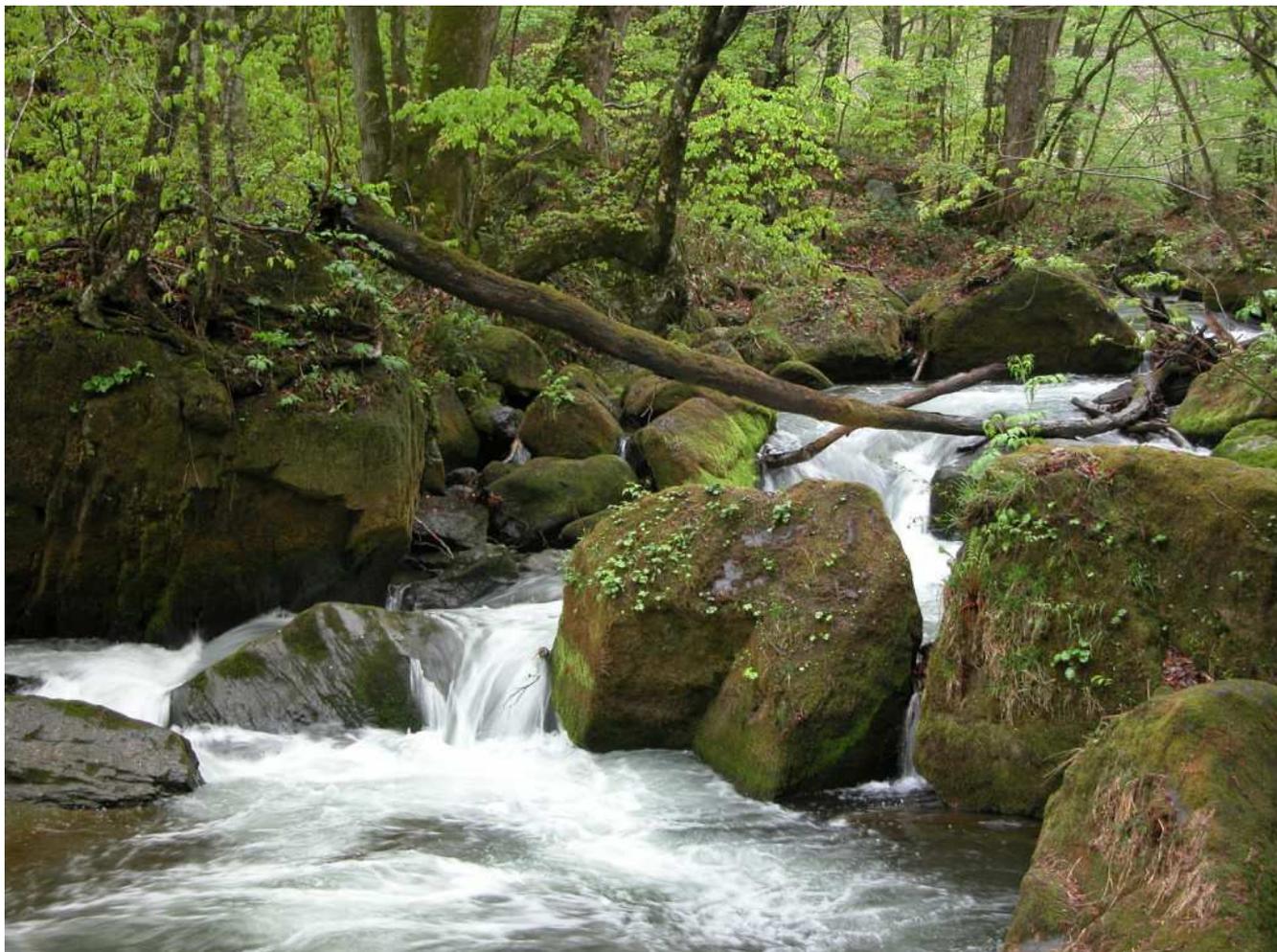


Schéma Départemental en faveur des Personnes Handicapées



Sarthe
2008 - 2012



Depuis les dernières générations de schémas sociaux et médico-sociaux, le dispositif en faveur des personnes handicapées a connu de profonds changements. Création de la PCH et de la MDPH, apparition progressive de nouveaux services, nouvelles dispositions pour faciliter l'intégration sociale des personnes en situation de handicap... l'accompagnement s'est structuré, étoffé, diversifié. Le Schéma a naturellement été élaboré en prenant en compte ce nouveau contexte et en s'appuyant sur ses opportunités afin de donner une dynamique nouvelle à la politique en faveur des personnes handicapées dans la Sarthe.

Le département a consenti des efforts très importants ces dernières années afin de mieux doter le territoire en établissements et services. Ce sentiment, largement partagé par les acteurs de terrain, a permis d'élaborer le Schéma dans une nouvelle perspective.

Plusieurs axes structurent ce document, mais aussi l'esprit dans lequel s'est faite son élaboration.

En premier lieu, le Conseil général s'était engagé à associer étroitement les acteurs aux travaux. La phase de diagnostic, comme celle de définition des orientations auront été l'occasion de partager et de construire ensemble.

Mais la concertation et l'écoute ne se sont pas arrêtées à la parole des professionnels. Le choix du département a, en effet, été d'associer les personnes en situation de handicap afin d'observer le dispositif à partir du regard de ses usagers. Expérience innovante dans la méthodologie, cette étape aura permis de faire émerger de nouveaux besoins importants qui n'avaient pas été identifiés par les professionnels de terrain.

En second lieu, l'augmentation très importante des capacités d'accueil ces dernières années, a placé le nouveau schéma dans un nouvel esprit tourné vers le maintien à domicile. C'est désormais ce pan de l'accompagnement que les acteurs de terrain, comme le Département, souhaitent activement développer dans un souci essentiel de respecter le choix de la personne handicapée. Ce choix doit s'exprimer au travers du projet de vie, pivot de toutes les réflexions qui ont eu cours durant le travail d'élaboration et, désormais, de toutes les orientations de ce nouveau schéma.

Le Président du Conseil général,

Le Préfet,

Roland du LUART

Michel CAMUX

Sommaire

1. Introduction	6
1.1 Rappel général	6
1.2. Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération	7
1.3 Une gouvernance basée sur la concertation, la coopération et la contractualisation, à l'échelle départementale	7
1.4. Eléments de méthodologie	8
2. Etat des lieux et diagnostic	10
2.1. Les personnes handicapées dans le Département	10
2.1.1. Eléments de démographie régionale et départementale	10
2.1.2. L'équipement en faveur des personnes handicapées en Sarthe	11
2.1.3. Eléments démographiques par territoire	17
3. Evaluation du dispositif en faveur des personnes handicapées	21
3.1. Les principaux enseignements	22
3.1.1. Les atouts du département dans l'accompagnement des personnes handicapées	22
3.1.2. Les points d'amélioration	23
3.2. L'accompagnement à domicile	24
3.3. L'accompagnement en établissement	30
3.4. L'accompagnement social et l'insertion professionnelle	34
3.5. L'information et la coordination	35
4. Enquête sociologique	36
4.1. Méthodologie d'enquête	36
4.2. Principaux enseignements de l'enquête	36
5. Orientations	38
6. Les actions du nouveau schéma	39

Fiches actions	40
Axe I Le développement et la diversification de l'offre de services à domicile	41
Fiche action 1 : Développer, améliorer, diversifier l'offre de services à domicile sur l'ensemble du territoire	41
Fiche action 2 : Améliorer l'accessibilité des personnes handicapées aux pratiques Culturelles, sportives et de loisirs	43
Fiche action 3 : Etendre le champ et les modalités d'intervention, le nombre de places des SAVS et des SAMSAH	45
Fiche action 4 : Soutenir les aidants familiaux et naturels	47
Axe II L'évolution de l'offre en établissement et en services	49
Fiche action 5 : Diversifier les modalités de prise en charge	49
Fiche action 6 : Mieux accompagner le passage de l'adolescence à l'âge adulte	52
Fiche action 7 : Harmoniser les pratiques et créer de nouveaux outils	54
Fiche action 8 : Reconnaître la vie affective et sexuelle et accompagner la parentalité des Personnes handicapées	56
Axe III Les accompagnements spécifiques et la prise en charge du handicap psychique	58
Fiche action 9 : Mettre en place des lieux et services innovants	58
Fiche action 10 : Renforcer les équipes et services d'intervention existants dans le cadre de prise en charge et de l'accompagnement du handicap psychique	60
Axe IV Les personnes handicapées vieillissantes	62
Fiche action 11 : Accompagner les établissements et services dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et âgées	62
Fiche action 12 : Prévenir les conséquences du vieillissement et préparer le passage à la retraite	64
Axe V Accompagnement social et insertion professionnelle	66
Fiche action 13 : Favoriser l'insertion professionnelle par l'accompagnement social .	66
Fiche action 14 : Etudier l'évolution des missions des ESAT et des SA-ESAT	68
Fiche action 15 : Créer des plateformes locales de coordination entre les acteurs de l'insertion professionnelle, les personnes handicapées, les entreprises et les collectivités	70
Axe VI Renforcement des coopérations et des coordinations	72
Fiche action 16 : Structurer les dispositifs locaux d'information et de coordination	72
Fiche action 17 : Structurer les collaborations entre les secteurs sanitaire et social et médico-social	74
Annexe	76
Glossaire	77

1. Introduction

1.1. Rappel général

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une période de 5 ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L 6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L 312-5-1 du C.A.S.F.

Selon cet article, les priorités de financement, de création ou extension d'établissements ou de services sont établies et actualisées notamment sur la base des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Bien que la loi n'en fasse pas obligation, eu égard aux responsabilités de l'Etat dans le domaine du handicap, il a été proposé un schéma conjoint Conseil général – Etat. Celui-ci a été présenté lors du Comité de pilotage du 18 janvier dernier auxquels étaient conviés les élus de la commission des affaires sociales. En raison des contraintes de calendrier imposées par le CROSM, ce schéma fera l'objet d'une présentation au CROSM après l'avis de notre assemblée.

