gestionnaires de CAMSP Caisses d'assurance maladie
	Résultats attendus	Accès facilité aux CAMSP pour les familles. Réduction du délai d'intervention
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC – ARS et Programmation financière pluriannuelle départementale : 2015 pour le territoire de Pontivy Prise en compte de l'étude régionale sur les CAMSP (mars 2013)
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'enfants pris en charge par les CAMSP. Évolution des listes d'attente des CAMSP.

FICHE ACTION N° 4 Favoriser la gradation avec le secteur libéral		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 1 « Renforcer le dépistage, l'accompagnement, la prise en charge précoces »	**Contexte et Enjeux**	La localisation actuelle des CAMSP ne leur permet pas de couvrir l'ensemble du territoire départemental. Il est donc nécessaire d'associer les professionnels de santé libéraux à cette prise en charge, notamment les zones rurales isolées, afin de tendre vers une offre précoce de prise en charge à 30 minutes du domicile.
	Objectif	Renforcer à partir des CAMSP le maillage territorial en favorisant la gradation de la prise en charge avec les professionnels de santé libéraux
	Actions à entreprendre	Inciter les professionnels libéraux à développer des partenariats avec les CAMSP Former les professionnels de santé libéraux
	Pilote	ARS
	Partenaires	Gestionnaires de CAMSP Caisses d'assurance maladie Professionnels libéraux de santé
	Résultats attendus	Accroître l'efficience des CAMSP Réduire les délais de prise en charge précoce
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Conventions et protocoles de collaboration entre les CAMSP et les professionnels de santé libéraux
	Indicateurs et évaluation	Nombre de conventions/protocoles de collaboration signés Nombre de professionnels libéraux formés Conditions de prise en charge des consultations libérales en lien avec les CAMSP

FICHE ACTION N° 5 Renforcer l'accompagnement et la prise en charge précoces des enfants handicapés		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 1 « Renforcer le dépistage, l'accompagnement, la prise en charge précoces »	**Contexte et Enjeux**	Il est important que les jeunes enfants soient accompagnés et pris en charge dès la reconnaissance de leur handicap afin de permettre le plein développement de leurs capacités. Or à l'heure actuelle, environ 400 enfants restent en attente de places en SESSAD sur le département. Il en résulte des maintiens de prises en charge par défaut par les CAMSP. Par ailleurs, les enfants de moins de six ans ne peuvent être orientés vers des établissements, du fait de leur agrément fixant l'âge minimum d'entrée à six ans.
	Objectif	Renforcer l'accompagnement et la prise en charge précoces des enfants handicapés.
	Actions à entreprendre	Orienter en établissements et services enfants dès le repérage du besoin. Adapter la capacité d'accueil des SESSAD. Faire évoluer les modalités d'intervention des SESSAD (ex : places de coordination). Modifier les agréments des établissements et services pour enfants handicapés de façon à permettre un accueil avant six ans.
	Pilote	ARS
	Partenaires	Maison départementale de l'autonomie (MDA). Gestionnaires de services et établissements médico-sociaux.
	Résultats attendus	Permettre l'accompagnement et la prise en charge des enfants handicapés dès leur plus jeune âge.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC – ARS : 30 places de SESSAD en 2012, mais aucune place supplémentaire prévue au PRIAC 2012-2016 en raison d'un taux d'équipement régional supérieur au taux national. Prise en compte de l'étude régionale prévue sur les SESSAD.
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'enfants pris en charge en SESSAD. Nombre d'enfants de moins de six ans pris en charge en établissements.

FICHE ACTION N° 6 Mettre en place un maillage territorial de l'accès à l'information		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 2 « Améliorer la diffusion de l'information »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées et les familles rencontrent des difficultés pour accéder à l'information. Le groupe de travail a mis en évidence la nécessité de renforcer l'accès aux droits des personnes en situation de handicap et d'intervenir afin d'éviter l'errance des personnes handicapées et de leur famille et de réduire le risque d'isolement.
	Objectif	Délivrer une information de proximité aux personnes handicapées et à leur famille sur l'ensemble des six territoires infra-départementaux.
	Actions à entreprendre	Organiser des réunions de travail avec les communes, les intercommunalités, les structures porteuses des plate-formes territoriales actuelles, la MDA pour concevoir le projet d'une information de proximité. S'assurer le concours de la MDA en tant que structure ressource dans les fonctions d'information et d'orientation des personnes handicapées. Associer les associations de personnes handicapées à la définition du projet et du contenu de l'information de proximité. Rédiger un cahier des charges des missions d'information à réaliser en proximité. Former les agents des structures de proximité aux spécificités des handicaps.
	Pilotes	DEPARTEMENT - MDA
	Partenaires	Intercommunalités, communes, CIAS et CCAS, plate-formes territoriales. Associations d'usagers.
	Résultat attendu	Mise en place des missions d'information de proximité.
	Échéancier	2014 - 2017
	Moyens	Mobilisation des partenaires précités.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de territoires couverts. Enquête de satisfaction menée auprès des usagers.

FICHE ACTION N° 7 **Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en amont de la décision de la CDAPH**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 2 « Améliorer la diffusion de l'information »**	**Contexte et Enjeux**	Certaines personnes handicapées et leurs familles ont des difficultés à se repérer dans les processus de demande d'aides. La qualité des dossiers de demande déposés conditionne celle des réponses à apporter.
	Objectifs	Faciliter et améliorer la complétude du dossier de demande de compensation (formulaire unique national cerfatisé). Permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir une lisibilité des aides, des services et des structures auxquels ils peuvent recourir.
	Actions à entreprendre	Assurer une information de premier niveau claire, accessible et permettant d'appréhender correctement la situation. Privilégier la formation des professionnels d'accueil. Repérer et accompagner les personnes et familles nécessitant un accompagnement. S'appuyer sur le service accueil de la MDA, les services sociaux spécialisés et sur les structures supports de l'information de proximité *(fiche action n° 6)*.
	Pilotes	DEPARTEMENT - MDA
	Partenaires	Intercommunalités, communes, CIAS et CCAS. Plates-formes territoriales. Services sociaux polyvalents et spécialisés. Associations d'usagers.
	Résultat attendu	Amélioration de la mise en œuvre des plans personnalisés de compensation (PPC).
	Échéancier	2014 – 2017
	Moyens	Mobilisation des services de la MDA, des services sociaux polyvalents et spécialisés, des structures porteuses des plate-formes territoriales actuelles.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de rencontres Professionnels/ Personnes en situation de handicap. Évolution du nombre de déplacements sur le lieu de vie. Évolution du délai d'attente entre la date de la demande et la date de décision de la CDAPH.

FICHE ACTION N° 8 **Accompagner la personne handicapée et sa famille dans leurs démarches en aval de la décision de la CDAPH**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 2 « Améliorer la diffusion de l'information »**	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées et les familles peuvent rencontrer des difficultés à comprendre les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les courriers, souvent rédigés dans un langage technique, sont difficiles à comprendre pour un grand nombre d'entre elles. Elles peuvent, dans certains cas, renoncer aux aides dont elles ont besoin.
	Objectif	Simplifier l'accès aux droits et aux services ouverts par les décisions de la CDAPH.
	Actions à entreprendre	Repérer et accompagner les personnes et familles nécessitant un accompagnement à la mise en œuvre des décisions de la CDAPH S'appuyer sur le service accueil de la MDA, les services sociaux spécialisés et les structures supports de l'information de proximité *(fiche action n° 6).*
	Pilotes	MDA - DEPARTEMENT
	Partenaires	Plates-formes territoriales. Intercommunalités, communes, CIAS et CCAS. Services sociaux polyvalents et spécialisés. Associations d'usagers.
	Résultat attendu	Amélioration de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH.
	Échéancier	2014 - 2017
	Moyens	Mobilisation des services de la MDA, des services sociaux polyvalents et spécialisés, des structures porteuses des plate-formes territoriales actuelles.
	Indicateurs et évaluation	Évolution du délai d'attente entre la date de décision de la CDAPH et la date d'entrée dans les dispositifs. Taux d'exécution des décisions.

FICHE ACTION N° 9 Communiquer auprès du grand public pour renforcer l'accès aux droits		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 2 « Améliorer la diffusion de l'information »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées et les familles rencontrent des difficultés pour accéder à l'information. Le groupe de travail a mis en évidence la nécessité de renforcer l'accès aux droits des personnes en situation de handicap et d'intervenir afin d'éviter l'errance des personnes handicapées et de leur famille, et de réduire le risque d'isolement.
	Objectifs	Rassembler autour d'un même évènement l'ensemble des acteurs du champ Handicap. Communiquer sur des thématiques particulières.
	Actions à entreprendre	Définir les évènements potentiels au niveau départemental et au niveau territorial. Recenser les participants acteurs de l'évènement. Organiser des réunions de travail visant à établir le programme de la journée. Prévoir la communication avant, pendant et après l'événement.
	Pilotes	DEPARTEMENT – ETAT – ORGANISMES SOCIAUX
	Partenaires	MDA. Plates-formes territoriales. Intercommunalités, communes, CIAS et CCAS. Associations d'usagers.
	Résultat attendu	Amélioration de la diffusion d'informations.
	Échéancier	2013 - 2017 Exemple : Forum handicap du 13 avril 2013
	Moyens	Moyens de communication des pilotes et partenaires
	Indicateurs et évaluation	Enquête de satisfaction menée auprès des participants aux journées organisées

FICHE ACTION N° 10 **Sensibiliser la société civile aux problématiques des personnes handicapées et aux enjeux de la mise en accessibilité**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »**	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées se heurtent encore trop souvent à la méconnaissance de leurs problématiques, à la fois par le « grand public », ce qui peut constituer un frein à leur participation à la vie sociale, et par les professionnels chargés de la mise en accessibilité, ce qui peut compromettre l'efficacité de cette dernière.
	Objectifs	Sensibiliser la société civile aux problématiques des personnes handicapées *(fiche action n° 9).* Inciter à la mise en accessibilité compte tenu de ses enjeux.
	Actions à entreprendre	Poursuivre les campagnes de sensibilisation du grand public aux problématiques liées au handicap *(fiche action n° 9).* Conforter les formations aux handicaps dans toutes les branches professionnelles. Mener des actions de sensibilisation aux handicaps dits « non visibles » (psychique, intellectuel, auditif). Réaliser un annuaire des interlocuteurs à contacter en matière d'aide à la mise en accessibilité. Poursuivre les incitations financières (exemple du dispositif départemental « Commerce pour tous »).
	Pilote	ETAT (DDTM)
	Partenaires	Département – Autres collectivités territoriales – Bailleurs. Associations d'usagers. Organismes de formation spécialisée.
	Résultat attendu	Faire évoluer les représentations du grand public sur le handicap et les personnes en situation de handicap
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Journées d'information « grand public ». Actions de mobilisation des acteurs de la société civile (chambre de commerce, des métiers, bailleurs,…). Dispositifs spécifiques de soutien. Participation des associations aux commissions d'accessibilité.
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'actions de communication. Nombre d'actions de sensibilisation. Nombre de formations réalisées. Nombre de projets d'accessibilité aidés par le département.

FICHE ACTION N° 11 Soutenir la mise en accessibilité de l'offre culturelle et touristique		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »	**Contexte et Enjeux**	La participation des personnes handicapées à la vie sociale passe également par une égalité d'accès à l'offre culturelle et touristique, conditionnée par l'accessibilité des sites et équipements. Diverses initiatives ont été prises en ce sens, qu'il convient d'encourager et de rendre davantage visibles auprès du public handicapé.
	Objectif	Soutenir la mise en accessibilité des sites culturels et touristiques
	Actions à entreprendre	Poursuivre le développement du label « Tourisme Handicap ». Suivre la mise en place du label « Destination pour tous » qui distingue les territoires touristiques accessibles. Labelliser les structures culturelles accessibles. Inciter au développement de visites adaptées, d'ateliers dédiés aux personnes handicapées. Sensibiliser, informer et former les personnels d'accueil. Poursuivre les partenariats entre les sites culturels et les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées.
	Pilote	ETAT (DDCS – DDTM)
	Partenaires	Comité départemental du tourisme. Département. Prestataires touristiques : sites culturels, de loisirs,… Prestataires culturels : cinéma, théâtre, salle de concert,… Gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.
	Résultat attendu	Permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder plus facilement à l'offre culturelle et touristique départementale.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Octroi du label « Tourisme et handicap »
	Indicateurs et évaluation	Nombre de structures touristiques et culturelles labellisées. Nombre de visites adaptées mises en place. Évolution de la qualité d'accueil (enquête). Nombre de partenariats conclus entre structures culturelles et/ou touristiques et ESMS.

FICHE ACTION N° 12 Favoriser l'accès au sport des personnes en situation de handicap		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »	**Contexte et Enjeux**	La pratique sportive constitue un outil de promotion individuelle et d'intégration permettant de lutter contre l'isolement social. Cependant, les personnes handicapées y ont encore peu accès, faute d'équipements accessibles et d'accueil adapté au sein des associations sportives.
	Objectif	Favoriser l'accès au sport des personnes en situation de handicap
	Actions à entreprendre	Favoriser la poursuite de la mise en accessibilité des équipements sportifs. Soutenir l'intégration de personnes handicapées dans les clubs sportifs. Développer les sections « activité sportive adaptée » dans les associations sportives. Former les acteurs (bénévoles et/ou professionnels).
	Pilote	ETAT (DDCS)
	Partenaires	Associations et clubs d'activités sportives. Association « Profession Sports 56 ». Comité départemental Handisport 56. Collectivités territoriales. Associations de personnes handicapées. Gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.
	Résultat attendu	Faciliter la pratique sportive des personnes en situation de handicap.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Subventions au secteur associatif sportif pour l'intégration de personnes handicapées (CNDS). Attribution du label "Sport handicap Bretagne".
	Indicateurs et évaluation	Nombre de licences sportives délivrées à des personnes en situation de handicap. Nombre de sections « activité sportive adaptée » ouvertes au sein des associations sportives. Nombre d'équipements sportifs labellisés.

FICHE ACTION N° 13 Faciliter le déplacement des personnes handicapées sur le territoire départemental		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »	**Contexte et Enjeux**	La loi du 11 février 2005 impose que soit rendue accessible aux personnes en situation de handicap l'intégralité de la chaîne de déplacement (voirie et espaces publics, services, commerces, transports collectifs). La loi ne prévoit pas de coordination entre ces différentes politiques ; cette dernière est pourtant nécessaire pour éviter les ruptures dans la chaîne de déplacement.
	Objectif	Faciliter le déplacement des personnes handicapées sur le territoire départemental.
	Actions à entreprendre	Sensibiliser, motiver et coordonner les différents acteurs Diffuser les savoirs faires et les bons exemples. Faire annuellement un point d'avancement sur la mobilité des personnes handicapées, notamment sur la mise en œuvre des PAVE et des SDA.
	Pilote(s)	ETAT(DDTM). Commissions locales pour l'accessibilité des personnes handicapées.
	Partenaires	Département. Autorités organisatrices de transports. Associations de personnes handicapées.
	Résultats attendus	À court terme : fournir annuellement des exemples de progrès À moyen terme : permettre aux personnes handicapées de se déplacer, sans rupture de la chaîne de déplacement. Meilleure participation des associations aux commissions d'accessibilité.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Accessibilité des ERP. Plans de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE). Schémas d'accessibilité des transports collectifs routiers (SDA) Aides départementales aux équipements et bâtiments publics, à la voirie, aux transports, aux logements, aux commerces avec critères d'accessibilité.
	Indicateurs et évaluation	Tenue effective d'un point annuel avec la participation de représentants des AOT et des communes/EPCI.

FICHE ACTION N° 14 **Faciliter la participation à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement adapté**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »**	**Contexte et Enjeux**	Les personnes présentant certains types de handicap (notamment intellectuel et psychique) nécessitent un accompagnement humain pour participer aux activités (de loisirs, culturelles, touristiques, sportives,…) qui leur sont rendues accessibles. Or, l'accompagnement à la vie sociale prévu dans le volet « aide humaine » de la PCH se limite actuellement à une heure par jour.
	Objectif	Faciliter la participation à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement adapté.
	Actions à entreprendre	Mettre en place un groupe de travail pour analyser les conditions d'attribution et d'utilisation de la PCH-Vie sociale. Examiner les perspectives d'évolution de la PCH-Vie sociale.
	Pilotes	DEPARTEMENT - MDA
	Partenaires	Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Permettre aux personnes handicapées (psychiques et intellectuelles notamment) de participer aux activités sociales qui leur sont rendues accessibles.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Rapport du groupe de travail. Règlement départemental d'aide sociale.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de bénéficiaires de la PCH Vie sociale. Montant des dépenses. Nombre d'heures de PCH Vie sociale.

FICHE ACTION N° 15 **Permettre une participation active des représentants d'usagers aux sous commissions d'accessibilité**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 3 « Faciliter l'accès à la vie sociale »**	**Contexte et Enjeux**	Certains types de handicap sont peu représentés dans les commissions d'accessibilité, ce qui peut être dommageable en termes de propositions et d'avis. Plusieurs freins peuvent être invoqués : inadaptation des outils de travail à certains types de handicap (ex : travail sur plan non adapté au handicap visuel), frais de transports élevés, réticence à la prise de parole,…
	Objectif	Permettre une participation active des représentants d'usagers aux sous commissions d'accessibilité.
	Actions à entreprendre	Adapter les outils, les supports de travail et la logistique des commissions. Examiner les possibilités de défraiement des déplacements. Sensibiliser les participants aux difficultés d'expression de certaines personnes handicapées.
	Pilote	ETAT (DDTM – DDCS).
	Partenaires	Collectivités territoriales. Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Accroître la participation et permettre une pluralité des représentants d'usagers aux sous commissions d'accessibilité.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Étude sur la participation des associations de personnes handicapées aux sous commissions d'accessibilité.
	Indicateurs et évaluation	Taux de participation des représentants d'usagers aux commissions d'accessibilité. Représentativité des participants.

FICHE ACTION N° 16 Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 4 « Favoriser l'accès aux soins »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées à domicile rencontrent souvent des difficultés d'accès aux soins libéraux. Plusieurs freins peuvent être mentionnés : inaccessibilité de certains lieux de soins, difficultés à trouver un moyen de transport sur une courte distance (ex : taxi),…
	Objectif	Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile.
	Actions à entreprendre	Mettre en place un groupe de réflexion sur cette thématique (recensement des médecins libéraux sensibilisés à la problématique du handicap, actions de sensibilisation auprès des médecins libéraux, incitation des dentistes libéraux à utiliser le fauteuil dentaire adapté aux personnes handicapées installé au sein du CHBA de Vannes, …).
	Pilote	ARS
	Partenaires	Caisses d'assurance maladie Département Organisations professionnelles des professions libérales Ordres professionnels Centres hospitaliers Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Permettre aux personnes en situation de handicap vivant à domicile d'accéder plus facilement aux soins de ville.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Mettre en place un groupe de réflexion sur cette thématique. Élaboration de conventions et protocoles de collaboration. (ex : convention d'utilisation du fauteuil dentaire du CHBA Vannes). Étude sur l'accessibilité des cabinets libéraux.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de professionnels libéraux sensibles à la problématique du handicap. Nombre de consultations dentaires réalisées au CHBA. Nombre de mises en accessibilité des cabinets libéraux.

FICHE ACTION N° 17 Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement médico-social		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 4 « Favoriser l'accès aux soins »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées accueillies en établissement présentent des difficultés d'accès aux soins, notamment dans le secteur nord-ouest du département, géographiquement éloigné des structures de soins. Chaque consultation médicale implique plusieurs heures de trajet, et la mobilisation de personnels de l'établissement pour accompagner la personne à son rendez-vous.
	Objectif	Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées en établissement.
	Actions à entreprendre	Développer la télémédecine en informant les établissements sur son fonctionnement et sur l'équipement nécessaire. Développer la délégation de tâches en formant les personnels paramédicaux des établissements médico-sociaux.
	Pilote	ARS
	Partenaires	Caisses d'assurance-maladie Groupement E-Santé pour la télémédecine Centres hospitaliers – Établissements publics de santé mentale Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Permettre aux personnes handicapées accueillies en établissement d'accéder plus facilement aux soins.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Élaboration de conventions et protocoles de collaboration (ex : convention d'utilisation du fauteuil dentaire du CHBA Vannes).
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'établissements équipés pour la télémédecine. Nombre de délégations de tâches mises en œuvre dans les établissements.

FICHE ACTION N° 18 Faciliter l'accès aux soins des personnes autistes		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 4 « Favoriser l'accès aux soins »	**Contexte et Enjeux**	L'accès aux soins des personnes autistes est rendu très difficile par leurs difficultés de communication, et donc leur difficulté à exprimer leur douleur. Ainsi, des problèmes somatiques sont souvent à l'origine de troubles du comportement. Par ailleurs, les soins étant sources d'angoisse pour les personnes autistes, il est important de les regrouper autant que possible. Le département des Deux-Sèvres a expérimenté une plate-forme pluridisciplinaire de soins, permettant aux personnes autistes de bénéficier de consultations de plusieurs spécialistes sur la même tranche horaire.
	Objectif	Faciliter l'accès aux soins des personnes autistes
	Actions à entreprendre	Former les personnels à décrypter les troubles du comportement des personnes autistes. Prendre en compte la fiche patient expérimentée par le centre ressources autisme (CRA) *(fiche action n° 18).* Examiner les conditions de création d'une plate-forme pluridisciplinaire de soins.
	Pilote	ARS
	Partenaires	ESMS Caisses d'assurance-maladie Organisations Professionnelles des professions libérales Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées Centres hospitaliers - Établissements publics de santé mentale Département Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Permettre aux personnes autistes d'accéder plus facilement aux soins.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Élaboration de conventions et protocoles de collaboration. Fiche patient expérimentée par le CRA.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de formations du personnel mises en place. Mise en place d'une organisation pluridisciplinaire des soins.

FICHE ACTION N° 19 **Favoriser la coopération entre les établissements de santé et les ESMS pour améliorer la qualité de l'accueil et la délivrance de soins**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 4 « Favoriser l'accès aux soins »**	**Contexte et Enjeux**	L'hospitalisation constitue souvent une rupture dans le parcours des personnes handicapées, qu'il s'agisse d'une rupture de soins ou d'accompagnement. La coopération et la connaissance mutuelle entre les secteurs sanitaire et médico-social demeurent insuffisantes, et la personne perd le bénéfice de l'accompagnement dont elle dispose en établissement social et médico-social.
	Objectif	Favoriser la continuité de parcours des personnes handicapées vivant en établissement et nécessitant des soins hospitaliers.
	Actions à entreprendre	Renforcer les partenariats entre les établissements médico-sociaux et les hôpitaux afin de réduire les délais d'attente et de faciliter les retours en établissement. Sous réserve de validation par le CRA, étendre la fiche patient expérimentée par CRA à l'ensemble des personnes handicapées (fiche de liaison entre usager (via établissement ou famille) et professionnels (secteurs hospitalier ou libéral) comportant des informations sur le patient telles que ses troubles du comportement, angoisses, modes de communication,…). Développer l'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux.
	Pilote	ARS.
	Partenaires	Établissements de santé publics et privés ESMS Caisses d'assurance maladie - Département
	Résultat attendu	Éviter les ruptures de parcours des personnes handicapées accueillies en établissements nécessitant des soins hospitaliers.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Élaboration de conventions avec les établissements de santé. Sous réserve de validation par le CRA, fiche patient expérimentée par le CRA.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de conventions, de partenariats signés entre établissements médico-sociaux et établissement de santé. Déploiement de la fiche patient à l'ensemble des handicaps. Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'une hospitalisation à domicile en ESMS.

FICHE ACTION N° 20 **Accueillir dès le plus jeune âge l'enfant en situation de handicap dans les structures d'accueil collectif**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 5 « Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante »**	**Contexte et Enjeux**	L'accueil des enfants handicapés dans les dispositifs de la petite enfance constitue un droit établi par la loi du 11 février 2005. Pourtant, les parents ne sollicitent pas toujours les structures d'accueil de droit commun. Ils peuvent aussi craindre un refus de la part des structures et/ou que l'accueil n'y soit pas adapté pour leur enfant handicapé. Les réticences des professionnels de la petite enfance semblent encore fortes pour accueillir un enfant handicapé. Ces professionnels expriment le besoin d'être accompagnés. Il n'existe pas de lieu de prise en charge spécifique pour les enfants de 4 à 6 ans non scolarisés.
	Objectif	Favoriser l'accueil des enfants handicapés dans les dispositifs en faveur de la petite enfance.
	Actions à entreprendre	Poursuivre l'accompagnement par le département du Morbihan des multi accueils dans la prise en charge des enfants handicapés. Créer des structures d'accueils mixtes pour les enfants de 4 à 6 ans.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	Intercommunalités, communes Gestionnaires de structures de multi - accueil CAF MDA DDCS Commission départementale de l'accueil du jeune enfant
	Résultat attendu	Amélioration de l'accueil de l'enfance handicapée dans les lieux d'accueil collectifs.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Aide départementale aux surcoûts d'accueil d'un enfant handicapés. Création de places dédiées aux enfants handicapés (projet 2013 association LES PEP 56).
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places en multi-accueils adaptés. Évolution du nombre d'enfants accueillis.

FICHE ACTION N° 21 Promouvoir et faciliter l'accueil d'enfants handicapés chez les assistants maternels		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 5 « Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante »	**Contexte et Enjeux**	Les réticences à l'accueil d'enfants handicapés restent fortes parmi les assistants maternels. Au-delà de la crainte de ne pas savoir accompagner correctement l'enfant handicapé, il existe des freins liés à des enjeux financiers (surcoûts éventuels engendrés par le handicap, risque de perdre la garde d'autres enfants).
	Objectif	Favoriser l'accueil des enfants handicapés chez les assistants maternels.
	Actions à entreprendre	Proposer des formations spécifiques aux handicaps (gestes techniques, manipulation des aides techniques…) aux assistants maternels. Identifier un service ressource venant en appui des assistants maternels accueillant un enfant handicapé. Examiner les conséquences sur la rémunération des assistants maternels de cet accueil (diminution du nombre d'enfants accueillis et charge de travail supplémentaire). Examiner l'adaptation des prestations accordées aux parents pour la garde de leurs enfants handicapés.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	CAF Association départementale des assistants maternels et assistants familiaux (ADAMFAM). Commission départementale de l'accueil du jeune enfant.
	Résultat attendu	Amélioration de l'accueil de jeunes enfants handicapés chez les assistants maternels.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Programme départemental de formation des assistants maternels Prestations CAF.
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'enfants handicapés accueillis chez les assistants maternels.

FICHE ACTION N° 22 Poursuivre le déploiement d'une offre diversifiée de scolarisation pour les enfants handicapés		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 5 « Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante »	**Contexte et Enjeux**	Le groupe de travail « inclusion sociale et scolaire » a constaté la progression de la scolarisation des enfants handicapés depuis la publication de la loi du 11 février 2005 (+ 89 % en six ans). Cependant, tous les besoins ne sont pas satisfaits. La diversité des situations des enfants nécessite que soit proposée une palette de modalités de scolarisation. La Bretagne et le Morbihan ont un taux d'équipement en SESSAD supérieur à la moyenne nationale. L'étude régionale ARS (CREAI octobre 2012) sur les SESSAD indique une tension sur les listes d'attente de l'ensemble de la région (11,4 mois d'attente).
	Objectifs	**Poursuivre le déploiement d'une offre diversifiée de modalités de scolarisation des enfants handicapés :** - Favoriser l'accueil en milieu scolaire ordinaire. - Favoriser le développement des scolarités partagées. - Développer les classes externalisées. - Proposer des solutions alternatives si l'inclusion scolaire s'avère inadaptée (stages en IME, solutions à temps partiel).
	Actions à entreprendre	Mieux répondre aux orientations SESSAD. Lever les freins à la scolarisation partagée. Favoriser la contractualisation entre l'Éducation nationale et les établissements médico-sociaux pour développer les classes externalisées en tenant compte des projets pédagogiques et de la faisabilité en termes de locaux. Maintenir la scolarisation en milieu ordinaire des enfants suivis en ESMS et disposer de places en ITEP pro. Anticiper les passages vers les dispositifs adultes (stages).
	Pilotes	EDUCATION NATIONALE - ARS
	Partenaires	ESMS – CPAM - MDA Département Intercommunalités, mairies, CIAS et CCAS - Services sociaux
	Résultats attendus	Mise en place d'une modalité de scolarisation personnalisée et adaptée à chaque enfant en situation de handicap. Résorption des listes d'attente (SESSAD ; services adultes) Nouvelles classes externalisées.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC Programmes nationaux Éducation nationale
	Indicateurs et évaluation	Nombre et proportion d'enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire, dans les classes externalisées et en scolarités partagées. Évolution de nombre de places de SESSAD.

FICHE ACTION N° 23 **Accompagner les familles dans le processus de scolarisation, d'apprentissage et d'études supérieures de leur enfant en situation de handicap**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 5 « Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante »**	**Contexte et Enjeux**	Certains projets personnalisés de scolarisation (PPS) d'enfants scolarisés ne sont pas mis en œuvre car les parents se heurtent à des difficultés. Des freins à la scolarisation en lien avec le transport sont constatés. Certains étudiants en situation de handicap ont besoin d'un accompagnement pour mener à bien leurs études.
	Objectifs	Apporter un soutien aux familles en adaptant la prise en charge des transports. Améliorer l'offre de solutions de logement et d'accompagnement.
	Actions à entreprendre	Si l'inclusion scolaire ne semble pas adaptée, aider les parents à cheminer vers une prise en charge en ESMS. Adapter la prise en charge des transports pour favoriser la scolarisation partagée. Encourager l'adaptation des foyers de jeunes travailleurs aux étudiants handicapés. Disposer de familles d'accueil pour de jeunes adultes handicapés en parcours scolaire. Permettre aux étudiants l'accès à un suivi SAVS ou SAMSAH.
	Pilote	ETAT (EDUCATION NATIONALE)
	Partenaires	Département MDA Établissements scolaires, universités, CROUS Foyers des jeunes travailleurs
	Résultat attendu	Mise en œuvre effective du PPS
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Groupe de travail sur le transport des élèves handicapés. Étude sur l'accompagnement spécifique des collégiens, apprentis et étudiants handicapés.
	Indicateurs et évaluation	Évolution du nombre de PPS en attente. Évolution du nombre d'accompagnements d'étudiants en situation de handicap.

FICHE ACTION N° 24 Favoriser l'accueil des enfants en situation de handicap dans les accueils collectifs de mineurs		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 5 « Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante »	**Contexte et Enjeux**	Tout enfant a besoin pour se construire de faire des apprentissages et avoir des loisirs. Les ACM ont un rôle important à jouer vis-à-vis de ces enfants et de ces jeunes. En effet, le besoin de contact avec d'autres enfants, notamment de ses pairs non handicapés, doit lui permettre de prendre conscience de lui-même, pour se mettre à jouer, à apprendre. Les organisateurs d'accueil collectifs de mineurs font face à des demandes d'accueil de familles/d'institutions et se sentent souvent démunis pour y répondre. Le nombre d'enfants, d'adolescents en situation de handicap sur le territoire morbihannais indique que potentiellement la demande d'accueil des familles va augmenter dans un temps relativement court.
	Objectifs	Identifier les aspects facilitant et les facteurs bloquant à l'accueil des enfants en situation de handicap dans les accueils de loisirs sans hébergement (ALSH/ACM). Poursuivre la mise en place d'une politique volontariste pour l'accueil des enfants en situation de handicap dans les ALSH/ACM. Promouvoir les expérimentations favorisant l'accueil dans les ACM et sur tous les temps périscolaires.
	Actions à entreprendre	Conforter la dynamique engagée depuis 2010. Mettre en place des outils et des actions permettant l'accueil Informer et former les acteurs. Accompagner les initiatives locales. Intégrer de nouveaux partenaires institutionnels.
	Pilotes	ETAT (DDCS) CAF
	Partenaires	IA, ARS, MDA, CG, ESMS, Associations de familles d'enfants handicapées
	Résultat attendu	Accroître le nombre d'enfants et de jeunes accueillis dans les ACM.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Comité d'orientation Comité technique orientation de l'enquête de 2012 Les malles Le pôle ressource Le guide et la charte
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'enfants accueillis. Taux de participation des membres des comités d'orientations politique et technique ainsi que de sa mise en œuvre. Nombre d'ACM accompagnés ou sensibilisés à la question. Nombre de participant aux journées d'études Journées de formations et d'informations.

FICHE ACTION N° 25 Accompagner l'insertion professionnelle des personnes handicapées		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Le manque de qualification et/ou d'accompagnement rend difficile l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées. Ainsi, certaines offres d'emploi, qui leur sont pourtant accessibles, ne sont pas pourvues. Les jeunes sont particulièrement concernés par cette problématique.
	Objectif	Accompagner l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
	Actions à entreprendre	Informer plus largement les personnes handicapées sur les dispositifs de formation. Développer les missions d'accompagnement et d'insertion professionnelle auprès des personnes handicapées. Accompagner les reconversions professionnelles des travailleurs handicapés. Adapter les lieux de formation pour adultes au public handicapé. Adapter l'offre de SESSAD pro pour les 16-25 ans (5 % des enfants sont admis à 16 ans selon l'étude CREAI).
	Pilote	DIRECCTE
	Partenaires	AGEFIPH ARS Caisses d'assurance-maladie MDA Région et département Pôle emploi - Cap Emploi - Organismes de formation Association GRAFIC Bretagne (SESSAD Pro 16-25 ans)
	Résultat attendu	Accompagner les personnes en situation de handicap vers l'emploi.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Étude régionale ARS sur les SESSAD (CREAI octobre 2012) PRIAC Conventions État-Région-AGEFIPH Convention 2012-2014 Service public de l'emploi – MDA sur les entretiens d'orientations professionnelles.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places en SESSAD pro. Nombre de personnes handicapées en formation. Nombre de lieux de formation adaptés.

FICHE ACTION N° 26 Renforcer l'accompagnement adapté des travailleurs handicapés		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	La réussite du projet professionnel des personnes handicapées est souvent conditionnée par un accompagnement adapté, social ou psychiatrique (pour les personnes handicapées psychiques). Cependant, les travailleurs handicapés ne bénéficient pas toujours d'un tel accompagnement. Par ailleurs, cet accompagnement fait parfois l'objet de rupture lors du passage d'un dispositif d'insertion socioprofessionnelle à un autre (ex : RSA-ESAT).
	Objectif	Renforcer l'accompagnement adapté des travailleurs handicapés.
	Actions à entreprendre	Adapter la capacité de suivi des SAVS pour travailleurs handicapés et d'accueil en UVE aux besoins constatés. Permettre l'accès en SAVS aux travailleurs handicapés en milieu protégé et en milieu ordinaire. Examiner les conditions d'accès à la PCH aide humaine en UVE. Permettre l'accès au dispositif de logement accompagné pour les travailleurs handicapés. Créer une passerelle entre les deux dispositifs d'insertion socioprofessionnelle (RSA/ESAT) afin de garantir la poursuite de l'accompagnement social. Permettre le suivi psychiatrique des travailleurs handicapés psychiques en ESAT.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	ARS Établissements et services médico-sociaux. Établissements de santé. MDA.
	Résultat attendu	Accès des travailleurs handicapés à un accompagnement adapté
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Mise en place d'un groupe de travail sur l'accompagnement social ou psychiatrique des travailleurs handicapés. Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53)*. Programmation financière pluriannuelle départementale pour les places en SAVS et UVE.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de travailleurs handicapés suivis en SAVS ou UVE. Nombre de travailleurs handicapés bénéficiant de la PCH aide humaine et d'un suivi UVE. Nombre de travailleurs handicapés psychiques bénéficiant d'un suivi psychiatrique.

FICHE ACTION N° 27 Soutenir l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Le tissu économique morbihannais se caractérise par une forte proportion de petites et moyennes entreprises (TPE-PME), non concernées par l'obligation d'emploi de personnes en situation de handicap. Ces entreprises connaissent assez peu le monde du handicap, et perçoivent mal les capacités professionnelles des personnes handicapées, ainsi que les modalités de leur recrutement et de leur maintien dans l'emploi.
	Objectif	Soutenir l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.
	Actions à entreprendre	**Promouvoir le recrutement de personnes handicapées auprès des entreprises de milieu ordinaire :** - Identifier les freins d'accès à l'emploi et les difficultés rencontrées par les entreprises pour recruter et encadrer les travailleurs handicapés. - Mener des actions de sensibilisation à l'emploi de personnes handicapées auprès des entreprises. - Informer les entreprises sur les dispositifs d'accompagnement à l'emploi de travailleurs handicapés.
	Pilote	ETAT (DIRECCTE)
	Partenaires	AGEFIPH MDA Chambres de commerce et de métiers Pôle emploi - Cap emploi Département
	Résultat attendu	Meilleure intégration de personnes handicapées en entreprises y compris dans les petites et moyennes entreprises.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Conventions État-Région-AGEFIPH
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'actions de sensibilisation et d'information menées Nombre de travailleurs handicapés en milieu ordinaire par catégorie d'entreprises.

FICHE ACTION N° 28 **Permettre l'intégration en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées psychiques**		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »**	**Contexte et Enjeux**	Le handicap psychique se caractérise par une discontinuité de parcours, ce qui freine leur intégration dans le milieu ordinaire de travail. La mise en place de modalités de travail plus souples, adaptées à leur handicap, permettrait une insertion plus efficace et durable de ces personnes.
	Objectif	Permettre l'intégration en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées psychiques.
	Actions à entreprendre	Développer les stages en entreprise. Proposer des emplois à temps partiel. Inciter les entreprises à employer plusieurs personnes sur le même poste.
	Pilote	ETAT (DIRECCTE)
	Partenaires	AGEFIPH Établissements de santé Chambres de commerce et de métiers Pôle emploi - Cap emploi MDA Département
	Résultats attendus	Meilleure intégration des personnes handicapées psychiques en milieu ordinaire de travail.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Conventions État-Région-AGEFIPH PRITH
	Indicateurs et évaluation	Nombre de travailleurs handicapés psychiques intégrés dans le milieu ordinaire de travail.

FICHE ACTION N° 29 Répondre aux orientations ESAT		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	De nombreuses personnes handicapées orientées en ESAT restent en attente de places disponibles (la MDA recense 680 orientations ESAT non mises en œuvre).
	Objectif	Répondre aux orientations ESAT.
	Action à entreprendre	Adapter les capacités d'accueil en ESAT aux orientations prononcées par la CDAPH au regard d'une analyse fine des besoins, territorialisée, reposant sur une gestion modernisée des listes d'attente.
	Pilote	ARS
	Partenaires	MDA Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Répondre aux orientations ESAT
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53)*. Dotation nationale État pour les places en ESAT.
	Indicateurs et évaluation	Évolution des listes d'attente des ESAT

FICHE ACTION N° 30 Accompagner les personnes orientées en ESAT		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Certaines personnes orientées en ESAT en attente de places (250 à 300 personnes) sont inscrites à Pôle Emploi et bénéficient d'un suivi par un conseiller spécialisé présent dans chaque bassin d'emploi ; cependant, les rencontres étant limitées à deux par an, cet accompagnement demeure insuffisant.
	Objectif	Accompagner les personnes orientées en ESAT.
	Actions à entreprendre	Poursuivre l'action de Pôle Emploi auprès de ce public et développer les moyens pour permettre un suivi adapté à chaque situation. Renforcer l'accompagnement médico-social.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	ARS MDA Pôle Emploi Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Meilleur accompagnement des personnes orientées en ESAT.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Groupe de travail sur le développement et l'évolution des activités ESAT. Convention département - association ADIEPH pour l'accompagnement à l'orientation en milieu protégé (40 mesures AMP par an).
	Indicateurs et évaluation	Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'un accompagnement social ou médico-social.

FICHE ACTION N° 31 Faciliter et accompagner l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants avec une orientation ESAT		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »	**Contexte et Enjeux**	De nombreux jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants dans l'attente d'une solution adaptée ont une orientation ESAT. Le manque de places d'ESAT constitue le premier obstacle ; cependant, d'autres freins apparaissent, tels que la méconnaissance du dispositif par les jeunes et leurs familles, le manque de maturité, ainsi que l'inadaptation des conditions de travail et d'hébergement.
	Objectif	Faciliter et accompagner l'insertion professionnelle des jeunes de plus de 20 ans en établissements enfants orientés ESAT.
	Actions à entreprendre	Adapter les capacités en ESAT aux orientations de la CDAPH au vu d'une analyse fine des besoins, territorialisée, et d'une gestion modernisée des listes d'attente. **Améliorer la connaissance du dispositif ESAT :** - Promouvoir les visites, les stages, les temps d'immersion. - Informer davantage les jeunes et leurs familles sur les missions des ESAT et leur localisation sur le département. **Accompagner l'insertion professionnelle de ces jeunes :** - Renforcer les passerelles entre les IME et les ESAT. - Inciter les ESAT à proposer des postes à temps partiel. - Développer les places d'UATP. **Proposer des solutions de logement :** - Créer des solutions de logement à proximité des ESAT. **Valoriser les compétences de ces jeunes :** - Promouvoir le dispositif "Différents et compétents" (Equal). - Impliquer les jeunes dans leur projet professionnel.
	Pilote	ARS ou DEPARTEMENT
	Partenaires	ESMS IME - ESAT - Réseau GESAT Associations de personnes handicapées
	Résultats attendus	Réduction du nombre de jeunes handicapés de plus de 20 ans maintenus en IME avec une orientation en ESAT. Intégration sociale et professionnelle des jeunes handicapés.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53).* Dotation annuelle État pour ESAT et Programmation financière pluriannuelle départementale pour les solutions d'accompagnement lié au logement.
	Indicateurs et évaluation	Évolution du nombre de jeunes handicapés de plus de 20 ans maintenus en IME avec une orientation en ESAT.