Le PRIAC arrêté par le Préfet de Région est actualisé en tenant compte notamment des évolutions des schémas départementaux.

En 2007, l'actualisation du PRIAC établi en 2006 s'est appuyée sur une programmation établie sur 5 ans (2007-2011), un cadrage financier réaliste au regard des enveloppes de mesures nouvelles obtenues au cours des 3 dernières années et des variations interrégionales du taux d'évolution des enveloppes Personnes Agées et Personnes Handicapées et des priorités interdépartementales par territoire s'inscrivant dans la continuité des celles qui ont été définies en 2006 à savoir le dépistage et la prise en charge précoce, l'accompagnement en milieu ordinaire et l'accompagnement en institutions.

Le PRIAC 2007-2011 reprend les objectifs 2006-2008 de rééquilibrage territorial ; en 2008 et 2009, l'effort de diversification de l'offre, se poursuit même si la programmation reste centrée sur la prise en charge institutionnelle, dans le secteur adulte.

Les priorités interdépartementales retenues dans le PRIAC s'ordonnent autour de trois axes :

- Dépistage et la Prise en charge précoce
- Accompagnement en milieu ordinaire de vie
- Accompagnement en institution.

L'objectif général du schéma est :

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

1.2. Les implications de ces dispositions et les défis des schémas de nouvelle génération

Outre les réglementations relatives aux schémas médico-sociaux, le dispositif est aujourd'hui borné par la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a profondément modifié le rôle de chacun des acteurs.

Ces orientations s'ordonnent autour de 5 axes prioritaires :

- Le droit à compensation
- La scolarisation
- L'accès à l'emploi
- L'accessibilité
- Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

Ces changements constituent autant de défis à relever pour le Conseil général. Mais il lui est nécessaire, au préalable, de disposer d'un diagnostic étayé sur les carences et atouts du dispositif dans le département. Cette évaluation objective constitue une condition sine qua non à la définition d'orientations qui soient au plus près des besoins des personnes concernées.

En second lieu, ces orientations doivent relever les ambitions du concret, de la cohérence et de la précision. Les nouveaux schémas étant moins programmatiques qu'axés sur du qualitatif, il faut ainsi consentir à un effort d'opérationnalité.

1.3 Une gouvernance basée sur la concertation, la coopération et la contractualisation, à l'échelle départementale

- La maison départementale des personnes handicapées

Parmi les changements évoqués, la mise en place de la Maison Départementale des Personnes Handicapées a constitué une évolution majeure du dispositif.

Son installation a en effet permis d'offrir un guichet unique aux personnes en situation de handicap. Chacun peut ainsi y trouver l'information qu'il recherche mais aussi l'écoute et les conseils de professionnels soucieux d'une amélioration constante de l'accompagnement du handicap.

Identification d'un lieu ressource, facilitation des démarches administratives, la Maison Départementale des Personnes Handicapées constitue un signal fort sur la structuration d'un dispositif et la volonté départementale de mieux le coordonner. Dans un département où la rencontre entre les professionnels était déjà inscrite dans le fonctionnement de chacun, elle a su créer un nouveau lieu de concertation, d'échange et de partage des connaissances.

Désormais, tant la fluidité de la trajectoire des personnes en situation de handicap que la nécessité de leur offrir un panel de solutions, peuvent constituer un nouvel axe d'amélioration du dispositif dont la MPDH est devenue le principal rouage.

- Le comité consultatif départemental des personnes handicapées

Copilote avec le Département de cette instance dont il assure, par ailleurs le secrétariat, l'Etat restera particulièrement attentif à permettre au CDCPH d'accomplir les missions qui lui sont dévolues :

- Formulation d'un avis et de propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale, ainsi que sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs, pour ce qui concerne, notamment, la

scolarisation, l'intégration sociale et professionnelle, l'accessibilité, le logement, le transport, l'accès aux aides humaines et techniques, aux sports et loisirs, au tourisme et à la culture.

- Réalisation d'un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur handicap.

➤ Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

L'amélioration continue de la qualité est au centre des préoccupations de chacun des acteurs. Outre l'objectif d'amélioration de la qualité, le CPOM représente un nouveau contrat de confiance entre les pouvoirs publics et les gestionnaires, basé sur une volonté commune de concilier une gestion moderne avec l'efficacité sociale. Ces Contrats inaugurent un nouveau mode de gouvernance et permettent, notamment, une réflexion partagée sur la situation des établissements et services et de leur avenir, une dynamique interne sur le choix des priorités ainsi qu'une analyse globale des capacités de financement de l'établissement.

➤ Les groupements de coopération sanitaires et médico-sociaux

La loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale souhaite " favoriser la coordination, la complémentarité, garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux et médico-sociaux coordonnés ", et incite à une plus grande coopération entre établissements et services. Les groupements de coopération dont les modalités de création et de fonctionnement sont précisées par le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 ont pour mission d'exercer directement des actions sociales ou médico-sociales, créer et gérer des équipements ou services d'intérêt commun, ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités, faciliter des actions concourant à l'évaluation de l'activité et à la qualité des prestations de ses membres, définir ou proposer des actions de formation pour le personnel.

1.4. Eléments de méthodologie

Le Département a souhaité faire participer un public très large à l'élaboration de ce nouveau schéma afin de bien identifier les atouts sur lesquels s'appuyer et les points d'amélioration de la prise en charge.

Ainsi, ce sont plus de 60 acteurs qui ont directement participé à la phase d'évaluation à travers des entretiens in situ : directeurs d'établissements, associations, familles et usagers... Outre les acteurs locaux, les partenaires institutionnels (les services de l'Etat, Caisses de retraite) ont également été associés à la réflexion d'évaluation.

Parallèlement à ces nombreux entretiens, plusieurs enquêtes ont été menées à l'échelle du territoire :

- Une enquête à destination des personnes handicapées vivant en établissement, afin d'établir le plus finement possible leur profil et d'identifier leurs besoins : 2 007 réponses.
- Une enquête à l'attention des directeurs de structure d'accueil pour dresser un état des lieux de la prise en charge dans le département : 56 établissements répondants.

Outre les entretiens et les questionnaires, une enquête sociologique a été réalisée auprès d'une trentaine de personnes handicapées vivant à domicile et en établissement. Cette enquête a ainsi permis de recueillir directement la parole des usagers et de tirer des enseignements génériques sur le dispositif de prise en charge.

Pour finir, sept groupes de travail ont été organisés, réunissant une centaine de professionnels, autour des thématiques suivantes :

- L'évolution de l'offre en établissement et en services
- Le développement et la diversification de l'offre de services à domicile
- Les accompagnements spécifiques
- L'insertion professionnelle et l'accompagnement social
- Les personnes handicapées vieillissantes, âgées et retraitées
- Le renforcement des coopérations et la coordination
- La prise en charge du handicap psychique.

Chaque groupe a été réuni sur deux sessions, une présentation ayant été faite en séance plénière.

* *
*

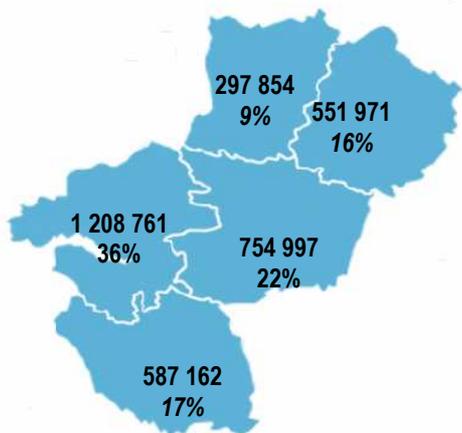
L'évaluation ainsi conduite a permis de dégager un état des lieux de la prise en charge des personnes handicapées dans le département de la Sarthe.

2. Etat des lieux et diagnostic

2.1. Les personnes handicapées dans le Département

2.1.1. Eléments de démographie régionale et départementale

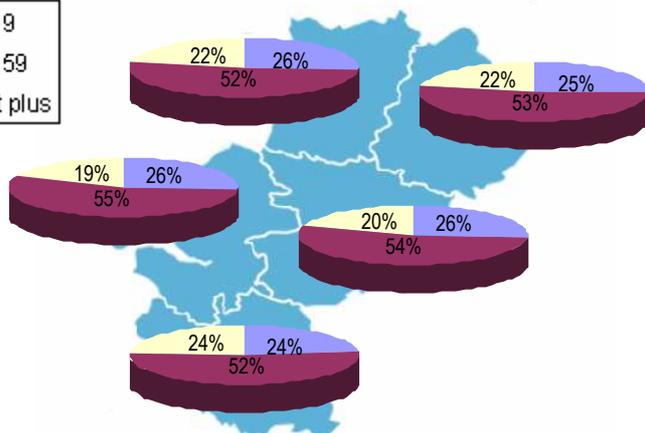
La population en Pays de la Loire (estimations au 1^{er} janvier 2005)



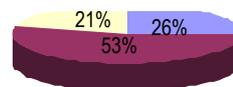
La population de la Sarthe s'élève à 551 971 habitants (recensement partiel, Insee 2005), soit 16% de la population régionale. A titre de comparaison avec les départements voisins, la population sarthoise représente 1,8 fois celle de la Mayenne, mais seulement 45% de la population de Loire-Atlantique.

On observe, par ailleurs, que la part des habitants de plus de 60 ans dans la population totale est de 22% dans la Sarthe contre 21% en moyenne régionale. Il s'agit ainsi du département le plus âgé des Pays de la Loire après la Vendée (24%).

Répartition par âge de la population en Pays de la Loire (estimations au 1^{er} janvier 2005)

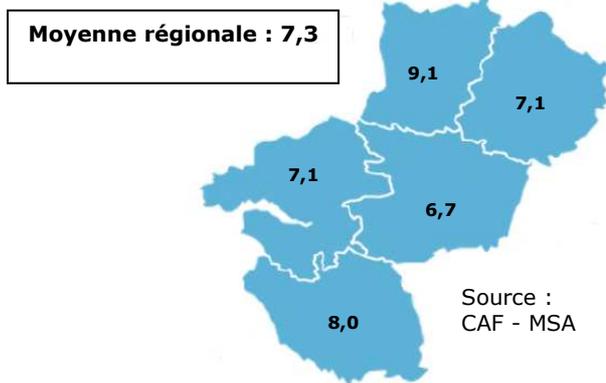


Moyenne régionale

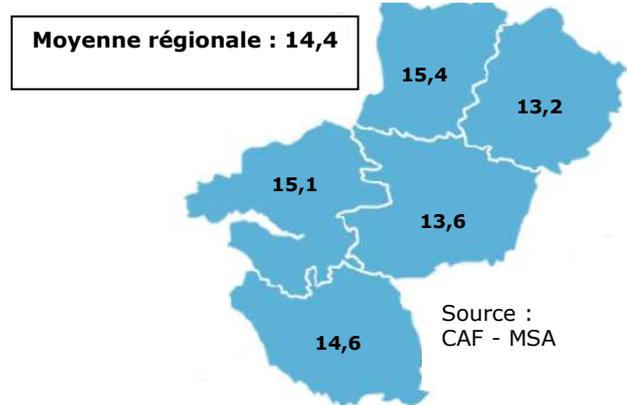


Concernant la population handicapée, on observe que la part des bénéficiaires de l'Allocation d'Education Spéciale dans la Sarthe (7,1 ‰) désormais dénommée Allocation d'Education d'Enfant Handicapé (AEEH) est légèrement inférieure à la part observée au niveau régional (7,3 ‰). En ce qui concerne les bénéficiaires de l'AAH, avec une part de 13,2 ‰, contre 14,4 ‰ en moyenne dans les Pays de la Loire, la Sarthe affiche le taux le moins élevé de la région.

Les bénéficiaires de l'AES
pour 1 000 hab. de moins de 20 ans - 2004



Les bénéficiaires de l'AAH
pour 1 000 hab. de 20 ans et plus - 2004



2.1.2. L'équipement en faveur des personnes handicapées en Sarthe

▪ **Equipements destinés aux enfants et adolescents hors schéma**

Au niveau de la prise en charge des enfants et adolescents tout d'abord, il apparaît que la Sarthe est relativement moins bien dotée que les autres départements de la région.

En effet, avec 11 structures, pour 91 dans la Région, la Sarthe totalise 12%

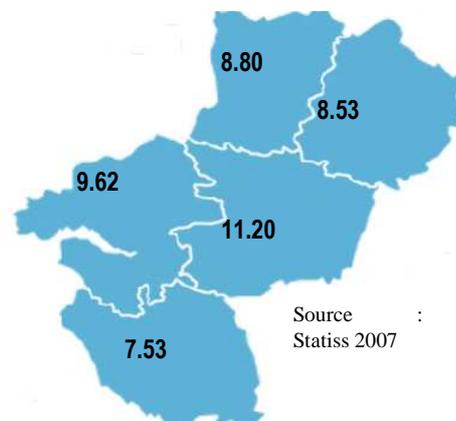
des structures pour enfants et adolescents handicapés des Pays de la Loire.

Son taux d'équipement (nombre de lits/places pour 1000 moins de 20 ans) s'élève à 8,53 ‰.

Il se trouve en deçà des moyennes régionales comme nationales (respectivement 9,40 et 8,64 ‰).

La Sarthe affiche ainsi le taux d'équipement le plus bas de la région après la Vendée. L'écart avec le département le mieux doté des Pays de la Loire, le Maine-et-Loire, est important : près de 3 points (voir la carte supra). Cette différence doit toutefois être mise en perspective avec le taux d'équipement élevé du département en terme de services.

Taux d'équipement en places en établissement pour enfants et adolescents
(1 janvier 2006)



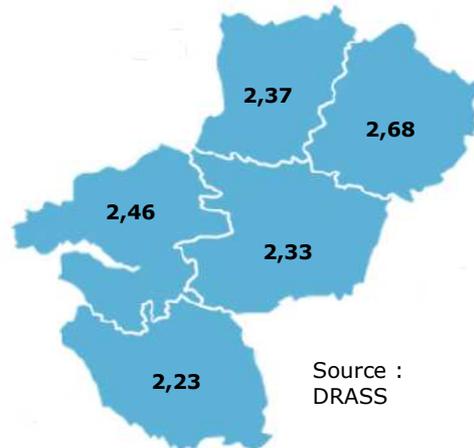
Par ailleurs, la Sarthe possède le taux d'équipement en places de soins à domicile et d'éducation spéciale le plus élevé des Pays de la Loire : 2,68 ‰, contre 2,42 ‰ au niveau régional. Le département se situe 2 points au-dessus de la moyenne nationale.

Taux d'équipement en places de soins à domicile et d'éducation spéciale
(1 janvier 2005)

Moyenne régionale : 2,42
Moyenne nationale : 1,62

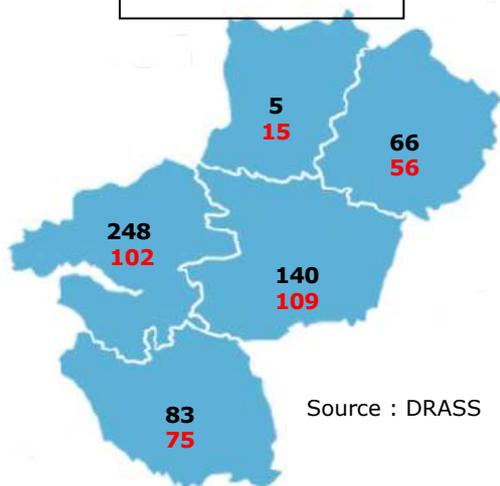
Concernant les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, la situation de la Sarthe est satisfaisante au regard, notamment, des départements voisins. La Sarthe totalise, en effet, 15,7% des effectifs enregistrés au niveau de la région.

De plus, le département ne compte que 56 enfants et adolescents sur liste d'attente dans un établissement pour adulte (fin 2005), soit seulement 5% des effectifs en attente en Pays de la Loire.



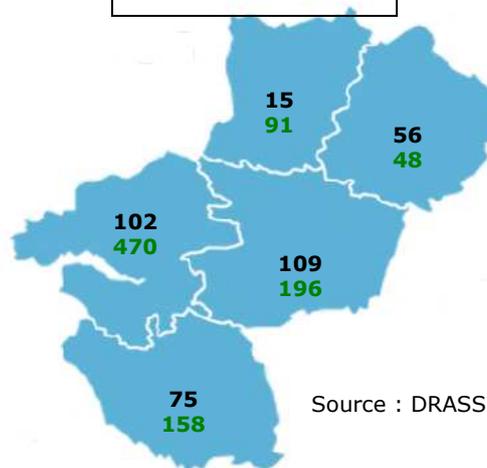
Evolution des effectifs Creton sur 5 ans

Effectifs régionaux :
2001 : 542
2005 : 357



Effectifs Creton et Liste d'attentes du secteur enfants et adolescents
(1 janvier 2006)

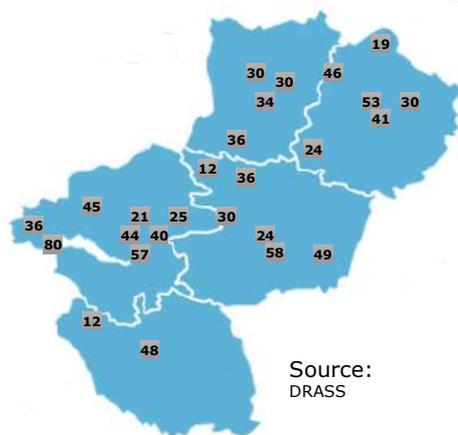
Effectifs régionaux « Creton » : 357
Liste d'attente : 963



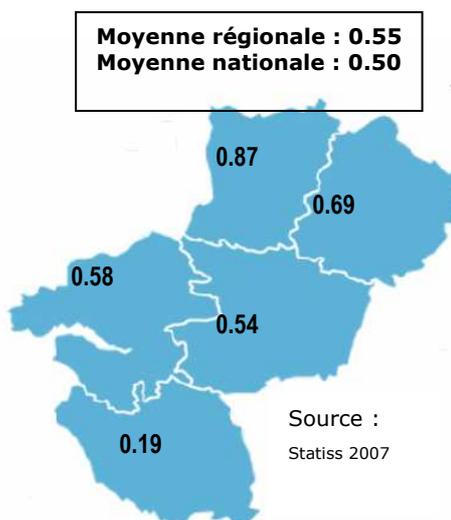
▪ Equipements destinés aux adultes

Concernant l'équipement en faveur des adultes handicapés, et en premier lieu les MAS, la Sarthe se place en deuxième position en taux d'équipement (0,69 ‰) après la Mayenne, et nettement au-dessus de la moyenne nationale (0,55 ‰). A noter que le nombre de places en MAS dans la Sarthe a connu une très forte progression depuis 1998 (+ 55%), qui s'explique en particulier par le nombre important de créations de lits.