FICHE ACTION N° 32 Adapter les ESAT à l'évolution des besoins des travailleurs handicapés		
AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap **Orientation 6 « Soutenir l'insertion professionnelle »**	**Contexte et Enjeux**	Le public accueilli en ESAT a évolué au cours des dernières années, rendant nécessaire l'adaptation des activités proposées. Par ailleurs, certains travailleurs d'ESAT présentent une fatigabilité importante et une moindre capacité à suivre un rythme de travail soutenu. Le maintien dans l'emploi de ces personnes plus fragiles passe par une plus grande souplesse des temps de travail.
	Objectif	Adapter les ESAT à l'évolution des besoins des travailleurs handicapés.
	Actions à entreprendre	Adapter les activités proposées en ESAT. Adapter les modes de communication et de fonctionnement au travail aux spécificités des travailleurs autistes. Proposer des emplois à temps partiel. Poursuivre la création de places d'UATP.
	Pilote	ARS ou DEPARTEMENT
	Partenaires	ESAT – Réseau GESAT Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Adaptation des ESAT à l'évolution du public accueilli
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Groupe de travail sur le développement et l'évolution des activités ESAT. Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53)*. Dotation nationale pour les ESAT. Programmation financière pluriannuelle départementale pour les solutions d'UATP.
	Indicateurs et évaluation	Propositions du groupe de travail sur les ESAT. Développement de nouvelles activités au sein des ESAT. Nombre d'emplois à temps partiel. Nombre de places en UATP.

INTRODUCTION

Le souhait des personnes handicapées et de leurs familles d'une plus grande intégration sociale et ce désir de vivre en situation d'autonomie conduit le département à repenser son dispositif institutionnel pour le faire évoluer vers une vie plus intégrée dans la cité en permettant le maintien des liens avec l'entourage.

Répondre au mieux au projet de vie en adaptant et diversifiant les dispositifs, c'est tenir compte de ce désir de vivre « comme au domicile ».

Le département impulse le processus d'égalité des chances avec comme objectif l'équité entre six territoires infra-départementaux, qui seront définis au cours de ce schéma et qui seront des lieux de diagnostic des besoins et de réponses adaptées.

L'accent est mis sur le développement d'un dispositif d'accompagnement au projet de vie à domicile quel que soit le handicap tout en tenant compte des spécificités et en soutenant les aidants familiaux. Il se fonde sur la liberté de faire son choix avec une aide en cas de besoin.

Développer cette politique d'inclusion sociale, personnaliser la compensation du handicap, privilégier la proximité des réponses conduit de facto à adapter, améliorer le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPEES DANS LEUR CHOIX DE VIE A DOMICILE

Se maintenir à domicile est réalisable pour des personnes handicapées par le développement de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et de services d'aide médico-sociale pour adultes handicapés (SAMSAH).

Les SAVS accompagnent les personnes handicapées en favorisant leur autonomie à domicile, le maintien des liens familiaux, leur insertion sociale, scolaire ou professionnelle et en leur facilitant l'accès à l'ensemble des services de droit commun.
Les SAMSAH assument les missions d'intégration sociale dévolues aux SAVS, avec en sus des prestations de soins.

Le département a pour objectif d'améliorer la couverture du territoire en déployant le dispositif « SAVS/SAMSAH » de manière coordonnée sur chacun des six territoires infra-départementaux tout en s'appuyant sur une gestion optimisée des listes d'attente.

Fiche action 33 :
Améliorer l'accompagnement des adultes handicapés à domicile

Fiche action 34 :
Ouvrir de nouvelles places en domicile groupé accompagné pour personnes handicapées psychiques ou autistes

Fiche action 35 :
Ouvrir de nouvelles places en domicile groupé accompagné pour travailleurs en ESAT

Fiche action 36:
Ouvrir de nouvelles places en domicile groupé accompagné pour personnes handicapées physiques

L'accent sera également mis sur un dispositif qui permet de garantir la sécurité et le bien-être à domicile. Des modes d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'établissement, comme l'habitat groupé, permettant de répondre aux souhaits de vivre hors de l'institution, sont à développer.

Fiche action 37 :
Favoriser l'accès à des prestations d'aide sociale pour éviter l'entrée en établissement

Certaines personnes handicapées pouvant vivre à domicile avec une aide dans les actes de la vie quotidienne ne sont pas éligibles à la prestation de compensation du handicap à l'aide sociale ménagère ou aux repas, ce qui se traduit par un placement en établissement. Une réflexion est à mener afin de leur permettre de rester à domicile plutôt que d'être placé en institution.

Fiche action 38:
Faciliter et moderniser les prestations à domicile

Prioriser le domicile a un impact sur les prestations d'aide sociale et incite le département à moderniser ses moyens de paiement des prestations afin de simplifier le recours aux aides humaines. La mise en œuvre du chèque emploi service universel préfinancé dès le mois d'avril 2013 devrait faciliter et moderniser les prestations à domicile.

Fiche action 39 :
Rompre l'isolement social

Vivre à domicile implique d'être entouré. Afin d'éviter toute forme d'isolement social des personnes handicapées vivant à domicile, il est souhaitable de développer les groupes d'entraide et les clubs d'activités pour personnes handicapées vieillissantes ou isolées sur l'ensemble du territoire départemental.

Fiche action 40 :
Mieux accompagner les personnes âgés handicapées

Fiche action 41 :
Préparer la transition entre la vie active à la retraite

Une mention particulière sur ce volet d'inclusion sociale est à faire pour les personnes handicapées vieillissant à domicile ainsi que pour les retraités d'ESAT souhaitant vivre le plus longtemps à domicile. Il est nécessaire d'avoir une connaissance de l'ensemble de ces personnes vivant à domicile seules ou en famille, afin de mettre en œuvre les solutions les plus adaptées à leur maintien à domicile.

PERMETTRE LE REPIT DES PERSONNES HANDICAPEES ET DE LEURS FAMILLES

Comme il est indiqué, l'ensemble des actions préconisées contribuent à une meilleure intégration sociale des personnes handicapées.

Fiche action 42 :
Soutenir les parents d'enfants handicapés

Fiche action 43:
Développer l'aide aux aidants

Il convient également de ne pas oublier le rôle assumé par les parents, les proches. Il leur est reconnu le droit au répit en leur réservant des places d'accueil d'urgence dans des multi-accueils, en développant des solutions d'accueil temporaire, en expérimentant une forme d'aide à domicile de courte durée, en proposant un soutien psychologique.

Fiche action 44 :
Soutenir les parents handicapés ayant des enfants

Il est également préconisé d'accompagner les parents en situation de handicap dans leur rôle de parent.

Les personnes handicapées adultes pourront également bénéficier de ces solutions de répit pour des séjours de rupture lorsqu'elles vivent à domicile ou en institution.

Fiche action 45 :
Proposer des solutions de répit pour les personnes handicapées à domicile et en établissement

ADAPTER, AMELIORER ET DEVELOPPER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE

Développer une politique d'inclusion sociale, personnaliser la compensation du handicap, privilégier la proximité des réponses conduit à adapter, améliorer le fonctionnement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Cela se traduit par la recherche d'une grande réactivité aux demandes des personnes handicapées : des décisions d'orientations de la MDA qui intègrent dès l'origine l'évolution possible du projet de vie ; des partenariats inter-établissements et services pour éviter des ruptures d'accompagnement ; une gestion départementale des listes d'attente des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Fiche action 46 :
Introduire une plus grande souplesse dans les réponses institutionnelles

Le département et l'ARS s'attacheront à ce que les professionnels de l'action sociale et médico-sociale disposent d'un socle commun de connaissances et travailleront de concert sur la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Fiche action 51 :
Former pour un socle commun de connaissances pour les professionnels

Fiche action 52 :
Soutenir les démarches qualité des établissements et services médico-sociaux

Les établissements et services s'adapteront à l'évolution des besoins et demandes des personnes handicapées et de leurs familles. Les six territoires infra-départementaux seront les lieux de référence de l'analyse de ces besoins et de l'offre de services existants et futurs. D'ores et déjà, l'accent est mis sur l'existence d'un plateau technique géré par une institution et offrant de multiples réponses.

Dans ce cadre, il est prévu d'une part de développer le dispositif d'accueil familial en expérimentant notamment dans les établissements sociaux et médico-sociaux le rattachement d'accueillants familiaux, et d'autre part de permettre aux résidents des établissements de bénéficier de séjours de rupture.

Fiche action 47 :
Développer l'accueil familial

En cohérence avec les orientations du programme régional de santé, il est opportun d'étudier les réponses particulières que l'on peut proposer pour améliorer la prise en charge des autistes, des personnes handicapées psychiques présentant des troubles du comportement, ainsi que celle des personnes handicapées vieillissantes vivant en établissement.

Fiche action 48 :
Améliorer la prise en charge des autistes

Fiche action 49 :
Adapter les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques en institution présentant des troubles du comportement

Fiche action 50 :
Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant en établissement

Orientation 7 : "Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie à domicile"

Fiche action 33 : Améliorer l'accompagnement des adultes handicapés à domicile
Fiche action 34 : Ouvrir de nouvelles places en domicile groupé accompagné pour personnes handicapées psychiques ou autistes
Fiche action 35 : Ouvrir des places en domicile groupé accompagné pour travailleurs en ESAT
Fiche action 36 : Ouvrir des places en domicile groupé accompagné pour les personnes handicapées physiques
Fiche action 37 : Favoriser l'accès à des prestations d'aide sociale pour éviter l'entrée en établissement
Fiche action 38 : Faciliter et moderniser les prestations à domicile
Fiche action 39 : Rompre l'isolement social
Fiche action 40 : Mieux accompagner les personnes ägées handicapées
Fiche action 41 : Préparer la transition entre la vie active et la retraite

Orientation 8 : "Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées"

Fiche action 42 : Soutenir les parents d'enfants handicapés
Fiche action 43 : Développer l'aide aux aidants
Fiche action 44 : Soutenir les parents handicapés ayant des enfants
Fiche action 45: Proposer des solutions de répit pour les personnes handicapées en établis-sement

Orientation 9 : "Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle"

Fiche action 46 : Introduire une plus grande souplesse dans les réponses institutionnelles
Fiche action 47 : Développer l'accueil familial
Fiche action 48 : Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des autistes
Fiche action 49 : Adapter les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques en institution présentant des troubles du comportement
Fiche action 50 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant en établissement
Fiche action 51 : Former pour un socle commun de connaissances pour les professionnels
Fiche action 52 : Soutenir les démarches qualité des établissements et services médico-sociaux

FICHE ACTION N° 33 Améliorer l'accompagnement des adultes handicapés à domicile		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Un plus grand nombre de personnes en situation de handicap aspirent à vivre chez elles. Ce maintien à domicile n'est possible que si elles sont accompagnées par des intervenants de services de SAVS ou SAMSAH.
	Objectif	Favoriser le maintien à domicile.
	Actions à entreprendre	Répondre aux besoins d'accompagnement social ou médico-social en créant des places de SAVS et de SAMSAH sur l'ensemble des territoires infra-départementaux en priorisant les territoires les moins couverts (nord et est du département). Optimiser les réponses en accompagnement en couplant les SAVS et les SAMSAH.
	Pilotes	DEPARTEMENT et ARS.
	Partenaires	Organismes gestionnaires de services médico-sociaux. Associations de personnes handicapées.
	Résultats attendus	Conditions plus favorables au maintien d'un certain degré d'autonomie. Meilleure qualité de vie en raison : - du maintien dans milieu ordinaire de vie, - de l'ancrage dans l'environnement personnel, - de la relative autonomie dans l'organisation de leur vie à domicile et dans la gestion de leur emploi du temps.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Étude régionale sur les SAMSAH Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53).* PRIAC –ARS pour les SAMSAH : 42 places financées en 2015. Programmation financière pluriannuelle départementale pour les SAVS et SAMSAH.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places de SAVS et SAMSAH créées

FICHE ACTION N° 34 **Ouvrir de nouvelles places en domicile groupé accompagné pour personnes handicapées psychiques ou autistes**		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs **Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »**	**Contexte et Enjeux**	Pour les personnes handicapées moins autonomes, des solutions de logements intermédiaires ont montré leur intérêt.
	Objectif	Proposer de domiciles regroupés avec accompagnement spécialisé pour des adultes handicapés psychiques ou autistes relativement autonomes en alternative à des solutions d'établissements.
	Actions à entreprendre	Repérer les quartiers offrant un environnement favorable à l'autonomie des personnes en situation de handicap (commerces, services, transports…). Prendre contact avec les bailleurs sociaux pour réserver des logements. Établir des conventions tripartites entre le département, l'établissement public de santé mentale et le service prestataire d'aide à domicile.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	Établissements de santé mentale. Associations gestionnaires. MDA. Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Alternative à l'entrée ou au maintien en institution ou en établissement de santé mentale.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Programmation financière pluriannuelle départementale. Disponibilité de logements sociaux. Extension du dispositif existant d'aide financière départementale à cet accompagnement.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places en domiciles groupés accompagnés.

FICHE ACTION N° 35 Ouvrir des places en domicile groupé accompagné pour travailleurs en ESAT		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Pour les travailleurs en ESAT, des solutions de logements groupés accompagnés entre le domicile individuel et le foyer d'hébergement peuvent se révéler pertinentes.
	Objectif	Proposer des domiciles groupés avec accompagnement spécialisé pour des travailleurs en ESAT.
	Actions à entreprendre	Repérer les quartiers offrant un environnement favorable à l'autonomie des personnes en situation de handicap (commerces, services, transports…). Identifier les besoins des travailleurs en ESAT. Prendre contact avec les bailleurs sociaux pour réserver des logements. Conventionner avec le département et un service prestataire d'aide à domicile.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	Établissements de santé mentale. Associations gestionnaires. MDA. Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Offrir une alternative à l'institution.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Programmation financière pluriannuelle départementale. Disponibilité de logements sociaux. Extension du dispositif existant d'aide financière départementale à cet accompagnement.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places en domiciles groupés accompagnés

FICHE ACTION N° 36 Ouvrir des places en domicile groupé accompagné pour les personnes handicapées physiques		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Pour les personnes handicapées physiques, des solutions de logements groupés accompagnés entre le domicile individuel et l'établissement peuvent leur permettre de vivre chez elles.
	Objectif	Proposer des domiciles regroupés avec accompagnement spécialisé et sécurisé.
	Actions à entreprendre	Repérer les quartiers accessibles et offrant un environnement favorable à l'autonomie des personnes en situation de handicap (commerces, services, transports…). Répertorier les logements déjà accessibles Prendre contact avec les bailleurs sociaux pour réserver ou créer des logements accessibles. Identifier les besoins des personnes handicapées physiques. Conventionner avec le département, un service prestataire d'aide à domicile et un établissement médico-social.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	Associations gestionnaires Bailleurs sociaux MDA ALCAT 56 Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Offrir une alternative à l'institution
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	PCH Aide humaine Conventions de partenariat
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places en domiciles groupés accompagnés

FICHE ACTION N° 37

Favoriser l'accès à des prestations d'aide sociale pour éviter l'entrée en établissement

AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs **Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »**	**Contexte et Enjeux**	La PCH et l'aide sociale à domicile ne compensent pas le coût économique des aides ménagères ou aides au portage de repas. Ces aides sont pourtant essentielles au maintien d'une vie à domicile.
	Objectifs	Permettre à la personne en situation de handicap ayant fait le choix de vivre à domicile d'assurer les gestes de la vie quotidienne : maintenir son logement propre, faire ses courses, préparer ses repas… Compléter le maintien à domicile avec des aides financières spécifiques dédiées à l'hygiène, à l'entretien du domicile, aux repas.
	Action à entreprendre	Mettre en place un groupe de travail pour réfléchir à un cahier des charges relatif à des prestations d'aide sociale accessibles à un public élargi de personnes handicapées.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	MDA Services à domicile
	Résultat attendu	Développement du maintien au domicile
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Constitution d'un groupe de travail. Règlement départemental d'aide sociale.
	Indicateurs et évaluation	Propositions du groupe de travail.

FICHE ACTION N° 38 Faciliter et moderniser les prestations à domicile		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Les principales prestations à domicile sont l'APA pour les personnes âgées et la PCH-volet aide humaine pour les personnes handicapées. La gestion actuelle entraîne des relations complexes entre les bénéficiaires, le département financeur, les intervenants salariés en emploi direct ou mandataire, les services prestataires. Les allocations doivent être affectées à des dépenses effectives et constatables afin d'éviter la formation d'indus.
	Objectifs	Moderniser les moyens de paiement des allocations APA et PCH et de suivi des dépenses réalisées. Simplifier pour le bénéficiaire le recours aux aides humaines nécessaires.
	Actions à entreprendre	Mise en œuvre du chèque emploi service universel préfinancé (CESU) : le ty chèque APA et le ty chèque PCH ou E-CESU. Examiner à partir l'exemple du ty chèque la faisabilité d'une mise en place de chèques « mobilité ».
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	CNCESU-URSAFF. Bénéficiaires d'allocations ou leurs représentants. Services d'aide à domicile. Associations de personnes handicapées.
	Résultats attendus	Diminution de la constitution d'indus PCH inutilisés. Allégement des obligations liées à l'emploi d'un salarié ou au recours à un service prestataire.
	Échéancier	2013
	Moyens	Versement des allocations PCH-Aide humaine sous forme de chèque CESU- les « ty chèques PCH ». Étude de faisabilité de chèque « mobilité ».
	Indicateurs et évaluation	Nombre de bénéficiaires du ty CESU. Nombre d'heures utilisées et montant financier.

FICHE ACTION N° 39 Rompre l'isolement social		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Vivre à domicile peut présenter un risque d'isolement pour la personne handicapée. Comme pour tout à chacun les relations sociales contribuent à la qualité de la vie.
	Objectifs	Éviter le repli sur soi, prévenir l'exclusion sociale. Se soucier de son développement personnel par la valorisation de compétences au travers d'activités de loisirs.
	Actions à entreprendre	Déployer sur l'ensemble des six territoires l'action des groupements d'entraide mutuelle (GEM). Développer les clubs pour personnes handicapées vieillissantes. Réfléchir aux possibilités d'aide sociale facultative pour solvabiliser les personnes handicapées vivant dans un logement autonome et admises en accueil de jour.
	Pilote	DEPARTEMENT ou ARS
	Partenaires	Organismes gestionnaires, associations d'usagers, travailleurs sociaux. Communes CAF
	Résultats attendus	Accès à une socialisation ou maintien d'une socialisation.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	GEM : intervention principale ARS et complémentaire départementale et communale. Programmation financière pluriannuelle départementale. Règlement départemental d'aide sociale pour l'accueil de jour.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de GEM, de clubs, de places d'accueils de jour

FICHE ACTION N°40 Mieux accompagner les personnes handicapées âgées		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile nécessitent une attention particulière. La dégradation brutale de leur état de santé peut entrainer des situations de crise à traiter en urgence. Nombre de ces personnes handicapées vieillissantes vivent au domicile de leurs parents eux-mêmes âgés. L'avancement en âge de ces derniers peut compromettre leur capacité à exercer leur rôle d'aidant familial. Il convient d'anticiper ces situations.
	Objectif	Travailler en amont pour éviter les situations d'urgence. Prévenir le vieillissement des aidants familiaux. Préparer la personne handicapée et sa famille à l'éventualité d'un nécessaire accompagnement médico-social ou d'une entrée en établissement.
	Actions à entreprendre	Mieux repérer les situations de personnes handicapées vieillissantes à domicile. Développer le suivi par des SAVS ou SAMSAH pour les personnes handicapées isolées à domicile. Préparer les aidants familiaux à passer progressivement le relais à un service à domicile (SAAD, SAVS ou SAMSAH selon les situations). Développer l'accueil temporaire dans les établissements (accueil de jour et hébergement temporaire).
	Pilote(s)	DEPARTEMENT et/ou ARS
	Partenaires	Organismes gestionnaires de services. Associations de personnes handicapées. Services sociaux polyvalents et spécialisés. Organismes sociaux.
	Résultats attendus	Réduire le nombre de traitement d'urgence. Préparer une solution d'accompagnement ou d'accueil adaptée à la situation de la personne handicapée vieillissante.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC – ARS pour les SAMSAH et l'accueil temporaire. Programmation financière pluriannuelle départementale pour les SAVS, SAMSAH et accueil temporaire.
	Indicateurs et évaluation	Évolution du nombre de situations d'urgence. Évolution du nombre de places en accueil temporaire.

FICHE ACTION N° 41 Préparer la transition entre la vie active et la retraite		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 7 « Accompagner les personnes en situation de handicap dans leur choix de vie à domicile »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées ayant travaillé en ESAT ont souvent bénéficié d'un accompagnement social de type UVE ou SAVS. Cet accompagnement cesse au moment de leur départ en retraite. Or, il est d'autant plus nécessaire que cette période constitue une rupture dans le parcours de vie de ces personnes vulnérables.
	Objectif	Favoriser le maintien à domicile des travailleurs handicapés retraités.
	Actions à entreprendre	Recenser et identifier les personnes handicapées devant partir à la retraite dans les 6 mois. Évaluer leurs besoins et le type d'accompagnement social adapté. Prévoir les moyens d'accompagnement social nécessaires.
	Pilotes	MDA – DEPARTEMENT
	Partenaires	Services sociaux polyvalents et spécialisés Services d'accompagnement social Organismes gestionnaires d'ESAT Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Maintien à domicile des travailleurs d'ESAT retraités
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Intervention des services sociaux polyvalents et spécialisés Programmation financière pluriannuelle départementale pour les SAVS
	Indicateurs et évaluation	Nombre de travailleurs d'ESAT retraités à domicile. Évaluation de la pertinence du maintien de l'accompagnement social.

FICHE ACTION N° 42 Soutenir les parents d'enfants handicapés		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 8 « Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées »	**Contexte et Enjeux**	Les parents d'enfants porteurs de handicap ont besoin de souffler ou simplement de temps pour effectuer des activités personnelles. De plus, des circonstances particulières telles que l'hospitalisation d'un membre de la fratrie peuvent amener les parents à devoir trouver des solutions d'accueil d'urgence pour leur enfant handicapé. Or, les modes de soutien sont peu développés. Par ailleurs, des parents eux-mêmes handicapés peuvent avoir la charge d'enfants *(fiche action n°44).*
	Objectifs	Permettre aux parents d'avoir une vie personnelle. Proposer des solutions d'accueil d'urgence.
	Actions à entreprendre	Réaliser une étude de besoins de nouvelles places d'accueil temporaire du type de celles proposées à la maison d'accueil temporaire pour enfants handicapés de Quistinic. Réserver des places d'accueil d'urgence dans les multi-accueils *(fiche action n° 20).*
	Pilote	ARS ou DEPARTEMENT
	Partenaires	CAF Organismes gestionnaires Communes, intercommunalités
	Résultat attendu	Amélioration de la qualité de vie des aidants familiaux.
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Étude de besoins pour les places en accueil temporaire. Convention avec les multi-accueils. Dispositif départemental de soutien à l'accueil d'enfants handicapés dans les multi-accueils.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places d'accueil temporaire pour les enfants. Nombre de places d'accueil d'urgence dans les multi-accueils.

FICHE ACTION N° 43 Développer l'aide aux aidants		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 8 « Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées »	**Contexte et Enjeux**	La place des aidants familiaux dans le maintien au domicile est essentielle. Ceux-ci aspirent de temps à autre à souffler ou simplement à vivre leur vie d'adulte et non plus uniquement de parent de personne handicapée. Or, les modes de soutien sont peu développés.
	Objectifs	Proposer aux aidants familiaux des solutions de répit. Organiser des temps d'échanges entre aidants en vue de partager expériences et savoir-faire. Proposer des actions de formation.
	Actions à entreprendre	Recenser et diffuser la liste des places d'accueil temporaire dans les établissements médico-sociaux pour enfants, adolescents et adultes handicapés. Développer les accueils de jour séquentiels. Expérimenter le baluchonnage, service d'accompagnement à domicile de courte durée pour proposer un répit aux familles. Proposer des actions de formation des aidants familiaux. Diffuser l'information relative à ces solutions de répit afin qu'elles soient connues des professionnels qui orientent les usagers et les usagers eux-mêmes. Proposer du soutien psychologique pour faire face à l'usure des aidants.
	Pilotes	DEPARTEMENT – ARS
	Partenaires	MDA ESMS Services médico-sociaux d'aide à domicile. Structures d'information de proximité. Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Amélioration de la qualité de vie des aidants familiaux.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Actions de formation pour les aidants (CNSA). PRIAC 2012-2016 pour l'accueil de jour. Programmation financière pluriannuelle départementale.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de places d'accueil temporaire. Nombre de places d'accueil de jour séquentiel. Offre de baluchonnage. Nombre d'actions de formation des aidants familiaux. Nombre de rendez-vous avec un psychologue. Nombre de contacts avec les structures d'information de proximité.

FICHE ACTION N° 44 Soutenir les parents handicapés ayant des enfants		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 8 « Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées »	**Contexte et Enjeux**	Des parents eux-mêmes handicapés peuvent avoir la charge d'enfants. Dans certaines situations, leur handicap peut compliquer l'exercice de leur parentalité. Ils peuvent avoir besoin de soutien dans leur vie quotidienne de parent.
	Objectif	Accompagner la parentalité des personnes en situation de handicap.
	Actions à entreprendre	Renforcer le rôle des SAVS dans l'accompagnement à la parentalité. Former les personnels des SAVS à cette mission. Poursuivre les partenariats entre les services de la PMI, les services de techniciennes de l'intervention sociale et familiale (TISF) et les SAVS. Mener des actions de sensibilisation auprès des établissements sociaux et médico-sociaux sur les questions relatives à la parentalité. Favoriser la mise en place de groupes de parole entre parents.
	Pilotes	DEPARTEMENT – CAF – ETAT (DDCS).
	Partenaires	SAVS – Services de TISF. Services sociaux polyvalents et spécialisés. Établissements sociaux et médico-sociaux. MDA. Associations de personnes handicapées.
	Résultat attendu	Meilleur exercice des responsabilités parentales.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Groupe de réflexion sur cette thématique. Groupe de parole.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de familles accompagnées.

FICHE ACTION N° 45 **Proposer des solutions de répit pour les personnes handicapées à domicile et en établissement**		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs **Orientation 8 « Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées »**	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement ont parfois besoin de quitter leur environnement de vie.
	Objectifs	Développer les solutions de répit.
	Actions à entreprendre	**Pour les personnes handicapées à domicile :** Augmenter l'occupation des places d'accueil temporaire en faisant mieux connaitre leur existence auprès des familles. Créer de nouvelles places d'accueil temporaire. Proposer des accueils séquentiels. **Pour les personnes handicapées en établissement :** Permettre les séjours de vacances adaptés en développant notamment le recours à la PCH séjours adaptés pour les personnes en établissement. Permettre l'accueil familial temporaire
	Pilote	DEPARTEMENT et/ou ARS
	Partenaires	MDA. Administrations de l'État et organismes sociaux.
	Résultat attendu	Amélioration de la qualité de vie en établissement.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC – ARS pour l'accueil temporaire : 5 places en FAM en 2014 et 2 places en FAM en 2016. Programmation financière pluriannuelle départementale pour l'accueil temporaire. Règlement départemental d'aide sociale pour la PCH en séjour adapté.
	Indicateurs et évaluation	Taux d'occupation des places d'accueil temporaire. Évolution du nombre de places d'accueil temporaire, d'accueil séquentiel, d'accueil familial temporaire. Évolution du nombre de personnes handicapées en établissement effectuant des séjours de rupture.

FICHE ACTION N° 46 Introduire une plus grande souplesse dans les réponses institutionnelles		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Le groupe de travail « Qualité et bientraitance » a souligné le fait que les personnes handicapées ou leurs familles regrettent les difficultés des équipes d'évaluation pour ajuster rapidement les décisions d'orientations. La qualité de l'accompagnement dépend en partie de la capacité de s'adapter à l'évolution des besoins et des souhaits de la personne handicapée. Les personnes handicapées psychiques sont très concernées par cette problématique.
	Objectif	Affiner et assouplir au regard des besoins de la personne handicapée la formulation des décisions de la CDAPH
	Actions à entreprendre	**Organiser des dispositifs souples de procédures d'admission :** - Proposer des orientations à plusieurs volets. - Formaliser des partenariats entre certains établissements médico-sociaux et certains services d'accompagnement pour faciliter les passages des uns vers les autres. - Mettre en place un système efficient de gestion des listes d'attente *(fiche-action n° 53).* - Mieux faire connaitre, auprès des professionnels chargés des décisions d'orientation, l'exhaustivité de l'offre des dispositifs du champ handicap.
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	MDA ARS Établissements et services médico-sociaux Associations de personnes handicapées
	Résultats attendus	Meilleure adaptation de la réponse institutionnelle à la situation évolutive de la personne en situation de handicap.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Réexamen de la formulation des décisions CDAPH. Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53).* Conventions de partenariat entre établissements et services d'accompagnement.
	Indicateurs et évaluation	Enquête de satisfaction auprès et des personnes handicapées orientées dans un dispositif.

FICHE ACTION N° 47 Développer l'accueil familial		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	L'accueil familial constitue une modalité alternative d'hébergement intéressante pour les personnes handicapées présentant une certaine autonomie.
	Objectifs	Développer l'accueil familial social Développer l'accueil familial thérapeutique Coordonner les deux types d'accueil familial
	Actions à entreprendre	Agréer et former de nouvelles familles pour l'accueil familial social par le conseil général. Expérimenter le rattachement d'accueillants familiaux pour enfants et adultes à des établissements sociaux et médico-sociaux.
	Pilotes	DEPARTEMENT – ETABLISSEMENTS DE SANTE
	Partenaires	Établissements de santé Établissements sociaux et médico-sociaux ARS
	Résultat attendu	Augmenter le nombre de places en accueil familial
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Mettre en place un groupe de réflexion sur le développement de l'accueil familial thérapeutique et l'accueil familial social ainsi que sur leur articulation.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de familles d'accueil social et thérapeutique agréées

FICHE ACTION N° 48 Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des autistes		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Le groupe de travail « Autisme » a constaté que l'accompagnement et la prise en charge des enfants et adultes autistes n'étaient pas toujours adaptés à leurs besoins spécifiques.
	Objectif	Adapter les réponses aux besoins des personnes autistes et aux attentes des familles.
	Actions à entreprendre	Développer les prises en charges éducatives spécialisées à destination des autistes et dès le plus jeune âge. Diagnostiquer l'autisme chez l'adulte. Mettre en œuvre les recommandations de l'HAS et de l'ANESM dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Créer des unités dédiées aux autistes au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Réfléchir sur le salariat par des établissements médico-sociaux des familles d'accueil spécialisées pour jeunes autistes.
	Pilotes	DEPARTEMENT et ARS
	Partenaires	Centre Ressources Autisme de Brest, équipes hospitalières de proximité de Vannes et Rennes. CAMSP, SESSAD, professionnels de soins. IME, établissements sociaux et médico-sociaux pour adultes. Organismes gestionnaires. MDA.
	Résultats attendus	Amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des autistes.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	PRIAC 2012-2016 : 20 places IME autisme en 2015 et requalification de places en IME. Étude 2013 ARS et conseils généraux sur les troubles envahissants du développement (adultes). Définition des modalités de financement des méthodes prises en charge éducatives par l'AEEH ou la PCH enfant.
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'adultes diagnostiqués autistes. Évaluation de l'application des méthodes éducatives spécifiques Nombre d'unités dédiées. Nombre de familles d'accueil spécialisées pour jeunes autistes.

FICHE ACTION N° 49 **Adapter les réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques en institution présentant des troubles de comportement**		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Le groupe de travail « Handicap psychique » a observé que la proportion de personnes handicapées présentant des troubles sévères de comportement est en progression dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Cette évolution peut poser problème à la vie de l'établissement.
	Objectif	Adapter les réponses institutionnelles aux besoins des résidents présentant des troubles de comportement.
	Actions à entreprendre	**Pour les jeunes handicapés psychiques présentant des troubles de comportement :** Réfléchir à des modalités de prise en charge spécifique. Lien à examiner avec le travail régional mené sur ce public. Recourir aux familles d'accueil thérapeutique. **Pour les adultes présentant des troubles du comportement :** Poursuivre l'accompagnement des travailleurs handicapés psychiques par le SAVS. Mettre en place un partenariat de conventionnement entre le secteur sanitaire et les professionnels du logement. Accroître les temps de psychiatre ou faire intervenir des équipes de liaison en santé mentale dans les foyers de vie accueillant des personnes handicapées psychiques. Réfléchir à des unités spécialisées proches des lieux de vie des personnes handicapées psychiques âgées (post-domicile).
	Pilotes	ARS et DEPARTEMENT
	Partenaires	Établissements sociaux et médico-sociaux - Établissements de santé - Familles d'accueil thérapeutique - Organismes gestionnaires - Bailleurs sociaux.
	Résultats attendus	Amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes handicapées psychiques présentant des troubles du comportement, pour une meilleure qualité de vie dans les établissements accueillant ce public.
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53).* PRIAC – ARS. Programmation financière pluriannuelle départementale. Appels à projets.
	Indicateurs et évaluation	Nombre de personnes présentant des troubles de comportement accueillies en famille d'accueil thérapeutique. Nombre d'accompagnement SAVS pour ce public. Nombre de conventions signées entre le secteur sanitaire et les bailleurs sociaux. Évolution des temps de psychiatre et du nombre d'interventions des équipes de liaison dans les foyers de vie concernés. Nombre de places d'unités spécialisés créées.

FICHE ACTION N° 50 Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant en établissement		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Les personnes handicapées vieillissantes ne bénéficient pas toujours de la prise en charge adéquate dans les établissements. Ceux-ci doivent tenir compte du ralentissement du rythme de vie, du désinvestissement progressif dans les activités proposées. Une adaptation à cette évolution s'impose aux structures d'accueil.
	Objectif	Accompagner le vieillissement des personnes handicapées
	Actions à entreprendre	**Adapter les établissements pour les personnes handicapées :** Adapter des unités spécifiques dans les établissements pour personnes handicapées tenant compte du processus de vieillissement. Médicaliser partiellement les foyers de vie. **Adapter les établissements pour personnes âgées :** Admettre en EHPA avec un accompagnement adapté, tout en veillant à la solvabilité des personnes handicapées retraitées. Développer au sein des EHPA des prestations adaptées aux personnes handicapées vieillissantes garantissant leur autonomie et la réalisation de leur projet personnalisé. Dédier des unités spécifiques pour personnes handicapées âgées de plus de 60 ans adossées aux EHPAD avec un projet d'établissement adapté. **Proposer des nouvelles réponses :** Créer des foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement pour les travailleurs en ESAT retraités. Réfléchir aux besoins en établissements médicalisés adaptés à un public handicapé de plus de 60 ans.
	Pilotes	ARS et DEPARTEMENT
	Partenaires	Établissements sociaux et médico-sociaux
	Résultat attendu	Amélioration de la qualité de vie
	Échéancier	2014-2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements *(fiche action n° 53).* Groupe de travail personnes handicapées « âgées et vieillissement ». PRIAC –ARS. Programmation financière pluriannuelle départementale. Appels à projets .
	Indicateurs et évaluation	Nombre d'unités et de places spécifiques créées. Nombre de personnes handicapées admises en EHPA. Nombre de places ouvertes en établissement médicalisé adapté à un public handicapé de plus de 60 ans. Nombre de places en foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement pour les travailleurs en ESAT retraités.

FICHE ACTION N° 51 Former pour un socle commun de connaissances pour les professionnels		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	L'accompagnement des personnes handicapées nécessite un socle de connaissances spécifiques qui a trait d'une part à la diversité des dispositifs du secteur du handicap et d'autre part aux gestes techniques et à l'utilisation des aides techniques. Les acteurs intervenant auprès des personnes handicapées n'ont pas tous cette formation spécifique.
	Objectifs	Accroître la professionnalisation et la spécialisation des compétences des intervenants. Permettre la formation de réseaux professionnels en vue de développer une culture partagée.
	Actions à entreprendre	Modifier les programmes de formation des professionnels afin qu'ils disposent d'un socle de connaissances relatives à la palette des prises en charge. Mettre en œuvre un plan de formation adaptée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Informer les travailleurs sociaux sur les services psychiatriques et médico-sociaux intervenant sur les territoires. Former les personnels SAVS, SAMSAH, travailleurs sociaux et des ESMS aux spécificités du handicap psychique et de l'autisme. Développer les formations collectives dédiées aux professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux.
	Pilotes	DEPARTEMENT - ARS
	Partenaires	ESMS Ministère de l'enseignement supérieur – région Instituts de formation initiale – Organismes financeurs de formation continue DDCS
	Résultats attendus	Meilleure professionnalisation Décloisonnement
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Mise en place d'un groupe de travail sur la formation des professionnels
	Indicateurs et évaluation	Propositions d'action du groupe de travail

FICHE ACTION N° 52 Soutenir les démarches qualité des établissements et services médico-sociaux		
AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs Orientation 9 « Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle »	**Contexte et Enjeux**	Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes handicapées est une préoccupation départementale. Le département du Morbihan participe à un groupe de travail régional « Évaluation et bientraitance » dont l'un des objectifs est de construire des outils qui permettent une analyse commune à l'ARS Bretagne et les départements bretons des évaluations internes et externes réalisées par les services et établissements sociaux et médico-sociaux. À l'instar des orientations régionales, le Département entend promouvoir une politique de qualité et de bientraitance.
	Objectifs	Développer des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge au sein des établissements et services médico-sociaux
	Actions à entreprendre	Développer des partenariats entre établissements afin de mutualiser les fonctions de référent qualité Favoriser la participation active aux conseils de la vie sociale (CVS) et autres instances participatives (groupe de parole) Mettre en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les autorités de tarification et les gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux
	Pilotes	DEPARTEMENT – ARS
	Partenaires	ESMS
	Résultats attendus	Amélioration de la qualité de la prise en charge
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Analyse des évaluations internes et externes Expérience des établissements ayant déjà signé des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens Participation à une démarche régionale ARS et conseils généraux sur les CPOM
	Indicateurs et évaluation	Évolution du nombre de participants aux CVS, du nombre de réunions et de prises de parole Enquête de satisfaction menée dans les établissements Nombre d'évaluations internes avec observations des autorités Nombre d'évaluations externes avec procédure de renouvellement d'autorisation Nombre de CPOM signés

INTRODUCTION

Mieux inclure, mieux accompagner, c'est s'appuyer sur une bonne coordination de l'ensemble des actions et des acteurs, c'est s'organiser autour de territoires pertinents et accessibles pour garantir aux personnes en situation de handicap toute l'autonomie dont elles sont capables.

Construire une politique d'action sociale efficace et efficiente est un objectif fort de ce schéma. Une bonne connaissance des profils des personnes handicapées, des territoires de vie, ainsi que la garantie d'un accompagnement et d'une prise en charge coordonnés de tous les acteurs tant au niveau sanitaire que social permettra d'une part d'assurer la réalisation des projets de vie des personnes handicapées et d'autre part de prévenir toutes les ruptures de parcours.

Coordonner au plus près des réalités de terrain donnera une lisibilité et une cohérence aux actions que le département mène pour les personnes handicapées.

MIEUX CONNAITRE LES BESOINS

L'optimisation de l'offre de services passe par une amélioration de la connaissance des besoins et du territoire départemental.

Disposer d'une photographie en temps réel des listes d'attente fait partie de cet objectif. Dans le cadre d'une observation partagée entre les départements de la région et l'ARS Bretagne, la création d'un système interdépartemental de gestion des listes d'attente des établissements et services permettra de faire évoluer et d'accroître l'offre institutionnelle en fonction de la réalité des besoins.

Fiche action 53 :
Mettre en place un système interdépartemental de gestion des listes d'attentes

Ce système interdépartemental de gestion des listes d'attente est à coupler avec celui de gestion unique des dossiers d'usagers ; un dossier unique et informatisé de l'usager est à créer. Une attention particulière sera portée à la compatibilité de ce système avec l'outil de gestion des listes d'attente.

Fiche action 54 :
Mettre en place un système de gestion des dossiers d'usager coordination de la personne

Pour accompagner la demande d'inclusion sociale et tenir compte de l'environnement socio-économique de vie des personnes handicapées et de leurs familles, seront également réalisés des portraits de territoires. Ce recueil de données s'effectuera à un niveau infra-départemental.

Fiche action 55 :
Réaliser des portraits de territoire infra-départementaux

S'appuyer sur un niveau infra-départemental devrait permettre d'harmoniser les actions favorisant la vie sociale et l'autonomie tant des personnes âgées que handicapées comme le prévoit l'Agenda 21 du département. Les six territoires gérontologiques évolueront en six « territoires pour l'autonomie et la dépendance ».

Fiche action 56 :
Arrêter les contours des territoires pour l'autonomie et la dépendance

RENFORCER ET ORGANISER LA COORDINATION AUTOUR DE LA PERSONNE

Évaluer les potentialités d'accès à l'emploi d'une personne handicapée nécessite une expertise particulière. Évaluer le handicap psychique et élaborer un projet personnalisé de compensation requièrent également des compétences précises. Aussi, les dispositifs d'évaluation basés sur la coopération et la mutualisation des moyens existants seront renforcés au cours du présent schéma.

La coordination des acteurs et des actions autour de la personne handicapée est indispensable. Pour que celle-ci soit efficace, elle doit être portée par un référent clairement identifié. Dans l'objectif d'amélioration de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation, ou de réalisation du projet de vie, un groupe de travail sera constitué à cet effet.

Par ailleurs, il a été constaté que le nombre d'enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux et bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance est en augmentation. Dans un souci de cohérence de prise en charge, il est prévu de constituer un groupe de travail qui sera chargé de clarifier les responsabilités des uns et des autres, et de renforcer la collaboration entre le secteur médico-social et celui de la protection de l'enfance.

L'amélioration de la coordination sera également recherchée entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, notamment à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation afin d'améliorer la prise en charge globale de la personne handicapée.

Cette coordination des acteurs est essentielle aux personnes handicapées psychiques qui effectuent des allers retours fréquents entre les secteurs sanitaire et médico-social. Des solutions spécifiques et adaptées seront recherchées pour ce public.

Il est également prévu de s'appuyer sur des plate-formes territoriales « autonomie » pour organiser l'information, la coordination autour de la personne, l'observation des besoins. Il sera examiné la faisabilité de ce dispositif de proximité qui mobilisera un réseau d'acteurs prenant notamment en charge des situations complexes.

Cela permettra aussi au département de rapprocher les interventions et les dispositifs des personnes âgées et handicapées.

FLUIDIFIER LES PARCOURS

Les jeunes de plus de 20 ans maintenus en institution pour enfants constituent une problématique récurrente et nationale. Le passage de l'enfance à l'âge adulte est également vécu comme source de rupture dans son parcours de vie.

Fiche action 57 :
Renforcer les coopérations en matière d'évaluation

Fiche action 58 :
Repérer un référent coordination de la personne handicapée

Fiche action 59 :
Améliorer la transmission et le partage d'informations sur la personne entre intervenants à domicile

Fiche action 60 :
Favoriser la collaboration entre secteur médico-social et la protection de l'enfance

Fiche action 61 :
Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale

Fiche action 62 :
Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes handicapées psychiques

Fiche action 63:
Organiser la coordination autour de la personne : vers des plates-formes territoriales

Pour faciliter le passage du secteur enfance vers le secteur adulte, il est envisagé d'informer, d'accompagner les familles et leurs jeunes, ainsi que de développer des stages, accueils de jour, accueils temporaires ou séquentiels. Une programmation financière pluriannuelle départementale, en lien avec le système interdépartemental de gestion des listes d'attente et les commissions d'admission des établissements et services, devrait permettre de solutionner les décisions d'orientation en instance.

Fiche action 64 :
Faciliter le passage du secteur enfance au secteur adulte

S'intéresser au parcours de vie, c'est aussi tenir compte des ruptures dans ce parcours qui peuvent survenir lors des réorientations justifiées par une évolution du besoin en accompagnement ou en prise en charge. Des actions seront entreprises en vue de fluidifier le parcours de vie des personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Fiche action 65 :
Prévenir les ruptures et accompagner les changements d'orientations

Orientation 10 : "Mieux connaître les besoins"

Fiche action 53 : Mettre en place un système interdépartemental de gestion des listes d'attente
Fiche action 54 : Mettre en place un système de gestion cohérent des dossiers d'usagers
Fiche action 55 : Réaliser des portraits de territoires infra-départementaux
Fiche action 56 : Arrêter les contours des territoires pour l'autonomie et la dépendance

Orientation 11 : "Renforcer et organiser la coordination autour de la personne"

Fiche action 57 : Renforcer les coopérations en matière d'évaluation
Fiche action 58 : Repérer un référent coordination de la personne handicapée
Fiche action 59 : Améliorer la transmission et le partage d'information sur la personne entre intervenants à domicile
Fiche action 60 : Favoriser la collaboration entre le secteur médico-social et la protection de l'enfance
Fiche action 61 : Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale
Fiche action 62 : Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes handicapées psychiques
Fiche action 63 : Organiser l'information, la coordination autour de la personne, l'observation des besoins : vers des plates-formes territoriales "autonomie"

Orientation 12 : "Fluidifier les parcours"

Fiche action 64 : Faciliter le passage du secteur enfance vers le secteur adulte
Fiche action 65 : Prévenir les ruptures et accompagner les changements d'orientations

FICHE ACTION N° 53 Mettre en place un système interdépartemental de gestion des listes d'attente		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 10 « Mieux connaître les besoins »	**Contexte et Enjeux**	Chaque acteur du champ du handicap a une vision parcellaire de la population départementale en situation de handicap, ce qui ne permet pas de maîtriser la connaissance globale du public concerné. Concernant l'offre en établissement et services, le constat majeur au niveau national et local est l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes handicapées. Le département du Morbihan est limitrophe de trois autres départements. De nombreuses demandes émanent de personnes de l'un ou l'autre de ces départements.
	Objectif	Mettre en place un système interdépartemental de gestion des listes d'attente en services et établissements
	Actions à entreprendre	Arrêter les informations individuelles à partager Publier un cahier des charges fonctionnel et technique en vue du choix d'une solution informatisée
	Pilotes	DEPARTEMENTS DE BRETAGNE – ARS – ETAT (EDUCATION NATIONALE)
	Partenaires	Maisons départementales de personnes handicapées (MDA) Établissements et services médico-sociaux
	Résultat attendu	Mise en place d'une plate-forme informatisée et interdépartementale d'échanges d'informations
	Échéancier	**2013** : Arrêter les informations individuelles à partager et publier un cahier des charges fonctionnelles et techniques en vue du choix d'une solution informatisée **2014 :** Installer la plate-forme informatisée d'échanges d'informations
	Moyens	Financement départements, ARS, Éducation nationale- MDPH
	Indicateurs et évaluation	Recensement permanent et actualisé des demandes de services et d'accueil en attente et de l'offre disponible

FICHE ACTION N° 54 Mettre en place un système de gestion des dossiers d'usagers		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 10 « Mieux connaître les besoins »	**Contexte et Enjeux**	La gestion des informations concernant les personnes handicapées inscrites sur les listes d'attente doit être cohérente avec celle des informations détenues sur les usagers par les services et établissements. Ces informations peuvent évoluer dans le temps.
	Objectif	Mettre en place un dossier harmonisé d'usager dans les services et établissements médico-sociaux
	Actions à entreprendre	Recenser les outils de gestion informatisée de dossiers en place Arrêter le contenu d'un dossier harmonisé d'usager en tenant compte de l'existant Assurer la compatibilité du dossier harmonisé d'usager avec l'outil de gestion des listes d'attente
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	ARS – Éducation nationale MDA Établissements et services médico-sociaux Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Mise en place d'un dossier harmonisé et informatisé d'usager
	Échéancier	**2013 :** Mettre en place un groupe d'étude **2014 :** Proposer une solution de dossier harmonisé **2015 :** Soutenir une solution informatisée cohérente avec le système d'information de la MDA et e gestion de listes d'attente
	Moyens	Mobilisation des personnes ressources du département et des partenaires
	Indicateurs et évaluation	Nombre de structures ayant mis en place une gestion de dossiers d'usagers informatisée

FICHE ACTION N° 55 Réaliser des portraits de territoires infra-départementaux		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 10 « Mieux connaître les besoins »	**Contexte et Enjeux**	Pour assurer la mise en place de réponses adaptées sur le lieu de vie de la personne en situation de handicap, la gestion des informations les concernant doit être assurée à un niveau local.
	Objectifs	Mettre en place un portrait de chacun des 6 territoires infra départementaux
	Actions à entreprendre	Recenser par territoire les informations disponibles sur les 10 caps suivants : Habitat – Emploi – Mobilité – Études – Santé – Famille (enfants…) – Accès aux activités sportives – Accès aux activités culturelles – Représentation et Communication – Aides et prestations (soutien financier) Déterminer sur ces caps des indicateurs pertinents de l'accessibilité d'un territoire Analyser ces indicateurs avec une présentation cartographique
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	MDA Administrations de l'État et organismes sociaux
	Résultats attendus	Mieux connaître le contexte général et spécifique à chaque territoire Optimiser l'adaptation des réponses aux besoins identifiés Prioriser les actions
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Ressources internes du département et des partenaires
	Indicateurs et évaluation	Publication des six portraits de territoires

FICHE ACTION N° 56 Arrêter les contours des territoires pour l'autonomie et la dépendance		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées **Orientation 10 « Mieux connaître les besoins »**	**Contexte et Enjeux**	L'organisation territoriale de l'offre de proximité dans le domaine médico-social est un élément essentiel en termes d'analyse de besoins et de projets. Au moyen de son implication dans le développement de l'offre de proximité, dans le domaine de l'accessibilité, de la mobilité, de l'habitat, l'intercommunalité constitue le territoire de proximité de référence. Elle est un chef de file d'un réseau cohérent d'information, de concertation, de coordination. Le regroupement de territoires intercommunaux de proximité en territoires de projets est pertinent en termes sociétal et en dimension. Les six territoires gérontologiques morbihannais ont été constitués sur cette base.
	Objectif	En cohérence avec la démarche Agenda 21 du département du Morbihan « Harmoniser les actions favorisant la vie sociale et l'autonomie des personnes âgées et handicapées », il convient d'arrêter des territoires communs de mise en œuvre des schémas gérontologiques et en faveur des personnes en situation de handicap.
	Actions à entreprendre	Faire évoluer les six territoires gérontologiques en six territoires pour l'autonomie et la dépendance Assurer une concertation interdépartementale lorsque les territoires infra départementaux de différents départements appartiennent au même territoire de santé
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	Intercommunalités Autres départements concerné - ARS
	Résultat attendu	Mobilisation et implication des acteurs de proximité
	Échéancier	2013
	Moyens	Vote par l'assemblée départementale du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap
	Indicateurs et évaluation	Reconnaissance des territoires en termes de supports d'analyse de besoins, d'observation, de procédures d'appels à projet

FICHE ACTION N° 57 Renforcer les coopérations en matière d'évaluation		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 10 « Mieux connaître les besoins »	**Contexte et Enjeux**	Les décisions de la CDAPH se fondent sur les évaluations d'une équipe pluridisciplinaire constituée d'agents de la MDA et de partenaires extérieurs. En sus, des enseignants référents participent, en aval de la CDAPH, à l'adaptation des réponses apportées aux besoins des enfants. La MDA a renforcé ce dispositif d'évaluation dans deux domaines. **Dans le domaine de l'employabilité**, l'équipe pluridisciplinaire dispose d'outils sur les potentialités en matière d'accès à l'emploi de publics différents (handicapés psychiques, intellectuels…). Ainsi les modalités d'attribution de l'AAH préservent au maximum les possibilités d'emploi, le cas échéant à temps partiel, des personnes handicapées. **Dans le domaine du handicap psychique**, une cellule partenariale d'évaluation a été mise en place à titre expérimental afin de proposer des évaluations spécifiques et des moyens de compensation. Elles sont centrées sur les situations les plus complexes et prennent appui sur le réseau des acteurs locaux dans le domaine de la santé mentale.
	Objectif	Améliorer la qualité des évaluations en prenant appui sur les réseaux existants
	Actions à entreprendre	**Évaluation de l'employabilité des personnes handicapées** Une expérimentation employabilité est venue compléter les outils pour les primo demandeurs d'AAH. Sa pérennisation, à l'étude au plan national, s'avèrerait tout à fait pertinente pour un nombre relativement limité de situations : de l'ordre d'une centaine par an. **Évaluation du handicap psychique** Le retour d'expérience s'avère d'une grande utilité pour l'équipe pluridisciplinaire de la MDA. La cellule repose actuellement sur une mutualisation de moyens existants des partenaires. Sa pérennisation repose sur des financements complémentaires attendus du département et de l'Agence Régionale de Santé.
	Pilote	MDA
	Partenaires	**Employabilité :** CNSA - DGCS - Service public de l'emploi - Cap Emploi **Handicap psychique** : Réseau de santé mentale (établissements de santé, de soins et de réadaptation, membres de la cellule d'évaluation psychique ; centre de pré orientation ADSEA) - Département
	Résultat attendu	Renforcement de la qualité des évaluations
	Échéancier	2013
	Moyens	À déterminer pour l'employabilité Participation financière départementale inscrite au BP 2013 pour la cellule d'évaluation du handicap psychique
	Indicateurs et évaluation	Nombre de situations évaluées par dispositif

FICHE ACTION N° 58 Repérer un référent coordination de la personne handicapée		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »	**Contexte et Enjeux**	Les situations des personnes handicapées nécessitent l'intervention d'acteurs multiples : infirmiers, conseillers familiaux, éducateurs, aides ménagères, ergothérapeutes, enseignant référent, Éducation nationale, psychomotriciens, orthophonistes … Afin que les interventions de chacun de ces professionnels soient cohérentes, la mise en œuvre d'une coordination est nécessaire. Une personne clairement identifiée parmi ces professionnels doit porter cette coordination.
	Objectif	Repérer un référent coordination de la personne handicapée, acteur de terrain
	Actions à entreprendre	Dans le cadre territorial des territoires infra-départementaux, étudier les modalités de mise en place d'une personne référente de la personne handicapée en vue de favoriser la coordination entre les acteurs. Sur un territoire pilote, créer un groupe de travail associant la commission médico-sociale de la « CRSA » pour réfléchir dans une dynamique de co-construction de réponses innovantes pour les jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements médico-sociaux pour enfants et pour les handicapés vieillissants.
	Pilotes	DEPARTEMENT -MDA
	Partenaires	Structures d'accueil et d'information de proximité Services d'accompagnement, professionnels de santé Acteurs sociaux et médico-sociaux Éducation nationale - ARS Professionnels de l'insertion professionnelle
	Résultats attendus	Actions mieux coordonnées autour des situations complexes Amélioration de la qualité de vie de la personne handicapée
	Échéancier	2014-2017
	Moyens	Groupe de travail sur la coordination des interventions des acteurs de terrain auprès des personnes handicapées en situation complexe (cf. expérience ADAPEI et ADMR 22) Élaboration d'un cahier des charges de cette mission
	Indicateurs et évaluation	Mise en place effective sur chacun des six territoires d'une coordination des interventions

FICHE ACTION N° 59 **Améliorer la transmission et le partage d'information sur la personne entre intervenants à domicile**		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées **Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »**	**Contexte et Enjeux**	Selon le mode d'organisation retenu *(fiche action n°58)*, la coordination des différents professionnels intervenant auprès de la personne handicapée peut requérir du temps.
	Objectif	Évaluer le temps consacré à la coordination
	Actions à entreprendre	Vérifier que le SAVS et le SAMSAH, quand ils existent, réalisent ou non ce temps de coordination Examiner l'impact du temps de coordination dans la tarification des services prestataires SAAD
	Pilotes	DEPARTEMENT – ARS
	Partenaires	MDA Services intervenants auprès de la personne handicapée
	Résultat attendu	Amélioration de la mise en œuvre du plan personnalisé de compensation
	Échéancier	2014 – 2017
	Moyens	Groupe de travail sur la coordination des interventions des acteurs de terrain auprès des personnes handicapées en situation complexe Élaboration d'un cahier des charges de cette mission
	Indicateurs et évaluation	Enquête de satisfaction auprès de la personne handicapée et auprès des intervenants

FICHE ACTION N° 60 Favoriser la collaboration entre le secteur médico-social et la protection de l'enfance		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées **Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »**	**Contexte et Enjeux**	Le nombre d'enfants handicapés accueillis dans les établissements médico-sociaux et bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance (assistance éducative ou accueil) est en augmentation. Si dans la plupart des cas, la collaboration entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur médico-social s'établit correctement, il parait nécessaire dans certaines situations d'identifier les périmètres d'intervention et de clarifier les responsabilités de chacun.
	Objectif	Améliorer la coordination entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur médico-social
	Actions à entreprendre	Mettre en place d'un groupe de réflexion qui permettrait de définir les rôles et responsabilités de chacun
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	MDA, Établissements sociaux et médico-sociaux Établissements et services de la protection de l'enfance Éducation nationale - ARS
	Résultats attendus	Clarification des responsabilités et renforcement de la collaboration entre les deux secteurs en vue d'une amélioration de la prise en charge de l'enfant
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Groupe de réflexion sur les rôles et responsabilités du secteur médico-social et de la protection de l'enfance
	Indicateurs et évaluation	Diminution des ruptures de prises en charge dans le parcours de l'enfant

FICHE ACTION N° 61 Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »	**Contexte et Enjeux**	Des difficultés sont constatées dans les relations entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux notamment à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation. Le groupe de travail a constaté que la formalisation de partenariats entre les deux secteurs contribue à atténuer ces difficultés.
	Objectif	Améliorer les relais entre les deux secteurs
	Actions à entreprendre	Élaborer des conventions de partenariat Sensibiliser les équipes hospitalières à la spécificité des handicaps Sensibiliser les équipes des établissements médico-sociaux au fonctionnement des services hospitaliers
	Pilote	ARS
	Partenaires	Département Établissements de santé Établissements et services médico-sociaux
	Résultats attendus	Amélioration de la prise en charge globale de la personne handicapée
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Groupe de travail sur le partenariat entre établissements de santé et établissements et services médico-sociaux
	Indicateurs et évaluation	Enquête de satisfaction auprès de la personne handicapée et auprès des intervenants Nombre de conventions de partenariat

FICHE ACTION N° 62 **Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale des personnes handicapées psychiques**		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées **Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »**	**Contexte et Enjeux**	Le handicap psychique se caractérise par des allers retours fréquents entre les secteurs sanitaire et médico-social. Toutefois, les passages entre les deux secteurs ne se déroulent pas de façon optimale. Une amélioration de la coordination est nécessaire.
	Objectif	Améliorer la prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de handicap psychique
	Actions à entreprendre	Pérenniser l'expérimentation menée depuis 2011 par la cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique Conforter les autres dispositifs d'évaluation existants Développer des temps de concertation entre professionnels du sanitaire et du médico-social Faire des examens pluridisciplinaires de situations Travailler en amont des crises pour mieux associer les professionnels du médico-social aux professionnels de santé mentale Faire intervenir des équipes de liaison de soins en santé mentale dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux Recenser les conventions entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social, promouvoir auprès des établissements la signature de conventions pour garantir un cadre propice à une collaboration durable
	Pilote	ARS
	Partenaires	Département Établissements de santé Établissements et services médico-sociaux
	Résultat attendu	Amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire
	Échéancier	2014 - 2017
	Moyens	Financement de la cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique Conventions de partenariat
	Indicateurs et évaluation	Nombre de situations individuelles examinées par la cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi Nombre de conventions signées Évaluation de la plus-value apportée par les conventions à partir d'enquêtes

FICHE ACTION N° 63 **Organiser l'information, la coordination autour de la personne, l'observation des besoins : vers des plates-formes territoriales « autonomie »**		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées **Orientation 11 « Renforcer et organiser la coordination du dispositif autour de la personne »**	**Contexte et Enjeux**	En cohérence avec la démarche Agenda 21 du département du Morbihan « Harmoniser les actions favorisant la vie sociale et l'autonomie des personnes âgées et handicapées », il est proposé d'arrêter des territoires communs de mise en œuvre des schémas gérontologiques et en faveur des personnes en situation de handicap *(fiche action n° 45)*. L'Agenda 21 du département a souhaité rapprocher les interventions, les dispositifs et les outils en faveur des personnes âgées et handicapées.
	Objectif	Passer d'une logique de dispositifs par statut à une appréhension plus globale de la personne connaissant une diminution de son autonomie, une situation de dépendance ou de handicap
	Actions à entreprendre	Examiner la faisabilité et les conditions d'une évolution des plates-formes territoriales gérontologiques vers des plates-formes territoriales « autonomie » pour permettre aux personnes handicapées de bénéficier d'un dispositif de proximité mobilisant un réseau d'acteurs prenant en charge notamment des situations complexes Établir un cahier des charges des missions pouvant être réalisées par les plates-formes « autonomie » Expérimenter sur un territoire
	Pilote	DEPARTEMENT
	Partenaires	MDA Plates-formes territoriales ARS Établissements et services Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Amélioration des réponses de proximité
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Mise en place d'un groupe de travail
	Indicateurs et évaluation	Proposition de cahier des charges

FICHE ACTION N° 64 Faciliter le passage du secteur enfance vers le secteur adulte		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 12 « Fluidifier les parcours »	**Contexte et Enjeux**	La barrière des 20 ans reste encore souvent source de rupture de parcours pour les jeunes adultes handicapés, faute d'être suffisamment anticipée. L'insuffisance de places adaptées aux orientations prononcées par la CDAPH dans les services et structures pour adultes constitue le premier frein à la sortie du secteur enfants, sans être le seul. En effet, les jeunes et leurs familles éprouvent souvent des difficultés à passer des structures pour enfants (souples, temporaires, en externat) vers des solutions plus institutionnelles destinées aux adultes. Cette situation est problématique à la fois pour les jeunes concernés qui ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée à leur âge, mais également pour les enfants en attente de prise en charge du fait de l'occupation des places du secteur enfants par de jeunes adultes handicapés.
	Objectif	Faciliter le passage du secteur enfance au secteur adulte
	Actions à entreprendre	Informer et accompagner les familles et les jeunes Développer les stages, l'accueil de jour, l'accueil temporaire ou séquentiel à proximité des familles afin de permettre une adaptation progressive des jeunes dans les établissements pour adultes Adapter la capacité de prise en charge en services et établissements pour adultes à l'évolution des besoins des jeunes adultes handicapés
	Pilotes	DEPARTEMENT - ARS
	Partenaires	MDA - Établissements médico-sociaux Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Fluidifier le passage des jeunes adultes du secteur de l'enfance à celui des adultes
	Échéancier	2013 - 2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente *(fiche action n°53)* Gestion partenariale des commissions d'admission en structures pour prioriser la situation des jeunes en IME PRIAC Programmation financière pluriannuelle départementale : (accompagnement du PRIAC : 18 places de FAM en 2013 (Bréhan) ; 31 places de FAM en 2015 (Férel) Procédures d'appel à projets
	Indicateurs et évaluation	Évolution du nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants

FICHE ACTION N° 65 Prévenir les ruptures et accompagner les changements d'orientations		
AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées Orientation 12 « Fluidifier les parcours »	**Contexte et Enjeux**	L'évolution du besoin en accompagnement et prise en charge des personnes handicapées accueillies en établissements sociaux ou médico-sociaux nécessite parfois des réorientations. Cependant, la prise en charge institutionnelle actuelle ne permet pas de faciliter ces réorientations sans ruptures, faute de coopération organisée entre les structures.
	Objectif	Fluidifier le parcours de vie des personnes handicapées accueillies en ESMS en facilitant leur réorientation selon l'évolution de leur parcours de vie
	Actions à entreprendre	**Prévenir les ruptures et préparer les réorientations** Permettre des passerelles entre différents types d'établissements pour personnes handicapées (foyers de vie, FAM, MAS) Permettre des passerelles entre les établissements pour personnes handicapées et les EHPA/EHPAD Développer les partenariats entre structures sanitaires et médico-sociales **Accompagner les changements d'orientations :** Permettre des périodes d'observation en amont de l'admission dans un ESMS, voire de la décision d'orientation de la CDAPH
	Pilotes	DEPARTEMENT - ARS
	Partenaires	MDA Établissements médico-sociaux Associations de personnes handicapées
	Résultat attendu	Fluidifier le parcours des personnes handicapées
	Échéancier	2013-2017
	Moyens	Système interdépartemental de gestion des listes d'attente pour mieux connaitre les besoins liés aux réorientations *(fiche action n°53)* Adaptation des décisions d'orientation de la CDAPH aux parcours des personnes handicapées Élaboration de conventions de partenariat entre structures
	Indicateurs et évaluation	Mise en place de périodes d'observation en amont de l'admission en établissement Nombre de partenariats mis en place entre structures

MODALITES D'EVALUATION

MODALITES D'EVALUATION DES ACTIONS MISES EN ŒUVRE DANS LE SCHEMA DEPARTEMENTAL (Art L 312-4 du CASF)

- Le comité du schéma est chargé de suivre la réalisation des actions. Il se réunit tous les ans.

- Le bureau est le lieu de coordination et de concertation entre le département, les services de l'État et de l'ARS sur les objectifs du schéma à mettre en œuvre tout au long des cinq années à venir. Il se réunit régulièrement et en tant que de besoin. Il est chargé d'élaborer un bilan annuel d'exécution du schéma présenté au comité du schéma

- La mise en œuvre de certaines actions est examinée dans des groupes de travail :

AXE 1 : Pour une société ouverte aux personnes en situation de handicap

Orientation 1 : "Faciliter l'accès à la vie sociale"

- Conditions d'attribution et d'utilisation de la PCH-Vie sociale (fiche action n° 14)

Orientation 4 : "Favoriser l'accès aux soins"

- Accès aux soins libéraux des personnes handicapées à domicile (fiche action n° 16)

Orientation 5 : "Favoriser l'accueil, la scolarisation et la formation qualifiante"

- Transport des élèves handicapées scolarisées (fiche action n° 23)

Orientation 6 : "Soutenir l'insertion professionnelle"

- Développement et évolution des activités ESAT (fiche action n°31)

AXE 2 : Pour répondre au mieux au projet de vie : adapter et diversifier les dispositifs

Orientation 7 : "Accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie à domicile"

- Prestations d'aide sociale accessibles à un public élargi de personnes handicapées (fiche action n°37)

Orientation 8 : "Soutenir et permettre le répit des familles et des personnes handicapées"

- Soutien à la parentalité de personnes handicapées (fiche action n°44)

Orientation 9 : "Adapter, améliorer et développer le dispositif de prise en charge institutionnelle"

- L'accueil familial (fiche action n° 47)
- Le vieillissement et les personnes handicapées âgées et (fiche action n°50)
- Formation des professionnels en vue d'un socle commun de connaissances (fiche action n° 51)

AXE 3 : Coordonner les actions intégrant le milieu de vie et le projet de vie des personnes handicapées

Orientation 10 : "Mieux connaître les besoins"

- Système de gestion des dossiers d'usagers (fiche action n° 54)

Orientation 11 : "Renforcer et organiser la coordination autour de la personne"

- Coordination des interventions des acteurs de terrain auprès des personnes handicapées en situation complexe (fiche action n°58, n°59 et n°63)
- Partenariat entre établissements et services médico-sociaux et la protection de l'enfance (fiche action n°60)
- Partenariat entre établissements de santé et établissements et services médico-sociaux (fiche action n°61)

❖ Des cahiers des charges seront élaborés :

- *les domiciles groupés :*
- *l'intervention des plates-formes territoriales d'information et de coordination en faveur des personnes en situation de handicap*

ANNEXES

GLOSSAIRE

A

AAH	Allocation d'adulte handicapé
ABA	Applied behavior analysis (analyse appliquée du comportement)
ACM	Accueil collectif de mineurs
ACTP	Allocation compensatrice tierce personne
ADAMFAM	Association départementale des assistantes maternelles et des familles d'accueil du Morbihan
ADAPEI	Association départementale de parents de personnes handicapées mentales et de ses amis
ADIEPH	Association pour le développement de l'insertion et l'emploi des personnes handicapées
ADMR	Association vouée aux services à domicile, services à la personne
ADPEP	Association départementale des pupilles de l'enseignement public
ADSEA	Association départementale de sauvegarde enfance et adolescence
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AFTC	Association des familles de traumatisés crâniens
AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AIMET	Association d'intégration morbihannaise des enfants trisomiques
AIPSH	Association pour l'insertion des personnes en situation de handicap
AIRE	Association des ITEP et de leurs réseaux
ALCAT	Accessibilité du logement et conseils en aides techniques
ALSH	Accueil de loisirs sans hébergement
AMISEP	Association morbihannaise d'insertion sociale et professionnelle
AMP	Accompagnement au milieu protégé
ANAH	Agence nationale de l'habitat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AOT	Autorités organisatrices de transports publics
APA	Aide personnalisée d'autonomie
APAJH	Association pour adultes et jeunes handicapés
APF	Association des paralysés de France
ARASS	Association pour la réalisation d'actions sociales spécialisées
ARS	Agence régionale de santé
ARSM	Allocation représentative de services ménagers
ASE	Aide sociale à l'enfance
ASM	Aide sociale ménagère
ASR	Aide sociale aux repas

AVS	Auxiliaire de vie scolaire

B

BAFA	Brevet d'aptitude aux fonctions d'animateur
BP	Budget prévisionnel

C

CA	Communauté d'agglomération
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CC	Communauté de communes
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESU	Chèque emploi service universel
CG	Conseil général
CHBA	Centre hospitalier Bretagne Atlantique
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CIAS	Centre intercommunal d'action sociale
CLIS	Classe d'intégration scolaire
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNCESU	Centre national du chèque emploi service universel
CNDS	Centre national pour le développement du sport
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPEA	Centre psychothérapique pour enfants et adolescents
CPFS	Centre de placement familial spécialisé
CPO	Centre de pré orientation professionnelle
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre ressources autisme
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CROUS	Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CVS	Conseil de vie sociale

D

DAPI	Direction adjointe des prestations individuelles
DAPMS	Direction de l'autonomie, des prestations et des moyens de solidarité
DASEPA	Direction adjointe des services et établissements de personnes âgées

DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDEC	Direction diocésaine de l'enseignement catholique
DDTM	Direction départementale des territoires et de la mer
DFAS	Direction de la famille et de l'action sociale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGISS	Direction générale des interventions sanitaires et sociales

E

EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
EPSM	Établissement public de santé mentale
EPSMS	Établissement public social et médico-social
ERP	Établissement recevant du public
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP	Équivalent temps plein

F

FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIPHFP	Fonds pour l'insertion de personnes handicapées dans les fonctions publiques
FV	Foyer de vie

G

GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GESAT	Groupement d'établissements et services d'aide par le travail et d'entreprises adaptées

H

HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HLM	Habitation à loyer modéré

I

IA	Inspection académique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IEM	Institut d'éducation motrice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-professionnel
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

M

MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration pour les malades d'Alzheimer
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDA	Maison départementale de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maison d'enfants à caractère social
MVA	Majoration pour la vie autonome

P

PA	Personne âgée
PAVE	Plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDITH	Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
PECS	Pictures exchange communication system (système de communication par échange d'images)
PH	Personne handicapée
PHV	Personne handicapée vieillissante
PME	Petites et moyennes entreprises
PMI	Protection maternelle et infantile
PMR	Personne à mobilité réduite
PPC	Plan personnalisé de compensation
PPS	Projet personnalisé de scolarisation
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Programme régional de santé

R

RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA	Revenu de solidarité active

S

SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SCI	Société civile immobilière
SDA	Schéma directeur d'accessibilité des transports collectifs routiers départementaux
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SIFPRO	Section d'initiation et de formation professionnelle
SROSMS	Schéma régionale de l'organisation sociale et médico-sociale
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

T

TAD	Transport à la demande
TCC	Troubles du comportement et de la conduite
TEACCH	Treatment and education of autistic and related communication handicapped children (traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés)
TED	Troubles envahissants du développement
TISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale
TPE	Très petite entreprise
TSA	Troubles spécifiques des apprentissages
TSL	Troubles spécifiques du langage

U

UATP	Unité d'accueil à temps partiel
UDAF	Union départementale des associations familiales
UDCCAS	Union départementale des centres communaux d'action sociale
ULIS	Unité localisée d'insertion scolaire
UNAFAM	Union nationale des amis et familles de malades psychiques
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
USLD	Unité de soins de longue durée
UVE	Unité de vie extérieure

COMPTES RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL

Compte rendu de réunion du groupe de travail
OBSERVATION PARTAGEE

Date : 15 janvier 2013 9H30-12H
Lieu : ARS DT 56 56000 VANNES

Présidents : Mme Yvette ANNEE et M. Jean-Rémy KERVARREC
Rapporteur : M. Hervé BOUGEARD
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

M. Olivier BONAVENTUR	Mutualité française Finistère-Morbihan
Mme Brigitte EVENNOU	Conseil général - DGISS
Mme LE BOURSICAUX	Association Ensemble Nous Aussi
M. Luciano LE GOFF	APF
M. Bertrand LE TOUX	MDA
M. Yann ZENATTI	ADAPEI 56

Personnes excusées :

M. Gilles BROUILLET	ADPEP 56
M. François HERVIEUX	Conseiller général
M. Serge LE GOFF	DIRECCTE
Dr Loïc LE MOIGNE	EPSM Charcot
M. Sébastien MAILLARD	Association Kervihan
M. Alain PIERS	UDCCAS
Mme Isabelle ROMON	ARS Bretagne
M. Philippe SCHABAILLIE	Association Gabriel Deshayes

INTRODUCTION

Madame ANNEE ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Elle rappelle que l'observation partagée des besoins des personnes handicapées constitue une thématique majeure, car il existe un fort besoin en la matière.

Le groupe technique « Observation partagée » s'est réuni à deux reprises.

Les réflexions de ces groupes techniques sont soumises au groupe de travail, chargé de les valider avant qu'elles soient présentées au comité du schéma.

Selon l'article L.114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles, *« la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Cette compensation consiste à répondre à ses besoins, qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre Ier du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins. »*

Les pouvoirs publics ont donc l'obligation de mettre en place des réponses adaptées aux difficultés des enfants et adultes handicapés dans tous les domaines de leur vie.

Cependant, chaque acteur du champ du handicap n'a qu'une vision parcellaire de la population départementale en situation de handicap, ce qui ne permet pas de maîtriser la connaissance globale du public concerné.

I/ UNE OBSERVATION PARTAGEE POUR REPONDRE DE MANIERE COHERENTE AUX PERSONNES HANDICAPEES ET À LEURS FAMILLES

Il est important qu'une observation partagée se mette en place avec l'ensemble des acteurs du champ du handicap.

Monsieur BOUGEARD précise qu'il ne s'agit pas d'une problématique spécifiquement départementale. En effet, le rapport de l'IGAS et de l'IGF « Établissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement » paru en octobre 2012, pointe l'absence d'outils pertinents permettant d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies.

1.1. L'observation partagée, une problématique régionale

Le département du Morbihan est limitrophe de trois autres départements.

De nombreuses demandes émanant de ces derniers, il est important de développer un outil qui dépasse le cadre départemental.

Intervention

Monsieur BOUGEARD indique que les frontières n'étant pas imperméables, il est important de penser un système non pas régional, mais interdépartemental.

Il rappelle qu'un groupe de travail « observation partagée » a également été mis en place dans le cadre du Projet régional de santé, afin de mettre en place un système de gestion interdépartemental, visant à améliorer la connaissance des listes d'attente des établissements et services pour personnes handicapées, à élaborer un cahier des charges pour une gestion informatisée de ces listes, et enfin à mieux connaître les établissements et services au travers du fichier FINESS.

Il rappelle que le rapport IGAS/IGF préconise d'introduire les établissements et services dans le système d'échanges de données entre les MDPH et les conseils généraux.

Orientation

Créer un système de gestion interdépartemental de l'observation partagée.

1.2. Croiser les données des fichiers administratifs détenus par les administrations et les organismes de Sécurité sociale

De nombreuses informations peuvent être obtenues par le croisement des différents fichiers administratifs.

Il est important que le conseil général poursuive et étende ses partenariats avec les différentes administrations.

Intervention

Monsieur BOUGEARD indique que ces partenariats permettent une meilleure connaissance, non pas individuelle, mais globale sur le territoire départemental.

Cela fait le lien avec les portraits de territoires, car il s'agit d'identifier les personnes handicapées sur le territoire et de connaître leurs conditions d'habitat, leur consommation de soins, ...

Orientations

- Poursuivre le partenariat avec la CAF pour identifier les personnes handicapées locataires ;

- Travailler avec la CPAM pour obtenir des informations en matière de consommation de soins des personnes handicapées.

1.3. Rendre cohérents les outils de gestion de la demande très divers des établissements sociaux et médico-sociaux

Les établissements disposent déjà de leurs propres outils de gestion des listes d'attente .Pour répondre de manière efficace aux demandes des personnes handicapées et de leur familles, il faudrait développer un outil commun entre les administrations et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Intervention

Monsieur BOUGEARD souligne que cette mise en compatibilité nécessite un important travail de recensement des outils existants, ainsi qu'un travail d'analyse de la pertinence de ces outils pour éventuellement les faire évoluer vers le système commun.

Orientation

Développer un outil commun de gestion des listes d'attente compatible avec les outils déjà en place dans les établissements et services.

1.4. Observer les besoins en solutions innovantes

L'analyse des listes d'attente ne permet pas une connaissance exhaustive des personnes en situation de handicap, puisqu'elle ne prend pas en compte les personnes intégrées dans les dispositifs hors loi 2002.

Il conviendrait donc de dépasser la seule analyse des listes d'attente pour avoir une connaissance globale de la population départementale en situation de handicap.

Échanges

Monsieur BOUGEARD s'interroge sur la possibilité de suivre précisément les personnes bénéficiant des solutions innovantes, comme les familles gouvernantes ou les SCI.

Monsieur ZENATTI rappelle que leur spécificité est que l'orientation ne relève pas de la MDA, mais du service de conseil et d'évaluation médicale et médico-sociale du conseil général.

Monsieur LE GOFF précise que ces personnes sont connues via la PCH.

Monsieur BOUGEARD indique qu'elles sont connues en tant que personnes handicapées, mais pas comme bénéficiant de cette offre innovante.

Selon Madame LE BOURSICAUX, il est important que ces offres innovantes figurent dans le système informatisé.

Monsieur BONAVENTUR indique qu'il est possible de recenser ceux qui en bénéficient, mais s'interroge sur l'existence d'un outil recensant les demandes.

Monsieur LE TOUX indique que l'équipe pluridisciplinaire peut déborder des décisions d'orientations en formulant des préconisations vers ce type de dispositifs. Cependant, la CDAPH ne se prononce que dans le cadre de l'institutionnel.

Monsieur BOUGEARD s'interroge sur l'intérêt de rendre officielles ces préconisations, car à l'heure actuelle, personne n'est en mesure de connaître le besoin en solutions innovantes (ex : familles gouvernantes).

Madame ANNEE indique que le conseil général dispose de cette information, et qu'il est nécessaire de trouver un moyen de le faire entrer dans le système.

Monsieur BOUGEARD rappelle que les travaux du groupe de travail régional repose sur les numéros FINESS, donc ne prennent pas en compte les dispositifs hors loi 2002. Si le conseil général du Morbihan fait le choix de les intégrer, cela aura des répercussions au niveau régional.

Madame EVENNOU propose que soit mis en place un observatoire départemental des besoins.

Selon Monsieur BOUGEARD, la connaissance serait plus exhaustive si l'on partait des individus, donc des listes d'attente.

Madame LE BOURSICAUX confirme que c'est en partant des personnes qu'on aura connaissance de leurs besoins.

Monsieur BOUGEARD indique qu'il existe plusieurs entrées, que le système informatisé n'est pas exclusif.

Selon Monsieur ZENATTI, il est possible de travailler sur des données chiffrées, tout en agençant un observatoire (avec des acteurs de terrain) qui analyse ces données, afin de dégager des tendances fortes selon les types de handicap.

Orientations

- Aller au-delà de l'analyse des listes d'attente des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées et intégrer dans l'observation les réponses innovantes ;

- Mettre en place un observatoire départemental des besoins des personnes handicapées.

II/ MIEUX CONNAITRE L'USAGER POUR FACILITER ET ADAPTER LES REPONSES

2.1. Uniformiser le dossier d'usager

Certaines associations sont parvenues à mettre en place un dossier d'usager commun à l'ensemble de leurs établissements. Cette uniformisation est bénéfique pour les établissements eux-mêmes, mais également pour les familles car elle facilite les démarches.

Il serait donc intéressant d'élargir cette uniformisation à l'ensemble des établissements et services pour personnes handicapées.

Échanges

Monsieur BOUGEARD rappelle que la gestion des listes d'attente ne peut se faire sans lien avec le dossier d'usager. Il s'agirait d'un dossier qualitatif (comprenant les problématiques de santé, le projet de vie, …) propre à chaque établissement, mais en lien avec le système interdépartemental.

Monsieur BONAVENTUR met en avant le fait que certains gestionnaires sont multi-territoriaux, avec une logique nationale, ce qui rend difficile l'application de logiques différentes selon les territoires. Les outils peuvent être différents, mais doivent être compatibles.

Monsieur LE GOFF indique que l'APF travaille sur la mise en place d'un progiciel national.

Monsieur ZENATTI rappelle cependant que la grande majorité des progiciels importent et exportent des données sous le même format, ce qui devrait permettre leur compatibilité.

Monsieur BOUGEARD précise qu'il s'agirait d'extraire de différentes applications autonomes des données pour les mettre en commun, sans remettre en cause les outils métiers en place dans les établissements.

Monsieur LE TOUX indique que la MDA s'est engagée dans un processus de dématérialisation du dossier d'usager (réalisé par 70% des MDPH), ce qui peut constituer une opportunité.

Par ailleurs, il souligne la nécessité de déterminer le contenu de ce dossier d'usager, et rappelle qu'il est soumis à autorisation de la CNIL.

Monsieur BONAVENTUR confirme qu'il est important de réfléchir à ce qu'il est possible ou non de faire figurer dans le dossier d'usager.

Orientation

Mettre en place un dossier d'usager commun à l'ensemble des établissements et services.

2.2. Constituer un dossier unique de l'usager

La mise en place d'un dossier d'usager unique permettrait de connaître les flux d'entrée et de sortie des personnes handicapées au sein des établissements et services.

Elle permettrait également une meilleure personnalisation de la réponse, en y inscrivant les évolutions du parcours de vie de la personne afin d'anticiper les réorientations.

Les modalités de mise en place de ce dossier seront à déterminer en groupe de travail regroupant les différents acteurs concernés.
Par ailleurs, chaque établissement possédant ses propres dossiers d'usagers, il est important de veiller à ce que le nouveau dossier unique y soit compatible, et de prévoir une période d'expérimentation.

Échanges

Les membres du groupe de travail suggèrent que le comité d'entente handicap Morbihan, la MDA, le conseil général, les gestionnaires d'établissements et de services, les CCAS, … soient représentés dans ce groupe de travail.

Monsieur BOUGEARD s'interroge sur l'intérêt d'étendre ce dossier d'usager unique au secteur enfants.

Selon Monsieur BONAVENTUR, ce dossier d'usager doit effectivement être également mis en place pour les enfants handicapés, car le dossier suit la personne tout au long de sa vie.
Il indique que l'ARS doit donc être associée, comme cela a été le cas dans le Finistère, lors de la mise en place du dossier d'usager unique pour les MAS et les ESAT.

Madame ANNEE confirme l'importance d'associer l'ARS, d'autant que le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap repose sur une co-construction avec cette dernière.

Orientations

- Créer un groupe de travail pour réfléchir aux modalités de mise en place de ce dossier d'usager unique ;

- Créer un outil commun compatible avec les dossiers d'usager déjà en place dans les établissements ;

- Prévoir une période d'expérimentation de ce nouvel outil.

2.3. Porter une attention particulière aux aidants familiaux

Les aidants familiaux jouent un rôle très important auprès des personnes handicapées, qu'elles soient enfants ou adultes.