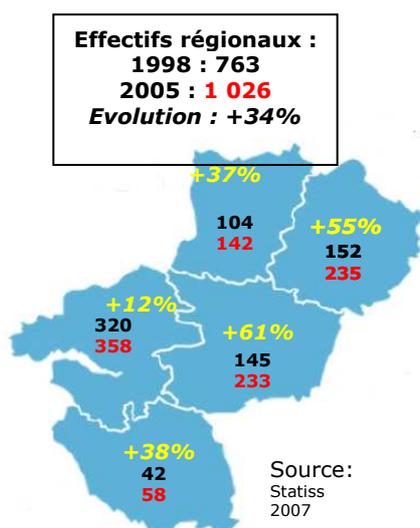
Répartition des MAS et nombre de places
(1 janvier 2005)



Taux d'équipement en MAS
(1 janvier 2006)

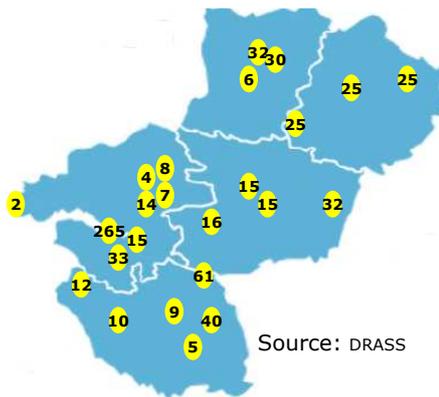


Evolution des places en MAS
1998 - 2005

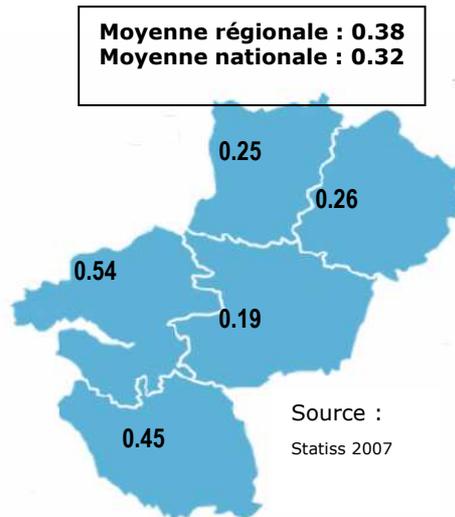


La Sarthe est comparativement moins bien dotée en FAM : son taux d'équipement (0,26 ‰) est le troisième des Pays de la Loire ; se situant en-deçà des niveaux régionaux et nationaux (0,38 et 0,32 ‰), il est très inférieur au taux de la Loire Atlantique, le département le mieux doté de la région (0,54 ‰). Cependant, la Sarthe connaît un rattrapage important depuis 1998 : alors que le nombre de places augmentait de 38% en moyenne dans la région, il a progressé de 200% la période 1998 – 2005 dans le département.

Répartition des FAM et nombre de places (1 janvier 2005)

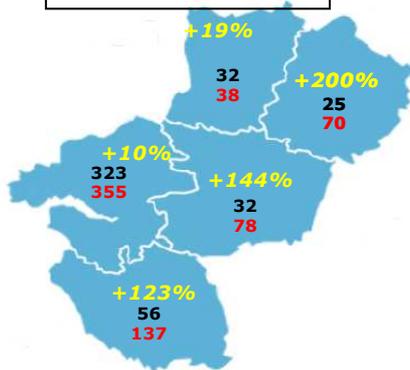


Taux d'équipement en FAM (1 janvier 2006)

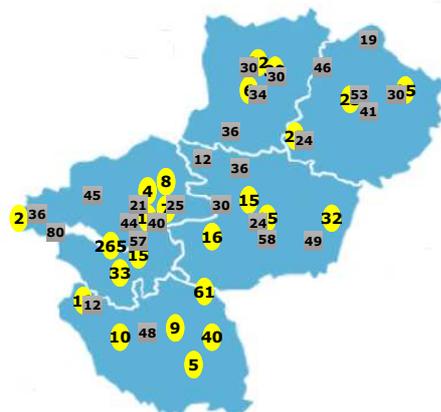


Evolution des places en FAM 1998 – 2005

Effectifs régionaux :
1998 : 468
2005 : **646**
Evolution : **+38%**



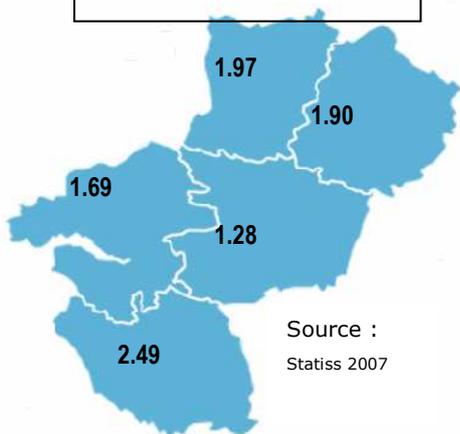
Cumul des places en MAS et FAM



En terme de taux d'équipement en foyer de vie, la Sarthe se situe au-dessus de la moyenne régionale, et au-dessus de la moyenne nationale. Elle se trouve ainsi en troisième position en Pays de la Loire, après la Vendée et la Mayenne. Elle a connu une augmentation de 25% du nombre de places en foyer de vie entre 1998 et 2005 – une évolution comparable à celle observée au niveau de la région.

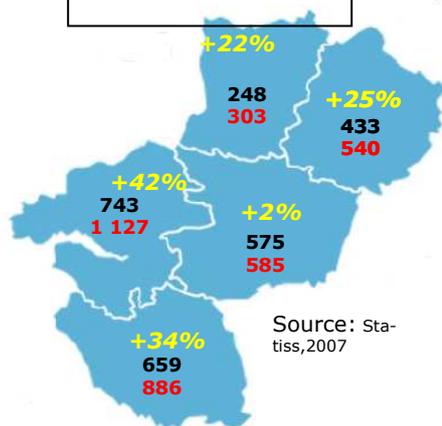
Taux d'équipement en foyer de vie (1 janvier 2006)

Moyenne régionale : 1.79
Moyenne nationale : 1.19



Evolution des places en foyer de vie 1998 – 2005

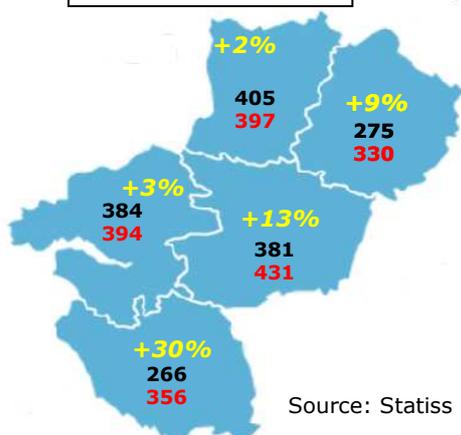
Effectifs régionaux :
1998 : 2 668
2005 : 3 441
Evolution : +29%



En ce qui concerne les places en foyer d'hébergement, l'évolution sur la même période a été plus limitée : 9% dans la Sarthe contre 14% dans l'ensemble des Pays de la Loire.

Evolution des places en Foyer d'hébergement 1998 – 2005

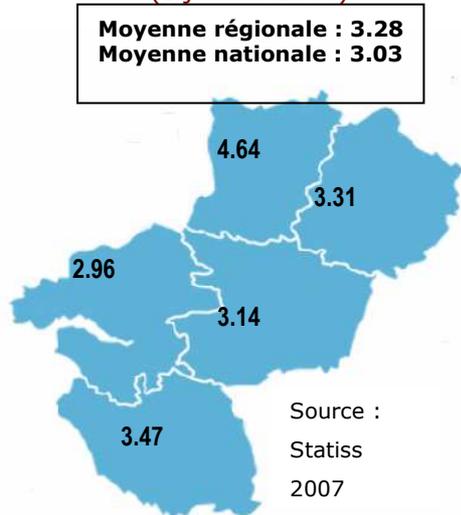
Effectifs régionaux :
1998 : 1 671
2005 : 1 908
Evolution : +14%



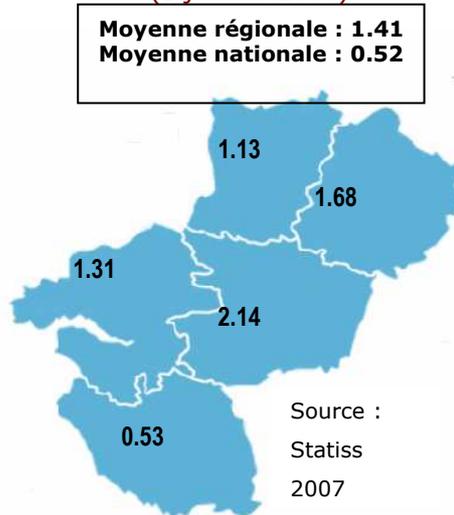
Le taux d'équipement en ESAT est comparable à celui de la région, et supérieur à celui observé en France ; le département se trouve ainsi en troisième position au niveau régional, après la Mayenne et la Vendée.

Il affiche de plus le deuxième meilleur taux d'équipement des Pays de la Loire pour les entreprises adaptées (1,75 ‰) après le Maine-et-Loire, ce qui le place au-dessus de la moyenne régionale (1,42 ‰), et très au-delà de la moyenne française (0,57 ‰).