Échanges

Monsieur BOUGEARD rappelle l'importance d'apporter du soutien aux aidants familiaux, par exemple en facilitant les passerelles avec les solutions de répit comme l'accueil de jour, l'accueil temporaire.

Il indique que le PRIAC favorise la création de places d'accueil de jour et d'accueil temporaire, plutôt que la création de places permanentes en FAM.

Monsieur ZENATTI rappelle que concernant le vieillissement des personnes handicapées, l'inquiétude principale porte sur le vieillissement des aidants familiaux.

Madame LE BOURSICAUX confirme que l'intérêt de ces solutions de répit dépend de l'âge des parents.

Monsieur BOUGEARD indique que cela peut constituer un temps de préparation vers un accueil permanent.

Monsieur BONAVENTUR évoque les demandes de plus en plus fréquentes pour l'accueil séquentiel, qui permet d'accueillir plusieurs personnes sur une même place. Il indique que cette solution est fortement utilisée pour les enfants.

Monsieur KERVARREC indique que cela permet d'accompagner d'autant plus de familles.

Selon Monsieur LE GOFF, l'accueil séquentiel est plus compliqué à mettre en place dans les établissements pour adultes handicapés, car les personnes ne sont pas chez elles.

Madame EVENNOU rappelle que cela suppose des places dédiées dans les établissements.

Monsieur ZENATTI souligne que le financement de l'accueil de jour est calculé sur la base d'1/60ème du revenu par jour de présence. Les personnes qui vivent chez leurs parents n'ont pas de frais d'hébergement, mais ceux qui vivent en SCI par exemple assument toutes les charges d'un logement autonome, ce qui rend difficile le financement de l'accueil de jour.

Madame ANNEE suggère de réfléchir à une aide sociale facultative, comme celle qui existe pour les personnes âgées.

Orientations

- Soutenir les aidants familiaux en favorisant l'accueil de jour, l'accueil temporaire, l'accueil séquentiel ;

- Réfléchir aux possibilités d'aide sociale facultative pour solvabiliser les personnes handicapées vivant dans un logement autonome et admises en accueil de jour.

2.4. Approfondir l'évaluation des besoins des personnes handicapées pour mieux orienter

Les listes d'attente ne reflètent pas toujours la réalité des besoins de la population handicapée du département. En effet, l'offre existante détermine encore trop souvent les orientations, qui manquent parfois de souplesse, ne favorisant pas l'expression des besoins réels.

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que le rapport IGAS/IGF a fait le même constat au niveau national.

Il suggère que la formulation des orientations de la CDAPH soit revue, et qu'un meilleur accompagnement soit apporté aux personnes handicapées et à leurs familles.

Monsieur LE TOUX confirme que pour les orientations du secteur adulte, il n'existe pas d'accompagnement des personnes et de leurs familles.

Monsieur ZENATTI souligne qu'il s'agissait pourtant d'une grande ambition lors de la création des MDPH.

Monsieur BOUGEARD indique qu'un protocole a été mis en place pour l'échange des données entre le conseil général et la MDA, afin que soient répertoriés les types de déficience.

Monsieur LE TOUX confirme que depuis mars 2012, les nouvelles demandes sont classées en douze déficiences principales. Il indique que ces douze déficiences ne sont pas soumises au secret médical, ce qui facilite l'échange des données.

Monsieur BONAVENTUR met également en avant la rigidité des orientations de la CDAPH, qui incite à privilégier les solutions les plus sécurisantes à long terme.

Monsieur ZENATTI confirme que les personnes handicapées et leurs familles hésitent à recourir aux solutions innovantes, qui ne sont pas aussi sécurisantes que les dispositifs loi 2002.

Selon Madame EVENNOU, l'orientation de ces personnes vers une structure, qui les orienterait ensuite vers ses propres services, permettrait davantage de souplesse et allègerait le travail administratif des réorientations.

Monsieur BONAVENTUR confirme l'intérêt d'une telle souplesse, notamment dans le cadre du handicap psychique où la fluctuation est permanente.

Orientation

Affiner et assouplir au regard des besoins de la personne les décisions d'orientation de la CDAPH vers les services et établissements.

III/ REALISER DES ETUDES QUALITATIVES SUR LES PROBLEMATIQUES RENCONTREES PAR LES PERSONNES HANDICAPEES ET LEURS FAMILLES

6.1. Les études qualitatives

Le département est en mesure, à l'instar des autres institutions, de mener des études qualitatives sur le thème du handicap.

Les membres du groupe technique suggèrent que ces études portent sur le vieillissement des personnes handicapées, ainsi que sur le handicap psychique.

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique qu'actuellement le conseil général ne mène pas d'études approfondies sur le champ du handicap, contrairement à l'ARS (ex : étude du CREAI sur les maintiens Creton), qui apporte une vision régionale, et non départementale. Les études départementales devront donc s'articuler avec les études régionales.

Madame ANNEE suggère d'extraire les données départementales des études menées par l'ARS.

Madame EVENNOU confirme qu'il serait intéressant de décliner ces études régionales sur le plan départemental.

Monsieur BOUGEARD indique qu'une convention cadre de partenariat a été signée entre l'ARS et les quatre conseils généraux.

Monsieur LE GOFF suggère que, s'agissant d'un schéma en faveur des personnes handicapées, le conseil général mène des études sur tous les types de handicap, et pas uniquement sur le handicap psychique.

Il indique que ce n'est pas par l'observation partagée des données mais par des études qualitatives que l'on connaîtra les projections, les désirs des personnes handicapées.

Orientations

- Mener une étude sur le vieillissement des personnes handicapées ;

- Mener des études sur les différents types de handicap.

6.2. Les portraits de territoires

Le département est composé de six territoires PA/PH, ayant chacun leurs caractéristiques.

Il serait donc intéressant de dresser le profil de chacun de ces territoires, afin que les futurs appels à projet pour la création de places en établissements et services répondent aux besoins de la population de ces territoires.

Échanges

Monsieur ZENATTI s'interroge sur le découpage de ces territoires.

Madame ANNEE indique qu'il s'agit d'un rassemblement d'intercommunalités, reposant sur une logique de portage politique.

Elle précise par ailleurs que l'objectif du conseil général est d'ouvrir les plate-formes personnes âgées aux personnes handicapées.

Madame EVENNOU souligne l'intérêt de ces profils pour avoir connaissance de tous les services (soins, commerces, services sociaux, …) qui permettent aux personnes handicapées de vivre sur leur lieu de vie.

Orientation

Élaborer le profil de chaque territoire PA/ PH pour adapter les réponses de proximité.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
QUALITE ET BIENTRAITANCE

Date : 16 JANVIER 2013 9H30-11H30
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Président : M Jean-Rémy KERVARREC
Animateur : M. Hervé BOUGEARD
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

Mme Christine BLIN	Mutualité française 29-56
Mme Louise BOCK	ADMR
Mme Brigitte EVENNOU	CG56
Mme Jeanne GUIGO	Oreille et vie
Mme Marie-Françoise LE GALLO	ADAPEI 56
M Luciano LE GOFF	APF
Mme Audrey LE GALL	DT 56 ARS
Mme Elisabeth DEGOUEY	DDCS

Personnes excusées :

Mme DELIERE	EPSM Morbihan
Mme Hélène FICHEUX-EVEN	Foyer de FEREL
Mme Catherine DRILHON	AIMET
Mme Catherine GAUTIER	AMISEP
Docteur Loïc LE MOIGNE	EPSM Charcot
Mme Marie-Laure MARTIN- LE MOULLEC	EPSMS Vallée du Loch
Mme Martine NORMAND-GRALL	CPAM
M Alain PIERS	UDCCAS
M SAMSON	CG 56

INTRODUCTION

Monsieur KERVARREC ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Monsieur BOUGEARD rappelle que le groupe technique Qualité et bientraitance renvoie au groupe de travail régional.

Ce groupe de travail régional « Évaluation et bientraitance » a pour objectif de construire des outils qui permettent une analyse des évaluations communes à l'ARS Bretagne et aux départements bretons.

Une réunion d'information « Évaluation interne et externe » à destination des établissements et services des secteurs Personnes Âgées et Personnes Handicapées, organisée conjointement par les autorités de tutelle l'ARS et le département du Morbihan s'est tenue le 19 novembre.

Monsieur BOUGEARD rappelle que le département a mis en place une commission des réclamations.

I/ LES PERSONNES HANDICAPEES, LES FAMILLES ET L'ACCÈS À UNE INFORMATION, UN ACCOMPAGNEMENT DE PROXIMITE

1.1. Un accueil de proximité

Certaines personnes handicapées et/ou leur famille éprouvent des difficultés à accéder à l'information de premier niveau.

Ne disposant d'information nécessaire en amont, elles ne sont pas en mesure d'exprimer des demandes en rapport avec l'offre de réponses existantes.

Afin de permettre une information de proximité, le département met actuellement en place des plate-formes gérontologiques sur les six territoires.

Ces plate-formes auront ensuite vocation à évoluer vers des plate-formes « autonomie » afin de répondre également aux besoins d'information des personnes handicapées.

Échanges

Madame LE GALLO indique que les associations ont un rôle important à jouer auprès des familles car elles peuvent faire passer des messages que les administrations ne peuvent pas transmettre.

Monsieur BOUGEARD précise que l'année 2013 est consacrée à la consolidation de la plate-forme dans sa vocation Personnes Âgées. Mais ces plate-formes d'information évolueront vers des plate-formes Autonomie en 2014.

Il indique que la probable évolution juridique des maisons départementales des personnes handicapées rendra cet élargissement au champ du handicap plus facile.

Monsieur LE GOFF demande s'il est prévu que les services sociaux spécialisés soient associés aux plate-formes.

Monsieur BOUGEARD indique que l'on y retrouvera l'ensemble des services présents sur le territoire car il s'agit de plate-formes de coordination des acteurs locaux.

Orientations

- Rendre l'information de premier niveau claire, accessible et permettant d'appréhender correctement la situation ;

- Mettre en place un relais de proximité de la MDA reposant sur les acteurs locaux ;

- Poursuivre le travail de mobilisation des intercommunalités afin qu'elles s'engagent dans ces dispositifs de proximité.

1.2. Un accompagnement de proximité des familles

La mise en œuvre du plan personnalisé de compensation peut s'avérer difficile pour certaines personnes handicapées et/ou leurs familles.

Les familles ont besoin d'accompagnement pour que la décision de la MDPH leur soit explicitée et pour savoir comment mettre en œuvre cette décision.

Échanges

Madame LE GALLO insiste sur le besoin d'accompagnement en amont des demandes ;

Monsieur BOUGEARD précise que cet accompagnement ne pourra pas se mettre en place pour toutes les démarches.

Madame GUIGO indique que le langage administratif est incompréhensible pour la plupart des usagers. Si on est efficace en amont, cela fait gagner du temps pour la suite.

Madame DEGOUEY indique que les services sociaux de la CAF se remobilisent autour de a question de l'accompagnement des familles.

Orientations

- Repérer et accompagner les familles nécessitant un accompagnement ;

- Développer un accompagnement de proximité.

II/ LES PERSONNES HANDICAPEES, LEURS FAMILLES ET LES LIEUX D'EXPRESSION

Les conseils de vie sociale (CVS) permettent de rééquilibrer la relation entre professionnels et usagers au sein des établissements médico-sociaux.

La compréhension des référentiels de qualité par les usagers n'est pas toujours évidente, ce qui demande du temps de préparation en amont des réunions des CVS afin de les rendre interactives.

Par ailleurs, d'autres formes d'instances de participation peuvent se mettre en place.

Intervention

Madame LE GALLO indique que des groupes de parole se sont mis en place dans le cadre des évaluations internes.

Orientations

Favoriser la participation active aux CVS en rendant accessibles les référentiels de qualité à l'ensemble des usagers ;

Favoriser la participation à d'autres formes d'instances telles que les groupes de parole.

III/ AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

3.1. L'accueil dans les hôpitaux

L'accueil dans les hôpitaux n'est pas toujours adapté aux personnes handicapées. Il est donc proposé de doter les hôpitaux de personnes ressources.

Échanges

Madame GUIGO précise qu'il reste de gros problèmes lorsqu'il y a des problèmes de communication.

Elle indique qu'il n'y a pas un handicap mais des formes multiples de handicap.

Madame LE GALLO indique que les conférences de territoire sont des instances où les partenariats entre associations d'usagers et hôpitaux fonctionnent.

Madame GUIGO précise qu'il n'y a qu'un seul représentant des handicaps sensoriels sur toute la Bretagne ;

Madame LE GALL précise que sur le territoire de Vannes, l'association Gabriel Deshayes est présente.

Monsieur BOUGEARD indique qu'il ne faut pas rendre l'hôpital maltraitant lorsque la personne handicapée est hospitalisée. Il faut un référent capable de connaitre la problématique et peut être de préparer l'hospitalisation.

Mme LEGALLO indique qu'on est parfois purement dans l'accès aux soins car il y a un refus d'hospitalisation au motif que la personne handicapée est prise en charge dans le médico-social. L'hospitalisation à domicile devrait changer la donne.

Orientations

- Doter les hôpitaux de personnes ressources « handicap » ;

- Renforcer les partenariats entre les établissements médico-sociaux et les hôpitaux afin de réduire les délais d'attente et de faciliter les retours en établissement ;

- Développer l'hospitalisation à domicile.

3.2. La fiche patient

Le comité technique régional de l'autisme a élaboré une fiche patient recensant les troubles de comportement, les types d'angoisse ainsi que les modalités de communication propres à chaque patient.

Cette fiche en cours d'expérimentation vise à améliorer les relations avec les professionnels de santé.

Échanges

Madame LE GALL précise que c'est l'ARS avec le CRA qui porte la fiche patient. Elle vise à améliorer les relations entre les familles et les professionnels de santé du secteur ambulatoire comme ceux

de l'hôpital. La fiche est en phase d'expérimentation à l'échelle de la région.

Madame GUIGO trouve cette fiche intéressante et souhaiterait qu'elle soit faite par type de handicap. Par ailleurs, elle précise que lorsque la personne handicapée est accompagnée par la famille, il est difficile qu'elle obtienne directement de l'information.

Monsieur BOUGEARD souligne la place première de l'usager.

Orientation

Étendre la fiche patient expérimentée par le CRA à l'ensemble des personnes handicapées.

3.3 L'accès aux soins libéraux

Les personnes en situation de handicap rencontrent souvent des difficultés d'accès aux soins libéraux car les locaux ne sont pas accessibles. De plus, elles peuvent ne pas pouvoir s'y déplacer dans la mesure où les taxis ne les souhaitent pas les transporter sur de courtes distances.

Échanges

Monsieur BOUGEARD précise qu'en milieu urbain, les personnes en situation de handicap peuvent faire appel aux TAD ;

Madame BLIN demande s'il existe des conventions avec les compagnies de taxi.

Madame LE GALLO indique qu'il en existe avec les établissements sociaux et médico-sociaux mais cela ne résout pas le problème de transport des personnes handicapées à domicile.

Orientation

Faciliter l'accès aux soins libéraux des personnes handicapées

IV/ FACILITER LA FLUIDITE DES PARCOURS

4.1. L'observation partagée des besoins

Le manque de places en services et établissements peut faire émerger des situations pouvant être considérées comme maltraitantes.

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que l'on doit tenir compte des parcours de vie des personnes handicapées et ainsi faire évoluer l'offre de réponses adaptées.

Madame LE GALLO indique que les jeunes parents regrettent l'absence de passerelles entre le milieu ordinaire et le milieu médico-social. Cette situation est souvent source de souffrance.

Orientation

Améliorer la connaissance des besoins des personnes handicapées afin de mieux appréhender les réponses à apporter sur les 6 territoires.

4.2. La coordination

Les personnes en situation de handicap peuvent être confrontées à des ruptures dans leur parcours de vie.

Échanges

Madame BOCH fait part de son expérience de la mise en place de la MAIA à Pontivy. Elle indique que ce dispositif a permis de mieux faire circuler l'information entre intervenants auprès de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. Au bout de 18 mois, elle pense que les personnes sont mieux prises en charge.

Monsieur BOUGEARD précise que pour les personnes âgées l'ARS finance des places dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans les SSIAD. Comme c''est temporaire, il faut prévoir des places en accueil de jour pour faire relais. Pourquoi ne pas développer cela pour les personnes handicapées.

Madame BOCH indique que pour l'enfance handicapée, la coordination pose problème ;

Madame LE GALL précise qu'il y a un panachage des partenaires dans lequel il faudra intégrer l'Éducation nationale.

Orientation

- Construire des réponses variées avec des passerelles permettant aux personnes handicapées d'avoir un parcours sur un même territoire ;

- Favoriser la coordination des acteurs.

4.3. Mieux connaître le champ du handicap

L'accompagnement des personnes handicapées nécessite des connaissances précises et étendues dont ne disposent pas toujours les acteurs de proximité.

Intervention

Madame LE GALLO précise qu'il y a un travail en cours à l'ADAPEI pour renforcer l'accompagnement social des familles.

Orientations

- S'appuyer sur les services sociaux spécialisés comme structures ressources sur le champ du handicap ;

- Modifier les programmes de formation des professionnels intervenant auprès des personnes handicapées afin qu'ils disposent d'un socle de connaissances relatives à la palette des prises en charge existantes.

V/ LA DEMARCHE QUALITE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

5.1 Les personnes handicapées présentant des troubles de comportement

Les personnels des établissements et services accueillant des personnes handicapées peuvent parfois se retrouver en difficulté face aux troubles du comportement présentés par certains de leurs résidents.

Échanges

Madame LE GALLO précise que les professionnels de l'ADAPEI commencent à être formés à la prise en charge de ces troubles de comportement notamment en ce qui concerne le repérage ; Car, ces troubles peuvent être le symptôme d'une prise en charge inadaptée.

Madame BOCH indique qu'à l'origine des troubles de comportement il peut y avoir la non reconnaissance du droit à la

sexualité pour les jeunes adultes handicapés. Il précise que dans les autres pays Européens cette question est traitée. En France, il y a un retard.

Monsieur LE GOFF indique que l'une des problématiques pour les personnes avec handicap moteur est la non- acceptation des soins. Les professionnels souhaiteraient un soutien d'équipe mobile.

Orientations

- S'inspirer des unités cognitivo-comportementales mises en place dans les EHPAD afin d'aider le personnel à décrypter les troubles du comportement ;

- Disposer d'une équipe mobile sur laquelle pourraient s'appuyer les équipes des établissements et services.

5.2 Les contrats d'objectifs et de moyens

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent constituer un outil d'amélioration de la qualité et de promotion de la bientraitance. Ces contrats sont signés entre une autorité de tarification et un établissement ou service qui gère un panel de services.

Échanges

Monsieur BOUGEARD précise que le CPOM consiste à confier au gestionnaire une enveloppe financière qui doit permettre de faire évoluer l'offre de services en facilitant les passerelles. La durée d'un CPOM est celle d'un schéma.

Madame LE GALL indique qu'il s'agit d'un outil de connaissance et de lisibilité pour l'autorité de tarification car cela permet de faire un état des lieux .Un point d'avancement est réalisé tous les ans.

Monsieur BOUGEARD indique que par ce moyen on redonne au gestionnaire l'initiative de la stratégie. On est dans la maitrise des dépenses.

Madame LE GALLO indique que le département n'est seulement l'autorité de tarification ; il est aussi porteur d'une politique et les prestataires sont là pour faire remonter les besoins et gérer. C'est porteur d'un partenariat.

Orientation

Expérimenter des CPOM entre le département et les services et établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap.

5.3 Les évaluations internes et externes

Les évaluations internes et externes sont chronophages car elles demandent un travail d'appropriation des recommandations de l'ANESM et de l'ANAP.

Or, le temps du référent qualité n'est pas reconnu budgétairement.

Échanges

Madame LE GALL indique que pour le moment l'ARS est dans une phase de mise en commun des outils d'évaluation.

En ce qui concerne les référentiels, il en existe une multitude car ceux-ci ne sont pas déterminés par une réglementation.

En revanche, il existe des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM ;

Monsieur LE GOFF précise qu'en ce qui concerne le temps passé c'est dû au fait que les professionnels doivent diffuser les référentiels de qualité auprès des usagers.

Monsieur BOUGEARD indique que cela doit se faire tout au long de l'année, dans le mode de fonctionnement de la structure.

La première évaluation peut prendre plus de temps. Les suivantes seront moins chronophages.

Orientation

Développer des partenariats afin de disposer d'un référent qualité qui interviendra sur plusieurs structures.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
VIE SOCIALE

Date : 15 novembre 2012 14H30-17H
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Président : M. Patrick LE DIFFON
Rapporteur : Mme Béatrice GEORGES
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

Mme Louise BOCK	ADMR
Mme Elodie COUDOUEL	ADMR
Mme Delphine COURTY-CORBEL	APF
Mme Catherine GAUTIER	AMISEP
Mme Aline GUENNEC	Mutualité française Finistère-Morbihan
Mme Jeanne GUIGO	Oreille et Vie
Mme HERVE-LAJUSTICIA	Oreille et Vie
Mme Marie-Françoise LE GALLO	ADAPEI 56

Personnes excusées :

Mme Marie-Françoise DELIERE	EPSM Morbihan
Mme Catherine DRILHON	AIMET
Mme Hélène FICHEUX-EVEN	Foyer de vie et EHPAD de Férel
Dr Loïc LE MOIGNE	EPSM Charcot
Mme Marie-Laure MARTIN-LE MOULLEC	EPSMS Vallée du Loch de Grand-Champ
Mme Claire MUZELLEC-KABOUCHE	ARS
Mme Martine NORMAND-GRALL	CPAM
M. Alain PIERS	UDCCAS
M. Joseph SAMSON	Conseiller général
Mme Aline VIELLE-BOUSSION	DDCS

INTRODUCTION

Madame GEORGES ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Elle rappelle que le groupe technique « Vie sociale » s'est réuni à trois reprises, abordant les thématiques de l'accès des personnes handicapées au logement et aux transports, ainsi qu'au tourisme, loisirs, culture et sport.

Au cours de ces débats, différentes propositions ont émergé pour permettre une meilleure inclusion sociale des personnes handicapées dans la cité, et que la notion de « vivre ensemble » prenne toute son importance.

Les réflexions de ces groupes techniques sont donc soumises au groupe de travail, chargé de les valider avant qu'elles soient présentées au comité du schéma.

Ces propositions se déclinent ainsi qui suit.

I/ ETRE BIEN INFORME

1.1. Accéder à un fichier départemental de l'offre de logements locatifs sociaux adaptés

Il existe au niveau départemental un fichier commun aux bailleurs sociaux, regroupant l'ensemble des demandes de logements sociaux, et dans lequel il peut être spécifié le type de handicap présenté par les demandeurs.

De la même manière, afin d'améliorer la visibilité de l'offre existante, un fichier similaire répertoriant l'offre pourrait être élaboré, opérant une classification des logements de manière à distinguer ceux dits accessibles, ceux jugés adaptés et ceux d'ores et déjà adaptés.

Échanges

Madame GEORGES précise que Lorient Agglomération a débuté le recensement de cette offre, et rappelle que l'une des difficultés est de s'accorder sur la définition du logement adapté.

Madame COURTY-CORBEL confirme qu'il est important de déterminer comment se fait la distinction entre les logements accessibles, adaptables et adaptés.

Monsieur BOUGEARD indique que les opérateurs sociaux s'appuient sur les obligations réglementaires du bâti, et non sur l'adaptabilité à chaque personne.

Madame GUENNEC confirme que la personnalisation se fait dans un second temps, grâce à l'aide technique.

Madame LE GALLO met également l'accent sur l'environnement du logement, dont l'accessibilité est tout aussi importante que celle du logement lui-même.

Monsieur LE DIFFON indique faire partie du conseil d'administration d'un bailleur social, dont la commission d'attribution du logement statue en fonction de critères tels que la mixité et l'accès aux services de proximité. Il indique que les personnes en situation de handicap sont ciblées de manière prioritaire.

Madame COURTY-CORBEL s'interroge sur les marges de manœuvre du conseil général en la matière.

Monsieur BOUGEARD rappelle que le conseil général est pilote de la politique « handicap » sur le département, et qu'il attribue des aides à la pierre pour la construction de logements sociaux.

Orientation

Créer un fichier départemental commun de l'offre de logements locatifs sociaux, distinguant les logements accessibles, adaptables et adaptés.

1.2. Accéder à l'offre sportive, culturelle et touristique

De nombreuses initiatives ont été prises dans le domaine du tourisme, afin d'améliorer l'accessibilité des structures aux personnes en situation de handicap. Le comité départemental du tourisme a ainsi créé un guide répertoriant l'ensemble des sites et équipements accessibles.

Ces initiatives étant fortement appréciées par le public handicapé, le groupe technique suggère de les étendre aux domaines du sport et de la culture.

Échanges

Madame GEORGES précise qu'il s'agit de permettre une plus grande transparence de l'offre.

Madame GUIGO confirme que des efforts sont faits en matière d'accessibilité pour un certain nombre de handicaps, mais qu'ils restent rares en matière de surdité, notamment dans le domaine du sport. Concernant l'offre touristique, de plus en plus d'accueils avec matériel adapté sont proposés, mais le personnel manque parfois de formation pour les utiliser. Elle regrette également que le label Tourisme & Handicap « surdité » soit parfois attribué alors même qu'il n'y a pas d'accès.

Selon Madame COURTY-CORBEL, la démarche des labels est efficace, mais il faudrait une distinction entre ce qui relève de l'obligation 2015 et ce qui va au-delà.

Madame LE GALLO insiste sur la nécessité de penser l'accessibilité pour tous les types de handicap en amont de la création des structures, car une fois installées, leurs modifications sont très coûteuses.

Orientation

Conforter la démarche de mise en accessibilité des structures touristiques, et l'étendre aux domaines du sport et de la culture.

1.3. Se repérer dans l'offre

Dans le domaine du tourisme, la mise en place du label « Tourisme & Handicap » a permis une meilleure visibilité des équipements accessibles.

Ce label est de plus en plus reconnu et recherché par les personnes handicapées, et permet d'inciter les prestataires à bien intégrer les normes d'accessibilité, voire à les dépasser ; le groupe technique suggère donc de les développer.

Orientation

Poursuivre les procédures de labellisation des structures et activités touristiques, sportives et culturelles.

II/ PARTICIPER À LA VIE CITOYENNE

2.1. Participer aux instances de réflexion

Certains types de handicap sont peu présents dans les commissions d'accessibilité, ce qui est dommageable pour la prise de décisions.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées, notamment le fait que les normes sont essentiellement orientées vers le handicap physique, que ces représentations demandent beaucoup de disponibilité, de technicité (ex : le travail se fait essentiellement sur plan, ce qui n'est pas adapté au handicap visuel), et d'accessibilité à un langage professionnel.

Par ailleurs, la participation à ces réunions induit des frais de transports pouvant être élevés.

La représentation de chaque type de handicap dans ces commissions étant très importante car elle permet d'apporter des visions complémentaires, les membres du groupe technique proposent d'adapter les outils, les supports de travail et la logistique à tous les types de handicap, et de mettre en place un défraiement des déplacements.

Échanges

Madame COURTY-CORBEL indique que ce constat est valable pour la commission départementale, mais également pour les commissions communales et intercommunales.

Elle évoque le manque de disponibilité des bénévoles pour participer à ces commissions.

Elle suggère également de réfléchir aux différentes formations pouvant leur être proposées, par exemple sur la notion d'accessibilité universelle, ou sur la loi du 11 février 2005.

Madame LE GALLO pointe quant à elle la difficulté pour certains auto-représentants de prendre la parole en public, notamment les personnes porteuses de handicap psychique, intellectuel ou autistes, ce qui demande une grande patience et la familiarisation au handicap des différents interlocuteurs.

Selon elle, il est très important que ces personnes soient présentes aux commissions, car elles sont les premières concernées par les différents projets.

Elle rappelle que les règlements internes des foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont présentés avec des pictogrammes, afin de faciliter la compréhension par les personnes présentant un handicap intellectuel. Elle suggère d'extrapoler ce genre d'outils aux différentes commissions.

Madame GUIGO évoque également la difficulté d'accès aux documents pour les personnes mal ou non voyantes.

Orientations

- Effectuer un travail d'adaptation des outils, des supports de travail, de la logistique afin de faciliter la participation de tous les membres des commissions ;

- Mettre en place un défraiement des déplacements.

2.2. Partager toute activité avec son entourage immédiat

De plus en plus de lieux sont rendus accessibles aux personnes handicapées ; cependant les zones dédiées sont souvent à l'écart des autres places, ce qui rend difficile pour une personne handicapée d'envisager une sortie avec des personnes valides.

Il est donc important que les porteurs de projet soient sensibilisés à cette problématique, afin que les places dédiées aux personnes handicapées soient davantage intégrées.

Échanges

Selon Madame LE GALLO, l'intervention du conseil général est limitée dans ce domaine, hormis le soutien aux associations dans leurs démarches de communication.

Monsieur BOUGEARD rappelle cependant que la préoccupation de l'accessibilité peut relever du conseil général, même si ce n'est pas de sa compétence (ex : aide apportée aux petits commerces souhaitant se mettre en accessibilité).

Orientation

Sensibiliser les différents acteurs sur l'intégration des places dédiées aux personnes handicapées dans les lieux qui leur sont rendus accessibles.

2.3. La PCH « Vie sociale » pour mieux participer à la vie citoyenne

La chaîne de déplacements ne peut parfois être effective qu'avec la mise en place d'un accompagnement adapté. Ainsi par exemple, une personne handicapée psychique ou intellectuelle ne pourra se déplacer sans aide humaine.

Dans le cadre de la PCH vie sociale, une personne handicapée peut bénéficier d'une heure d'aide humaine par jour, ce qui est insuffisant pour les personnes handicapées psychiques ou intellectuelles.

La PCH « vie sociale » telle qu'elle est appliquée demeure insuffisante pour vivre parmi les autres.

Échanges

Monsieur BOUGEARD rappelle que l'attribution de la PCH est encadrée par les textes réglementaires.

Madame COURTY-CORBEL indique que ces textes ne sont pas appliqués de la même manière dans tous les départements. Elle évoque ainsi la PCH « vie sociale – parentalité » qui existe dans le département d'Ille-et-Vilaine, mais pas dans le Morbihan.

Madame LE GALLO évoque l'accompagnement de la parentalité des personnes handicapées, qu'il s'agisse de l'accompagnement de l'enfant ou des parents dans l'exercice de leur parentalité. Selon elle, un tel accompagnement permettrait aux enfants de pouvoir rester dans leur famille.

Elle indique que le SAVS de l'ADAPEI accompagne 19 enfants nés de parents porteurs de handicap intellectuel, mais que ce suivi n'est pas reconnu en tant que tel. Elle indique de certaines expérimentations sont menées dans d'autres départements, et suggère de s'en inspirer.

Madame GAUTIER indique que des réunions régulières avec les services de protection de l'enfance permettent de maintenir l'enfant dans sa famille, et ainsi de ne pas le stigmatiser.

Orientation

Adapter la PCH « vie sociale » pour favoriser la participation à la vie citoyenne.

III/ BENEFICIER D'UNE EQUITE TERRITORIALE

3.1. Avoir un égal accès aux services de transport à la demande

Les autorités organisatrices de transports (AOT) n'ont actuellement pas les mêmes critères d'éligibilité aux services de transport à la demande.

Les membres du groupe technique suggèrent donc d'étudier la faisabilité d'une charte déontologique commune aux différentes AOT, afin d'harmoniser la politique d'accessibilité au niveau départemental et de garantir l'égalité de traitement des personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire morbihannais.

Échanges

Selon Monsieur BOUGEARD, avant d'élaborer une charte commune, il conviendrait dans un premier temps de réaliser un état des lieux des disparités.

Madame COURTY-CORBEL rappelle que cela relève de la compétence des communautés d'agglomération.

Orientation

Dresser un état des lieux des disparités des critères d'éligibilité aux services de transports à la demande, en vue à terme de réaliser une charte déontologique commune aux différentes AOT.

3.2. Avoir un égal accès à la société quel que soit son handicap

Certains types de handicap semblent davantage mis en avant dans le cadre de la mise en accessibilité, notamment le handicap physique, au détriment des handicaps dits « non visibles » que sont le handicap intellectuel, psychique ou sensoriel.

Il semble donc important de sensibiliser les acteurs à ces types de handicap.

Échanges

Madame GUIGO évoque la difficulté pour les personnes présentant une déficience visuelle d'emprunter les transports en commun.

Monsieur BOUGEARD indique que le schéma départemental des transports sera annexé au schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2013-2017.

Orientation

Mener des actions de sensibilisation aux handicaps dits « non visibles ».

3.3. Accéder plus facilement au parc privé de logements

Les propriétaires bailleurs, contrairement aux bailleurs sociaux, n'ont aucune obligation de mettre en accessibilité leurs logements.

Des contraintes pèsent sur eux, par exemple en matière de consommation énergétique ; il pourrait être intéressant de s'en inspirer pour mettre en place des contraintes d'accessibilité. Cela pourrait être inclus dans le programme d'actions territorial du département, qui définit les critères d'attribution des aides accordées par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique qu'un travail est actuellement en cours sur la problématique des crédits de l'ANAH.

Orientation

Aider à la mise en accessibilité des logements du parc privé.

3.4. Accéder aux commerces de proximité sur l'ensemble du territoire

Le département du Morbihan a mis en place plusieurs mesures en faveur de la mise en accessibilité, en encourageant notamment les 5 500 petits commerces du département à se conformer aux normes d'accessibilité, via le dispositif « Commerces pour tous ».

De même, pour les transports, le département verse une subvention de 30% pour la mise en place de transports locaux, avec une majoration de 10% jusqu'en 2015 si le service est adapté aux personnes à mobilité réduite. Le département a également mis en place un dispositif de subventionnement qui permet aux communes de bénéficier d'une aide de 50% pour la mise en accessibilité des arrêts de cars.

Les membres du groupe technique suggèrent de développer ces incitations financières.

Échanges

Monsieur BOUGEARD rappelle que le conseil général a montré l'exemple en votant l'aide aux petits commerces souhaitant se mettre en accessibilité.

Madame COURTY-CORBEL indique que des réunions d'information se tiendront jusqu'en mars 2013.

Orientation

Poursuivre et étendre les incitations financières du département pour la mise en accessibilité.

IV/ MOBILISER LA SOCIETE AUTOUR DES PROBLEMATIQUES LIEES AUX SITUATIONS DE HANDICAP

4.1. Faire évoluer le regard de la société

Orientation

Poursuivre les campagnes de sensibilisation du grand public aux problématiques du handicap.

4.2. Développer les formations spécifiques aux handicaps dans toutes les branches professionnelles

Il est important que l'ensemble des acteurs soient sensibilisés et formés aux problématiques des personnes handicapées.

Par exemple, la prise en compte par les constructeurs des critères d'accessibilité aux personnes en situation de handicap, en amont des projets de construction ou d'aménagement, réduirait de manière importante les travaux de mise aux normes par la suite.

Échanges

Il est indiqué que des formations sont déjà mises en place dans le secteur du bâtiment.

Madame GUENNEC évoque les formations organisées par la Mutualité française Bretagne à destination des artisans, afin de les sensibiliser aux handicaps.

Madame COURTY-CORBEL évoque également les formations dispensées par l'APF.

Orientation

Conforter les formations aux handicaps de l'ensemble des acteurs.

4.3. Le partenariat local avec les associations pour inclure les personnes handicapées

De nombreuses initiatives ont été prises en ce sens, notamment dans le domaine du sport (mise à disposition d'un éducateur de la ville de Vannes au Véloce vannetais afin de permettre la mise en place d'une activité de foot-fauteuil) et de la culture (convention de partenariat entre un SAVS et le Centre Athéna d'Auray permettant l'accès aux œuvres des résidents).

Les membres du groupe technique suggèrent que ces démarches de partenariat soient renforcées.

Échanges

Selon Monsieur BOUGEARD, cela renvoie aux partenaires locaux que sont les communes et les intercommunalités.

Madame GUIGO rappelle que si de nombreuses initiatives ont été prises, elles concernent très peu la surdité, et qu'une réflexion reste à mener sur ce domaine.

Monsieur LE DIFFON indique que des formations peuvent être envisagées dans les grandes villes, qui ont des réseaux d'éducateurs pouvant intervenir directement auprès des associations pour les sensibiliser aux handicaps.

Orientation

Renforcer le partenariat local avec les associations.

4.4. Les aides à l'accessibilité sur le département

Les collectivités et les associations sont régulièrement sollicitées par différents publics envisageant d'effectuer des travaux de mise en accessibilité et souhaitant connaître les différentes aides existant en la matière.

Cependant, un guide exhaustif des aides existantes étant trop compliqué à mettre en place, compte tenu de leur évolution constante et de la diversité des réponses à apporter, il est proposé d'élaborer un annuaire des interlocuteurs à contacter.

Échanges

Madame GEORGES indique que cela concerne une multitude d'interlocuteurs et différents financeurs.

Elle précise que le groupe technique ne s'est pas prononcé sur qui pilote la mise en place de ce guide.

Madame GUIGO regrette que ce guide se limite aux aides financières.

Orientation

Réaliser un annuaire des interlocuteurs à contacter en matière d'aides à la mise en accessibilité.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE PRECOCE

Date : 17 JANVIER 2013 9H30-12H00
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Président : Mme Yvette ANNEE
Animateur : M. Hervé BOUGEARD
Rapporteur : Docteur Martine BORNE
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

Mme Brigitte EVENNOU	CG 56
Mme Fabienne GUINARD	EDUCATION NATIONALE
M LE GAL	SESSAD A DENN ASKELL (MUTUALITE FRANÇAISE)
Mme Audrey LE GALL	DT 56 ARS
M Luciano LE GOFF	APF

Personnes excusées :

Monsieur DUPIN	EPSM MORBIHAN
Mme Catherine DRILHON	AIMET
Docteur HOUANG	EPSM CHARCOT
Mme Catherine LE FLOCH	ADAPEI 56
M Sébastien MAILLARD	KERVIHAN
M Alain PIERS	UDCCAS
M Philippe SCHABAILLIE	GABRIEL DESHAYES
M Christian TABIASCO	CG 56
Mme Aline VIELLE -BOUSSION	DDCS

INTRODUCTION

Madame ANNEE ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Elle rappelle que le groupe technique « Dépistage et prise en charge précoce » s'est réuni à deux reprises.

A / LES FAMILLES FACE À L'ANNONCE DU HANDICAP

I/ LE DEPISTAGE DÈS LE PLUS JEUNE ÂGE ET LES FAMILLES

1.1 Les enfants vulnérables et le risque d'handicaps

Il existe des populations d'enfants dits « « à risque » qui nécessitent un dépistage précoce et une prise en charge spécifique.

Les réseaux d'AVAL ont pour mission d'assurer dès la naissance un suivi attentif des nouveaux nés vulnérables (grands prématurés ou nouveaux nés avec pathologie périnatale) grâce notamment à un diagnostic précoce des difficultés de développement.

Le réseau Périnat 56 s'inscrit dans une démarche régionale de réseau pour la prise en charge des nouveaux nés vulnérables en contribuant à la mise en place d'un réseau d'AVAL dans le Morbihan.

Échanges

Le Docteur Borne précise que le réseau d'AVAL est opérant dans les départements du Finistère et des Côtes d'Armor. Il est en train de se structurer dans le Morbihan et l'Ille Vilaine.

Orientations

Poursuivre le partenariat avec Périnat 56, les CAMSP et les services de néonatologie

Être attentif au déploiement de réseau Aval 56 sur le département

Être destinataire du cahier des charges régional qui harmonise les moyens de dépistage et de suivi pour les enfants vulnérables

1.2 La PMI, une place majeure dans le dépistage précoce à l'école maternelle

Les services de la PMI mènent auprès des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans des actions de prévention, de dépistage systématique de pathologies sensorielles et/ou psychologiques et de conseil aux familles.

La PMI couvre 20% des bilans obligatoires 3 - 4 ans en écoles maternelles.

Échanges

Le Docteur BORNE indique que les bilans 3 – 4 ans dans les écoles maternelles portent sur du dépistage de handicaps sensoriels, troubles de comportement, troubles des apprentissages

et retard de langage. Ce dépistage ne se fait pas uniformément sur tout le département.

Madame GUINARD précise que dans le département du Morbihan le taux est supérieur au taux national:48% des enfants de moins de 6 ans bénéficient d'un bilan de santé. Elle indique que les enseignants sont les premiers niveaux de repérage des troubles de langage.

Orientation

Garantir l'équité territoriale en matière de dépistage organisé et obligatoire notamment dans les écoles maternelles tant par la PMI que par l'éducation nationale.

II/ L'INFORMATION DES FAMILLES ET L'ACCUEIL DE PREMIER NIVEAU

Les familles peuvent être démunies face à la complexité des démarches

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que les futures plate-formes Autonomie pourraient être les lieux d'information pour les parents.

Monsieur LE GAL insiste sur les difficultés que rencontrent les parents ; ces derniers sont amenés à répéter souvent les mêmes choses. Pourquoi faire des demandes de renouvellement de droits lorsque les évolutions des situations de handicap sont mineures ?

Il indique que plus l'information concernant le champ des handicaps se trouvera dans les dispositifs de droit commun, plus il deviendra naturel de gérer les situations de handicap.

Orientation

Renforcer l'accueil de premier niveau des parents en dotant la MDA de ressources supplémentaires en accompagnement social.

B / LE SOUTIEN À LA VIE FAMILIALE

I/ L'ACCUEIL DES ENFANTS DE 4/6 ANS NON SCOLARISABLES

Il n'existe pas de lieu de prise en charge spécifique pour les enfants de 4 à 6 ans non scolarisables. Les membres du groupe technique proposent de créer des lieux type jardin d'éveil.

Échanges

Le Docteur BORNE précise qu'un seul lieu existe : celui de la presqu'ile de RHUYS .Un projet est à l'étude à Étel.

Les jardins d'éveil sont financés par les collectivités locales et sont souvent adossés aux écoles.

Monsieur LE GOFF propose que l'on équipe ces lieux de salles multi sensorielles.

Orientation

Développer les lieux type « jardin d'éveil « dont certains pourraient être adossés à un CAMSP en vue de faciliter l'accès aux soins tout en proposant un mode d'accueil qualifié et adapté.

II/ L'ACCOMPAGNEMENT DES ASSISTANTS MATERNELS ET FAMILIAUX DANS L'ACCUEIL D'UN ENFANT HANDICAPE

Les réticences à l'accueil d'enfants handicapés restent fortes parmi les assistants maternels et les assistants familiaux

Échanges

Le Docteur BORNE précise qu'il peut y avoir une reconnaissance financière de la difficulté d'accueil d'un enfant handicapé par la CAF. Cependant, la majoration n'est pas suffisante car l'assistant maternel peut perdre la garde de 2 à 3 places.

Monsieur BOUGEARD indique que les assistants familiaux bénéficient de la majoration de budget d'entretien pour les enfants handicapés.

Monsieur LE GAL précise qu'il y a des assistants maternels qui souhaitent accueillir plusieurs enfants handicapés et souhaitent les accompagner.

Le Docteur BORNE souligne que des assistants maternels sont dans cette démarche mais qu'ils ont besoin d'une personne ressource pour les soutenir dans cet accueil.

Orientations

Former les assistants maternels et familiaux aux handicaps ;

Identifier une personne ressource venant en appui pour les assistants maternels et familiaux qui accueillent un enfant handicapé ;

Mieux valoriser dans la rémunération des assistants maternels et familiaux les conséquences de cet accueil sur la diminution du nombre d'enfants et la charge de travail supplémentaire.

III/ LES SOLUTIONS DE REPIT

Les parents ont besoin de souffler et de développer une vie sociale

Les structures proposant des modalités d'accueil temporaire sont saturées notamment en période de vacances scolaires

Échanges

Monsieur LE GAL évoque les hospitalisations de frères ou sœurs d'enfants handicapés qui génèrent des situations d'urgence difficile à gérer pour les parents. Il propose de dédier une place pour les accueils d'urgence. Il précise qu'il y a des enfants vulnérables qui ne peuvent se rendre en établissements médico-sociaux.

Madame ANNEE précise que tout multi-accueil a l'obligation de prévoir des places d'accueil d'urgence.

Monsieur LE GOFF indique que l'accueil temporaire et le baluchonnage peuvent être des solutions de

Madame LE GALL indique qu'une antenne de l'établissement Arc en ciel de Quistinic (12 places) accueillant les enfants handicapés en accueil temporaire s'est ouverte à Plescop.

Orientations

Développer les places d'accueil temporaire ;

Développer les solutions ponctuelles de répit pour les parents dans les multi-accueils et jardins d'éveil.

IV/ LE SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS DES MULTIACCUEILS ET CLSH

Les personnels des multi-accueils souhaitent pouvoir partager avec des professionnels du handicap sur des situations particulières.

Échanges

Madame ANNEE indique que le médecin référent peut être cette personne ressources.

Le Docteur BORNE précise que ce médecin est présent 2 heures par mois dans les multi-accueils. Elle indique qu'il n y' a pas de médecin référent dans les micro-crèches.

Monsieur LE GAL indique que parfois les équipes de multi-accueils ne savent pas comment faire notamment avec les appareillages des enfants handicapés moteurs.

Madame GUINARD indique que dans les cas d'enfant handicapé scolarisé la famille peut échanger avec l'enseignant référent pour exprimer des besoins particuliers. Cette personne devient ensuite l'interlocuteur de l'équipe pédagogique.

Madame LE GALL indique que la DDCS du Morbihan en partenariat avec la CAF a entrepris un travail visant à faciliter l'accueil des enfants handicapés dans les lieux d'accueils pour jeunes mineurs. Des malles pédagogiques ont été conçues et un pôle ressources a été créé pour accompagner les professionnels.

Madame ANNEE indique que le multi-accueil de Saint-Vincent-sur-Oust a fait le choix d'embaucher une psychomotricienne qui est mutualisée avec des multi-accueils d'autres communes.

Monsieur LE GAL propose de développer des équipes mobiles spécialisées et lieux ressources.

Orientations

- Renforcer la formation aux professionnels ;
- Diffuser les plaquettes d'information ;
- Mutualiser les professionnels ressources ;
- S'appuyer sur les médecins référents.

V / LE SOUTIEN FINANCIER DU DEPARTEMENT A L'ACCUEIL D'ENFANTS HANDICAPES DANS LES MULTIACCUEILS

Depuis deux ans, le département du Morbihan mène des actions spécifiques pour aider les multi-accueils à accueillir les enfants handicapés. Ainsi, le temps supplémentaire en aide humaine et les besoins en matériel adapté pour ces enfants sont compensés à hauteur de 50% du surcoût de l'accueil.

Échanges

Le Docteur BORNE précise que l'aide concerne le temps de prise en charge en nursing pendant le temps d'accueil et non le besoin de prise en charge éducative.

Par ailleurs, certaines familles pourraient être amenées à effectuer des trajets A/R pouvant aller de 20 km à 50 km pour se rendre dans un multi-accueil adapté d'Auray (ouverture en septembre 2013).

Monsieur BOUGEARD indique que le département commence la réflexion concernant la prise en charge des frais de transport. Il faudrait voir avec la CDAPH pour un éventuel financement par l'AEEH ou la PCH.

Madame ANNEE précise que par ailleurs tout multi-accueil a l'obligation d'accueillir un enfant handicapé jusqu'à l'âge de 6 ans.

Le Docteur BORNE indique refuser d'octroyer certaines dérogations d'âge pour des enfants de troubles de comportements sévères mettant en danger la sécurité des autres enfants.

Monsieur BOUGEARD relève qu'il existe un risque d'embolisation des places du multi-accueil adapté par les enfants y restant jusqu'à l'âge de 6 ans.

Orientations

- Poursuivre l'accompagnement financier par le département du Morbihan des multi-accueils dans la prise en charge des enfants handicapés ;
- Entamer une réflexion sur des modalités de soutien aux familles pour réduire les coûts de transport vers le multi-accueil adapté d'Auray.

C / L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL AUX FAMILLES

I/ LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE PAR LES CAMSP

1.1 L'offre de places en CAMSP

L'offre de places en centres d'action médico-sociale précoce demeure insuffisante pour répondre aux besoins et est inégalement répartie sur le territoire.

Échanges

Madame LE GALL précise que la création d'un CAMSP de 50 places est programmée pour Pontivy-Loudéac.

Madame ANNEE indique que le souhait du département du Morbihan est que ce CAMSP couvre le territoire de Pontivy et Ploërmel.

Le Docteur Borne indique par ailleurs qu'un questionnement se fait autour du territoire de Redon.

Orientation

Ouvrir de nouvelles places en CAMSP de façon à proposer une prise en charge accessible à moins de 30 minutes du domicile qui couvre les territoires de Pontivy et de Ploërmel.

1.2 La gradation de la prise en charge en CAMSP et l'offre de soins libérale

Le département du Morbihan dispose de deux CAMSP polyvalents situés à Lorient, Vannes et un CAMSP spécialisé déficiences sensorielles à Auray. Les délais d'attente pour une admission en CAMSP sont trop longs.

Aussi, pour désengorger les CAMSP, il est recommandé de créer un réseau à partir des CAMSP pour augmenter le nombre d'enfants pris en charge et ainsi d'étayer l'offre de soins en s'appuyant sur certains professionnels du secteur libéral.

Échanges

Monsieur LE GOFF indique que les kinésithérapeutes des services de l'APF ont formé des kinésithérapeutes libéraux notamment en ce qui concerne l'appareillage des personnes handicapées moteur.

Orientations

- Renforcer à partir des CAMSP le maillage territorial et favoriser la gradation de la prise en charge en s'appuyant sur les professionnels de santé libéraux pour mieux répondre aux familles ;

- Former les professionnels de santé libéraux en appui des CAMSP pour une réponse de proximité ;

- Agir auprès des caisses de sécurité sociale pour rembourser les séances de psychomotricité, d'ergothérapie ainsi que les consultations de psychologue en lien avec les CAMSP pour une réponse de proximité ;

- Conforter les CAMSP dans leur rôle de garant du parcours de soins pour la famille et leurs enfants handicapés.

1.3 Les frais de transport

Les familles et les enfants handicapés sont confrontés à des difficultés de prise en charge des frais de transport pour se rendre au CAMSP : la CPAM ne prend plus en charge les frais de transport.

Échanges

Madame BOURION de la CPAM Morbihan a indiqué par téléphone qu'une prise en charge était à nouveau effective.

Orientation

Garantir le paiement des frais de transport nécessaire à la prise en charge par les CAMSP quel que soit le régime d'assurance maladie des parents.

II/ LA PRISE EN CHARGE PRECOCE PAR LES SESSAD

2.1. L'offre de places en SESSAD

On dénombre 400 enfants sur les listes d'attente des SESSAD dans le Morbihan

Échanges

Madame LE GALL indique qu'aucune place de SESSAD supplémentaire n'est prévue au PRIAC 2013/2016. Elle l'explique par le fait que le taux d'équipement départemental est supérieur au taux national.

Le Docteur BORNE précise que le taux de prématurés est supérieur au taux national.

Madame EVENNOU indique qu'il pourrait avoir création par redéploiement.

Monsieur BOUGEARD précise qu'il convient d'inscrire le besoin dans le schéma départemental.

Monsieur LE GOFF indique qu'il est possible de faire évoluer les réponses des SESSAD. Par exemple, les professionnels des SESSAD vont former avec le soutien de l'école les professionnels libéraux en vue d'un accompagnement des familles.

À défaut de création de places de SESSAD, il faudrait réfléchir à d'autres types de réponse du style « places de coordination ». Les professionnels du SESSAD s'appuient sur des professionnels libéraux tout en coordonnant le parcours de vie. Cela aurait le mérite de résorber les listes d'attente.

Madame LE GALL précise qu'une place de SESSAD en coordination permettrait de faire 4/5 suivis d'enfants.

Orientations

- Créer des places en SESSAD ;

- A défaut, faire évoluer les modalités d'intervention des SESSAD pour répondre aux orientations de la CDAPH et aux familles.

2.2 La prise en charge en SESSAD dès la reconnaissance du handicap

Certains enfants autistes ou présentant des troubles de développement ont besoin d'une prise en charge par un SESSAD dès que leur handicap est reconnu.

Or, dans le département du Morbihan, la CDAPH prend la décision d'orienter à l'âge de 6 ans.

Échanges

Monsieur LE GOFF précise que la durée moyenne de la prise en charge en SESSAD est de moins de 5 ans.

Orientation

Orienter en SESSAD à partir du plan personnalisé de compensation pour une prise en charge adaptée dès la reconnaissance du handicap.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
INCLUSION SOCIALE ET SCOLAIRE

Date : 6 DECEMBRE 2012 14H30-17H30
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Président : Mme Yvette ANNEE
Rapporteur : M Bertrand LE TOUX
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

M Hervé BOUGEARD	CG 56
Mme Catherine DRILHON	AIMET
Mme Brigitte EVENNOU	CG 56
Mme Fabienne GUINARD	EDUCATION NATIONALE
Mme Elisabeth JEHANNO	ASSOCIATION KERVIHAN
Docteur Philippe HOUANG	EPSM CHARCOT
Mme Audrey LE GALL	DT 56 ARS
M Luciano LE GOFF	APF
M Philippe SCHABAILLIE	GABRIEL DESHAYES

Personnes excusées :

Docteur Jacques DUPIN	EPSM MORBIHAN
M Bruno LE GAL	SESSAD A DENN ASKELL – MUTUALITE FRANCAISE
Mme Catherine LE FLOCH	ADAPEI 56
M Alain PIERS	UDCCAS
M Christian TABIASCO	CG 56
Mme Aline VIELLE BOUSSION	DDCS

INTRODUCTION

Madame ANNEE ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

I/ POURSUIVRE L'INCLUSION SCOLAIRE DES ENFANTS HANDICAPES

1.1 Un effort significatif pour améliorer l'inclusion scolaire dans le Morbihan

Dans le Morbihan, l'inclusion scolaire des élèves handicapés a progressé de 89% en 6 ans.

Cette évolution est dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 : chaque enfant bénéficie dans la mesure du possible d'un apprentissage en milieu ordinaire d'où l'importance de la scolarisation en milieu ordinaire (par exemple, sur 10 enfants pris en charge par un SESSAD, 9 sont scolarisés).

➢ Privilégier les scolarités partagées

La scolarisation individuelle recouvre des réalités très différentes allant de la scolarité à temps plein à la présence en classe quelques heures par semaine, la prise en charge pouvant être faite en établissement médico-social le reste du temps.

Le développement des scolarités dites partagées doit être privilégié. L'un des freins à leur développement réside dans le système de tarification à la journée. Ce frein peut être partiellement levé lorsque les établissements sont financés par une dotation globale centralisée consécutivement à la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens CPOM.

Échanges

Monsieur LE TOUX précise que les CPOM permettent plus de souplesse. Des CPOM sont déjà engagés avec certaines associations telles que l'ADEPEP, l'ADAPEI.

Madame GUINARD précise que cela met en jeu les services de transport du conseil général. Lorsque les temps d'inclusion scolaire sont courts, ce sont les ESMS qui prennent en charge le transport. Lorsqu'il y a une orientation 50% du temps en IME, 50% du temps en CLIS, par exemple, le conseil général prend en charge le transport.

Madame LE GALL indique que la tarification à l'activité peut être un frein mais cela n'empêche pas la scolarité partagée.

Madame ANNEE indique que par journée c'est plus simple que par demi-journée.

Madame LE GALL précise que c'est facturé comme une journée.

Madame GUINARD indique que cela prend aussi du temps en coordination.

Monsieur SCHABAILLIE précise que cela prend un quart du temps par rapport aux actions directes.

Orientation

Favoriser le développement des scolarités partagées en levant les freins liés à la tarification et aux transports

➢ Inclure dans les établissements scolaires grâce aux classes externalisées

Des établissements s'inscrivent dans une dynamique de « scolarisation en milieu classique » en développant des classes « externalisées » en milieu scolaire ordinaire.

Il s'agit notamment de l'IME de Séné et de Kerdiret à Ploemeur, de l'IES Gabriel Deshayes qui n'a plus d'unité d'enseignement en interne mais uniquement des classes spécialisées externalisées dans les établissements scolaires et de l'IME Ange Guépin qui a ouvert trois antennes dans les lycées professionnels.

Ces modalités de scolarisation s'étant révélées probantes, les membres du groupe technique proposent de les développer.

Échanges

Le Docteur HOUANG précise que cela pose le problème de la proximité entre les deux structures. Lorsqu'il y a trop de distance, il faut un éducateur sur place.

Monsieur BOUGEARD souhaite savoir ce qui signifie « développer ces modalités ».

Madame LE GALL précise qu'il s'agit de recenser les établissements avec lesquels des partenariats pourraient se mettre en place avec l'Éducation nationale.

Madame GUINARD indique qu'à Bréhan, Inguiniel, Saint-Jacut, Questembert, Plumelec une réflexion est en cours mais il faut des locaux.

Monsieur SCHABAILLIE précise que la question patrimoniale est importante.

Madame GUINARD ajoute que l'Éducation nationale peut également se heurter à la problématique suivante : les enseignants sont du secteur public mais l'école de proximité est une école privée. Dans ce cas, c'est difficile d'externaliser.

Orientation

Développement des classes « externalisées » dans les établissements scolaires.

➢ Maintenir en scolarisation ordinaire et orienter en ITEP

Il a été évoqué lors du groupe technique la nécessité de rappeler qu'une orientation en établissement médico-social (notamment en ITEP) ne signifie pas nécessairement la suspension de la scolarité du jeune dans sa classe d'origine en milieu ordinaire.

Échanges

Madame GUINARD indique qu'il s'agissait du constat du représentant d'un ITEP mais tous les ITEP ne fonctionnent pas de la même manière.

Monsieur SCABAILLIE précise que cette remarque n'est pas à généraliser.

Le Docteur HOUANG pense que cette remarque est importante pour tous les ITEP.

Par ailleurs, il indique que des ITEP de proximité manquent. Par exemple, sur le territoire 3, il n'y a pas d'ITEP pro.

Madame LE GALL précise qu'un ITEP a ouvert à Guidel. Il y a un ITEP pro à Rieux. Elle précise qu'il n'y en a pas dans tous les départements.

Orientation

Créer des places en ITEP pro et maintenir la scolarisation en milieu ordinaire.

➢ Résoudre la problématique des transports

Le critère du taux d'incapacité conditionnant la gratuité des transports scolaires en CLIS ou en ULIS ne parait pas judicieux au regard de la loi du 11 février 2005. Il conviendrait plutôt de tenir compte des capacités de l'élève à utiliser les transports en commun en raison de la gravité de son handicap médicalement établie.

La prise en charge des transports par le département ne peut être réalisée lorsque l'enfant est scolarisé sur une demi-journée. Or cette modalité de scolarisation est adaptée dans de nombreuses situations.

Les membres du groupe technique proposent que l'accès aux transports à la demande qui est actuellement réservé aux étudiants soit étendu aux collégiens. Il est précisé que faute de transport adapté, un collégien peut renoncer à un stage.

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que les transports à la demande relèvent des agglomérations.

Madame GUINARD précise qu'un élève de Pontivy qui devait faire un stage à Lorient a été confronté à ce problème. Elle indique que les correspondances de transport interurbain sur ce trajet compliquaient le déplacement.

Monsieur LE GOFF souligne que cela pose la question de l'accessibilité des lignes interurbaines.

Madame ANNEE précise que le département répond aux demandes même si le taux d'incapacité est inférieur à 50%. En revanche, si une famille vivant à Redon (qui est dotée d'un SEGPA) prend la décision de scolariser son enfant dans une SEGPA de Questembert, elle devra assumer elle-même les frais de transport.

Orientation

Adapter la prise en charge des transports à la demande pour garantir l'inclusion scolaire.

➢ Les unités d'enseignement intégrées dans les établissements médico-sociaux

Les membres du groupe technique ont noté que le fonctionnement des unités d'enseignement intégrées dans les établissements médico-sociaux et la qualité des partenariats développés avec l'Éducation nationale n'appellent pas de critiques.

Échanges

Madame Année indique qu'il est demandé que ce partenariat soit poursuivi. Elle précise que dans certains instituts accueillants des

publics spécifiques tels que les enfants polyhandicapés et les autistes profonds il n'y a pas d'enseignant.

Madame LE GALL précise que l'établissement de Kervihan a un enseignant depuis un an mais ce temps de présence n'est pas suffisant ;

Madame JEHANNO confirme que le temps d'évaluation est très court et que cela n'est donc pas suffisant.

Madame GUINARD précise que l'Éducation nationale privilégie depuis 2005 le milieu ordinaire et tient compte de ses moyens. De gros efforts sont faits depuis 4 ans et ont été portés sur le développement des CLIS et ULIS.

Monsieur LE TOUX précise que le développement est considérable puisqu'il est de 40 places par an.

1.2. Accompagner les familles dans l'inclusion scolaire en développant l'offre de places en SESSAD

En 2012, le département compte 543 places de SESSAD.

Le taux d'équipement pour 1 000 jeunes est de 2,8 places alors que la moyenne régionale est de 3 places pour 1 000 jeunes. Ce taux est à relativiser car la moyenne nationale qui est de 2,6.

Malgré les efforts récents de création de places en SESSAD, les services sont saturés. Les listes d'attente sont importantes. Environ 350 enfants attendent une place parfois depuis plus de deux ans.

Les membres du groupe technique proposent de poursuivre la programmation de places de SESSAD.

Échanges

Monsieur LE TOUX précise que le taux d'équipement en SESSAD doit s'analyser au regard des autres dispositifs comme les CMPP.

Le Docteur HOUANG confirme que les SESSAD sont saturés.

Il indique qu'une collaboration étroite entre l'ARS et l'Éducation nationale est nécessaire pour garantir une concordance entre les créations de CLIS et ULIS et les créations de SESSAD. Les professeurs en CLIS ou ULIS se retrouvent isolés sans SESSAD.

Monsieur LE GOFF indique le SESSAD ne peut être remplacé par un CMPP.

Madame LE GALL précise que la région Bretagne n'a pas de financement pour le développement des SESSAD car le taux d'équipement est supérieur à la moyenne nationale.

Monsieur BOUGEARD souligne l'inadéquation entre les besoins ressentis au niveau départemental et les politiques nationales.

Madame LE GALL précise que l'ARS envisage un redéploiement de places en établissement pour financer des places en services médico-sociaux. Elle indique que l'ARS conduit actuellement une réflexion sur les modalités d'intervention des SESSAD. Ceux-ci pourraient être financés en dotation globale. Cela apporterait plus de souplesse.

Monsieur SCHABAILLIE indique que l'idée est intéressante.

Orientation

Répondre aux orientations SESSAD délivrées aux familles en créant des places.

1.3. L'inclusion scolaire, les familles et les admissions tardives en établissement médico-social

Les établissements médico-sociaux sont souvent confrontés à des admissions tardives qui peuvent s'avérer pénalisantes pour les enfants et adolescents particulièrement ceux approchant leur vingtième année.

Les membres du groupe technique préconisent de faire cheminer les parents vers une prise en charge en établissement médico-social lorsque l'inclusion scolaire s'avère inadaptée.

Il est noté que certains parents ont une représentation négative des établissements médico-sociaux et préfèrent parfois déscolariser leur enfant plutôt que le laisser intégrer un IME.

Toutefois, cette attitude a tendance à régresser notamment en raison du fait que des stages en IME sont régulièrement proposés aux élèves d'ULIS. À l'issue de ces stages, 80 % des élèves souhaitent intégrer un IME, les autres optant pour l'ULIS pro..

Pour faciliter ce relais, le groupe technique préconise d'anticiper les sorties et d'instaurer plusieurs partenariats : entre les SESSAD et les SAVS/SAMSAH ; avec le réseau des entreprises pour faciliter l'insertion professionnelle ; avec les universités ; avec les missions locales ; avec les ESAT ; entre les ULIS pro et le SESSAD pro GRAFIC qui accompagne les jeunes adultes au-delà de l'âge de 20 ans.

Monsieur LE TOUX précise que par exemple certains enfants autistes intègrent une CLIS puis une ULIS collège mais ne sont pas en capacité d'intégrer une ULIS lycée ou une ULIS pro.

Il a également été constaté que le passage des dispositifs « enfants » vers les dispositifs « adultes » peut être difficile à faire admettre.

Échanges

Le Docteur HOUANG indique qu'un certain nombre de parents sont attachés à l'inclusion scolaire mais le dispositif SESSAD/ inclusion scolaire n'est pas toujours suffisamment contenant. Les enfants pourraient être orientés plus tôt en établissement médico-social.

Il précise que les prises en charge à temps partiel Inclusion scolaire/ IME peuvent être aidantes pour les familles. Elles leur permettent de cheminer.

Monsieur LE TOUX indique que la CDAPH est confrontée à des situations d'enfants en souffrance en milieu scolaire et qu'un travail avec les parents est à mener.

Orientations

- Faire cheminer les parents vers une prise en charge en établissement médico-social lorsque l'inclusion scolaire s'avère inadaptée ;

- Réhabiliter l'image des IME auprès des familles en proposant des stages, des solutions à temps partiel, des classes externalisées ;

- Anticiper les sorties des dispositifs enfants vers les dispositifs adultes et instaurer des partenariats pour faciliter ces relais ;

- Développer les missions d'accompagnement et d'insertion professionnelle ;

- Anticiper la barrière des 20 ans afin d'éviter les ruptures de parcours.

II/ FAVORISER L'INCLUSION SOCIALE DES ENFANTS HANDICAPES

2.1. Mieux inclure les enfants handicapés dans les activités périscolaires (ACM)

Depuis 2009, la DDCS a engagé des actions pour adapter les accueils de mineurs (ACM) aux enfants et adolescents porteurs de handicaps.

La DDCS a ainsi mené une étude à partir d'envoi de questionnaires qui vise à déterminer les besoins des 278 déclarants organisateurs de loisirs du Morbihan pour adapter leurs accueils aux enfants et adolescents handicapés.

Des temps de coordination (3 à 4 fois par an) et de formation ont été mis en place à destination des directeurs d'ACM qui ont été placés en immersion en IME et ITEP afin de faciliter les rencontres entre les professionnels de l'éducation populaire et les professionnels du secteur médico-social.

Des malles pédagogiques ont été cofinancées par la DDCS et la CAF à disposition des accueils de mineurs. Elles comportent des livres à destination des enfants dès 3 ans, des jeux pédagogiques et d'intégration, des livres à destination des animateurs, des films.

Les membres du groupe technique soutiennent ces actions visant à faciliter l'accueil des enfants et adolescents handicapés dans les accueils de mineurs.

Échanges

Le Docteur HOUANG estime que tous les enfants ne sont pas à égalité. Selon lui, cela dépend de la dynamique de la commune où réside l'enfant. Dans certaines communes, une prise en charge est possible, dans d'autres ce n'est pas le cas ; C'est très important que les enfants présentant un handicap psychique puissent participer aux activités proposées par les accueils de mineurs.

Madame LE GALL souligne qu'il y a actuellement une phase de rencontre et un souhait de travailler ensemble entre les professionnels de l'éducation populaire et du médico-social.

Madame ANNE précise que le BAFA comporte une spécialisation « Handicaps ». Selon elle, il conviendrait de la renforcer.

Monsieur LE GOFF précise que cela fait partie des missions des SESSAD d'accompagner les enfants et les adolescents dans les activités sportives et de loisirs et de rencontrer les animateurs pour expliquer le handicap.

Monsieur SCHABAILLIE confirme ce rôle de personne ressource pour les autres intervenants dans la vie de l'enfant.

Orientation

Soutenir les actions visant à faciliter l'accueil des enfants et adolescents handicapés dans les accueils périscolaires

2.2. Faciliter l'accès aux séjours de vacances agréés

La CDAPH s'attache actuellement à se doter de règles précises pour prendre en charge au titre de la PCH (volet charges exceptionnelles) les surcoûts liés au handicap dans les séjours de vacances agréées.

Ces travaux viendront également alimenter le règlement départemental d'aide sociale.

Échanges

Monsieur LE TOUX précise que cela concerne davantage les adultes.

Madame ANNEE précise que le travail est achevé et qu'un groupe autisme a été mis en place.

III/ FLUIDIFIER LES PARCOURS DES ENFANTS

3.1. Les jeunes bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance pris en charge dans un ESMS

Il a été constaté qu'un pourcentage croissant d'enfants accueillis dans les établissements et services médico-sociaux bénéficient d'une assistance éducative.

Dans la plupart des cas, la collaboration entre le secteur de la protection de l'enfance et le secteur médico-social s'établit correctement.

Les membres du groupe technique estiment qu'il parait nécessaire dans certains cas d'identifier les périmètres d'intervention respectifs et d'appréhender le risque de « glissement » d'un secteur à l'autre.

Aussi, ils proposent de recenser les jeunes bénéficiaires d'une mesure de protection de l'enfance qui sont pris en charge dans un établissement ou service médico-social. Puis en second lieu ils suggèrent de procéder à l'examen de ces situations au sein d'une cellule de suivi qui se réunira en tant que de besoin et qui intègrerait en son sein des représentants de la délégation territoriale de l'ARS et du département.

Échanges

Madame LE GALL précise que Le groupe technique avait également proposé la participation de représentants de la MDA dans la cellule de suivi.

Madame ANNEE indique que la MDA n'était présente dans les travaux d'élaboration du schéma de la protection de l'enfance. Cette problématique aurait dû être abordée dans ce schéma.

Madame GUINARD précise que le public cible est constitué d'enfants orientés en ITEP. Les problématiques sont alors imbriquées.

Madame EVENNOU précise qu'elle avait constaté lors d'une visite de conformité à la Sauvegarde que sur 11 jeunes en ITEP, 9 relevaient du SAPHIR (placement familial).

Monsieur BOUGEARD indique qu'il faut réunir les acteurs de la protection de l'enfance avant de faire une préconisation. Il précise que la problématique pour les services de la protection de l'enfance de prendre en charge des enfants handicapés n'a été abordée dans aucune instance.

Monsieur SCHABAILLIE indique que ce sont deux secteurs qui ne se connaissent pas bien.

Monsieur BOUGEARD indique que par exemple les services de la protection de l'enfance ne peuvent pas anticiper l'orientation d'un jeune handicapé de 16 ans. Il convient de les aider.

Madame GUINARD estime qu'il s'agirait davantage d'une cellule de réflexion et de suivi.

Orientation

Constituer un groupe de travail sur cette problématique.

3.2. L'adaptation des IME aux nouveaux publics

L'inclusion scolaire tout comme la reconnaissance du handicap psychique ont conduit à un changement des publics en IME. Les établissements doivent s'adapter à de nouvelles populations d'où un besoin en professionnels médicaux et paramédicaux : pédopsychiatres, rééducateurs, infirmiers.

Échanges

Monsieur LE TOUX précise que les enfants auparavant pris en charge par les services de psychiatrie infanto-juvénile sont désormais dans les établissements et services médico-sociaux. Il s'agit d'enfants présentant des troubles du comportement. Pour les établissements de l'ADAPEI, les maintiens CRETON sont un facteur bloquant. Les listes d'attente sont très importantes en CPEA. Il y a une absence de prise en charge à l'hôpital.

Le Docteur HOUANG indique que l'hôpital de Charcot travaille de façon étroite avec les IMPRO.

En revanche, il indique qu'il n'y a pas d'hôpital de jour pour les adolescents. Les adolescents viennent à la Maison des Ados où de l'ambulatoire peut leur être proposé, ce qui n'est pas toujours suffisant.

Par ailleurs, il indique que grâce aux progrès de la médecine, il y a moins d'enfants présentant des déficiences organiques et génétiques d'où l'évolution de la population des IME. Les enfants présentant une dysharmonie du développement sont stabilisés grâce à l'hôpital de jour et peuvent donc être orientés en IME. Il n'y a pas de démission de la psychiatrie. Les prises en charge sont souvent conjointes (CPEA/IME). Il faut que les partenaires fassent preuve d'adaptabilité et de souplesse.

Monsieur LE TOUX souligne l'absence de représentants de la psychiatrie infanto-juvénile en groupe technique.

Le Docteur HOUANG indique que le manque de pédopsychiatres inquiète les professionnels de santé. Pendant un an, il n'y avait pas de pédopsychiatre en IME. Il note avec satisfaction que les équipes de liaison médico-sociale sont inscrites au PRS comme une réponse au besoin mais il faut des moyens. Il s'agit d'équipes mobiles de psychiatrie qui viennent dans les établissements et y délivrent des soins comme à l'hôpital. Ces équipes mobiles participent aux synthèses.

Madame LE GALL indique que les partenariats entre les pédopsychiatres et les établissements tiennent souvent aux personnes. Il faut dépasser cette personnalisation.

Orientations

- Mener une politique de formation des professionnels et des supervisions ;

- Compléter les plateaux techniques des IME de personnels médicaux et paramédicaux pour prendre en charge les populations nouvelles présentant des troubles associés ;

- Développer des partenariats avec les services de psychiatrie infanto-juvénile.

3.3. Les méthodes d'éducation alternatives ou expérimentales (ABA, TEACH, MAKATON,PECS).

La CDAPH constate une augmentation du nombre des parents d'enfants autistes ou déficients intellectuels sollicitant des prestations financières auprès de la MDA (PCH ou complément d'AEEH) pour financer des interventions de professionnels libéraux fondées sur des méthodes d'éducation alternatives ou expérimentales (ABA,TEACH, MAKATON,PECS).

L'ARS indique qu'une offre pluridisciplinaire va se mettre en place avec 10 formateurs relais pour la Bretagne.

Les membres du groupe technique souhaitent qu'une vigilance soit exercée au sein des SESSAD pour garantir la cohérence du projet de l'enfant. Ils proposent que les professionnels soient sensibilisés aux méthodes mentionnées dans les recommandations de l'HAS.

Échanges

Monsieur LE GOFF indique qu'il faut effectivement de la cohérence dans le projet de l'enfant. En revanche, il se dit plus circonspect sur la question de sensibiliser les professionnels car il faut que cela soit en lien avec le projet de service.

Monsieur LE TOUX précise que les membres du groupe technique souhaitent sensibiliser et non former les professionnels.

Madame LE GALL indique qu'il s'agit de permettre aux professionnels d'avoir une idée de ce que sont ces méthodes d'éducation alternatives. Elle précise qu'en Bretagne des formations de formateurs relais sur l'autisme ont eu lieu. Dans le Morbihan, 4 personnes ont été formées. Les échanges de pratiques sont encouragés.

Le Docteur HOUANG indique que le sujet est complexe mais qu'il convient d'être autocritique. Les recommandations de l'HAS concernant la prise en charge des autistes ont été communiquées en avril 2012. Il estime qu'il y aurait beaucoup moins de parents d'enfants autistes « errants » si les prises en charge des enfants autistes en CPEA ou IME prenaient en compte les stratégies éducatives et pédagogiques recommandées. Il convient de reconnaitre la spécificité de la prise en charge de l'autisme. Les stratégies éducatives sont distinctes par exemple de celles utilisées pour les enfants trisomiques. Selon lui, le service public n'apporte pas de réponses suffisamment claires mettant en œuvre les recommandations de l'HAS.

Monsieur SCHABAILLIE indique que les parents se tournent vers les professionnels du secteur libéral parce qu'ils ne trouvent pas de solution satisfaisante dans les établissements.

Le Docteur HOUANG ajoute qu'au-delà de sensibiliser, il convient de spécialiser.

Orientation

Mettre en œuvre les recommandations de l'HAS dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

3.4. Les jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants

Le nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants est stable au cours des trois dernières années. Il s'élève fin septembre 2012 à 118 avec une baisse significative, des orientations en foyer de vie en raison des ouvertures en 2012 de places au foyer Kerudo d'Auray (32 places) et du Roc St André (21 places). Cette tendance devrait également se constater pour les orientations FAM avec l'ouverture de 30 places au FAM de Bignan en novembre 2012.

Il est précisé que le PRIAC ne prévoit pas de création de places de MAS et de FAM. En revanche, des appels à projets pour des services sont probables.

Sur les 118 personnes Amendements Creton, 41 ont une orientation ESAT.

Selon les membres du groupe technique, une prise en charge sociale insuffisante expliquerait en partie cette situation, par exemple, lorsqu'il n'y a pas de foyer ou de dispositif d'accompagnement adossé à l'ESAT.

Il est également proposé une modularité du temps de travail pour permettre aux jeunes d'occuper une place d'ESAT.

Échanges

Madame ANNEE indique que beaucoup d'ESAT ont été créés.

Monsieur BOUGEARD indique ne pas comprendre le fait qu'une prise en charge sociale insuffisante ait été relevé car le département attend l'ouverture de places d'ESAT pour ouvrir des places d'hébergement ou d'accompagnement.

Madame LE GALL indique qu'à Lorient, pour 300 places d'ESAT, il n'y a que 12 places de foyer d'hébergement.

Monsieur BOUGEARD précise que d'autres solutions existent sur le pays de Lorient.

Madame LE GALL indique que le constat a été fait selon lequel le manque de solutions d'hébergement pourrait parfois freiner les sorties de structures d'enfants.

Le Docteur HOUANG indique que le problème essentiel est le manque de places d'ESAT.

Madame LE GALL précise que chaque année des places d'ESAT sont créées. En 2012, 15 ont été créées. Les années précédentes, 30 au minimum étaient créées.

Monsieur BOUGEARD indique que le département n'a pas été interpelé sur cette problématique.

Madame ANNEE indique qu'il convient de créer des places d'ESAT puis le département ajustera le nombre de places en accompagnement

Monsieur BOUGEARD précise que la tendance est de développer les services plutôt que les établissements.

Madame LE GALL précise que le taux d'équipement en services est très inférieur à la moyenne nationale.

Orientations

- Créer des places d'ESAT et proposer une modularité du temps de travail ;

- Répondre au besoin en accompagnement social des travailleurs d'ESAT.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Date : 23 novembre 2012 14H30-17H
Lieu : Hôtel du Département 56000 VANNES

Président : M. Jean-Rémy KERVARREC
Animateur : M. Hervé BOUGEARD
Rapporteurs : Mme Brigitte EVENNOU et Dr Michèle PAILLAT-CARBONELL
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

Mme Elodie COUDOUEL	ADMR
Mme Violette HERVE-LAJUSTICIA	Oreille et Vie
M. François HERVIEUX	Conseiller général du Morbihan
M. Ivan LECOURT	EPSM Morbihan
Mme Sandra LETHIEC	UDCCAS
Mme LE COCQ	Association Kervihan
M. Luciano LE GOFF	APF
M. Bernard MARTIN	Mutualité française Finistère-Morbihan
M. Jacques PASCO	AFTC
M. Gilles PUSSAT	
Mme Catherine RIOU	Conseil général du Morbihan – DGISS
M. Jean-Luc ROUGNANT	Établissement du Phare
M. Yann ZENATTI	ADAPEI 56

Personnes excusées :

Dr Jean DAUMER	EPSM Charcot
Mme Catherine DRILHON	AIMET
Mme Hélène FICHEUX-EVEN	Foyer de vie et EHPAD de Férel
M. Jean-Yves HINDRE	Association Le Moulin Vert
Mme Audrey LE GALL	ARS DT 56
M. Serge LE GOFF	DIRECCTE
M. Philippe SCHABAILLIE	Association Gabriel Deshayes
M. Eric VILLENEUVE	ADIEPH

INTRODUCTION

Monsieur KERVARREC ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Madame EVENNOU rappelle que le groupe technique « Vieillissement des personnes handicapées » s'est réuni à trois reprises, abordant les thématiques du processus du vieillissement des personnes handicapées, des personnes handicapées à domicile, de la vie dans la cité, et de la prise en charge institutionnelle.

Les réflexions de ces groupes techniques sont donc soumises au groupe de travail, chargé de les valider avant qu'elles soient présentées au comité du schéma.

Ces propositions se déclinent ainsi qui suit.

I/ LA PERSONNE HANDICAPEE CONFRONTEE AU VIELLISSEMENT

La personne handicapée est précocement touchée par le vieillissement d'où l'importance d'anticiper les réponses pour éviter notamment les ruptures dans l'accompagnement.

Les membres du groupe technique se sont accordés sur le fait que le processus de vieillissement auquel est confrontée la personne handicapée s'appuie sur une variété de symptômes.

IL faut tenir compte de l'âge (40-50 ans), du handicap, des changements de comportement (désinvestissement, mise en retrait, ralentissement du rythme de vie, plus grande fragilité physique et psychologique), du mode de vie et de la situation professionnelle, d'un recours plus important aux soins et à un accompagnement plus individualisé.

Ils doivent donc être abordés sur la base d'un examen approfondi du projet de vie de la personne concernée. Or, les grilles d'évaluation sont imparfaites ; elles apportent un éclairage sur les

besoins de la personne handicapée, mais ne rendent pas compte de son projet personnalisé et de son environnement de vie.

Un projet personnalisé tenant compte des besoins et de la situation de la personne handicapée confrontée au vieillissement devrait permettre de lui apporter des réponses adaptées.

Intervention

Madame EVENNOU rappelle que les personnes handicapées vieillissantes sont avant tout des personnes handicapées, confrontées à un processus de vieillissement.

Orientation

Aborder le vieillissement par le projet personnalisé de la personne handicapée, en respectant son libre choix, son autonomie et son consentement éclairé.

II/ LA PERSONNE HANDICAPEE VIEILLISSANT A SON DOMICILE

2.1. Importance du temps de coordination

Les professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées vieillissantes expriment un important besoin de coordination Les actions menées autour du projet individuel d'aide et d'accompagnement impliquent de la part des professionnels intervenant au domicile un bonne coordination.

La coordination permet d'anticiper les situations de crise, de mieux les gérer et de retarder l'admission en établissement.

Elle permet également aux professionnels de définir leurs propres limites d'intervention, et rend cohérentes leurs interventions autour de la personne accompagnée.

Pour permettre cette coordination, il faut clairement identifier un « référent- coordination », et que le temps de coordination soit reconnu dans les budgets des services prestataires d'aide à domicile.

Échanges

Monsieur LE GOFF souligne que les personnes et services intervenant à domicile sont pluriels (SAVS/SAMSAH, aide-ménagère, HAD, …), et que se pose la question du mandat ; les SAVS/SAMSAH semblent les plus adéquats, mais les autres services revendiquent une partie de la coordination.

Monsieur BOUGEARD rappelle que les SAVS/SAMSAH relèvent de la MDA et ont donc un mandat, ce qui n'est pas le cas de l'aide-ménagère.

Madame LE GALL confirme que lorsqu'un SAVS ou un SAMSAH intervient, il est reconnu comme étant le coordonnateur ; cependant, en leur absence, il est difficile de désigner un référent.

Selon Monsieur ZENATTI, cela varie selon les territoires et les acteurs présents.

Madame COUDOUEL soulève également le problème des participants aux réunions de coordination. En effet, les auxiliaires de vie interviennent au domicile, mais le temps de coordination n'étant pas reconnu, ce sont les responsables de service qui participent aux réunions de coordination.

Monsieur HERVIEUX regrette que des coordinations soient mises en place, mais que les professionnels en contact direct avec les personnes accompagnées y soient rarement intégrées.

Concernant la révision de la tarification des SAAD afin de prendre en compte le temps de coordination, Monsieur BOUGEARD rappelle que ces services sont le plus souvent polyvalents, et interviennent à la fois auprès des personnes handicapées et des personnes âgées.

Or, contrairement aux personnes handicapées, les personnes âgées sont soumises à des plafonds dans l'attribution de l'APA. Une augmentation des tarifs serait donc pénalisante pour elles.

Orientations

- Identifier le référent coordination ;

- Vérifier que le SAVS et le SAMSAH, quand ils existent, réalisent ce temps de coordination ;

- Étendre la sphère d'intervention des plate-formes d'information et de coordination en cas de défaut de coordination ;

- S'interroger sur le temps de coordination à prendre en compte dans la tarification des services prestataires SAAD.