Taux d'équipement en ESAT
(1 janvier 2006)



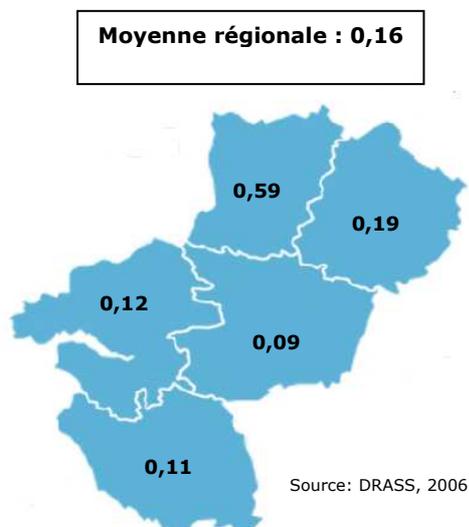
Taux d'équipement en EA
(1 janvier 2006)



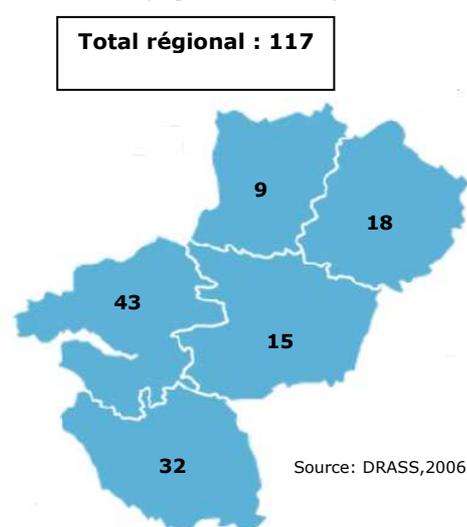
Le taux d'équipement sarthois en SAMSAH (0,19 ‰) se situe légèrement au-dessus du niveau observé au niveau de la région. Il est le deuxième meilleur de la région, même si trois fois inférieur au taux le plus élevé (celui de la Mayenne).

Par ailleurs, on observe que la Sarthe compte 15% des places de SSIAD pour personnes handicapées de la région.

Taux d'équipement en SAMSAAH
(1 janvier 2005)

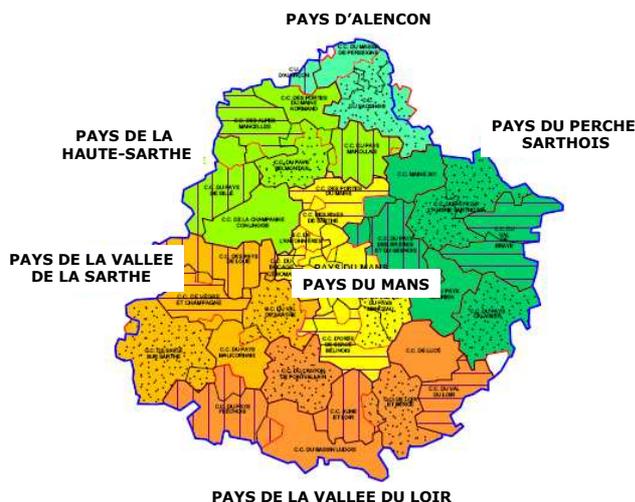


Nombre de places de SSIAD pour personnes handicapées
(1 janvier 2005)



2.1.3. *Eléments démographiques par territoire*

Dans un objectif de territorialisation des problématiques de prise en charge sociale et de mise en relief des enjeux locaux, l'analyse départementale sera effectuée à partir des six pays (Pays d'Alençon, du Mans, de la Haute-Sarthe, du Perche sarthois, de la Vallée de la Sarthe, de la Vallée du Loir).

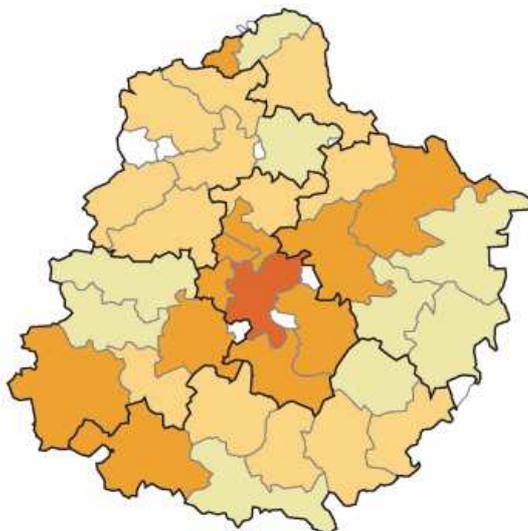
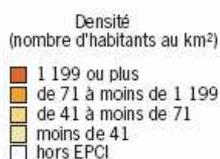


Au niveau de la répartition de la population sur le territoire départemental, on observe des zones plus peuplées sur l'axe Sablé, Le Mans, la Ferté-Bernard.

Par ailleurs, on peut noter que la population est plus jeune autour du Mans, ainsi qu'à l'extrême nord du département.

Densité de population

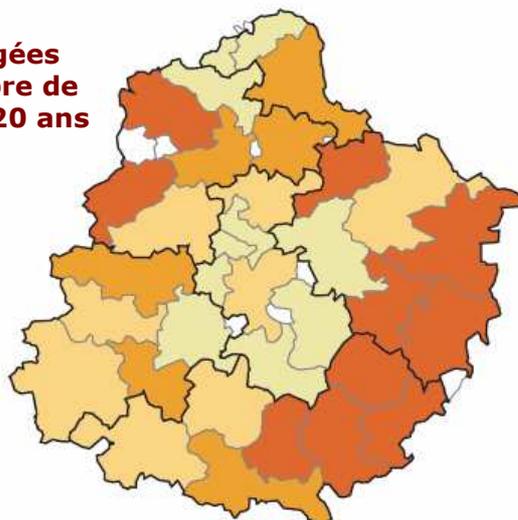
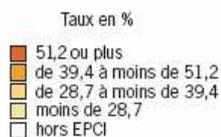
Moyenne Sarthe : 85 hab. au km²
 Moyenne Pays de la Loire : 100 hab. au km²
 Moyenne France : 108 hab. au km²



© IGN - Insee 2006
 Source : Insee - recensement de la population 1999

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus / nombre de personnes de moins de 20 ans

Moyenne Sarthe : 34,9 %
 Moyenne Pays de la Loire : 31,0 %
 Moyenne France : 31,3 %

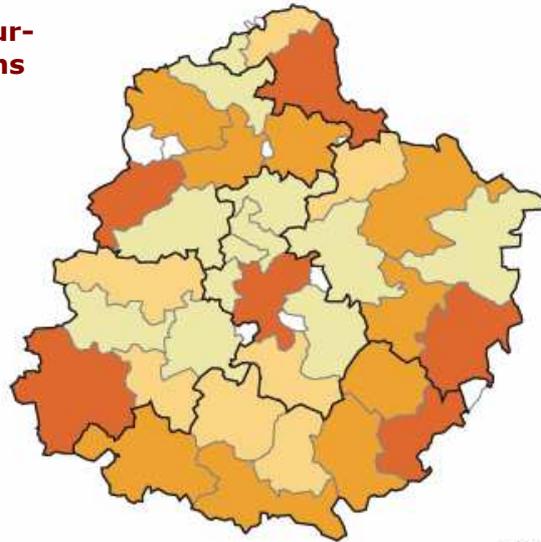
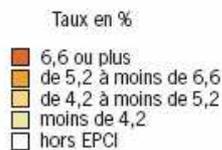


© IGN - Insee 2006
 Source : Insee - recensement de la population 1999

Concernant le contexte social au niveau des territoires, on observe que les ménages très dépendants des prestations sociales se trouvent surtout dans l'agglomération du Mans (plus d'un ménage très dépendant des prestations sociales sur 10), ainsi que dans la périphérie du département.

Part des ménages dont les ressources sont composées pour au moins 50% de prestations sociales

Moyenne Sarthe : 6,6 %
 Moyenne Pays de la Loire : 6,4 %
 Moyenne France : 8,9 %

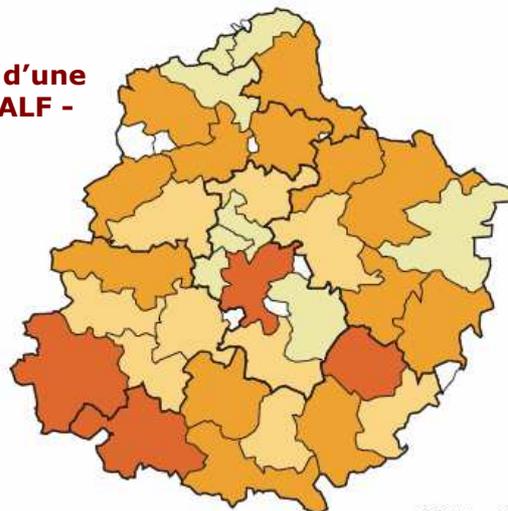


© IGN - Insee 2006
 Sources : Insee - recensement de la population 1999, CAF Sarthe 2003

Quant aux bénéficiaires d'aides au logement, deux zones sont particulièrement concernées dans le département : l'agglomération mancelle, Sablé, La Flèche et le Grand-Lucé.

Part des ménages bénéficiant d'une aide au logement – APL, ALS, ALF - dans l'ensemble des ménages

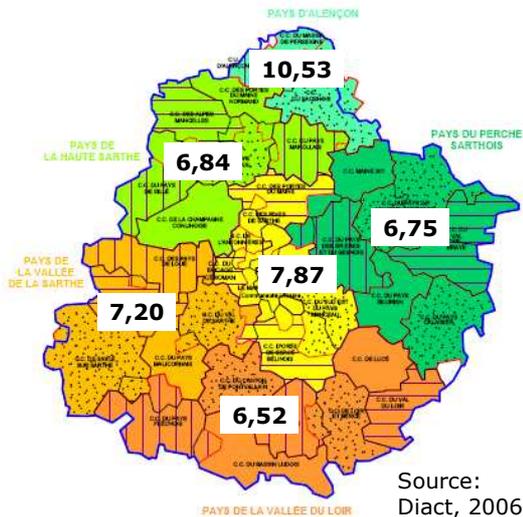
Moyenne Sarthe : 24,0 %
 Moyenne Pays de la Loire : 28,1 % (2002)
 Moyenne France : 25,6 % (2002)



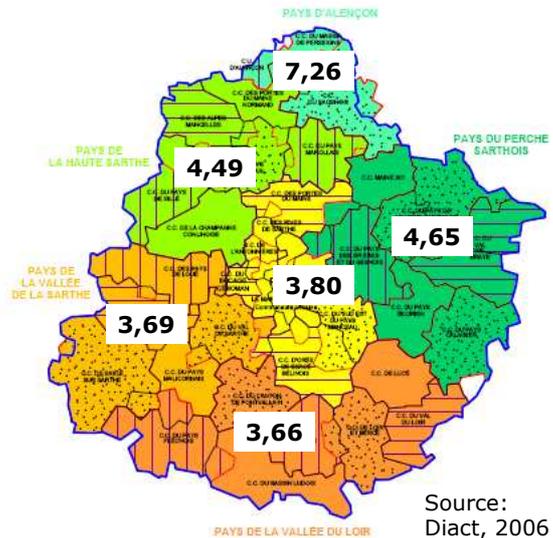
© IGN - Insee 2005
 Sources : Insee - recensement de la population 1999, CAF Sarthe, MSA

La densité de médecins se situe entre 6,52 (au sud du département) et 7,87 (pays du Mans), excepté dans le pays d'Alençon où elle est très nettement supérieure (un peu plus de 10). Pour les infirmiers, la densité va de 3,69 (Vallée de la Sarthe) à 4,65 (Perche Sarthois), sauf dans le pays d'Alençon (au dessus de 7).