2.2. Un soutien indispensable aux personnes handicapées et aux aidants familiaux

L'avancée en âge des personnes et de leurs familles nécessite un temps d'accompagnement plus important pour maintenir la vie à domicile.

La solitude, l'isolement voire le désœuvrement dans la journée des personnes handicapées vieillissantes peuvent compromettre leur vie à domicile.

Face à cet état de fait, des solutions d'urgence sont également à trouver lorsque la situation se dégrade brutalement.

Le recours à l'accueil temporaire, la recherche de solutions innovantes de soutien aux familles, les solutions de répit, la création de clubs pour personnes handicapées afin de créer des liens sociaux, la création des SAVS/SAMSAH permettent de garantir cette vie à domicile

Échanges

Madame EVENNOU indique que ces propositions visent également à éviter les ruptures brutales, par exemple en cas d'hospitalisation ou de décès des parents de la personne handicapée.

Elle précise que le précédent schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap avait adjoint l'accueil temporaire aux établissements existants, mais il est également possible de l'adosser à des solutions innovantes.

Selon Monsieur ZENATTI, il est important de prévoir des solutions de prise en charge en cas de dégradation rapide de l'état de santé des personnes handicapées à domicile, ce qui nécessite à la fois des décisions rapides de la MDA et le développement de solutions de repli (actuellement, ces personnes sont le plus souvent orientées vers l'hôpital public).

Orientations

- Développer l'accueil temporaire ;

- Développer des clubs pour personnes handicapées vieillissantes, de type club de l'ADAPEI, afin de rompre l'isolement ;

- Favoriser les initiatives innovantes telles que les services de remplacement d'aidants familiaux (« baluchonnage ») ;

- Créer des SAVS et des SAMSAH ;

- Soutenir les aidants par la mise en place de solutions de transition, de répit, et du temps de psychologue.

III/ LE VIEILLISSEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES EN INSTITUTION POUR HANDICAPEES

3.1. Un accompagnement à faire évoluer

Le besoin en accompagnement des personnes handicapées accueillies en établissement évolue avec leur avancée en âge. Ainsi, le besoin en soins et en temps d'accompagnement a tendance à s'accroître, tandis que le besoin en activités devient moins important.

Orientations

- Créer des unités spécifiques dans les établissements pour personnes handicapées tenant compte du processus de vieillissement ;

- Médicaliser partiellement les foyers de vie ;

- Créer des postes pour accompagner dignement le vieillissement.

3.2. La formation des professionnels

Les professionnels des établissements pour personnes handicapées ne sont pas toujours préparés pour apporter une réponse adaptée aux nouveaux besoins générés par le vieillissement de certains résidents.

Orientation

Mettre en œuvre un plan de formation adapté à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes au sein des établissements pour personnes handicapées.

3.3. La prise en charge des travailleurs handicapés retraités

La situation des travailleurs handicapés vieillissants résidant en foyer d'hébergement ou suivis par une UVE constitue une problématique particulière.

Pour ces personnes, le départ à la retraite signifie non seulement la perte de leur emploi, mais également de leur logement et la fin de leur prise en charge.

Plusieurs réponses ont été avancées :

- pour les personnes à domicile : permettre la poursuite de l'accompagnement (SAVS, UVE) et développer des aides financières spécifiques permettant le maintien à domicile ;

- pour les personnes en foyer d'hébergement : réorienter ces personnes vers un foyer de vie lorsque cette solution s'avère adaptée ; le cas échéant, créer des foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement.

- faciliter l'accueil des travailleurs handicapés retraités en EHPA par un accompagnement adapté, tout en veillant à leur solvabilité.

Échanges

Selon Monsieur ZENATTI, la poursuite de l'accompagnement par le SAVS ou l'UVE ne pourra se faire sans création de places dans ces services, pour éviter le risque d'embolie du système.

Madame RIOU souhaite apporter une précision concernant la solvabilité des personnes accueillies en EHPA, en précisant que l'aide sociale intervient dans la prise en charge des repas. Les personnes handicapées conservent un reste à vivre différent de celui des personnes âgées.

Monsieur BOUGEARD précise que le reste à vivre des personnes handicapées est trois fois supérieur à celui des personnes âgées, auquel s'ajoutent les différentes allocations (aide aux repas, allocation logement, AAH, …), ce qui devrait leur permettre de financer leur entrée en EHPA.

Madame LE GALL rappelle que tous les travailleurs d'ESAT en retraite ne bénéficient pas d'une retraite à taux plein. Certains d'entre eux continuent à travailler, malgré leur fatigabilité, pour acquérir suffisamment de droits à la retraite pour financer l'EHPA.

Concernant la création de foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement, Madame LE GALL estime que cela reviendrait à créer des foyers de vie spécialisés.

Madame EVENNOU précise que le public accueilli ne serait pas le même, puisqu'il s'agit de personnes présentant un degré d'autonomie supérieur, et ayant travaillé. Le projet d'établissement serait donc différent de celui d'un foyer de vie.

Orientations

- Tenir compte du lieu de vie et de l'environnement de la personne handicapée vieillissante ;

- Poursuivre l'accompagnement à domicile mené par l'UVE et le SAVS ;

- Compléter le maintien à domicile avec des aides financières spécifiques dédiées à l'hygiène, à l'entretien du domicile, aux repas ;

- Réorienter ces travailleurs handicapés retraités vers un foyer de vie lorsque celui-ci est adapté ;

- Créer des foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement ;

- Admettre en EHPA avec un accompagnement adapté tout en veillant à la solvabilité des personnes handicapées retraitées.

3.4. Le nécessaire partenariat avec les établissements pour personnes âgées

L'entrée en EHPA ou EHPAD engendre souvent une perte de repères pour les personnes handicapées, et peut être mal vécue si elle n'est pas correctement préparée.

Des passerelles entre les deux dispositifs seraient judicieuses.

Orientation

Créer des passerelles entre les établissements pour personnes handicapées et les EHPA et EHPAD.

Intervention complémentaire

Madame LETHIEC souligne que de nombreuses problématiques étant communes aux personnes handicapées et aux personnes âgées, il serait intéressant que les schémas départementaux concernant ces deux publics se recoupent.

IV/ LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES EN ETABLISSEMENT POUR PERSONNES AGEES

4.1. L'ouverture des EHPA aux personnes handicapées vieillissantes

Certaines personnes handicapées vieillissantes ont une capacité d'autonomie suffisante pour vivre en EHPA, à condition de bénéficier d'un soutien spécifique.

Orientation

Développer au sein des EHPA des prestations adaptées aux personnes handicapées vieillissantes, garantissant leur autonomie et la réalisation de leur projet de vie.

4.2. L'accueil en EHPAD des personnes handicapées vieillissantes dépendantes

Certaines personnes handicapées vieillissantes présentent une perte d'autonomie rapprochant leur besoin de prise en charge de celui des personnes âgées dépendantes.

Cependant actuellement, le projet d'établissement et la tarification des EHPAD ne sont pas adaptés à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes.

Des unités spécifiques dédiées aux personnes handicapées, adossées aux EHPAD, ayant un projet d'établissement adapté répondraient mieux à leurs besoins.

Échanges

Madame LE GALL indique que des unités dédiées au sein d'EHPAD avec un projet d'établissement propre ont été créées dans le Finistère.

Monsieur PUSSAT met en avant l'incohérence des projets des personnes âgées entrant en EHPAD à 80-90 ans et des personnes handicapées vieillissantes de moins de 60 ans. Il souligne également la difficulté pour les EHPAD de les accompagner en termes de projet de vie, faute de personnel formé.

En revanche, il évoque la possibilité pour les EHPAD d'apporter leur soutien à des structures spécialement dédiées aux personnes handicapées vieillissantes, notamment par le partage de temps de professionnels (personnel soignant, psychologue, …).

Monsieur BOUGEARD rappelle que cette proposition concerne les personnes handicapées dont la dépendance est proche de celle des personnes âgées.

Madame RIOU confirme que lorsque la dépendance prime sur le handicap, il n'est pas nécessaire d'ouvrir des unités spécifiques.

Selon Monsieur PUSSAT, même lorsqu'elles sont dépendantes, il peut être difficile pour des personnes handicapées de 60 ans d'entrer dans un établissement où la moyenne d'âge d'entrée est de 87 ans.

Monsieur LECOURT met en avant la problématique de l'accueil de personnes handicapées psychiques vieillissantes en EHPAD, lorsqu'elles présentent des troubles psychiques actifs.

Selon Monsieur HERVIEUX, l'EHPAD ne peut constituer une solution, du fait du manque de places pour les personnes âgées.

Monsieur ROUGNANT évoque l'expérience d'un accueil de jour pour traumatisés crâniens, qui avait mis en place des temps de partage avec les personnes âgées, même si les projets de prise en charge étaient différents, avec des personnels dédiés.

Madame LE GALL précise qu'un EHPAD ne dispose pas des mêmes moyens de médicalisation que les FAM ou les MAS. Elle rappelle par ailleurs que l'HAD peut désormais être mise en place au sein des établissements pour personnes handicapées.

Monsieur MARTIN confirme que pour certaines personnes handicapées (ex : autistes ayant vécu toute leur vie en établissement spécialisé), il est impossible d'envisager l'entrée en EHPAD. L'HAD au sein de leur établissement d'origine pourrait être une solution pour ces personnes.

Monsieur BOUGEARD rappelle qu'une expérimentation de FAM dédié aux personnes handicapées vieillissantes est actuellement en cours.

Orientation

Créer des unités spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes adossées aux EHPAD, avec un projet d'établissement adapté.

4.3. La prise en charge institutionnelle d'un public spécifique

Il existe une population peu connue des services en charge des personnes handicapées : les personnes de plus de 40 ans qui, après avoir eu une vie ordinaire, deviennent handicapées suite à un problème de santé.

Lorsqu'elles ne peuvent plus rester à domicile, elles bénéficient parfois de dérogations pour une prise en charge en EHPAD, mais cette situation n'est pas toujours satisfaisante.

Échanges

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL indique que ces personnes sont hospitalisées, mais qu'il est important de développer des solutions de sortie, car elles n'ont pas le profil pour intégrer un FAM ou une MAS.

Monsieur LECOURT indique que l'accueil temporaire peut être envisagé dans l'attente d'une solution plus pérenne.

Monsieur ZENATTI rappelle qu'il s'agit d'un accueil limité dans le temps, qui nécessite une solution de repli par la suite.

Selon Monsieur LE GOFF, l'accueil temporaire peut avoir une vocation à préparer une entrée en établissement.

Madame RIOU indique qu'environ 300 personnes handicapées se trouvent en établissements pour personnes âgées, dont une

centaine bénéficiant d'une dérogation d'âge. Il s'agit donc d'une population importante.

Monsieur BOUGEARD rappelle que les EHPAD sont déjà confrontés à un manque de places pour accueillir les personnes âgées.

Orientation

Créer des établissements médicalisés similaires aux USLD ou EHPAD, mais adaptés à un public plus jeune.

V/ LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES ET L'ACCUEIL FAMILIAL

Le dispositif d'accueil familial peut constituer une réponse adaptée pour les personnes handicapées vieillissantes disposant d'une certaine autonomie.

Échanges

Monsieur ZENATTI indique que cette solution est adaptée pour les personnes les plus autonomes, mais également pour les situations d'urgence, de manière transitoire.

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL rappelle que les familles d'accueil social ne peuvent les prendre en charge que dans certaines situations, et qu'il est important que les établissements recrutent leurs propres familles d'accueil.

Madame LE GALL indique que ce type de dispositif existe dans le secteur de la psychiatrie avec les familles d'accueil thérapeutique, mais également dans le secteur de l'enfance (conventions avec les établissements).

Orientations

- Développer le réseau de familles d'accueil ;

- Adosser ce réseau aux établissements pour personnes handicapées.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Date : 7 DECEMBRE 2012 14H30-17H30
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES
Président : M Patrick LE DIFFON
Rapporteur : Mme Brigitte EVENNOU
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

Mme Louise BOCK	ADMR
M Hervé BOUGEARD	CG56
Mme Elodie COUDOUEL	ADMR
Mme Armelle DELAPLACE	AIMET
Mme HERVE	Oreille et vie
M François HERVIEUX	CG56
Docteur Laurent LESTREZ	EPSM Charcot
Mme LE COCQ	Association KERVIHAN
M Ivan LECOURT	EPSM Morbihan
M Luciano LE GOFF	APF
Mme Anne LE ROUX	Mutualité française Finistère-Morbihan
Docteur Michèle PAILLAT-CARBONELL	CG56
M Jacques PASCO	Association AFTC
M Christian TABIASCO	CG56
M Yann ZENATTI	ADAPEI

Personnes excusées :

Mme Hélène FICHEUX-EVEN	Établissement public de Ferel
Mme Martine GALIPOT	DT56 ARS
M Jean Yves HINDRE	LE MOULIN VERT
M Serge LE GOFF	DIRECCTE
M Alain PIERS	UDCCAS
M Jean Luc ROUGNANT	Établissements du PHARE
M Philippe SCHABAILLIE	Association GABRIEL DESHAYES
M Eric VILLENEUVE	ADIEPH

INTRODUCTION

Monsieur LE DIFFON ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Il rappelle que le groupe technique « Accompagnement des personnes handicapées » s'est réuni à trois reprises.

Madame EVENNOU indique que ce groupe de travail s'est déjà réuni sur le thème du vieillissement des personnes handicapées. Aujourd'hui, le groupe va aborder celui de l'accompagnement.

Il s'agit de mieux prendre en compte les demandes des usagers et des familles et d'éviter les réponses par défaut avec un focus particulier sur les travailleurs d'ESAT.

Le constat majeur est qu'il s'agit d'un besoin évolutif. Par conséquent il faut adapter l'accompagnement à la personne, à son environnement et à son projet de vie. Cela requière de la souplesse, une adaptation constante, une réactivité face à une demande évolutive.

Il convient de réfléchir à une palette de solutions, d'innover, d'expérimenter pour mieux accompagner l'usager dans la cité.

I/ LE PROJET DE VIE DE LA PERSONNE HANDICAPEE : SA CONSTRUCTION, SON SUIVI

1.1 Le plan personnalisé de compensation : une approche globale pluridisciplinaire et adaptée pour la personne handicapée

Le projet de vie de la personne handicapée mérite d'être approfondi pour mieux tenir compte des attentes de la personne handicapée et de ses besoins et les attentes au regard de sa situation et de son environnement.

Échanges

Madame EVENNOU indique qu'élaborer un PPC adapté à la personne handicapée et construit avec cette dernière et son entourage renvoie aux moyens mis en œuvre par la MDA.

Plusieurs pistes ont été évoquées par le groupe technique : s'appuyer sur les assistantes sociales de secteur pour l'aide au montage du dossier ; faire appel aux compétences des

professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; renforcer l'équipe pluridisciplinaire de la MDA.

Monsieur ZENATTI indique que le projet de vie comporte une dimension sociale. Or, les effectifs de la MDA comprennent des professionnels de santé. Selon lui, des profils d'assistants sociaux pourraient être mis judicieusement à contribution. Il faut qu'il y ait des compétences pluri-professionnelles autour du projet de vie.

Monsieur TABIASCO précise qu'il y a 10 médecins à la MDA. Celle-ci dispose également de quelques travailleurs sociaux.

Mais la question qui porte sur le projet de vie de la personne est plus globale. Le service social départemental a une vocation polyvalente. Or, ce n'est pas simple d'accompagner les personnes handicapées même si toute personne qui se présente dans un centre médico-social est reçue. Cette question mérite d'être travaillée mais elle devra être portée par l'ensemble des institutionnels.

L'avant -projet de loi relatif à l'acte III de la décentralisation prévoit que les MDPH sont intégrées comme un service des services du département. Cela revient à demander aux départements d'être dans l'accompagnement social global. La question est complexe. Comment articuler un travail d'inclusion sociale global et les besoins des personnes handicapées.IL ne faut pas oublier toutes les attentes en accompagnement social

Madame HERVE confirme la nécessité de la prise en charge globale de la personne devenue sourde ou malentendante. Il faut qu'il y ait un accompagnement dans les démarches de la vie courante, de la vie professionnelle, de l'aménagement du logement. Elle pense qu'il y a encore beaucoup de travail à réaliser car pour l'instant, les interlocuteurs ce sont les associations mais elles n'ont pas les compétences pour répondre aux besoins des personnes.

Le Docteur LESTREZ indique être d'accord avec l'idée selon laquelle l'accompagnement doit être sanitaire mais aussi social. Il évoque une expérience actuellement en cours avec la MDA : un travail d'accompagnement d'une personne handicapée psychique est effectué par un psychiatre et une assistante sociale. Cette expérimentation qui allie un binôme sanitaire et social est intéressante. Elle démontre l'importance d'une évaluation dynamique et pas seulement sur dossier et la nécessité d'un accompagnement dans le temps.

Orientations

- Offrir à la personne handicapée et à son entourage un plan personnalisé de compensation qui soit un projet de vie partagé pour la personne handicapée ;

- Travailler en réseau avec les assistantes sociales de secteur ;

- S'appuyer sur les compétences des professionnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

- Renforcer l'équipe pluridisciplinaire de la MDA.

Les pistes évoquées par le groupe technique sont à approfondir à l'aune de l'avant-projet de loi relatif à l'acte III de la décentralisation.

1.2 La mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH

Il est important que les décisions de la CDAPH fassent l'objet d'un suivi. Certaines personnes se trouvent démunies face à leur notification d'orientation. Il manque des référents pour les aider dans leurs démarches.

Monsieur ZENATTI indique avoir perçu au travers des échanges dans les différents groupes techniques qu'il s'agirait dans le cadre du schéma départemental d'une part de ne pas recréer de la coordination ; cette mission de coordination doit être réappropriée par les acteurs eux-mêmes.

D'autre part, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées peut décliner ses grands axes sur les territoires infra-départementaux, pas seulement en termes de places mais en termes de coordination.

Monsieur TABIASCO confirme l'idée selon laquelle la coordination par couche n'apporte pas de réponse. Elle ne peut qu'éloigner. La réponse immédiate par le premier acteur doit être globale. Il appartient aux professionnels de s'assurer que l'information soit donnée pour éviter l'errance de l'usager. Comment mettre en place des gestionnaires de situation dans les cas complexes ? On entend des revendications de ce type dans le domaine du handicap

Dans certains cas, l'aide peut être apportée par une assistante sociale. Il n'est pas nécessaire de faire appel à des services de type loi 2002. Il peut être fait également appel à un service social spécialisé.

Monsieur LE GOFF précise que le service social spécialisé de l'association APF a pour objectif d'aider à la réalisation du PPC des personnes handicapées moteurs. Il est financé par une subvention du département. Il suit une file active de 300 personnes environ. Le travail de lien peut se faire à partir de l'assistante sociale de secteur.

Monsieur HERVIEUX rappelle que lors des travaux d'élaboration du schéma de la protection de l'enfance, les groupes de travail avaient ce même débat à savoir réponse spécialisée/ réponse généraliste. La notion de proximité est indispensable à définir car le département est trop grand pour assurer la fonction de généraliste.

Monsieur LE GOFF précise que les services sociaux spécialisés sont sollicités par les services sociaux polyvalents, on cherche d'abord une réponse globale puis on s'adresse au service social spécialisé.

Orientations

- Créer des lieux ressources ayant un rôle d'information, d'orientation et d'accompagnement vers les dispositifs ressources existants ou s'appuyer sur le service social départemental ;

- Cibler des services sociaux spécialisés.

Les difficultés rencontrées par les personnes handicapées bénéficiant d'une décision d'orientation questionnent la connaissance du dispositif social et médico-social existant.

Lorsqu'une personne handicapée sollicite un service ou un établissement social ou médico-social (ESMS) après une orientation, la demande peut s'avérer en-deçà du besoin réel.

Orientation

Permettre des périodes d'observation en amont de l'admission dans un ESMS, voire de la décision d'orientation de la CDAPH.

II/ LES PERSONNES HANDICAPEES ET LEUR ENTOURAGE : L'AIDE AUX AIDANTS

Les aidants familiaux éprouvent le besoin de soutien, de solutions de répit dans leur vie de tous les jours avec leur enfant handicapé. C'est leur reconnaître un droit d'exister en tant qu'individu et non pas seulement en tant que parent d'enfant handicapé.

Il est proposé de promouvoir le baluchonnage (garde à domicile spécialisée) et de développer l'accueil temporaire en institutions sociales et médico-sociales.

Échanges

Monsieur LECOURT indique qu'à la MAS de KERBLAYE, les places d'accueil de jour sont peu sollicitées.

Monsieur ZENATTI estime que les solutions d'accueil temporaire et de baluchonnage n'ont pas fonctionnée. Il pense que toutes les actions menées en faveur des personnes handicapées pourraient comporter un volet « aide aux aidants » tant cette notion est transversale.

Le Docteur LESTREZ indique que pouvoir accompagner et soutenir certaines institutions est en effet transversal.

Monsieur LE GOFF précise que l'expérience du baluchonnage menée par l'APF fonctionne. Par ailleurs, il cite les groupes de parole qui aident les aidants à intervenir et accompagner de manière plus adéquate.

Monsieur HERVIEUX évoque la formation des aidants en tant qu'une action intéressante à mener .Il suggère de créer un réseau de spécialistes autour d'un blog.

Orientations

- Promouvoir le baluchonnage et créer des places d'accueil temporaire dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, disposer d'un volant d'accueil familial ;

- Pour les aidants, susciter des groupes de parole, la création d'un blog.

III/ AUTONOMIE ET INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPEES : UN CHOIX DE VIE

3.1 Les personnes handicapées et l'inclusion dans la cité

- Les prestations d'aide sociale en complément pour vivre à domicile

La PCH n'intègre pas les activités domestiques nécessaires au maintien à domicile des personnes handicapées.

Les prestations d'aide-ménagère et d'aide aux repas relèvent de l'aide sociale et sont soumises à un plafond de ressources.

À défaut de disposer d'aides indispensables pour vivre à domicile, des personnes handicapées sont orientées vers des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le groupe de travail a proposé de déroger aux règles d'aide sociale pour les bénéficiaires de la PCH afin de leur permettre de vivre à domicile.

Intervention

Monsieur BOUGEARD indique que permettre des dérogations poserait problème dans la mesure où les personnes handicapées ne bénéficient pas de prestations spécifiques. Elles bénéficient des mêmes prestations que celles des personnes âgées.

- Le CESU

Le département du Morbihan adopte un outil de télégestion-télétransmission et le CESU pour l'octroi de la PCH aide humaine afin de faciliter le paiement des interventions à domicile.

Ce dispositif garantie l'autonomie des personnes handicapées (libre choix du mode de gestion des prestations, souplesse dans l'utilisation des CESU). Il permet la suppression du contrôle de l'effectivité de l'aide qui peut être mal vécue par l'usager. La personne handicapée reste actrice de son mode de vie.

Orientation

Le libre choix de la personne en situation de handicap et le maintien de son autonomie doivent être un des objectifs du CESU et de l'allocation de prestations d'aide sociale.

- Les séjours de rupture, un dispositif facilitateur pour maintenir à domicile

Les personnes handicapées qui vivent à domicile ou en établissement ont besoin de se ressourcer de solutions de répit ou de rupture.

Échanges

Monsieur BOUGEARD précise que les orientations nationales poussent les ARS au développement des solutions d'accueil temporaire et d'accueil de jour

Monsieur LECOURT demande si la question de la polyvalence/spécialisation concerne également l'accueil temporaire.

Madame EVENNOU précise qu'il est préférable que l'accueil temporaire ne soit pas trop ciblé car il reste alors des places vacantes. Il faudrait travailler à un cahier des charges « accueil temporaire ».

Monsieur LECOURT précise que certaines personnes admises en accueil temporaire suite par exemple à l'hospitalisation de l'aidant familial peuvent au final rester de façon durable dans l'établissement au détriment des personnes se trouvant sur liste d'attente.

Orientations

- Disposer d'accueillants familiaux pour des séjours de répit ;

- Créer des places d'accueil temporaire en établissement ;

- Permettre des séjours de rupture.

3.2 L'accompagnement social des travailleurs handicapés

- Les travailleurs handicapés en activité

Un accompagnement social adapté contribue à la réussite du projet professionnel des personnes handicapées ayant une « RQTH ». Le dispositif institutionnel existant s'avère insuffisant pour répondre aux orientations prises par la MDA.

Intervention

Monsieur ZENATTI pense qu'il vaut mieux être prudent sur la question de l'ouverture des SAVS aux personnes avec RQTH. Le handicap ne s'efface pas. Les passages de l'ESAT vers l'entreprise adaptée puis vers le milieu ordinaire ne peuvent se faire que grâce au maintien de l'accompagnement.

Orientations

- Poursuivre la création de places de SAVS pour les travailleurs d'ESAT ;

- Questionner le rôle des SAVS et leur sphère d'intervention.

➢ Les travailleurs handicapés retraités

Les personnes retraitées continuent à avoir besoin d'un accompagnement par une unité de vie extérieure « UVE» pour rester à domicile. Le besoin d'accompagnement des travailleurs d'ESAT ne prend pas fin à compter de la retraite. Le présent schéma avait pris comme mesure de poursuivre cet accompagnement au-delà de 60 ans pour ces travailleurs bénéficiant d'un SAVS.

Il est soulevé la même problématique pour l'accompagnement par les unités de vie extérieure.

Orientations

- Permettre aux travailleurs handicapés retraités de continuer de bénéficier de l'accompagnement en UVE ;

- Permettre le cumul PCH aide humaine/UVE.

3.3. Les personnes handicapées et l'égalité de l'offre territoriale en services sociaux et médico-sociaux

Les personnes handicapées vivant à domicile, voire dans leur famille, sont confrontées à des problèmes d'accès aux soins et peuvent souffrir d'isolement.

Il est proposé d'accroitre l'offre en SAVS et SAMSAH en prenant en compte le fait que les six territoires départementaux sont aujourd'hui inégalement couverts par ce type de services.

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que le département du Morbihan est en lien avec l'ARS sur le thème des SAVS/SAMSAH. En ce qui concerne les SAMSAH, il y a un fléchage sur le handicap psychique. Il précise que si on veut couvrir le territoire on ne pourra pas développer de SAMSAH spécialisés mais ils seront plutôt généralistes.

Monsieur ZENATTI indique que la question de la spécialisation des SAMSAH dépend du type de prestations. S'il s'agit de la mise en œuvre de prestations de soins, d'orthophonie, la polyvalence est très difficile. Sur Lorient, le SAMSAH 56 s'adresse aux handicaps sensoriel, psychique, moteur et à l'autisme. L'objectif est la coordination dans le cas de situations complexes. Il n'y a pas d'intervention. C'est ce qui permet au SAMSAH 56 d'être polyvalent.

Monsieur LE GOFF indique que le secteur médico-social est davantage sur de la spécialisation et qu'il ne faudrait pas changer ce paradigme. Selon lui, il faut davantage tenir compte des territoires. On peut envisager la polyvalence en faisant jouer la coopération.

Monsieur TABIASCO indique que la CNSA réfléchit à ces sujets que sont la poussée vers les accueils de jour, les services à domicile. Il précise qu'il n'existe pas de cahier des charges pour les SAMSAH ; ce qui entraîne comme l'ont souligné l'IGF et l'IGAS dans leur rapport d'octobre 2012 des écarts de coûts importants. Il serait intéressant d'avoir une réflexion départementale.

Monsieur BOUGEARD précise que la mise en place des plate-formes de services dans les territoires va inciter cette réflexion d'autant plus que les territoires morbihannais ne sont pas égaux entre eux dans l'offre de services.

Orientations

- Créer et étendre les capacités des SAVS pour garantir la vie à domicile sur l'ensemble des territoires (Personnes âgées / Personnes handicapées) tout en tenant compte de leurs spécificités ;

- Développer des SAMSAH polyvalents sur l'ensemble des territoires ;

- Mettre l'accent sur le nord et l'est du département pour le développement de services.

3.4. Les jeunes adultes handicapés en parcours scolaire ou universitaire

De jeunes adultes handicapés souhaitent poursuivre ou reprendre un parcours scolaire mais sont confrontés au refus des internats scolaires ou universitaires car inadaptés au besoin d'accompagnement.

Orientations

- Disposer de familles d'accueil pour des jeunes adultes handicapés en parcours scolaire ;

- Permettre aux étudiants de disposer d'un suivi SAVS ou SAMSAH ;

- Encourager l'adaptation des internats scolaires et des foyers de jeunes travailleurs aux étudiants handicapés ;

- S'inspirer du Service d'accompagnement et de soutien de Rennes Beaulieu.

3.5. Des solutions innovantes garantissant l'inclusion sociale

Certaines personnes handicapées ne souhaitent ni rester à domicile ni intégrer un établissement. Certaines solutions de logements regroupés de type colocation, logements intermédiaires, logements accompagnés semblent adaptées si le niveau d'accompagnement et de financement est sécurisé par le respect d'un cahier des charges.

L'intérêt de coupler ce dispositif avec la création de groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou de clubs pour personnes

handicapées pour lutter contre l'isolement et favoriser le lien social a été mis en avant.

Orientations

- Créer des logements regroupés (colocation), logements accompagnés sur l'ensemble des six territoires

- Couvrir les 6 territoires de GEM et de clubs pour personnes handicapées

IV/ L'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS L'EMPLOI

4.1 Le recrutement des personnes handicapées

Les membres du groupe technique proposent de renforcer l'action de recrutement des personnes handicapées dans les PME, avec le soutien du conseil général

Échanges

Monsieur BOUGEARD précise que le département n'est pas cité comme opérateur de la politique emploi des personnes handicapées. L'intervention du département ne pourra se faire indépendamment de la politique régionalisée conduite par la Région, l'AGEFIPH et la DIRECCTE.

4.2. L'expérimentation de l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées

L'expérimentation de l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées menée par la MDA ne concerne que les primo-demandeurs de l'AAH relevant du marché du travail ordinaire.

Une évaluation de l'employabilité est faite par Atlas prestations en amont de la décision de la CDAPH. Un suivi est effectué pendant un an par la MDA et CAP Emploi ou Pôle Emploi.

Échanges

Monsieur ZENATTI indique que 300 personnes orientées ESAT sont inscrites à Pôle Emploi. Ces personnes sont sans emploi et sans accompagnement. Pourraient-elles être accompagnées dans le cadre du pacte territorial de l'insertion ?

Monsieur TABIASCO répond qu'en principe elles pourraient l'être mais que dans les faits, cela n'est pas réalisé. L'avant-projet de loi de l'acte III fait émerger l'idée d'une globalisation de l'accompagnement social et professionnel.

Orientation

Élargir le dispositif d'employabilité aux personnes ayant déjà une orientation ESAT et qui sont en attente d'une place

4.3. La formation des personnes handicapées

Certaines offres d'emploi ne sont pas pourvues du fait du manque de qualification des personnes handicapées et/ou de leur incompatibilité avec les capacités professionnelles des personnes handicapées.

Orientations

- Inciter les personnes handicapées à se former et adapter les lieux de formation pour adultes au public handicapé

- Proposer des emplois à mi-temps

4.4 Les personnes orientées en ESAT en attente de places

- Un suivi adapté

Le suivi des personnes handicapées orientées en ESAT et inscrites à Pôle Emploi est réalisé deux fois par an, conformément aux textes en vigueur.

Orientations

- Poursuivre l'action de Pôle Emploi auprès de ce public

- Développer les moyens pour permettre un suivi adapté à chaque situation

- Les stages d'adaptation

Il est parfois nécessaire de maintenir l'orientation ESAT et de favoriser l'adaptation et l'intégration de la personne handicapée dans l'emploi.

Orientation

Multiplier les stages en ESAT avant l'admission.

4.5. Les passerelles entre le RSA et l'orientation en ESAT

Les bénéficiaires du RSA lorsqu'ils sont orientés en ESAT perdent le bénéfice de leur accompagnement social.

Monsieur TABIASCO indique que le département est chef de file de l'insertion et que le pacte territorial de l'insertion couvre la totalité des publics.

Madame EVENNOU précise que l'accompagnement des personnes inscrites dans un parcours d'insertion s'arrête dès la décision d'orientation en ESAT prise par la CDAPH.

Orientation

Créer une passerelle entre les deux dispositifs d'insertion socioprofessionnelle.

4.6. L'évolution du public admis en ESAT

L'évolution du public accueilli en ESAT (notamment la population handicapée psychique) accentue le besoin en accompagnement social, le travail à mi-temps.

Intervention

Madame EVENNOU précise que dans le précédent schéma étaient prévus des crédits pour la création de places en UATP pour permettre le temps partiel en ESAT. Mais il y a eu peu de sollicitations au titre de la programmation.

Orientations

- Poursuivre la création de places en UATP ;

- Poursuivre la création de places en UVE et SAVS.

4.7. Les jeunes sortant d'IMPRO

Les jeunes sortant d'IMPRO notamment lorsqu'ils sont orientés en milieu ordinaire sont rapidement en difficultés socioprofessionnelles et se retrouvent plusieurs années après orientés en ESAT.

Il manque un dispositif adapté pour ces jeunes handicapés de plus de 20 ans leur permettant de s'insérer.

Orientations

- Créer un maillon supplémentaire entre l'orientation et la fin des dispositifs précédents

- Créer des SESSAD pro pour les 16-25 ans (à coordonner avec les SAVS)

V/ LES AMENDEMENTS CRETON

Les familles éprouvent souvent des difficultés à voir leurs jeunes passer des structures d'enfants (souples, temporaires, en externat) vers des solutions plus institutionnelles destinées aux adultes.

Le groupe technique a proposé de soutenir les familles et d'accompagner les jeunes dans ce passage du secteur de l'enfance au secteur adulte.

De plus, il pense que l'accueil de jour à proximité des familles peut être une solution ainsi que les places d'accueil séquentiel (durée de séjour supérieure à 90 jours).

Échanges

Monsieur LECOURT indique que l'accueil temporaire peut être séquentiel.

Il confirme que l'accompagnement du jeune à passer à l'âge adulte est essentiel. Les passages non préparés échouent.

Monsieur LE GOFF indique que certains jeunes de 17-19 ans les sollicitent pour effectuer un stage mais qu'il ne peut les accepter faute d'orientation.

Monsieur LECOURT indique qu'un jeune orienté en FAM rattaché à l'IME de BIGNAN a pu faire un stage au FAM ; Il s'agissait d'un dispositif très utile.

Par ailleurs, il précise que l'offre en accueil de jour nécessite un maillage. À Sarzeau, cela fonctionne car il y a la proximité de Vannes tandis qu'à la Chapelle-Caro, il y a plus de difficultés à remplir les places.

Monsieur ZENATTI indique que l'orientation double, en internat dans un foyer de vie et en accueil de jour dans une MAS n'est pas tenable administrativement même si elle convient à la situation de la personne.

L'offre en établissements et services sociaux et médico-sociaux est insuffisante sur le territoire pour répondre aux sorties d'établissements d'enfants et aux orientations prises par la CDAPH.

Monsieur ZENATTI indique que le secteur est en attente de l'appel à projet de l'ARS voire avec le département qui portera sur des solutions innovantes pour les plus de 20 ans. Cela fait écho à ce qui a été réfléchi par rapport à la prise en considération de l'accompagnement à l'accès à l'emploi. En ce qui concerne les personnes de plus de 20 ans maintenus en IME avec une orientation ESAT, les réponses sont axées sur une pédagogie de préparation à l'emploi et un accompagnement vers l'autonomie sociale.

Le problème est comment faire pour développer leurs compétences. Il faudrait s'inspirer de la pédagogie de l'alternance ;

Monsieur BOUGEARD indique que le département ne comprend pas la position de l'ARS

Monsieur TABIASCO souligne le désaccord avec la position de l'ARS qui ne tient pas compte des orientations du schéma en cours et précise que les outils sur l'observation partagée (ARS/Département et MDA) des besoins sont à construire.

Monsieur TABIASCO estime que l'on peut essayer de trouver des solutions alternatives qui n'appellent pas nécessairement des créations. Aussi, cela passe par l'engagement de tous les acteurs du champ Handicap (département, MDA, services et établissements médico-sociaux et ARS) de partager les informations pour connaître la situation réelle de l'offre et des besoins.

Orientations

- Soutenir les familles et accompagner les jeunes pour faciliter ce passage du secteur de l'enfance au secteur adulte ;

- Développer l'accueil de jour à proximité des familles ;

- Créer des places d'accueil séquentiel (durée de séjour supérieure à 90 jours) ;

- Développer des solutions alternatives au placement en établissement ;

- Poursuivre la programmation d'établissements et services pour adultes handicapés en s'appuyant sur les orientations de la CDAPH.

VI/ L'ACCUEIL EN ETABLISSEMENTS

L'offre de places en établissement est insuffisante au regard des orientations prises par la CDAPH.

L'offre de places en établissement est insuffisante pour permettre les réorientations.

Orientation

Poursuivre la programmation de places en établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés pour résorber les listes d'attente en tenant compte des implantations existantes sur les territoires Personnes âgées/ Personnes handicapées.

VII/ LES FAMILLES D'ACCUEIL

Le Docteur LESTREZ indique que l'accueil familial social peut être une solution d'accueil pour les personnes handicapées psychiques.

Le Docteur PAILLAT CARBONELL précise qu'il y a aussi l'accueil salarié par les établissements car les familles d'accueil social s'adressent à des profils particuliers.

Orientation

Développer le dispositif d'accueillants familiaux et expérimenter le rattachement d'assistants familiaux aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
HANDICAP PSYCHIQUE

Date : 24 janvier 2013 9H30-12H
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Présidents : Mme Yvette ANNEE et M. Jean-Rémy KERVARREC
Rapporteurs : Dr Michèle PAILLAT-CARBONELL et Mme Brigitte EVENNOU
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

M. Hervé BOUGEARD	Conseil général - DGISS
Mme Cécile CAPART	Sauvegarde 56
Dr Patricia GADET	MDA
Mme Fabienne GUINARD	Education nationale
M. Vincent HERMABESSIERE	ADAPEI 56
M. Jean-Yves HINDRE	Association Le Moulin Vert
Mme Soazig LE CORRE	Mutualité française Finistère-Morbihan
M. Marc LE HOUCQ	EPSM Morbihan
Dr Loïc LE MOIGNE	EPSM Charcot
Mme Marie-Laure MARTIN-LE MOULLEC	EPSMS Vallée du Loch
Mme Flora RIMBERT	UDCCAS
M. Christian TABIASCO	Conseil général - DGISS

Personnes excusées :

Mme Rachel BIHAN	Foyer Le Bois Jumel
Mme Hélène FICHEUX EVEN	EHPAD et Foyer de vie de Férel
M. David GODDERIDGE	GEM Vannes Horizons
Mme Audrey LE GALL	ARS

INTRODUCTION

Madame ANNEE ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL rappelle que le groupe technique « Handicap psychique » s'est réuni à deux reprises, abordant les thématiques de l'approche du handicap psychique par les travailleurs sociaux et la MDA, du nécessaire tuilage entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, du logement, du travail, et des établissements face aux troubles du comportement des personnes handicapées psychiques.

Les réflexions de ces groupes techniques sont donc soumises au groupe de travail, chargé de les valider avant qu'elles soient présentées au comité du schéma.

Ces propositions se déclinent ainsi qui suit.

I/ LES SERVICES SOCIAUX ET LA MDA FACE AUX COMPORTEMENTS DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

La fluctuation des états psychiques, le déni et le rejet des soins caractérisent les personnes présentant un handicap psychique.

1.4. Les travailleurs sociaux et les personnes handicapées psychiques

Les services sociaux et d'insertion sont parfois amenés à repérer un public en difficulté sociale du fait d'une problématique psychique sous-jacente.

Afin de mieux orienter ces personnes et d'éviter les ruptures de parcours, les membres du groupe technique suggèrent que les travailleurs sociaux soient davantage formés au handicap, et aient une bonne connaissance des dispositifs existant sur le territoire.

Il est également important qu'une personne soit identifiée comme étant garante de l'accompagnement. Certains travailleurs sociaux, ayant développé une compétence dans l'accompagnement de personnes handicapées psychiques pourraient exercer ce rôle.

Le représentant de l'ARS suggère également que les services sociaux prennent place au sein du futur conseil local de santé mentale, actuellement en projet à Locminé.

Échanges

Monsieur TABIASCO rappelle que les travailleurs sociaux relèvent essentiellement du conseil général, et qu'ils ont vocation à recevoir tout public. Par conséquent, ils bénéficient d'une formation initiale complète, leur permettant d'avoir connaissance des dispositifs psychiatriques existants. En revanche, il peut être parfois difficile pour eux de se repérer entre la santé mentale, le handicap psychique, l'exclusion, ... Il s'agirait donc davantage de les accompagner au regard des évolutions.

Il cite ensuite le Plan régional de santé mentale, qui s'inscrit plutôt dans une dimension sanitaire et indique que le Morbihan est le seul département représenté par la directrice de la famille/enfance au sein du groupe technique régional de santé mentale mis en œuvre par l'ARS. Cela conforte la dynamique de rapprochement entre la santé mentale et l'exclusion.

Il évoque également les contrats locaux de santé mentale qui, à l'instar du conseil local de santé mentale, permettent de mettre en œuvre des projets communs, de se coordonner.

Enfin, il évoque la dynamique actuelle de la santé, qui vise à prendre en compte davantage la vision médico-sociale. Il indique que l'un des axes majeurs du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale repose sur le travail social. Ce plan suggère notamment de mettre en œuvre des contractualisations sociales. Il indique qu'un travail a été engagé en la matière par le conseil général, en lien avec la DDCS (concernée par les CHRS, les résidences d'accueil, la grande exclusion en lien avec la santé mentale).

Concernant le conseil local de santé mentale, Madame ANNEE rappelle que le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap a vocation à couvrir l'ensemble du territoire.

Monsieur BOUGEARD indique alors que ces conseils nécessitant des porteurs locaux, leur périmètre est nécessairement restreint.

Le Docteur LE MOIGNE rappelle que plusieurs niveaux existent :

- au niveau communal/intercommunal : le conseil local de santé mentale (cellule opérationnelle comprenant des élus, des professionnels, des services sociaux, …) qui fait remonter les situations personnelles et cliniques ;

- au niveau départemental : le conseil départemental de santé mentale pour définir une politique de coordination, de politique d'offre en matière de santé mentale.

- au niveau des territoires de santé : une dimension de coopération pourrait se mettre en place.

Monsieur LEHOUCQ rappelle qu'historiquement, une convergence de partenariats assez riches existe sur Locminé entre les services du conseil général, les municipalités, les professionnels, … Ces acteurs ont aujourd'hui la volonté de se fédérer, afin de faire remonter un certain nombre de manques relevés sur le terrain. Il s'agit d'une démarche ascendante, qu'il est selon lui important d'encourager.

Il rappelle que les conseils locaux de santé mentale visent à la fois à essayer de régler des situations individuelles complexes, et à faire évoluer les dispositifs afin de mieux répondre aux besoins de la population.

Selon Madame ANNEE, si les conseils locaux de santé mentale concernent des situations individuelles, il est important de veiller à la cohérence entre territoires.

Monsieur HINDRE insiste sur le fait que la coordination des travailleurs sociaux constitue un véritable enjeu en santé mentale. Il indique les ressources existent, mais elles sont mal coordonnées.

Selon Monsieur TABIASCO, Il y a 3 niveaux d'action :le clinique ;la gouvernance ;la stratégie. Cette coordination doit se faire au niveau des acteurs de terrain et donc au niveau clinique. Il faut faire également le lien avec les plate-formes.

Orientations

- Informer les travailleurs sociaux sur les services psychiatriques et médico-sociaux intervenant sur les territoires ;

- Conforter la formation des travailleurs sociaux sur la problématique du handicap psychique ;

- Identifier la personne qui assumera le rôle de « fil conducteur » de l'accompagnement ;

- Inciter les travailleurs sociaux à prendre place au sein du futur conseil local de santé mentale, actuellement en projet à Locminé.

1.5. La MDA et les personnes handicapées psychiques

La MDA peut se trouver en difficulté pour évaluer des besoins des personnes handicapées psychiques.

Une cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique a donc été mise en place à titre expérimental en 2011.Elle repose sur un partenariat entre des professionnels entre la MDA, les deux EPSM (Morbihan et Charcot), des établissements de santé et médico-sociaux.

Cette expérimentation mériterait d'être pérennisée.

Échanges

Monsieur HINDRE précise que cette cellule est un outil de parcours qui a vocation à faciliter l'orientation adéquate vers les dispositifs existants.

Madame CAPART souhaite qu'au-delà de la pérennisation de la cellule d'évaluation, il soit proposé de renforcer l'ensemble des dispositifs d'évaluation existant sur le territoire. Elle cite par exemple le dispositif « stage évaluation bilan action (SEBACTION) » mis en place par la Sauvegarde 56 sur le pays de Lorient.

Le Docteur LE MOIGNE évoque l'arrivée d'un nouveau public difficile à cerner, présentant des freins à l'épanouissement personnel, à la vie en société, … (cumul de handicaps), et à qui il convient de proposer un avenir médico-social et social (d'où le travail de la MDA).

Selon lui, il est nécessaire d'innover sur l'accompagnement, le diagnostic et les réponses pour compenser le handicap.

Monsieur LEHOUCQ rappelle que la cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique est avant tout un dispositif visant à décrypter des situations complexes, trouver la solution la plus adaptée, et ensuite passer le relais aux professionnels de terrain.

Il s'agit d'un petit outil qualitatif très important qui permet aux différents acteurs de travailler ensemble.

Madame ANNEE confirme qu'il est important de pérenniser cet outil expérimental.

Orientations

- Pérenniser l'expérimentation menée depuis 2011 par la cellule d'évaluation, d'orientation et de suivi du handicap psychique ;

- Conforter les autres dispositifs d'évaluation existants.

II/ LE NECESSAIRE TUILAGE ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL POUR MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

2.1. Mutualiser les compétences

Les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées psychiques se trouvent en difficulté pour l'accompagnement psychiatrique, et nécessitent du soutien.

Cependant, les infirmiers psychiatriques interviennent peu dans ces établissements.

Il est important de décloisonner les prises en charge, par des temps de concertation entre professionnels, et par l'intervention d'équipes de liaison spécialisées dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Échanges

Le Docteur LE MOIGNE indique que les équipes de liaison interviennent déjà dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Cependant, il relève quelques freins administratifs et institutionnels, certains professionnels du médico-social ne souhaitant pas voir la psychiatrie entrer dans leurs établissements.

Monsieur LEHOUCQ confirme la méfiance historique du secteur médico-social envers la psychiatrie, qui pousse les professionnels à ne faire appel qu'en cas de crise, d'urgence. Il indique cependant que dans d'autres cas, les deux secteurs parviennent à travailler de manière synergique.

Selon lui, le secteur psychiatrique doit adapter son offre, ses dispositifs, mais également son organisation à cette nouvelle logique de coordination. En effet, il reconnaît le manque de lisibilité des dispositifs, empêchant les acteurs de terrain de savoir vers qui se tourner.

Il indique que les professionnels ont aujourd'hui conscience de la nécessité d'une meilleure coordination entre le sanitaire et le médico-social, qu'il faut désormais traduire dans les actes.

Il évoque cependant la difficulté pour la psychiatrie de revenir à une offre de proximité, basée sur un pôle outillé et réactif, qui permettrait à l'hospitalisation de devenir un outil de dernier recours. Il faudrait pour cela changer la vision de l'hospitalisation psychiatrique et sa durée.

Madame MARTIN-LE MOULLEC suggère que certains établissements soient repensés afin de rassembler les deux disciplines dans un même dispositif.

Monsieur LEHOUCQ confirme que les solutions à trouver sont probablement médianes, afin d'éviter à la fois le tout sanitaire et le tout éducatif.

Le Docteur LE MOIGNE confirme la nécessité de décloisonner les secteurs, de rendre la psychiatrie plus visible, mais également de travailler en amont, c'est-à-dire dans le médico-social, par l'accompagnement des équipes, afin que l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique ne soit que le dernier recours (ce qui se fait actuellement pour les personnes âgées). Il indique également que la possibilité d'une HAD psychiatrique est actuellement en réflexion.

Orientations

- Développer des temps de concertation entre professionnels du sanitaire et du médico-social ;
- Faire intervenir des équipes de liaison spécialisées dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

2.2. Faciliter l'accès aux soins psychiatriques

Les personnes handicapées psychiques en établissements sociaux et médico-sociaux rencontrent parfois des difficultés dans l'accès aux soins psychiatriques.

Cette difficulté est d'autant plus présente dans le nord-ouest du département, géographiquement éloigné des structures psychiatriques.

Le développement de consultations à distance, de la télémédecine ou la délégation de tâches pourraient être une des solutions.

Échanges

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL précise que ces consultations à distance ne seraient pas des alternatives, mais des solutions complémentaires aux consultations physiques.

Le Docteur LE MOIGNE indique que la visioconférence a été récemment mise en place au sein de l'EPSM Charcot.

Il insiste sur l'importance de sécuriser la délégation de tâches pour que les professionnels ne soient pas livrés à eux-mêmes.

Orientations

- Développer la télémédecine avec les établissements de santé mentale ;
- Favoriser la délégation de tâches (aux intervenants paramédicaux : infirmiers, psychologues).

2.3. Éviter les ruptures de parcours

Les allers retours entre le secteur médico-social et le secteur psychiatrique des personnes handicapées psychiques sont fréquents. Afin de respecter leur parcours de vie, il est important d'anticiper les situations de crise et d'éviter les ruptures de prise en charge.

Cependant, le passage d'un secteur à l'autre repose à l'heure actuelle encore souvent sur la rupture, alors qu'il conviendrait de prolonger la prise en charge.

Il faudrait renforcer le partenariat entre les deux secteurs, en réalisant des examens pluridisciplinaires de situations, en associant les professionnels des deux secteurs en amont des crises, et en faisant intervenir des équipes mobiles de soins en santé mentale au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

Par ailleurs, il est possible pour certains résidents d'établissements médico-sociaux de bénéficier d'hospitalisations séquentielles en établissement de santé mentale (ex : résidents de foyer de vie en attente de place en FAM). Cependant, les professionnels médico-sociaux regrettent l'insuffisance du retour d'informations émanant des EPSM suite à ces hospitalisations séquentielles.

Des réunions régulières entre les professionnels des EPSM et ceux des établissements médico-sociaux seraient intéressantes.

Lorsque les résidents des établissements médico-sociaux en crise sont hospitalisés, il est difficile pour les EPSM d'apprécier leurs réelles capacités de retour dans leur établissement d'origine, car ils ne disposent pas de service adapté ce qui pose la question d'unités dédiées à ce public, ayant des exigences similaires à celles des établissements médico-sociaux.

Enfin, certaines personnes handicapées psychiques bénéficient d'un appartement thérapeutique, avec un accompagnement psychiatrique à domicile. Cependant, lorsque cet accompagnement prend fin, il n'est pas possible pour la psychiatrie de se retirer progressivement au profit du médico-social (ex : SAVS), sans que la personne n'ait à quitter son logement.

De même, le développement du dispositif « familles d'accueil thérapeutique » ne peut se faire qu'à condition qu'il puisse y avoir dans certains cas un glissement vers des familles d'accueil social, ou vers d'autres solutions de suite.

Il faudrait faciliter le glissement de l'accompagnement psychiatrique vers un accompagnement médico-social de type SAVS au sein des appartements thérapeutiques, et créer des dispositifs de suite aux familles d'accueil thérapeutique.

Échanges

Concernant l'intervention d'équipes mobiles, Monsieur LEHOUCQ indique ne pas être favorable à la multiplication de ces dernières, mais davantage partisan de la mise en place d'un pôle territorial organisé.

Concernant la mise en place d'unités dédiées au sein des EPSM, le Docteur PAILLAT-CARBONELL précise que l'adaptation de la personne en établissement ne dépend pas uniquement des contraintes imposées, mais également de la vie en collectivité.

Monsieur LEHOUCQ indique que la démultiplication de micro structures au sein d'établissements est très coûteuse, et entraîne une lourdeur de fonctionnement.

Selon Madame MARTIN-LE MOULLEC, la concertation, la préparation à la sortie, serait une première étape importante, et peu coûteuse à mettre en œuvre. Elle insiste sur l'importance de mener une réflexion commune, et d'apprendre à travailler ensemble.

Selon Monsieur LEHOUCQ, il serait plus urgent de développer ce type d'unités pour répondre à des personnes hospitalisées dont les professionnels pensent qu'elles sont en mesure de retourner à domicile. Il indique que l'EPSM Morbihan a mis en place des appartements sur site afin de mesurer leurs capacités à vivre de manière relativement autonome. Selon lui, créer une résidence d'accueil en périphérie de l'hôpital constituerait une solution intéressante pour le retour à domicile.

Le Docteur LE MOIGNE indique que les dispositifs de type appartements témoins sont des projets qui ne peuvent être portés uniquement par les établissements de santé mentale, mais doivent l'être également par le conseil général.

Monsieur KERZERHO évoque le travail important engagé entre les EPSM et les établissements tutélaires, qui va prochainement se concrétiser par la signature d'une charte. Cette expérience mérite selon lui d'être diffusée, car il s'agit d'une réponse possible.

Enfin, concernant la création de dispositifs de suite, le Docteur PAILLAT-CARBONELL indique qu'il est important de veiller à éviter l'embolie de ces dispositifs, car cela risquerait d'emboliser à leur tour les dispositifs en amont.

Le Docteur LE MOIGNE suggère que les familles d'accueil social ouvrent leur accès à des équipes mobiles de secteur.

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL indique que pour intégrer une famille d'accueil social, la personne handicapée doit être stabilisée ; elle est donc en mesure de se déplacer aux consultations, ce qui rend inutile l'intervention d'équipes mobiles.

Le Docteur LE MOIGNE précise que la logique de la psychiatrie est « d'aller vers ».

Orientations

- Faire des examens pluridisciplinaires de situations ;
- Travailler en amont des crises pour mieux associer les professionnels du médico-social aux professionnels de santé ;
- Faire intervenir des équipes mobiles de soins en santé mentale dans les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- Mettre en place des réunions régulières entre les professionnels des EPSM et ceux des établissements médico-sociaux ;
- Faciliter le glissement de la prise en charge du sanitaire vers le médico-social ;
- Créer des dispositifs de suite.

III/ LE LOGEMENT, UN ENJEU MAJEUR POUR LES SORTIES D'HOSPITALISATION ET LA VIE DANS LA CITE DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

3.1. Les différents dispositifs d'accès au logement

De nombreux dispositifs d'accès au logement existent sur le département ; cependant, ils ne sont pas toujours connus et repérés par les personnes concernées, ne sont pas toujours adaptés aux personnes handicapées psychiques, et sont souvent restreints à un public particulier.

Il faudrait répertorier l'ensemble des dispositifs dédiés aux personnes handicapées, mettre en place un partenariat entre le secteur sanitaire et les bailleurs pour une meilleure adaptation des logements, et ouvrir le dispositif de logements accompagnés aux travailleurs handicapés psychiques.

Intervention

Monsieur KERZERHO précise que les maisons relais sont des dispositifs d'accueil de personnes au faible niveau de revenus dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont l'accès à un logement autonome apparaît difficile à court terme.

Les résidences d'accueil sont quant à elles des maisons relais adaptées au handicap psychique.

Enfin, les familles gouvernantes concernent un public moins autonome que les résidences d'accueil.

Orientations

- Disposer d'un annuaire répertoriant l'ensemble des dispositifs dédiés aux personnes handicapées ;

- Mettre en place un partenariat (conventionnement) entre le secteur sanitaire et les professionnels du logement ;

- Ouvrir le dispositif de logements accompagnés aux travailleurs handicapés psychiques.

3.2. Le besoin en accompagnement social ou médico-social

Un accompagnement social ou médico-social s'avère indispensable pour permettre à certaines personnes handicapées psychiques de vivre dans un logement autonome.

Cependant, le département du Morbihan est confronté à un manque et à une répartition inégale des SAVS et des SAMSAH prenant en charge les personnes handicapées psychiques sur le territoire.

Par ailleurs, il arrive que l'équipe pluridisciplinaire de la MDA oriente une personne handicapée psychique vers un SAMSAH, alors qu'un SAVS pourrait suffire si le personnel était formé aux spécificités du handicap psychique.

Les membres du groupe technique ont également mis en avant le fait que le coût économique des aides à domicile n'était pas pris en compte dans les droits à compensation.

Enfin, de nombreuses personnes interviennent au domicile des personnes handicapées psychiques, mais il n'existe pas de personne ressource pour les coordonner ; les prises en charge sont alors morcelées, la notion de parcours de vie n'est pas entièrement prise en compte.

Intervention

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL précise qu'il n'existe pas de SAMSAH sur les secteurs de Pontivy et de Ploërmel.

Concernant la prise en charge financière en cas de recours à des aides à domicile, elle indique que le département a neutralisé le MVA dans l'évaluation des ressources.

Orientations

- Créer des SAVS/SAMSAH et en améliorer la couverture territoriale ;

- Former les personnels des SAVS aux spécificités du handicap psychique ;

- Créer des groupements d'entraide mutuelle (GEM), des résidences d'accueil ;

- Généraliser et adapter l'aide-ménagère et aux repas au titre de l'aide sociale générale sur le département ;

- Améliorer la prise en charge financière en cas de recours à des aides à domicile ;

- Identifier un coordinateur du projet de vie de la personne handicapée psychique.

3.3. La transition domicile – établissement/hospitalisation

Les personnes handicapées psychiques vivant à domicile peuvent temporairement ressentir un besoin d'accompagnement plus fort, nécessitant une prise en charge institutionnelle.

De même, après une hospitalisation, elles ne sont pas toujours en mesure de regagner leur domicile dans l'immédiat.

Il faut favoriser les solutions intermédiaires entre le domicile et la prise en charge institutionnelle.

Orientation

Développer les solutions intermédiaires entre le domicile et l'établissement/l'hôpital (ex : accueil temporaire, accueil de jour).

IV/ TRAVAILLER EN ETANT RECONNUE PERSONNE HANDICAPEE PSYCHIQUE

4.1. La difficile intégration dans le milieu ordinaire de travail

Les personnes handicapées psychiques éprouvent parfois des difficultés à s'intégrer dans le milieu ordinaire de travail, même lorsqu'elles passent par un centre de pré-orientation.

Il conviendrait de mettre en place des modalités de travail adaptées aux personnes handicapées psychiques (ex : temps partiel, stages, …), leur permettant une meilleure intégration dans le milieu ordinaire de travail.

Échanges

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL précise qu'apporter davantage de souplesse permettrait une insertion plus efficace et durable.

Selon Monsieur HINDRE, peu de personnes handicapées psychiques peuvent en réalité rejoindre le milieu ordinaire de travail. En effet, ce dernier n'est pas accueillant envers le handicap psychique, et peut même s'avérer violent.

Il indique que même lors de tentatives accompagnées, cette insertion est fragile et se conclut souvent par une demande à retrouver un cadre protégé. Cela demande un accompagnement important, à la fois des personnes handicapées psychiques et des employeurs.

Monsieur HERMABESSIERE confirme qu'il est difficile pour les personnes handicapées psychiques d'intégrer le milieu ordinaire de travail, mais qu'il est important de continuer en ce sens. Il suggère que les établissements mutualisent des chargés d'insertion.

Madame CAPART précise que pour certains travailleurs handicapés psychiques, le milieu ordinaire est la solution la plus adaptée, à condition que la discontinuité de leur parcours soit prise en compte.

Monsieur HINDRE évoque un projet mené avec l'association Espoir Morbihan pour développer la mise à disposition de postes pouvant être occupés par plusieurs personnes.

Madame ANNEE évoque la possibilité de dédier une place en entreprise (hors dispositif ESAT), pouvant être occupée par plusieurs personnes. Il convient pour cela de travailler avec les représentants d'entreprises.

Madame MARTIN-LE MOULLEC indique que les ESAT disposent de places en entreprises, mais que les textes encadrant ce dispositif sont à revoir.

Orientation

Développer des outils adaptés permettant de favoriser l'intégration des personnes handicapées psychiques dans le milieu ordinaire de travail (temps partiel, stages, …).

4.2. La nécessité d'un accompagnement psychiatrique, social et/ou médico-social au long cours

Les différents accompagnements proposés aux personnes handicapées psychiques ne suivent pas l'évolution de leur parcours de vie.

Ainsi, en centre de réadaptation, il est possible pour les personnes handicapées psychiques de bénéficier d'un accompagnement psychiatrique, mais ce dernier prend fin lors de l'entrée en ESAT, ce qui crée une rupture médicale.

De même, les travailleurs d'ESAT réorientés en entreprise adaptée ou dont l'état de santé ne leur permet plus de travailler en ESAT peuvent perdre le bénéfice de l'accompagnement mené par le SAVS.

Échanges

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL indique que l'arrêt de la prise en charge, de l'accompagnement crée des ruptures, pouvant être sources de décompensations importantes.

Elle rappelle également que le SAVS continue d'accompagner les personnes retraitées d'ESAT.

Monsieur HINDRE ajoute qu'il est important de prendre en compte le temps hors travail, afin d'apporter un accompagnement complet.

Le Docteur LE MOIGNE indique que pour permettre la poursuite de l'accompagnement SAVS après la sortie de l'ESAT, il convient de réduire les délais de réexamen de situation de la MDA.

Le Docteur GADET rappelle cependant que la mission de la MDA n'est pas de répondre aux situations d'urgence.

Orientations

- Garantir un suivi psychiatrique aux travailleurs handicapés psychiques en ESAT ;

- Garantir la poursuite de leur accompagnement par le SAVS.

V/ LES ETABLISSEMENTS FACE AUX TROUBLES DU COMPORTEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

5.1. Les jeunes adultes présentant des troubles du comportement

Les jeunes présentant des troubles du comportement manquent souvent de maturité d'où une prise en charge pédagogique et éducative prolongée.

Il faudrait créer des ITEP pour jeunes adultes (avec un agrément jusqu'à 25 ans), ainsi que des structures inspirées de la prise en charge éducative des maisons d'enfants à caractère social (MECS), existant dans le cadre de la protection de l'enfance.

Par ailleurs, ces troubles rendent parfois impossible le maintien de ces jeunes en IME ou en famille.

Le recours aux familles d'accueil thérapeutique lorsque la prise en charge à domicile ou en établissement ne peut plus être maintenue pourrait être une solution.

Enfin, le travail peut être un moyen de valorisation pour les jeunes présentant des troubles du comportement.

Il est donc suggéré d'adapter les ESAT à ces jeunes, et de prévoir leur accompagnement social.

Intervention

Le Docteur PAILLAT-CARBONELL précise que d'autres départements ont mis en place des ITEP pour jeunes adultes.

Orientations

- Créer des ITEP pour jeunes adultes ;

- S'inspirer de la prise en charge éducative des MECS couplée à une spécialisation psychiatrique ;

- Recourir aux familles d'accueil thérapeutiques ;

- Adapter les ESAT tout en garantissant l'accompagnement social de ces jeunes (foyers d'hébergement, UVE).

Intervention complémentaire

Selon le Docteur LE MOIGNE, la plus-value du probable rattachement des ESAT aux conseils généraux reposera sur l'accompagnement, le département étant une circonscription citoyenne, et de proximité.

5.2. La nécessité de solutions de répit

Les personnes handicapées psychiques vivant en établissements sociaux et médico-sociaux peuvent parfois ressentir le besoin de rompre avec leur environnement institutionnel.

Orientation

Développer des solutions de répit en lien avec l'environnement de vie.

5.3. Le manque de moyens psychiatriques des établissements sociaux

Dans les foyers de vie accueillant des personnes handicapées psychiques, il arrive que des résidents soient hospitalisés par défaut, faute de soutien psychiatrique.

Il serait judicieux que ces foyers de vie puissent bénéficier de temps de psychiatres plus importants, que leur équipe éducative soit formée, et qu'elle puisse recourir à des équipes de liaison.

Intervention

Monsieur LEHOUCQ indique que l'intervention d'équipes de liaison devra se faire de manière conventionnelle.

Cependant, cela consiste à retirer des moyens au sanitaire pour les transférer au médico-social. Il suggère donc plutôt de s'appuyer sur une mutualisation de financements pour créer des postes ayant vocation à intervenir, tout en attirant l'attention sur les difficultés de recrutement des psychiatres.

Orientations

- Accroître les temps de psychiatre dans ces foyers de vie ;

- Former l'équipe éducative ;

- Faire intervenir des équipes de liaison.

Échanges complémentaires

Le Docteur LE MOIGNE souhaite aborder la problématique de l'accessibilité des établissements aux polyhandicapés (ex : personnes handicapées psychiques ayant également un handicap moteur), l'accès aux personnes à mobilité réduite n'y étant pas toujours prévu.

Monsieur BOUGEARD rappelle que cela fait partie de l'obligation de mise en accessibilité à laquelle devront répondre l'ensemble des établissements recevant du public (ERP) à l'horizon 2015.

5.4. L'adaptation des prises en charge à l'évolution du besoin en accompagnement

La prise en charge institutionnelle actuelle ne permet pas de s'adapter à l'évolution du besoin d'accompagnement des personnes handicapées psychiques du fait de l'évolution de leur pathologie ou de leur vieillissement (dépendance).

Ces personnes sont par ailleurs peu mobiles.

Certains départements ont mis en place des institutions regroupant sur le même site plusieurs types d'établissements (ex : foyer de vie, FAM et MAS), avec des activités communes. Cette proximité permet de rendre très fluide le passage d'une structure à l'autre.

Par ailleurs, le vieillissement des personnes handicapées psychiques étant complexe à gérer pour les établissements, il est souhaitable créer des EHPAD spécialisés à proximité des bassins de vie.

Échanges

Monsieur LEHOUCQ évoque l'évolution des personnes accueillies dans les FAM, qui bénéficient au départ d'une orientation FAM, et qui au bout de quelques temps, peuvent se voir proposer des solutions plus souples.

Selon lui, il est possible d'offrir un degré d'autonomie, même de façon temporaire, à certains résidents, sur la base d'un semi-internat, ou en rattachant des dispositifs de logements autour des FAM. Cela serait bénéfique pour les personnes concernées, et permettrait de libérer des places.

En revanche, dans les MAS, cette évolution, même si elle est possible, est plus limitée, puisqu'il s'agit souvent d'un public avec handicaps associés.

Le Docteur GADET suggère de créer des places d'accueil de jour en FAM. Monsieur TABIASCO précise que cela est envisagé.

Monsieur HINDRE confirme l'importance de créer des dispositifs permettant d'apporter de la souplesse, mais également une meilleure appropriation du nouveau dispositif (actuellement le manque de tuilage provoque de la rupture).

Selon Monsieur LEHOUCQ, le rattachement de logements accompagnés à proximité des FAM permettrait une sortie moins traumatisante, car l'environnement reste le même.

Monsieur KERZERHO évoque l'expérience des familles gouvernantes : certaines personnes sont sorties du dispositif, pour s'installer dans des logements autonomes, tout en restant à proximité, afin de conserver les liens avec leurs anciens collègues.

Concernant la création d'EHPAD, Monsieur BOUGEARD rappelle que le forfait soins des EHPAD n'est pas toujours adapté à l'accueil de personnes handicapées.

Orientations

- Créer des passerelles entre différents types d'établissements (foyers de vie, FAM, MAS) pour permettre une meilleure fluidité dans la prise en charge ;

- Créer des EHPAD spécialisés dans chaque territoire, proches des bassins de vie des personnes handicapées psychiques vieillissantes.

VI/ L'INCLUSION SCOLAIRE

Madame ANNEE souhaite que soit abordée la question de l'inclusion scolaire des enfants présentant des troubles psychiques ou du comportement.

Madame GUINARD indique que cette inclusion scolaire peut être problématique.

Tout d'abord, il s'agit le plus souvent d'une scolarisation à temps partiel, qui nécessite donc un fort étayage avec le SESSAD et/ou la pédopsychiatrie.

Ainsi par exemple, lorsqu'un enfant est orienté en ITEP, le SESSAD est indispensable pour apporter à la fois un soutien à la scolarisation et une solution de répit. De même, le travail avec un pédopsychiatre en centre psychothérapique pour enfants et adolescents (CPEA) est indispensable.

À l'entrée au collège, ces adolescents présentent des capacités intellectuelles suffisantes, mais éprouvent des difficultés à les mobiliser de part leurs troubles, ce qui entraîne de grosses difficultés scolaires.

Concernant la création d'ITEP pour jeunes adultes, elle indique que le travail d'accompagnement vers l'insertion professionnelle est très intéressant.

Le Docteur LE MOIGNE indique que la pédopsychiatrie intervient désormais jusqu'à 18 ans, alors que la limite était auparavant fixée à 15 ans.

Madame ANNEE rappelle par ailleurs qu'il existe un lien très étroit entre l'école et la protection de l'enfance.

Compte rendu de réunion du groupe de travail
AUTISME

Date : 21 JANVIER 2013 14H30-17H30
Lieu : Maison départementale de l'autonomie 56000 VANNES

Présidents : Mme Yvette ANNEE- M Jean-Rémy KERVARREC
Animateur : M. Hervé BOUGEARD
Rapporteur : Docteur Marie-Anne PHILIPPE
Secrétariat : Mme Béatrice DESPATY et Mme Maël BOURDON

Liste des participants :

M Hervé BOUGEARD	CG 56
Mme Brigitte EVENNOU	CG 56
Mme Fabienne GUINARD	EDUCATION NATIONALE
M Vincent HERMABESSIERE	ADAPEI 56
M Jean Yves HINDRE	LE MOULIN VERT
Mme Soazig LE CORRE	AIPSH
M Marc LEHOUCQ	EPSM Morbihan
M. Bertrand LE TOUX	MDA
Docteur COURTOIS	EPSM Charcot
Mme Marie-Laure MARTIN- LE MOULLEC	EPSMS Vallée du Loch
Docteur Michèle PAILLAT-CARBONELL	CG56
M Christian TABIASCO	CG56
Monsieur Yann ZENATTI	ADAPEI 56

Personnes excusées :

Mme Rachel BIHAN	FOYER DU BOIS JUMEL
Mme Hélène FICHEUX-EVEN	FOYER DE VIE LOUISE CRUSSON
M David GODDERIDGE	GEM VANNES HORIZON
M Jean Yves HINDRE	LE MOULIN VERT
Mme Audrey LE GALL	DT 56 ARS
M Marc LEHOUCQ	EPSM Morbihan
M Alain PIERS	UDCCAS
M Jean LAVOUE	LA SAUVEGARDE

INTRODUCTION

Madame ANNEE ouvre la séance en remerciant les participants de leur présence.

Elle rappelle que ce schéma est co-construit avec l'ARS, l'Éducation nationale et les services de l'État.

Elle rappelle également qu'au centre de ce schéma se situent les personnes porteuses de handicap.

Elle passe la parole au docteur Philippe qui animera cette séance.

I/ L' AIDE ET L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

1.6. Dépister dès le plus jeune âge

Il est important que l'autisme soit dépisté avant l'âge de 6 ans car l'enfant pourra ainsi bénéficier d'une prise en charge précoce adaptée pouvant lui permettre de développer des moyens de communication.

Orientations

- Soutenir les actions de promotion du dépistage précoce auprès des professionnels de la petite enfance ;

- Favoriser le lien entre les professionnels qui réalisent le dépistage et ceux qui établissent le diagnostic.

1.2. L'accompagnement des parents

Certains parents éprouvent des difficultés à accepter le fait qu'une prise en charge spécialisée puisse se révéler davantage adaptée à leur enfant que le milieu ordinaire. L'accueil de jour ou l'hébergement temporaire peuvent constituer des prises en charge tremplin vers une prise en charge en internat.

Échanges

Madame MARTIN LE MOULLEC précise que dans les cas d'enfants présentant des troubles de comportement trop importants, les structures d'accueil temporaire comme la maison « Arc en ciel » n'acceptent pas les enfants. C'est l'hôpital qui prend le relais.

Monsieur ZENATTI indique qu'il n'y a pas de solutions de répit pour les enfants scolarisés en milieu ordinaire.

Madame GUINARD indique que la maison « Arc en ciel » peut les accueillir dans la limite de 90 jours.

Monsieur LE TOUX précise que l'établissement Ker Héol de Lamballe propose de l'accueil temporaire pour l'ensemble des adultes autistes de la région Bretagne

Monsieur ZENATTI indique qu'il faudrait des solutions sur l'ensemble du département.

Proposition

Répondre aux besoins des familles par des prises en charge telles que l'accueil de jour, l'hébergement temporaire.

1.3 La coéducation

Il est bénéfique pour l'enfant autiste de former et accompagner les familles dans l'appropriation des méthodes mises en place en institution.

Les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant. Cependant, lorsque l'enfant intègre un établissement, une partie de son éducation est assurée par les professionnels médico-sociaux.

Échanges

Monsieur ZENATTI suggère que le conseil général organise des conférences.

Madame LE CORRE indique que cela pourrait être également des journées d'aide à l'accès à l'information.

Monsieur HERMABESSIERE souligne que les besoins en formation sont énormes. Il souhaiterait également que la formation initiale des éducateurs comprenne un volet Autisme.

Madame ANNEE indique qu'il faudrait voir avec les centres de formation, l'État et la Région.

Orientations

- Former et accompagner les familles ;

- Mieux prendre en compte la parole des parents dans établissements afin de permettre une coéducation cohérente.

1.4 Les répercussions sur la fratrie et la famille

La présence d'un enfant autiste a des répercussions sur la vie de la fratrie et des parents.

Orientations

- Favoriser les solutions de répit pour les familles ;

- Créer des groupes de parole.

II/ LE DIAGNOSTIC DE L'AUTISME CHEZ LES ADULTES

Peu d'adultes autistes bénéficient d'un diagnostic. En effet, beaucoup d'adultes autistes sont accueillis dans les établissements médico-sociaux sans avoir été repérés comme étant autistes. Il y a un rattrapage important à effectuer.

Le centre ressources autisme (CRA) de Brest a ouvert un pôle adulte. Ce pôle ainsi que les deux équipes hospitalières associées de Vannes et de Rennes agissent pour améliorer le diagnostic des adultes autistes.

Échanges

Monsieur TABIASCO précise que le CRA a normalement pour vocation la recherche.

Le Docteur COURTOIS indique que seuls les cas les plus complexes devraient être soumis au diagnostic du CRA.

Plus les équipes de proximité seront à même de faire les diagnostics simples, plus le CRA se dégagera du temps pour la recherche.

Monsieur ZENATTI indique qu'en ce qui concerne le diagnostic des enfants, celui-ci a bien progressé. En conséquence, le nombre d'enfants diagnostiqués augmente et les délais de prise en charge des enfants diagnostiqués s'allongent.

Orientation

Diagnostiquer l'autisme chez les adultes handicapés en s'appuyant sur le CRA et les équipes hospitalières de proximité.

III/ LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET JEUNES AUTISTES

3.1 Les prises en charge éducatives

La HAS et l'ANESM ont publié en mars 2012 des recommandations de bonnes pratiques relatives aux interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.

La publication de ces recommandations a entraîné des attentes fortes de la part des familles.

Échanges

Madame MARTIN- LE MOULLEC indique que ses équipes s'appuient sur ces recommandations de bonnes pratiques car elles permettent à l'enfant d'acquérir davantage d'autonomie ce qui facilite son intégration.

Orientations

- Tenir compte du spectre autistique et proposer une palette diversifiée de prises en charge éducatives ;

- Développer les prises en charge éducatives spécialisées à destination des très jeunes enfants autistes

3.2. Les CAMSP, les CMPP et les CPEA

Les CAMSP, les CMPP et les CPEA manquent de moyens en matière de prise en charge éducatives.

L'offre de soins n'est pas suffisamment importante. Les familles sont démunies et n'ont pas toujours la bonne information. Elles ont parfois recours aux professionnels libéraux, ce qui pose un problème d'équité d'accès et de coordination.

Échanges

Monsieur ZENATTI indique que les services de PMI du conseil général ont un rôle important dans le champ du handicap. Les médecins libéraux ne savent pas vers qui orienter.

Monsieur TABIASCO précise que la PMI a des missions fortes autour de la maternité pour que les jeunes mères puissent trouver un relais si besoin.

Elle a pour mission également de réaliser le bilan des enfants en maternelle.

Il précise que dans le département du Morbihan, les services de la PMI sont composés de 90 personnes dont 10 médecins et 48 puéricultrices.

Cet acteur important ne pourra pas pour autant pallier les manques.

Madame Année ajoute que tous les parents ne font pas appel aux services de la PMI.

Le Docteur Courtois précise que néanmoins il faut continuer à orienter les enfants pour lesquels des difficultés sont repérées vers les CAMSP, les CMPP et CPEA.

Madame GUINARD indique que les enseignants participent au repérage.

Monsieur TABIASCO précise qu'il est difficile d'évoquer avec les parents l'idée qu'il peut y avoir quelque chose.

Monsieur ZENATTI pense que les professionnels seront d'autant plus à l'aise avec cette question s'ils savent qu'ils peuvent orienter vers des prises en charge.

Le Docteur Courtois insiste sur la qualité de l'accompagnement des parents. Celle-ci exige un climat de confiance établi avec le temps.

Madame Année indique que dans la programmation régionale 50 places de CAMSP à Pontivy et Loudéac sont prévues alors que le département avait proposé Pontivy et Ploërmel.

Monsieur TABIASCO indique que la position régionale est prise au regard des capacités financières.

Les travaux du schéma départemental du handicap doivent marquer l'exigence des besoins.

Orientation

Accroître les moyens des CAMSP, CMPP et CPEA.

3.3 La déficience intellectuelle associée

La déficience intellectuelle est difficile à diagnostiquer chez les enfants autistes. Elle peut masquer ou freiner les capacités d'apprentissage en matière de communication. Les évaluations fonctionnelles permettant d'appréhender les potentiels de l'enfant contribuent à faire la part des choses entre déficience intellectuelle et autisme.

Intervention

Monsieur ZENATTI indique que le dépistage précoce est essentiel car il permet de faire la part des choses entre la déficience intellectuelle et l'autisme.

Orientation

Développer les évaluations fonctionnelles pour mieux appréhender les potentialités des jeunes autistes.

3.4 La scolarisation

Les membres du groupe AUTISME souhaiteraient une forte participation des représentants de l'éducation nationale aux actions en faveur de la scolarisation des autistes. Pour mieux inclure les enfants autistes dans le milieu scolaire ordinaire, il semble nécessaire que les enseignants reçoivent une formation à l'autisme.

Échanges

Madame GUINARD indique que des formations à l'autisme sont proposées aux enseignants et que ceux-ci peuvent s'y inscrire selon leur libre choix.

Quant à la question d'inscrire une formation à l'autisme dans le programme de formation initiale des enseignants, elle précise que cela relève de la compétence du Ministre de l'enseignement supérieur.

Monsieur HERMABESSIERE fait remarquer qu'en tant qu'inspectrice elle peut faire remonter à son autorité de tutelle.

Madame GUINARD indique que cela est fait.

Par ailleurs, Madame MARTIN LE MOULLEC indique que l'IME a été sollicité par une ULIS pour mettre en place une solution innovante. La collaboration avec l'Éducation nationale a été déterminante. Il faut sortir des sentiers battus pour innover, créer une interaction sur le terrain y compris avec le sanitaire.

Madame GUINARD indique en effet qu'il faut parfois davantage de souplesse entre les dispositifs.

Madame ANNEE précise que la nécessité de passerelles entre les dispositifs a également été évoquée par le groupe de travail Inclusion sociale et scolaire.

Madame GUINARD mentionne la possibilité d'effectuer des stages filés : une semaine en IME, une semaine à l'école.

Madame MARTIN LE MOULLEC indique que si les enfants étaient pris en charge beaucoup plus jeunes, les problématiques changeraient.

Monsieur LE TOUX mentionne que dans le département du Morbihan des classes externalisées existent.

Orientation

Mener une action avec l'éducation nationale pour mieux inclure les enfants autistes dans le milieu scolaire ordinaire et permettre aux personnels enseignants de bénéficier d'une formation adaptée.

3.5 Les agréments des services et établissements médico-sociaux

Les agréments des services et établissements médico-sociaux n'autorisent l'accueil des enfants qu'à partir de l'âge de 6 ans. Or, la prise en charge des enfants autistes doit être la plus précoce possible pour que ceux-ci développent des modes de communication.

Par conséquent, l'âge d'admission devrait être abaissé.

Échanges

Monsieur TABIASCO précise qu'il s'agit d'une action à mener auprès de l'ARS ;

Monsieur ZENATTI indique que les agréments peuvent être modifiés.

Monsieur TABIASCO indique que les travaux d'évaluation interne devraient permettre d'y parvenir.

Orientation

Lors des évaluations internes, recenser les établissements et services pour enfants dont l'âge d'admission est 6 ans et modifier les agréments de façon à ce que les enfants puissent être accueillis avant l'âge de 6 ans.

3.6 Les scolarités partagées

L'enfant autiste peut être scolarisé à temps plein. Il peut aussi n'être présent que quelques heures dans une classe et être pris dans un établissement médico-social le reste du temps : il s'agit de la scolarité partagée. Or, les scolarités partagées pour les enfants autistes sont assez rares.

Échanges

Madame GUINARD précise l'importance des apprentissages scolaires pour les enfants autistes

Orientation

Poursuivre les partenariats entre les secteurs sanitaires, médico-social et l'Éducation nationale pour favoriser les scolarités partagées.

3.7 Préparer les fins de scolarité en milieu ordinaire

Certains enfants autistes parviennent à suivre une scolarité en milieu ordinaire. À partir de l'âge de 16 ans, ils n'ont plus de solution de prise en charge.

Échanges

Madame GUINARD indique que si un enfant est en ULIS - collège sans accompagnement de type SESSAD, les parents espèrent qu'il va pouvoir poursuivre en lycée. Or, tous n'en ont pas les capacités. Il faut un accompagnement pour permettre aux parents et à l'enfant de cheminer et éviter les blocages.

Madame GUINARD pense qu'il faut une complémentarité entre ULIS - collège et ULIS - pro car certains enfants ne pourront intégrer ni le lycée ni l'IME.

Madame ANNEE mentionne l'existence d'un groupe de travail AUTISME créé au sein de la MDA ; Ce groupe exigera un coordonnateur

Monsieur LE TOUX précise que le groupe de travail s'est positionné sur le fait que pour qu'il y ait une prise en charge libérale il fallait une évaluation initiale par un pédopsychiatre et une prescription. Cette prise en charge libérale doit se faire en lien avec un SESSAD ou un coordonnateur défini par le CAMSP ou le CPEA ;

Monsieur ZENATTI indique qu'il faut avoir dessiné une cartographie des coordonnateurs possibles ;

Madame GUINARD précise par ailleurs qu'un partenariat fort existe entre le secteur sanitaire et l'école et qu'il se traduit notamment par l'existence de CLIS pour des enfants de 4 à 7 ans et l'existence d'une unité d'évaluation.

Orientation

Travailler les passerelles, notamment pour éviter les ruptures de parcours.

IV/ LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES AUTISTES

4.1 Les activités des ESAT

Le développement de la scolarisation des autistes a entraîné des attentes fortes à l'âge adulte. Certains autistes souhaiteraient notamment pouvoir exploiter leurs capacités intellectuelles en ESAT. Or, ceux-ci proposent des activités manuelles.

Échanges

Monsieur ZENATTI indique qu'il est compliqué de réorienter les activités des ESAT sur le champ intellectuel car il est difficile de repérer le public.

Il mentionne les expériences intéressantes des ESAT hors les murs menées par des handicapés psychiques.

Madame MARTIN LE MOULLEC confirme qu'en effet certaines expériences sont possibles avec le handicap psychique si un travail de collaboration est effectué entre le sanitaire et l'entreprise.