Densité de médecins

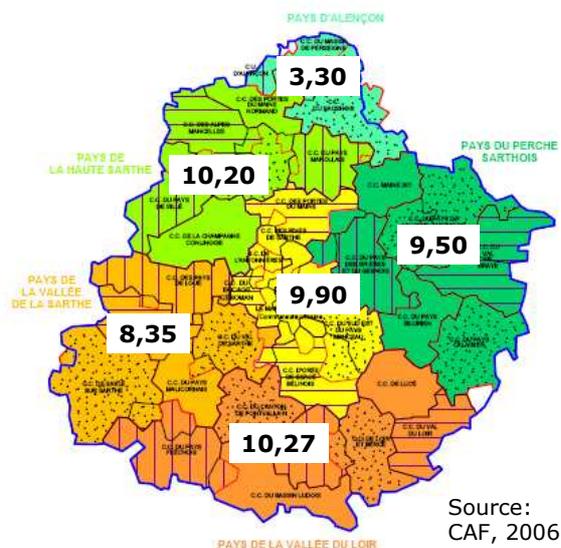


Densité d'infirmiers



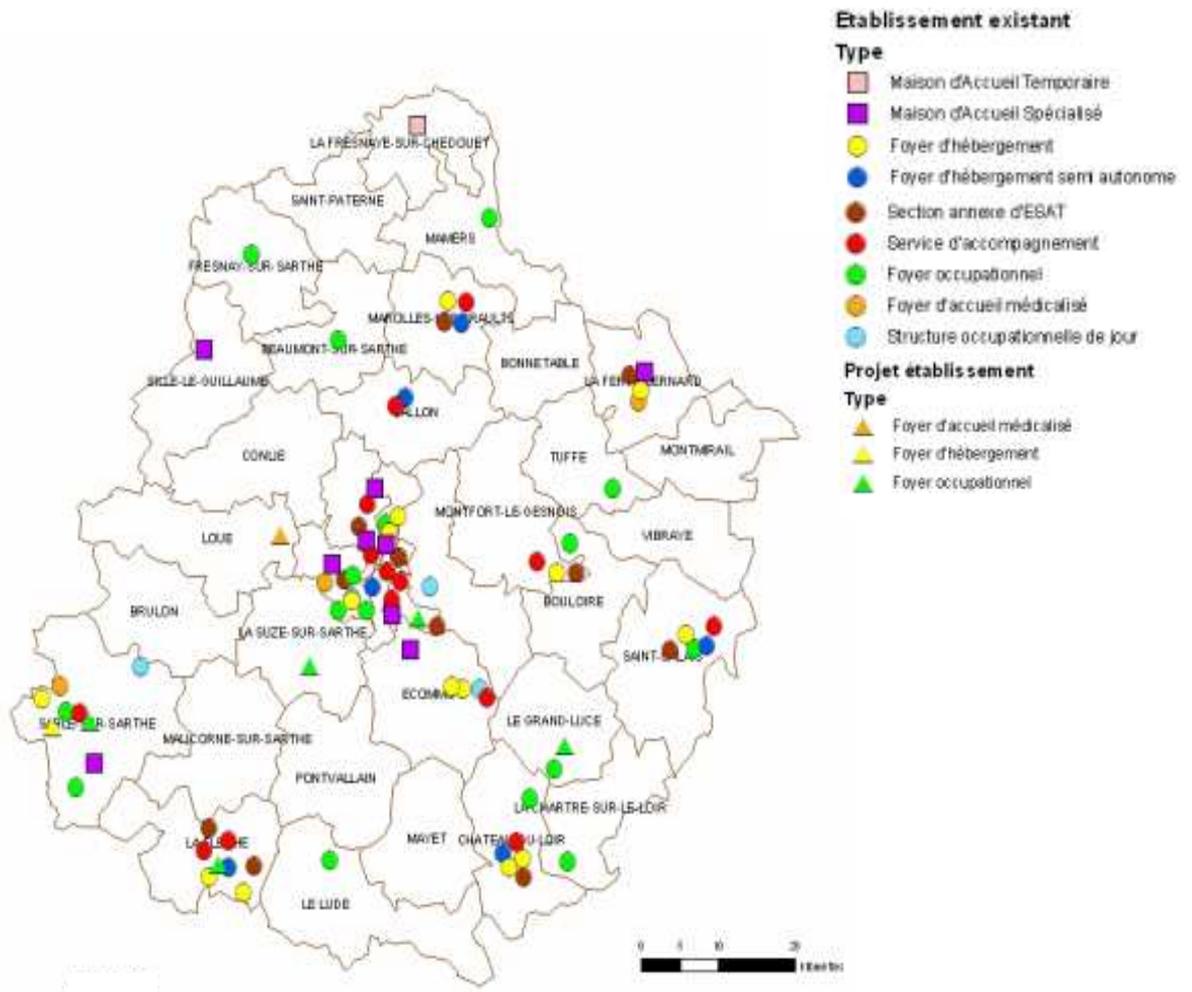
On note de fortes disparités dans la répartition des bénéficiaires de l'AAH : ils sont proportionnellement beaucoup moins nombreux dans l'extrême nord du département, dans le pays d'Alençon (3,30 ‰), et plus nombreux dans le pays de la Haute-Sarthe, ainsi qu'au sud, dans la Vallée du Loir (où leur ratio est supérieur à 10 ‰).

Ratio des bénéficiaires AAH par pays



Le maillage du territoire en structures pour personnes adultes handicapées n'est pas continu : celles-ci se trouvent très concentrées dans le pays du Mans ; elles sont assez nombreuses dans le sud (Sablé, La Flèche, Château du Loir).

Structures pour personnes adultes handicapées dans la Sarthe – sources Conseil général et DDASS 2006



3. Evaluation du dispositif en faveur des personnes handicapées

L'arbre d'évaluation

Le tableau ci-contre vise à expliciter la décomposition des items qui seront évalués pour le dispositif de prise en charge des personnes handicapées dans la Sarthe. Compte tenu de l'évolution des dispositifs de prise en charge des personnes handicapées, comme des personnes âgées, il est aujourd'hui plus pertinent d'évaluer un système d'accompagnement dans son ensemble plutôt que des orientations arrêtées avant la loi sur le handicap.

Plusieurs axes structureront l'évaluation :

- ✓ L'accompagnement à domicile et l'accompagnement en établissement
- ✓ L'accompagnement social et l'insertion professionnelle
- ✓ L'information et la coordination

L'accompagnement à domicile			L'accompagnement en établissement	
Prendre en charge l'augmentation de demande d'aide à domicile	Garantir la diversité de l'accompagnement sur le territoire	Étudier et adapter l'accueil familial	Étudier la répartition de l'offre sur le territoire	Développer les prises en charge spécifiques
Améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile	Améliorer l'aide aux aidants naturels	Dépasser le cloisonnement entre domicile et établissement	Accroître la diversité de l'offre	Prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes, âgées et retraitées
Favoriser l'adaptation du logement	Améliorer l'accessibilité des lieux publics pour les personnes handicapées	Diversifier les solutions d'accès aux activités et occupations	Promouvoir une démarche qualité dans les structures	Mieux accompagner le passage à l'âge adultes
Aider au transport de la personne handicapée	Améliorer l'offre sanitaire, notamment l'offre en SSIAD	Accompagner le handicap psychique	Améliorer l'accompagnement médicalisé des personnes accueillies	

L'accompagnement social et l'insertion professionnelle		L'information et la coordination	
Insertion sociale et insertion professionnelle	Développer les solutions de travail à temps partiel	Développer les modalités de coordination	Disposer de canaux efficaces d'information

3.1. Les principaux enseignements

Avant de faire l'objet d'une présentation détaillée, les principaux enseignements de cette évaluation peuvent d'abord être synthétisés en deux points : les atouts et les points d'amélioration.