Monsieur TABIASCO précise qu'il existe deux solutions pour avancer sur cette question des ESAT ; Soit les gestionnaires actuels se donnent pour objectif d'ouvrir les ESAT, soit des appels à projet sont lancés. Or, pour cette deuxième hypothèse, aucune place d'ESAT n'est programmée d'ici 2016.

Madame MARTIN LE MOULLEC propose de repenser le fonctionnement des ESAT. Elle indique qu'un SIFPRO pour autistes vient d'être créé à Grand-champ. Elle espère que d'ici quelques années, les jeunes issus de cette classe pourront aller en ESAT ; Pour cela, il convient de prévoir un autre encadrement et une autre structuration de l'espace (hors atelier).

Les membres du groupe de travail ont validé les deux propositions d'orientation

Orientations

- Faire évoluer les activités professionnelles des ESAT pour s'adapter à l'évolution des centres d'intérêt des jeunes autistes et à leurs compétences ;

- Adapter le mode de communication et le mode de fonctionnement au travail aux spécificités du travailleur autiste en ESAT.

4.2 Les SAVS et les logements regroupés

Certains travailleurs d'ESAT autistes vivent en logement autonome et bénéficient d'un SAVS dont les personnels ne sont pas toujours formés à l'autisme.

Par ailleurs, certains adultes autistes aspirent à vivre dans des logements groupés proches de ceux mis en place pour les handicapés psychiques de type « Familles gouvernantes ».

Orientations

- Former les personnels des SAVS aux spécificités de l'autisme ;

- Proposer des logements groupés avec accompagnement spécialisé pour des adultes autistes relativement autonomes.

V/ MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES AUTISTES

5.1 Améliorer l'accès aux soins des personnes autistes

L'accès aux soins des personnes autistes pose problème notamment pour les consultations dentaires

Échanges

Monsieur BOUGEARD indique que le groupe de travail « Qualité et bientraitance » a proposé de repérer les professionnels plus sensibles au handicap sur lesquels les établissements médico-sociaux pourront s'appuyer.

Il serait souhaitable également d'avoir des référents au sein de l'hôpital.

Monsieur TABIASCO rappelle qu'en 2006 les associations représentantes des usagers ont signé la Charte de la personne hospitalisée et que celles-ci présentes dans les instances de l'hôpital peuvent œuvrer pour la mise en application de cette charte. Elles peuvent insister par exemple pour qu'une exploitation des questionnaires de sortie d'établissement soit effective.

Par ailleurs, Madame Année précise qu'un cabinet dentaire à l'usage des personnes handicapées existe au sein du CHBA. Des réunions d'information à destination des professionnels ont été réactivées récemment. Des dentistes libéraux y ont participé.

Orientations

- Développer les partenariats entre d'une part les services et établissements sociaux et médico-sociaux et d'autre part les professionnels de santé ;

- Apprendre dès l'enfance à la personne autiste à exprimer la douleur ;

- Former les équipes du secteur sanitaire (personnel d'accueil, infirmières, médecins…) à l'autisme.

5.2. L'adaptation des services et établissements sociaux et médico-sociaux

Les personnes autistes requièrent une prise en charge et un accompagnement spécifique. Les listes d'attente des services et établissements sont importantes. Il est proposé de créer des unités dédiées aux autistes au sein des services et établissements.

Madame MARTIN LE MOULLEC précise que les unités dédiées permettent de spécialiser les personnels pour adapter les réponses aux autistes.

Elle indique qu'au FAM de Locqueltas, 11 places des 20 places sont occupées par des autistes.

Monsieur TABIASCO précise que d'ici 2016 aucune place en MAS n'est programmée.

Madame ANNEE mentionne que dans les EHPAD des unités dédiées aux personnes atteintes de la maladie d'ALZEIHMER ont été créées. Pourquoi pas des unités Autisme dans les ESMS ?

Orientation

Créer des unités dédiées aux autistes au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

5.3 Spécialiser les familles d'accueil

Les accueillants familiaux, les familles d'accueil ne peuvent héberger des personnes autistes car elles ne sont pas formées à l'autisme.

Échanges

Le Docteur PAILLAT CARBONELL indique qu'il faut vraiment que les familles soient très spécialisées car cela exige un accompagnement permanent : 24H / 24 et 365j/an.

Madame MARTIN LE MOULLEC propose de travailler avec un réseau de familles en lien avec le sanitaire. Elle évoque l'exemple d'un enfant placé en semaine dans une famille d'accueil embauchée par La Sauvegarde et dans une famille relais le weekend.

Monsieur BOUGEARD pense que l'enfant étant handicapé il devrait être placé dans une famille d'accueil spécialisé recrutée par un établissement médico-social. Il précise que l'hôpital de Saint-Avé a recruté des familles d'accueil thérapeutique.

Le Docteur COURTOIS indique qu'il y a un réel intérêt pour des personnes autistes d'être en famille d'accueil et de sortir de la prise en charge collective.

Madame EVENNOU indique que cela ramène aux orientations.

Orientation

Agréer des familles d'accueil spécialisées pour jeunes autistes.

5.4 Coordonner autour de la personne autiste

De nombreux professionnels peuvent intervenir auprès des personnes autistes : médecins, psychologues, psychomotriciens, enseignants, éducateurs, orthophonistes, ergothérapeutes, infirmiers…

Il est important que leurs interventions soient coordonnées.

Échanges

Monsieur TABIASCO indique qu'il ne faut pas confier la coordination à une structure mais à une personne physique. La notion de gouvernance n'est pas claire.

Madame GUINARD indique qu'il vaut mieux que ce soit un des acteurs qui assume la responsabilité de la coordination.

Monsieur ZENATTI indique qu'il y a des personnes morales qui ont des missions de coordination.

Madame GUINARD indique qu'il convient alors de nommer au sein de cette structure une personne.

Madame ANNEE souligne la nécessité d'avoir un coordinateur.

Orientation

Repérer une personne responsable de la coordination des différents intervenants auprès de la personne autiste.

5.5 Professionnaliser et soutenir les professionnels

➢ La formation des professionnels

Les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux sont insuffisamment formés à l'autisme et en particulier aux recommandations récentes de la HAS

Échanges

Madame MARTIN LE MOULLEC indique que les formations ayant trait à l'autisme coûtent cher. Elle propose de mutualiser ces formations.

Elle précise que des formateurs de formateurs comment à se mettre en place dans la région Bretagne.

Le Docteur COURTOIS pense qu'il faudrait également associer les professionnels du secteur sanitaire à ces formations. Cela faciliterait le travail de collaboration ensuite.

Monsieur ZENATTI indique qu'il faudrait territorialiser les formations à l'échelle infra départementale pour tenir compte des spécificités des territoires. Ainsi, il précise que des formations de ce type sont déjà en œuvre sur le pays de Lorient.

Orientation

Développer les formations collectives dédiées aux professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux pour que ceux-ci disposent d'un socle commun de connaissances.

➢ Les équipes mobiles d'experts

Les professionnels des services et établissements médico-sociaux sont parfois démunis face aux personnes autistes

Échanges

Le Docteur COURTOIS indique que dans certains IME le poste de psychiatre n'est pas pourvu.

Monsieur ZENATTI précise que ces équipes mobiles seraient des équipes pluridisciplinaires d'appui.

Monsieur TABIASCO indique que la proposition à inscrire dans le schéma départemental serait plutôt la mise en place d'un groupe de travail pour réfléchir à la mise en œuvre d'une dynamique d'équipe mobile.

Proposition

Développer les équipes mobiles d'experts pouvant intervenir en soutien aux professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux.

5.6 Collaboration entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social

Le lien entre les professionnels du secteur psychiatrique et ceux du secteur médico-sociaux est à améliorer pour atténuer les ruptures de parcours.

Échanges

Monsieur propose de modifier la proposition de la façon suivante : Recenser les conventions ; Donner la possibilité aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de consulter les conventions existantes.

Madame MARTIN LE MOULLEC mentionne le SESSAD expérimental de Grand-Champ dans lequel travaillent ensemble des professionnels du secteur médico-social et du secteur sanitaire.

Le Docteur COURTOIS souligne qu'en effet il s'agit d'une expérience intéressante.

Monsieur TABIASCO précise qu'en l'occurrence les professionnels des deux secteurs sont financés par le même financeur.

Il ajoute également que le nouveau directeur de la CNSA agira certainement dans le sens d'un décloisonnement entre le médico-social et le sanitaire.

Orientation

Recenser les conventions entre le secteur psychiatrique et le secteur médico-social pour garantir un cadre propice à une collaboration durable.

REALISATION DU SCHEMA

Comité de schéma sous la présidence de :
Mme Yvette ANNEE, conseillère générale, 3ème vice-présidente, déléguée aux solidarités

Groupe de travail "Observation partagée" sous la présidence de :
Mme Yvette ANNEE, conseillère générale, 3ème vice-présidente, déléguée aux solidarités
M. Jean-Rémy KERVARREC, conseiller général, président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi
Groupe de travail "Qualité, bientraitance et vie sociale" sous la présidence de :
M. Jean-Rémy KERVARREC, conseiller général, président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi
M. Patrick LE DIFFON, conseiller général, vice-président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi
Groupe de travail "Enfants et jeunes adultes handicapés" sous la présidence de :
Mme Yvette ANNEE, conseillère générale, 3ème vice-présidente, déléguée aux solidarités
Groupe de travail "Adultes handicapés" sous la présidence de :
M. Jean-Rémy KERVARREC, conseiller général, président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi
M. Patrick LE DIFFON, conseiller général, vice-président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi
Groupe de travail "Handicap psychique et Autisme" sous la présidence de :
Mme Yvette ANNEE, conseillère générale, 3ème vice-présidente, déléguée aux solidarités
M. Jean-Rémy KERVARREC, conseiller général, président de la 4ème commission actions sociales et solidarités, insertion et emploi

Et la participation de M. François HERVIEUX, conseiller général du canton de Rochefort-en-Terre.

Sous la direction de Mme Brigitte EVENNOU, directrice adjointe des services et établissements d'enfants et de personnes handicapées
Responsable du schéma : Mme Béatrice DESPATY
Chargée de mission : Mme Maël BOURDON
Assistance technique : Mme Martine MOYRET

REMERCIEMENTS

Le président du conseil général du Morbihan remercie l'ensemble des partenaires pour leur participation et leur engagement ayant permis la réalisation de ce schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2013 – 2017.

ADAMFAM en la présence de M. Ludger LOUISE, assistant familial.

ADAPEI 56 en la présence de Mme Marie-Françoise LE GALLO, présidente – M. Vincent HERMABESSIÈRE, administrateur - M. Yann ZENATTI, directeur adjoint – Mme Elisabeth KERGOSIEN, directrice du service d'accompagnement à Vannes - M. Yves JAN, chef de service du SAVS à Vannes – M. Germain MARIEL, directeur de l'IME du Bois de Lisa à Séné – M. Jack ROBERT, directeur du foyer de vie La Sittelle à Vannes – Mme Dominique PLANCHON, directrice du foyer Kerudo à Auray – M. Jean-Marie HARSCOËT, directeur du SESSAD Les Bruyères à Ploërmel – Mme Mylène PIERRE, directrice du foyer de vie Les Corvisettes à Plumelec.

ADIEPH en la présence de M. Eric VILLENEUVE, directeur de l'association – Mme Annie GALAND, directrice adjointe.

ADMR en la présence de Mme Louise BOCK, présidente de la commission services personnes handicapées – Mme Elodie COUDOUEL, responsable des services personnes handicapées.

ADPEP en la présence de Mme Valérie LAYMET-CARRIÈRE, directrice générale – M. Jean-Clément VIDAL, directeur du CMPP et SESSAD du gîte de Vannes – Mme Sylviane MICHOT, directrice du SESSAD du Scorff à Lanester.

AFTC en la présence de M. Jacques PASCO, vice-président de l'association.

AGEFIPH en la présence de Mme Soazig VADAINE, chargée d'étude et développement.

AIMET en la présence de Mme Catherine DRILHON, présidente – M. Gilles PUSSAT, vice-président de l'association – Mme Armelle DELAPLACE, secrétaire.

AIRE en la présence de M. Lionel MOREAUX, administrateur de l'association.

AMISEP en la présence de Mme Monique MARCILLAT, directrice du foyer Saint-Georges à Crac'h – Mme Catherine GAUTIER, chef de service – M. Jean-Luc ROUGNANT, directeur de l'établissement Phare au Roc Saint-André – Mme Nelly SEBTI, chef de service du foyer Phare - M. Erwan MARTEIL, directeur de l'IME Ange Guépin à Pontivy.

APAJH en la présence de M. Jean-Pierre DUBERNARD, président – M. Francis DUGAY, directeur de l'ESAT Kerhoas services à Larmor-Plage.

APF en la présence de Mme Delphine COURTY-CORBEL, directrice de délégation - M. Luciano LE GOFF, directeur du foyer d'accueil médicalisé Kerdonis et du SAVS à Vannes, et du SESSD à Plescop.

ARASS en la présence de M. Lionel MOREAUX, directeur de l'ITEP Le Quengo à Locminé.

ARS DE BRETAGNE en la présence de Mme Isabelle ROMON, ARS Rennes, chargée de mission.

ARS DT 56 en la présence de Mr Pierre LE RAY, directeur de la délégation territoriale, Mme Martine GALIPOT, responsable du pôle médico-social – Mme Audrey LE GALL, inspectrice service handicap – Dr Gwénaëlle CORBE, médecin-inspecteur – Mme Anne CARIOU, stagiaire.

ASSOCIATION DES MAIRES DU MORBIHAN en la présence de M. Jacques LE NAY, président.

BRETAGNE SUD HABITAT en la présence de Mme Micheline LORHO, directrice « territoires et clientèles ».

CAF en la présence de M. Gérard GRIMAUD, responsable du département prestations – Mme Annie JANNES, responsable de service.

CAMSP ECLORE en la présence du Dr Claire LE MARCHAND, directrice.

CENTRE DES MONUMENTS NATIONAUX en la présence de Mme Virginie LEPAGE, responsable des actions culturelles.

CLIC LORIENT en la présence de Mme Véronique ADAM, directrice du CCAS de Lorient.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL DU TOURISME en la présence de Mme Bénédicte PERNES-LEMAN, chargée de mission « Tourisme et Handicap ».

COMMUNE DE BREC'H en la présence de Mme Lucile POENCES, directrice du pôle multi-accueil.

CPAM en la présence de Mme Caroline BONNET, directrice adjointe – M. Jean-Luc LE TALLEC, responsable du département « services aux assurés » - Mme Sonia BOURION-POULIZAC, responsable du département « relations hospitalières ».

DDCS en la présence de M. Thierry MARCILLAUD, directeur – Mme Françoise HARDY, directrice adjointe – Mme Aline VIELLE-BOUSSION, inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale – Mme Élisabeth DEGOUEY, conseillère d'éducation populaire et de jeunesse.

DDEC en la présence de Mme Rose DESMARET, présidente de la délégation départementale de l'enseignement catholique.

DDTM en la présence de M. Robert LE ROUX, responsable de l'unité mobilité urbaine.

DIRECCTE en la présence de M. Serge LE GOFF, directeur adjoint du pôle accès et retour à l'emploi.

ÉDUCATION NATIONALE en la présence de Mme Fabienne GUINARD, inspectrice d'académie – M. Jérôme BOUËTARD et Mme Maryvonne PERRON, enseignants référents.

ENSEMBLE NOUS AUSSI en la présence de Mme Marie-Claire LE BOURSICAUX, présidente.

EPSM CHARCOT en la présence du Dr Loïc LE MOIGNE, président de la commission médicale d'établissement – Dr Philippe HOUANG, psychiatre – Mme Béatrice NICOLAS, directrice adjointe –Dr Anne-Cécile COURTOIS, pédopsychiatre –Dr Laurent LESTREZ, psychiatre.

EPSM MORBIHAN en la présence de M. Marc LEHOUCQ, directeur – M. Ivan LECOURT, directeur des affaires générales, de la communication et des établissements médico-sociaux – M. Jean-Philippe LE CAMUS, directeur des soins – M. Christian GRATIEN, cadre supérieur de santé, coordonnateur du pôle pédopsychiatrie – Mme Marie-Françoise DELIÈRE, cadre supérieur de santé des établissements médico-sociaux - Dr Didier ROBIN, médecin psychiatre référent des établissements médico-sociaux –M. Joanny ALLOMBERT, directeur de la résidence Arc-en-ciel à Saint-Avé – Dr Vincent QUILLET, pédopsychiatre directeur du CAMSP Le Coin de Soleil à Vannes.

EPSMS VALLÉE DU LOCH en la présence de Mme Marie-Laure MARTIN-LE MOULLEC, directrice.

ESAT SAINT-JACUT LES PINS en la présence de M. Jean-Luc PALARIC, directeur de l'ESAT AGRO-MARAIS à Saint-Jacut Les Pins.

ESM DE FANDGUELIN en la présence de M. Lionel COSNUAU, directeur.

Ets LES HARDYS BEHELEC en la présence de M. Eric FAIVRE, directeur général.

FAM YVES LANCO en la présence de M. Stéphane CHABASSIER, cadre socio-éducatif – Mme Marie-Françoise MORVAN, psychologue.

FEDERATION NATIONALE DES TRANSPORTS DE VOYAGEURS en la présence de M. Ronan PEZENNEC, président.

FOYER LE BOIS JUMEL en la présence de Mme Rachel BIHAN, directrice de l'ETA « Le Bois Jumel ».

FOYER LOUISE CRUSSON en la présence de Mme Hélène FICHEUX-EVEN, directrice du foyer de vie Louise Crusson et de l'EHPAD de Férel – Mme Karen EVENO, responsable du foyer de vie.

FOYER STE-ANNE en la présence de M. Georges DE ROSANBO, directeur.

GABRIEL DESHAYES en la présence M. Philippe SCHABAILLIE, directeur général – Mme Chantal MAHIEUX, directrice du foyer Pipark à Brec'h - M. Erwan PIRIOU, directeur du CAMSP Audicamsp à Brec'h – Mme Annabelle LE NAOUR, chef de service du FAM Liorzig – M. Loïc GIVENAIS, directeur du (SJDV) service jeunes déficients visuels.

GEM VANNES HORIZONS en la présence de M. David GODDERIDGE, vice-président – Mme Elisabeth PREVOT, administratrice du GEM et secrétaire du bureau.

IME DE TRELEAU en la présence de Mme Pascale GUÉGAN-PACHNIK, directrice - Mme Martine BOUGLOUAN, cadre socio-éducatif.

KERVIHAN en la présence M. Sébastien MAILLARD, directeur général de l'association Kervihan » - Mme Elisabeth JEHANNO, coordinatrice SESSAD Bleu Cerise – Mme Colette LE COCQ, chef de service du pôle adulte Kervihan – M. Valère POTTIN, directeur adjoint du pôle adulte Kervihan.

L'AUTRE CHEMIN en la présence de Mme Valérie KLEIN, présidente.
LE MOULIN VERT en la présence de M. Jean-Yves HINDRÉ directeur de l'établissement « Le Moulin Vert » à Arzon – Mme Marie-Laure GLIDIC, chef de service médico-social.

LE RENOUVEAU en la présence de M. Philippe COUTAUD, directeur de l'IEA LE BONDON.

LORIENT AGGLOMÉRATION en la présence de Mme Hélène BLANCHE, chargée de mission accessibilité.

MDA en la présence de M. Bertrand LE TOUX, directeur – Mme Annie PIERRE, responsable du service enfance – Dr Patricia GADET, médecin coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire – Dr Saudade DA COSTA, médecin – Dr Véronique MOREN, médecin – Mme Marion LUCAS, Mme Valérie KAMP, Mme Sophie DORVAL, assistantes sociales – Mme Marielle MANGEARD, référente juridique – M. Dominique DENECE, référent insertion professionnelle.

MUTUALITÉ FRANÇAISE 29-56 en la présence de M. Olivier BONAVENTUR, directeur général adjoint – Mme Sandrine RIOU, adjointe de direction – Mme Aline GUENNEC, responsable qualité – Mme Anne LE ROUX, éducatrice spécialisée FAM Rorh Mez – M. Bernard MARTIN, chargé de mission, Pôle Autisme – Mme Soazig LE CORRE, chef de service du FAM Kreiz er Prat de Plouay – M. Bruno LE GAL, directeur du SESSAD A Denn Askell à Lorient – Mme Christine BLIN, directrice du pôle autisme.

OREILLE ET VIE en la présence de Mme Jeanne GUIGO – Mme Violette HERVÉ-LAJUSTICIA, secrétaire.

PÔLE EMPLOI DT 56 en la présence de Mme Marie-Noëlle FALLUCCA, directrice territoriale – M. Jean-Yves EONET – Mme Céline ROLLO-SOUCHET.

RÉSEAU PÉRINAT 56 en la présence de Mme Marie-Paule BERNICOT, coordinatrice.

RÉSIDENCE TERRE ET MER en la présence de Mme Irène PINA-PIRES, directrice de l'EHPAD de Ploemeur.

SA HLM en la présence de M. Philippe ALMY, directeur des « Ajoncs » à Vannes.

SAUVEGARDE 56 en la présence de Mme Cécile CAPART, responsable du dispositif d'insertion socio-professionnelle.

TRISOMIE 21 MORBIHAN en la présence de M. Guy COSTE, président – M. Pierrick PENICAUD, chef de service du SESSAD TRISOMIE 21 à Vannes.

UDAF en la présence de M. Simon KERZERHO, directeur.

UDCCAS en la présence de Mme Ghislaine GOUTTEQUILLET, présidente – M. Alain PIERS, vice-président – Mme Sandra LETHIEC, directrice du CCAS de Pontivy – Mme Flora RIMBERT, secrétaire et membre de l'union départementale.

UNAFAM 56 en la présence de M. Gildas QUINTIN – Mme Marie-Françoise RUSQUET – M. Pierre LAUTRAM.

VANNES AGGLO en la présence de Mme Anne-Hélène ROUSSEAU, responsable déplacements – Mme Valérie SMILEVITCH, responsable des solidarités.

VILLE de LORIENT en la présence de Mme Dominique LAMIOT, psychomotricienne du multi-accueil.

VIVRE ENSEMBLE LE SPORT EN PAYS DE VANNES en la présence de M. Jack ROBERT, président.

Ainsi que les services du département :

M. le directeur général des interventions sanitaires et sociales en la personne de M. Christian TABIASCO

DAPMS en la présence de M. Hervé BOUGEARD, directeur de l'autonomie, des prestations et des moyens de solidarités

SCEMMS en la présence de Dr Michèle PAILLAT-CARBONELL, médecin chef de service – Dr Marie-Anne PHILIPPE, médecin évaluateur conseil – Dr Mickaël TAUPIN, médecin évaluateur conseil – Mme Annick GUILLEMET, chef du pôle autonomie.

DASEEPH en la présence de Mme Brigitte EVENNOU, directrice adjointe des services et établissements d'enfants et de personnes handicapées, de Mme Béatrice DESPATY, responsable du schéma, de Mme Maël BOURDON, chargée de mission, Mme Martine MOYRET, assistance technique.

DAPI en la présence de Mme Hélène HENRY, directrice adjointe des prestations individuelles.

DASEPA en la présence de Mme Catherine RIOU, directrice adjointe des services et établissements de personnes âgées.

DFAS en la présence du Dr Martine BORNE, directrice adjointe de la protection maternelle et infantile et des actions de santé – M. Jean-François RIGAUD, conseiller éducatif départemental.

Direction générale des infrastructures et de l'aménagement en la présence de M. Michel L'HIGUINER, directeur des transports – Mme Claudine HERVE, chargée de mission mobilité – Mme Béatrice GEORGES, chargée de mission accessibilité.

Direction générale des territoires, de l'économie et de l'innovation en la présence de M. Emmanuel BERTRAND, chef de service Habitat.

Ainsi que les personnes ayant assuré le pilotage des groupes techniques:

Groupe technique n°1 : **Observation partagée** (animation M. BOUGEARD)

Groupe technique n°2 : **Qualité et bientraitance** (animation M. BOUGEARD)

Groupe technique n°3 : **Vie sociale** (animation Mme GEORGES)

Groupe technique n°4 : **Dépistage et prise en charge précoce** (animation Dr BORNE)

Groupe technique n°5 : **Inclusion sociale et scolaire** (animation M. LE TOUX)

Groupe technique n°6 : **Vieillissement des personnes handicapées** (animation Mme EVENNOU et Dr PAILLAT-CARBONELL)

Groupe technique n°7 : **Accompagnement des personnes handicapées** (animation Mme EVENNOU)

Groupe technique n°8 : **Handicap psychique** (animation Mme EVENNOU et Dr PAILLAT-CARBONELL)

Groupe technique n°9 : **Autisme** (animation Dr PHILIPPE)

PROGRAMMATION INDICATIVE FINANCIERE PLURIANNUELLE

En application de l'article L 312-4 du code de la famille et de l'action sociale, les schémas d'organisation médico-sociale peuvent être complétés, pour leur durée de validité, par une annexe portant sur la programmation financière pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, transformer ou supprimer au vu des perspectives et objectifs fixés dans les schémas.

Les nouvelles procédures instaurées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 en termes d'autorisation de création des établissements et services sociaux et médico-sociaux rendent indispensables la programmation financière pluriannuelle précitée.

En effet, la délivrance des autorisations par le Président du Conseil général conjointement ou non avec le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) est désormais soumise à une procédure dite d'« appel à projet ».

Celle-ci entraine des délais administratifs conséquents du fait de l'obligation de publication de calendriers annuels d'appels à projets, de cahiers des charges auxquels devront répondre les projets, des délais légaux de dépôt et d'instruction des dossiers, de la consultation d'une commission d'appels à projet.

Il est ainsi indispensable d'anticiper sur ces délais au moyen d'une programmation financière indicative pluriannuelle pouvant être réexaminée chaque année.

La présente annexe au schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap présente ainsi, pour les années 2013 à 2017, les perspectives découlant :

- d'une part, de la programmation acceptée par le département de l'évolution de services et établissements sous compétence conjointe avec l'ARS et figurant ainsi dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
- et d'autre part, de la programmation de services et établissements de compétence départementale.

Ces perspectives de programmation indicative sont à resituer dans le cadre général de l'évolution globale du budget départemental consacré à la politique sectorielle en faveur des personnes en situation de handicap.

I- EVOLUTION GLOBALE DU BUDGET DEPARTEMENTAL CONSACRE À LA POLITIQUE SECTORIELLE EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

En ce qui concerne l'évolution des dépenses départementales en faveur des personnes en situation de handicap, **la période 2006-2012** a été marquée par l'impact de deux éléments consécutifs et cumulatifs pour le département :

- la mise en place de la **maison départementale des personnes handicapées** (MDA) et de la **PCH** à partir du 1er janvier 2007,

- la mise en œuvre du schéma départemental **2008-2012**.

Les évolutions des dépenses constatées découlent ainsi principalement de la mise en œuvre de dispositifs se référant à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1- L'évolution des dépenses sur la période 2006-2012

Une progression de **78,4 %** (+ 28,850 M€) des dépenses brutes a été constatée entre les comptes administratifs 2005 (36,8 M€) et 2012 (65,65 M€), soit une moyenne de **+ 9,8 % par an.**

Cette progression aurait été de **63,5 %** (+ 18,532 M€) pour les dépenses brutes entre les comptes administratifs 2005 (29,155 M€) et 2012 (47,687 M€) en excluant les dépenses cumulées de PCH et d'ACTP, soit une moyenne de **+ 7,9 %** par an.

2- L'évolution des dépenses sur la période du schéma 2008-2012

Sur cette période, la progression des dépenses a été de **+ 32,5 %** (+16,121 M€) entre les comptes administratifs 2008 (49,529 M€) et 2012 (65,65 M€), soit une moyenne de **+ 6,5 % par an,**

- dont **+ 48,8 %** (+ 5,890 M€) entre les comptes administratifs 2008 (12,073 M€) et 2012 (17,963 M€) pour les dépenses cumulées de PCH et d'ACTP, soit une moyenne de **+ 9,8 %** par an ;

- dont **+ 27,3 %** (+10,231 M€) entre les comptes administratifs 2008 (37,456 M€) et 2012 (47,687 M€) en excluant les dépenses cumulées de PCH et d'ACTP, soit une moyenne de **+ 5,5 %** par an.

3 - L'évolution des dépenses sur la période 2013-2017

En projetant les tendances observées sur les évolutions annuelles récentes de la PCH et de l'ACTP, l'évolution cumulée de ces deux prestations sur la période allant de 2013 à 2017 pourrait être de **+ 7,7 %** (+ 1,417 M€) entre les comptes administratifs 2012 (18,351 M€) et 2017 (19,768 M€) pour la PCH et l'ACTP, soit une moyenne annuelle de **+ 1,5 %** par an :

- néanmoins la progression serait de **+ 21,4 %** (+ 2,697 M€) entre les comptes administratifs 2012 (12,622 M€) et 2017 (15,319 M€) **pour la PCH**, soit une moyenne annuelle de **+ 4,3 % par an** contrebalancée par la baisse progressive de l'ACTP,

- en effet une baisse de **- 16,7 % de l'ACTP** (- 0,892 M€) pourrait être relevée entre les comptes administratifs 2012 (5,341 M€) et 2017 (4,449 M€), soit une moyenne annuelle de - 3,3 % par an.

L'évolution de la progression des dépenses cumulées des allocations d'autonomie (PCH-ACTP) de **+ 9,8 % par an** en moyenne sur la période 2008-2012 à **+ 1,5 %** par an sur la période 2013-2017 ouvre un contexte plus favorable à la mise en œuvre des actions du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap, ce contexte devant s'inscrire néanmoins dans celui de l'évolution globale des ressources et des charges départementales.

Pour dessiner le contour d'une programmation indicative financière départementale, il a été pris en compte une progression de **22 %** des dépenses brutes de fonctionnement engagées entre le compte administratif 2012 (65,65 M€) et le budget 2017 (80,064 M€) au titre de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap, soit une progression des dépenses brutes de **+ 14,414 M€.**

Compte tenu de la progression annuelle de l'ordre de 6,2 % entre le CA 2012 et le BP 2013, la progression annuelle serait de l'ordre de **3,5 %** les années suivantes comme le présente le tableau ci-après.

Budget départemental en faveur des personnes en situation de handicap	CA 2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2012- 2017	
							en %	en valeur M€
1- Dépenses brutes de fonctionnement (M€)	**65,650**	**69,704**	**72,214**	**74,814**	**77,582**	**80,452**		**14,414**
Évolution	*5,02%*	*6,18%*	3,5 %	3,5%	3,5%	3,6 %	**21,98 %**	

II- LA PROGRAMMATION INDICATIVE FINANCIERE PLURIANNUELLE

La progression de l'enveloppe financière précitée de **+ 14,414 M€** entre 2012 et 2017 doit prendre en compte celle déjà inscrite au BP 2013 (+ 4,054 M€ par rapport au CA 2012), soit une évolution de **+ 10,360 M€** entre 2013 et 2017.

Après déduction des évolutions projetées des allocations d'autonomie (+ 1,417 M€), des évolutions spécifiques de certains postes de dépenses (+ 1,634 M€ en établissements de personnes âgées, en établissements situés hors département), des revalorisations annuelles des allocations et des tarifications des services et établissements (+ 0,183 M€), une enveloppe de **+ 7,126 M€** serait susceptible d'être affectée à des mesures nouvelles relevant des orientations du schéma 2013-2017, soit environ **1,661 M€** en 2014, **1,710 M€** en 2015, **1,818 M€** en 2016 et **1,938 M€** en 2017.

Budget départemental en faveur des personnes en situation de handicap	2013	2017	Évolution 2013- 2017	
			en %	en valeur M€
1- Dépenses brutes	**69,704**	**80,452**	**+ 11 ,54**	**+ 14,414**
a) Allocations d'autonomie	18,351	19,768	+ 7,72	+ 1,417
b) Évolutions spécifiques en établissements	11,412	13,046	+ 14 ,32	+ 1,634
c) Revalorisations annuelles	0,798	0,982	+ 23, 05	+ 0,184
2- Enveloppe potentielle hors dépenses a) ,b),c)	39,142	46,268	+ 18,20	**+ 7,126**

La programmation financière indicative pluriannuelle serait établie dans le cadre des priorités décroissantes suivantes :

1) – Solder les engagements du schéma 2008-2012 au titre des compétences départementales (1,137 M€)

2) – Répondre au titre des compétences conjointes à l'accompagnement du PRIAC 2012-2016 (1,637 M€)

3) – Réserver au titre des compétences conjointes un crédit sur la programmation 2013-2017 (0,867 M€)

4) – Réserver des crédits pour des actions nouvelles relevant des compétences départementales (3,452 M€)

1) – Solder les engagements du schéma 2008-2012 au titre des compétences départementales (1,137 M€)

Des engagements antérieurs du schéma 2008-2012 relatifs à la création de structures d'accueil, en cours de réalisation, concernent des foyers d'hébergement (FH) de travailleurs handicapés et des foyers de vie. **48 places** seront créées dont 44 en 2014 avec un impact financier de **1 136 711 €** dont 1 003 816 € en 2014 et 132 895 € en 2015.

TYPE DE PRISE EN CHARGE	2014 -2017					
	Nb de places	Valorisation des places cumulées	2014	2015	2016	2017
FH HT Ploemeur	1	31 822	29 756	2 066		
FH Moulin Vert -Sarzeau	6	136 265	79 488	56 777		
FH Ploemeur	12	309 168	283 404	25 764		
Foyer de vie Ploemeur	13	479 016	439 098	39 918		
UVE Ploemeur	12	100 440	92 070	8 370		
FH AT (05/2013) de Crach	'4	80 000	80 000			
Total	**48**	**1 136 711**	**1 003 816**	**132 895**		

2) – Répondre au titre des compétences conjointes à l'accompagnement du PRIAC 2012-2016 (1,637 M€)

La valorisation financière de l'accompagnement par le département du PRIAC concerne les compétences conjointes « département-ARS » telles que présentées dans le tableau ci-après. Elle porte sur un montant de **1 637 298 €** entre 2014 et 2016.

TYPE DE PRISE EN CHARGE	2014 -2017					
	Nb de places	Valorisation des places cumulées	2014	2015	2016	2017
C.A.M.S.P.	50	144 355		144 355		
SAMSAH	42	188 664		188 664		
FAM HT	7	301 301	215 215		86 086	
FAM anciennes mesures	48	1 002 978	204 075	599 177	199 726	
dont Fam Bréhan *dont Fam Férel*	*18* *30*		*204 075*	*599 177*	*199 726*	
Total	**147**	**1 637 298**	419 290	932 196	285 812	

En ce qui concerne les « FAM anciennes mesures » du schéma 2008-2012, il s'agit en 2014 de l'incidence en année pleine du fonctionnement du FAM de Bréhan (204 075 €).

Pour le FAM de Férel, l'incidence financière nette sera réduite du fait de la transformation de 20 places de foyer de vie existantes en places de FAM.

3) – Réserver au titre des compétences conjointes un crédit d'accompagnement du PRIAC 2013-2017 (0,867 M€)

Chaque année, le PRIAC fait l'objet d'une réactualisation avec un glissement annuel (prochain PRIAC 2013-2018). Compte tenu des besoins manifestes en places de foyer d'accueil médicalisé, le département pourrait valoriser un besoin de 20 places en extension d'établissements existants.

Le 3ème Plan autisme 2013-2017 est construit autour de fiches actions qui pourront, pour certaines, constituer des pistes de mise en œuvre d'actions du schéma départemental 2013-2017 (repérage par la PMI et dépistage par les centres d'actions médico-sociales précoce ; médicalisation des foyers de vie et des SAMSAH ; places en foyers d'accueil médicalisé ; formation du personnel des établissements et services médico-sociaux ; participation de la maison départementale de l'autonomie).

Ainsi, le 3ème Plan autisme prévoit la création de 1 500 places nouvelles qui se répartissent entre 500 places de Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et 1 000 places pour des Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), la médicalisation des foyers de vie et des Services d'Accueil Médico-Sociaux pour les Adultes Handicapées-SAMSAH (Fiche action n°6 du Plan autisme).

Les 1 000 places précitées correspondent à 850 places de FAM ou de médicalisation de foyers (à 30 000 €/place pour la part Assurance Maladie OGD - soit 25,5 M€), et 150 places de SAMSAH (à 20 000 €/place pour la part Assurance Maladie OGD – soit 3 M€).

TYPE DE PRISE EN CHARGE « FAM »	Nb de places	Valorisation départementale des places	2014	2015	2016	2017
	20	**867 000**				**867 000**

À défaut d'inscription possible de places de FAM au PRIAC 2013-2017, le crédit viendrait en abondement des mesures SAMSAH ou d'hébergement temporaire prévu au paragraphe 2) précité ou des mesures ci-après décrites au paragraphe 4).

4) – Réserver des crédits pour des actions nouvelles relevant des compétences départementales (3,453 M€)

Les axes et orientations du nouveau schéma conduisent à proposer un développement de l'offre de service conjuguant les réponses institutionnelles nécessaires aux personnes handicapées vieillissantes (points 1 et 2), aux jeunes de plus de 20 ans maintenus en IME (point 3) avec le soutien et l'accompagnement à domicile (points 4 à 7).

Le calendrier de programmation pluriannuelle tient compte des délais de réalisation plus longs pour les réponses institutionnelles.

TYPE DE PRISE EN CHARGE	2014 -2017					
	Nb de places	*Valorisation des places cumulées*	2014	2015	2016	2017
1- Foyer H vieillissants *dont 5 HT internat*	49	1 594 382		292 842	325 380	976 140
2- UATP	12	93 072	62 048		62 048	
3- Foyer de vie	30	991 890			991 890	
Sous cumul 1à 3	91	2 679 344	62 048	292 842	1 379 318	976 140
4- UVE	14	112 420		56 210	56 210	
5 - SAVS - TH	48	192 000	64 000		64 000	64 000
Sous cumul 1à 5	153	2 983 764	126 048	349 052	1 499 528	1 040 140
6 - SAVS non TH	19	95 000	30 000		40 000	25 000
Sous cumul 1 à 6	172	3 078 764	125 024	349 052	1 539 528	1 065 140
7 - Logements groupés	60	373 980	74 796	299 184		
Total	**232**	**3 452 744**	**199 820**	**648 236**	**1 539 528**	**1 065 140**

Le besoin en structures d'accueil demeure tant pour les foyers de vie afin de diminuer le nombre de jeunes handicapés maintenus en IME au-delà de 20 ans et d'y maintenir les personnes vieillissantes, que pour les foyers d'hébergement confrontés aux besoins des travailleurs vieillissants et des retraités.

- La création de 49 places de foyers pour handicapés vieillissants ou retraités et de 12 places d'unités d'accueil à temps partiel se situe dans le cadre de la fiche action n°50 du schéma départemental (**Accompagner le vieillissement des personnes handicapées vivant en établissement) :**

Les personnes handicapées vieillissantes ne bénéficient pas toujours de la prise en charge adéquate dans les établissements. Ceux-ci doivent tenir compte du ralentissement du rythme de vie, du désinvestissement progressif dans les activités proposées. Une adaptation à cette évolution s'impose aux structures d'accueil.

Adapter les établissements pour les personnes handicapées :

Adapter des unités spécifiques dans les établissements pour personnes handicapées tenant compte du processus de vieillissement

Proposer des nouvelles réponses :

Créer des foyers dédiés à proximité des foyers d'hébergement pour les travailleurs en ESAT retraités

Réfléchir aux besoins en établissements médicalisés adaptés à un public handicapé de plus de 60 ans

- La création de 30 places de foyers de vie doit permettre de répondre aux besoins de prise en charge de jeunes handicapés de plus de 20 ans maintenus en IME (amendement Creton) dans l'attente de places disponibles en foyer de vie, ainsi que de personnes handicapées vieillissantes restées à domicile auprès de parents devenus âgés. Elle compense partiellement la transformation de 20 places du foyer de vie de Férel en 30 places de foyer d'accueil médicalisé.

Au début de l'année 2013, le département prenait en charge 41 jeunes handicapés de plus de 20 ans maintenus en IME dont 15 orientés en foyer de vie (7 d'entre eux avec une admission prévue au cours au 1er trimestre), 16 orientés en foyer d'accueil médicalisé (8 d'entre eux avec une admission prévue au cours au 1er trimestre).

Le coût de prise en charge des nouvelles places de foyer de vie peut être compensé par la diminution des dépenses exposées en IME.

- La mise en place de places de 48 places de SAVS-TH chargés d'accompagner à domicile les travailleurs handicapés en ESAT permet de réduire le besoin de création de places de foyer d'hébergement d'un coût sensiblement plus élevé
- L'extension de 19 places de l'offre de places en SAVS pour les non travailleurs doit permettre d'éviter l'entrée en foyer de vie et de soutenir les aidants familiaux
- Le développement de l'offre de logements groupés (60 places) à différents publics de personnes handicapées permet également de limiter le recours à des solutions d'hébergement plus institutionnelles.

5) – Récapitulatif des engagements potentiels sur 2014-2017 (7,126 M€)

TYPE DE PRISE EN CHARGE	2014 -2017					
	Nb de places	Valorisation des places cumulées	2014	2015	2016	2017
a) – Solder les engagements du schéma 2008-2012 au titre des compétences départementales						
	48	**1 136 711**	**1 003 816**	**132 895**		
b) – Répondre au titre des compétences conjointes à l'accompagnement du PRIAC 2012-2016						
	127	**1 637 298**	**419 290**	**932 196**	**285 812**	
c) – Réserver au titre des compétences conjointes un accompagnement du PRIAC 2013- 2017						
	20	**867 000**				**867 000**
d) – Réserver des crédits pour des actions nouvelles relevant des compétences départementales						
	232	**3 452 724**	**199 820**	**648 236**	**1 539 528**	**1 065 140**
e) – Total a) à d)						
	427	**7 093 733**	**1 622 926**	**1 713 327**	**1 825 340**	**1 932 140**
Rappel du montant d'enveloppe disponible		**7,126**	**1,661**	**1,710**	**1,818**	**1,937**

Département du Morbihan
2 rue de Saint-Tropez – CS 82 400 – 56 009 Vannes Cedex
Tél. 02 97 54 80 00