3.1.1. Les atouts du département dans l'accompagnement des personnes handicapées

- ✓ Une Maison Départementale des Personnes Handicapées dont la valeur ajoutée est reconnue par l'ensemble des acteurs
- ✓ Une pratique déjà ancienne de la coordination et de la concertation
- ✓ Un effort très important réalisé quant au nombre de places offertes sur le territoire
- ✓ De très nombreuses initiatives locales et/ou associatives répondant souvent à des besoins identifiés et permettant de proposer un panel de solutions à la plupart des handicaps
- ✓ Une prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, âgées et retraitées engagée
- ✓ Un développement anticipé d'accompagnement du handicap psychique, même s'il reste à améliorer la stratégie départementale
- ✓ Une forte tradition d'accueil familial
- ✓ Une répartition homogène des prestations délivrées et de l'offre de soins au regard de la distribution par pays
- ✓ Un développement progressif des accueils alternatifs et des possibilités de travail à temps partiel
- ✓ Une démarche qualité déjà largement promue
- ✓ Une mise aux normes rapides de lieux publics à l'accessibilité pour personnes handicapées
- ✓ Des formations spécifiques au handicap déjà avancées pour le personnel des services d'aide à domicile
- ✓ L'existence de transports adaptés pour les personnes à mobilité réduite
- ✓ De nombreux espaces d'informations à destination des usagers comme des professionnels

3.1.2. Les points d'amélioration

- ✓ Des projets soutenus avec des études de besoins préalables restant à améliorer
- ✓ Certaines orientations paraissant aujourd'hui inadaptées (pour tout type de handicap)
- ✓ Un besoin fortement ressenti de médicalisation de places dans des Foyers et/ou de structuration de partenariats avec des organismes relevant du champ sanitaire
- ✓ Un taux d'équipement en MAS et en FAM inférieur à la moyenne régionale et nationale ; un taux en ESAT satisfaisant mais pas au regard de la moyenne nationale
- ✓ Des cloisonnements importants entre le domicile et l'institutionnel d'une part et les institutions entre elles d'autre part
- ✓ Des cloisonnements entre le sanitaire et le social
- ✓ Une forte attente à l'égard du développement des SAVS et des SAMSAH
- ✓ Un suivi social en accompagnement de l'insertion professionnelle à structurer
- ✓ Une transition entre l'accompagnement de l'enfance et celle de l'adulte à améliorer
- ✓ Des besoins spécifiques pour l'accompagnement des personnes polyhandicapées, les traumatisés crâniens et les déficients sensoriels
- ✓ Des places d'accueil temporaire en famille d'accueil à créer
- ✓ Des projets de petite taille (appartements relais, appartements thérapeutiques...), facilitant l'accès à l'autonomie, à développer
- ✓ Une aide aux aidants peu développée pour les familles dont l'enfant n'est pas pris en charge par une institution
- ✓ Des aides à la mobilité à développer sur l'ensemble du territoire, hormis la couronne mancelle
- ✓ Une politique d'adaptation du logement en développement mais qui doit devenir plus lisible afin que les personnes handicapées et leur famille se sentent moins démunies

3.2. L'accompagnement à domicile

Prendre en charge l'augmentation de la demande d'aide et de soutien à domicile

Après un effort très important en terme de création de places en établissement, le soutien à domicile constitue un défi nouveau pour améliorer la qualité et la diversité de l'accompagnement des personnes handicapées.

En Sarthe, le dispositif a su s'organiser afin de proposer de nouveaux services qui permettent le maintien à domicile. Il en est ainsi des solutions d'accompagnement émergeant des établissements de proximité, des SAVS ou encore des SAMSAH, ou des plans de compensation résultant de la Prestation de Compensation du Handicap.

Ainsi, de nombreux foyers rattachés à des établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) disposent désormais d'un service de suite pour les travailleurs handicapés. Le processus d'aide à l'autonomie se fait progressivement grâce aux foyers de semi-autonomie et aux services d'insertion à la vie sociale (SIVS).

On constate déjà l'existence d'un nombre important de services : le service d'accompagnement composé du SAMSAH de l'Arche, d'auxiliaires de vie et du SSIAD de l'ADMR, le SAMSAH et foyer de semi autonomie de l'ADIMC, ou encore l'appartement-passerelle proposé par Handi-Village. En ce qui concerne le handicap mental, l'apprentissage de l'autonomie en foyer de semi-autonomie ou SIVS est proposé par l'ADAPEI et l'APAJH ; les services de suite (Pescheray, ADAPEI, APAJH, APEI) rendent possible la vie à domicile pour les travailleurs handicapés. Pour les personnes handicapées psychiques, il existe un SAMSAH mis en place par l'ADGESTI.

Plusieurs axes existent afin d'améliorer le dispositif :

- Premièrement, il apparaît qu'un travail en partenariat avec les services d'aide à domicile, complémentaires de l'accompagnement médico-social à domicile, doit être structuré.
- Deuxièmement, on constate qu'encore peu de personnes handicapées mentales relevant d'un foyer occupationnel sont accompagnées à domicile.
- Enfin, la possibilité de vivre à domicile, qui est une réalité pour certaines personnes très handicapées doit être poursuivie. La Prestation de Compensation du Handicap peut par des plans d'aide précis et coordonnés permettre aux personnes de choisir le domicile comme mode de vie.

Améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile

La réussite de l'accompagnement au domicile à la vie autonome repose sur trois éléments : la connaissance du handicap, l'apprentissage des actes de la vie et la volonté d'intégrer la personne à la vie de la cité.

La formation des professionnels aux différents types de handicaps est un élément fort de la qualité de cette prise en charge : on peut constater que la Sarthe s'est déjà engagée dans cette démarche.

En effet, à l'inverse de certains départements, les services d'aide à domicile sarthois ont déjà entrepris des actions de formation spécifiques à l'aide aux personnes handicapées. *Notons par exemple la formation offerte par l'association Éclaircie autisme de la Sarthe en direction des personnels à domicile sur la spécificité de l'autisme. Composés d'aides médico-psychologiques, d'auxiliaires de vie, d'agents de soins et d'éducateurs spécialisés, ces services d'aide à domicile sont ainsi en mesure de s'adapter au handicap des personnes accompagnées. Il existe par ailleurs une formation à la trachéotomie dispensée par l'ISFI de la Croix Rouge, ou encore une formation aux spécificités des traumatisés crâniens par le centre de l'Arche.*

Trois voies semblent aujourd'hui envisageables pour continuer d'améliorer la qualité de l'accompagnement à domicile :

- l'extension de l'activité des structures au domicile des personnes qu'elles accompagnent en partie,
- la possibilité d'intervention des services d'aide à domicile auprès de personnes qui ne sont pas prises en charge par leur établissement,
- la formation des personnels des SAD à la spécificité du handicap.

Garantir la diversité de la prise en charge sur le territoire

En ce qui concerne la diversité des modes de prises en charge sur le territoire départemental, on peut souligner l'ouverture de nombreux services et structures dédiés à un type de handicap, qui traduit la volonté d'offrir un maximum de réponses. *La forte implication des associations de parents a, par exemple, permis l'émergence d'un service pour l'accompagnement des traumatisés crâniens (le SAMSAH de l'Arche), offrant une réponse adaptée à un public qui, jusqu'à présent, en était dépourvu.*

Cependant, la prise en charge à domicile en Sarthe apparaît comme très sectorisée. En effet, à un type de handicap correspond un service d'accompagnement. Ce fonctionnement, s'il permet d'encadrer la réponse des associations, biaise toutefois la diversité des prises en charge. Ainsi, certains handicaps ne trouvent pas de réponse locale à leurs besoins.

D'une manière générale, deux éléments du dispositif jouent en faveur de la qualité de l'accompagnement : d'une part il s'agit du développement rapide du nombre de créations de places ; d'autre part, le maillage et les réseaux locaux permettent, dans une assez large mesure, une prise en charge rapide évitant autant que possible les placements en urgence.

D'autres points d'amélioration restent à souligner :

- Premièrement, il n'existe encore que trop peu d'accompagnement à domicile pour le public lourdement handicapé. Les services d'aide à domicile suivent aujourd'hui exclusivement des travailleurs handicapés. Il est nécessaire que ces services (SAVS) puissent prendre en charge des adultes handicapés en insertion professionnelle ou ne travaillant pas (ambition largement relayée par les différents groupes de travail).

- En second lieu, il apparaît que les personnes handicapées sensorielles et physiques ne nécessitant pas une lourde prise en charge ne trouvent pas de réponse adaptée.

- Enfin, il serait opportun de produire un guide des bonnes pratiques de prise en charge de professionnels sarthois.

Améliorer l'aide aux aidants naturels

L'aide aux aidants est un processus d'écoute, de soutien, de guidance aux familles. La relation établie entre les professionnels des structures de prise en charge et la famille est primordiale. C'est la raison pour laquelle de nombreuses structures ont développé le principe du référent qui « travaille » le lien entre l'institution et les parents. De plus, les familles sont intégrées dans le fonctionnement des établissements et services, notamment par le biais du conseil à la vie sociale, et participent à des activités ponctuelles qui favorisent l'écoute et le passage d'informations. *Citons également les associations de famille « Coup de pouce » à Sablé et « Handicap Amitié » à Mamers, qui sont des lieux ouverts aux échanges et aux conseils.*

L'aide aux aidants passe également par la mise en place de groupes de parole. *A titre d'exemple, un groupe de parole pour enfants trisomiques est organisé avec l'association GEIST du Mans et de Laval. Si des groupes de paroles sont régulièrement organisés par les structures de prise en charge, ils sont encore peu développés pour les familles des personnes qui ne se sont pas accueillies en établissement. Pour répondre à ce besoin, la CPAM de la Sarthe a engagé une démarche de soutien aux familles dont l'enfant n'est pas pris en charge par une institution (quel que soit l'âge ce celui-ci).*

Enfin, l'hébergement alternatif représente un soutien important aux aidants. Il se développe peu à peu sur le territoire sarthois, mais manque encore de structuration.

Ainsi, il semblerait aujourd'hui pertinent de développer la guidance des familles. Souvent démunies face au handicap de leurs proches, les familles sont à la recherche d'aides pour accompagner ceux-ci dans les meilleures conditions. En particulier, l'accompagnement faisant suite au dépistage du handicap doit être développé. Un service de soutien doit également être garanti pour les familles de personnes handicapées à domicile, non affiliées à une association, souvent plus difficiles à repérer.

Favoriser l'adaptation du logement

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

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les demandes d'aménagement de logement peuvent être financées par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) pour les personnes remplissant les conditions d'ouverture de droit à cette prestation. Dans ce cas, une évaluation des besoins de compensation est réalisée par un ergothérapeute au domicile de la personne en situation de handicap qui évalue les compensations nécessaires et préconise les travaux correspondants. *Des conventions de coopérations ont été signées entre la MDPH, le Centre Hospitalier de Saint Calais et le Centre de l'Arche, tandis que des services et des établissements disposant d'ergothérapeutes participent aux évaluations pour les personnes qu'elles accompagnent. Par ailleurs, deux conventions signées entre les bailleurs sociaux et la MDPH déchargent le locataire de la réalisation de l'adaptation.*

Il faut noter que les aides de l'ANAH pour les propriétaires occupants handicapés représentent 47% des crédits mobilisés en Sarthe, contre 25% en moyenne pour la France. Enfin, la MDPH mobilise si nécessaire le Fonds Départemental de Compensation du Handicap.

Le temps d'attente des réponses aux particuliers, trop long à ce jour, doit être réduit. Cet objectif nécessite d'améliorer la ressource interne de la MDPH et d'élargir les partenariats entre la MDPH et les services d'adaptation des logements.

Aider au transport de la personne handicapée

Le Conseil général de la Sarthe a sensiblement amélioré le quotidien des personnes à mobilité réduite en mettant à leur disposition un service de transport à la demande. Le service PMR (Personne à Mobilité Réduite), avec six véhicules dans la ville du Mans, et Mobili'tis, avec trois et bientôt quatre véhicules dans le département, ont permis aux personnes handicapées de se déplacer seules, pour un tarif identique à celui des transports départementaux.

En outre, les établissements sarthois qui disposent de véhicules pour leur fonctionnement mettent en place des solutions de transport : *la MAS de Handi-village, par exemple, propose à titre gracieux son véhicule à des familles qui souhaitent partir en vacances. Les établissements travaillent aussi en partenariat avec des taxis pour le transport des personnes handicapées. A la charge des établissements, les transports réguliers peuvent parfois paraître très onéreux.*

Le Département, au travers des budgets de fonctionnement, finance toutefois les transports en accueil de jour pour les établissements de sa compétence. *Suite à l'ouverture de trois places de ce type d'accueil au sein du foyer de vie de St Pierre de Lorouer (AFAI), un AMP est ainsi employé pour assurer le transport de personnes avec un véhicule de l'association. Ce véhicule est également utilisé pour les sorties et les consultations. Autre illustration, une navette mise en place par la Ruisselée assure le déplacement des personnes handicapées accueillies la journée.*

Cependant, en tout état de cause, les réponses apportées au transport des personnes handicapées en Sarthe apparaissent encore comme sectorisées et cloisonnées. En particulier, la pratique des Groupements de Coopération Médico-Sociale (GCMS) est encore peu répandue, et les bonnes pratiques locales souvent peu connues.

Par ailleurs, si le transport des personnes à mobilité réduite constitue désormais une problématique bien prise en compte, celui des déficients sensoriels est encore insuffisamment assuré.

Améliorer l'accessibilité des lieux publics pour les personnes handicapées

Depuis le 1er janvier 2007, tous types de travaux sur des établissements recevant du public doivent faire l'objet d'un dépôt de dossier auprès de la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) afin de garantir l'adaptation des lieux publics aux personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, la politique départementale est aujourd'hui animée par une sous-commission de l'accessibilité qui se réunit tous les quinze jours et fait participer les associations à ses travaux.

D'une manière générale, les premières catégories d'établissement se sont rapidement mises aux normes. Seuls les établissements passés de la cinquième à la quatrième catégorie connaissent parfois des difficultés. Toutefois, l'accessibilité des établissements scolaires, notamment des collèges, est encore problématique et nécessite une mise en œuvre de travaux déjà partiellement entamés. À l'inverse, la quasi-totalité des mairies ou des postes sont désormais accessibles, ce qui n'était pas le cas il y a seulement quelques années. On peut relever également la prise en compte de l'accessibilité dans les aménagements connexes du projet du tramway, la mise à niveau des quais des bus sur les lignes de transports de la Communauté urbaine, ou encore, dès 2003, une mise en conformité du circuit des 24h du Mans (tribunes et enceinte).

Ainsi, les handicaps physiques sont aujourd'hui pris en compte. Il n'en est pas de même pour les déficiences sensorielles pour lesquelles les lieux publics (y compris mairies et postes) sont encore souvent à adapter. Le Comité départemental du tourisme labellise les hébergements, les équipements de loisirs et les lieux de visites accessibles aux personnes en situation de handicap. Relevons également la réalisation d'un nouveau cinéma ayant pris en compte différents types de handicaps.

La démarche « accessibilité » paraît désormais largement engagée dans la Sarthe, sous l'impulsion notamment de la loi de 2005. Si les initiatives privées ou municipales sont essentiellement sollicitées, il revient au Département, notamment par le biais de la mission d'information de la MDPH de relayer les obligations d'adaptation.

Améliorer l'offre sanitaire, notamment l'offre en SSIAD

Le rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social est un des axes prioritaires pour l'amélioration de l'offre aux personnes handicapées.

L'ADMR avait projeté l'ouverture d'un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui aurait intégré des auxiliaires de vie et des infirmiers. Ce service ouvert en 2000, ne dispose actuellement que de la partie soin : un SSIAD de 20 places. Formés aux handicaps, ces professionnels soignent des personnes handicapées physiques ou atteintes de maladies chroniques invalidantes. Ce service, qui n'intervient que sur le Mans et la Couronne mancelle, accompagne en majorité des personnes handicapées physiques vieillissantes, âgées et retraitées, n'ayant pas l'âge d'entrer en maison de retraite : la moyenne d'âge du public accompagné est en effet de 45 ans ; 14 personnes sont âgées de plus de 50 ans.

Afin d'améliorer l'offre sanitaire disponible, il serait nécessaire que les services de soins à domicile travaillent davantage en partenariat avec les services d'accompagnement médico-sociaux à domicile ainsi qu'avec les institutions. La mutualisation des moyens et des compétences permettrait de répondre aux problématiques de prise en charge en urgence et de fin de vie, qui sont aujourd'hui déficitaires.

Étudier et adapter l'accueil familial

La famille d'accueil se présente comme une véritable alternative à l'institution. Or la Sarthe est forte de sa tradition de terre d'accueil. Elle compte ainsi sur son territoire 250 familles d'accueil, avec une capacité totale de 493 places ; 180 adultes et enfants handicapés (tout type de handicaps confondus) y sont actuellement pris en charge.

Il existe de plus en Sarthe une association représentant des familles d'accueil (UDAF) qui souhaite la reconnaissance, la professionnalisation et la formation des accueillants. Cependant, toutes les familles d'accueil ne sont pas adhérentes.

Au sein de l'ADAPEI, le Centre d'Accueil Familial Spécialisé rattaché à l'IME de Val de Loir assure un suivi des familles qui accueillent des enfants de l'association. Ce centre est l'employeur des dix assistantes familiales. Alternative à l'internat, l'orientation est souhaitée par des jeunes ne pouvant vivre en communauté ou très lourdement handicapés. Les familles bénéficient de formation en continue et d'un suivi d'une équipe éducative (éducatrice spécialisée, psychologue et assistante sociale). En cas d'urgence les enfants sont orientés dans une autre famille d'accueil.

La loi a enrichi les possibilités pour améliorer la qualité de l'accompagnement, notamment par le biais des formations. Les familles doivent ainsi pouvoir bénéficier de formation, de suivi, et de soutien afin de garantir une prise en charge de qualité aux personnes accueillies. De plus, le développement des places d'accueil temporaire ou celui des maisons d'accueil familial, constitue une solution intéressante de soutien et de périodes de répit pour les accueillants familiaux.

Diversifier les solutions d'accès aux activités et occupations

Les activités et occupations permettent de maintenir les liens sociaux : c'est pourquoi il est important de soutenir leur accès et leur développement.

Ces activités de jour se déclinent facilement autour des centres de travail qui ont ressenti le besoin de proposer des temps partiels. *Ainsi, les dix sections annexes aux ESAT de la Sarthe proposent aux jeunes travailleurs handicapés, ainsi qu'aux travailleurs handicapés vieillissants, des activités de loisirs et d'occupation. Trois services d'activités de jour sont accessibles aux handicapés mentaux et psychiques.*

Toutefois, la répartition des centres d'activités de jour est à améliorer en particulier sur le centre du Mans, notamment pour le public handicapé physique.

Il existe d'autres lieux d'activités favorisant ces liens sociaux si difficiles à maintenir en situation de handicap. Les associations non gestionnaires d'établissement sont très actives dans ce domaine, proposant notamment des activités la journée et le week-end pour leurs adhérents, et nouant souvent pour cela des partenariats avec les associations sportives et de loisirs locales. *Par exemple, l'accueil de jour à Handi-village propose des activités aux personnes handicapées physiques ; Éclipse 72, association de mal voyants, propose des activités de loisirs, de création ainsi que des formations informatiques et de l'initiation au braille ; « les aphasiques du Maine » est ouvert tous les jours de la semaine et propose des activités variées ; l'Association Sarthe Loisir propose des loisirs et des sorties le week-end, pour les personnes handicapées mentales.*

Il semble important aujourd'hui d'encourager des partenariats avec ces associations non gestionnaires qui participent très largement aux activités de jour des personnes handicapées.

Les accueils de jour séquentiels peuvent être une solution pour proposer des occupations ponctuelles. Ainsi, suite à la demande locale, l'accueil séquentiel s'est ouvert sur deux places au SAAJ Cénomane. Un projet de création de 8 places en accueil temporaire et accueil de jour est également porté par l'association ADIMC et Handicap Amitié à la Fresnaye sur Chédouet.

Dépasser le cloisonnement entre domicile et établissement

Sous l'impulsion du Conseil général et de l'Etat, les établissements sarthois proposent aujourd'hui trois possibilités d'accueil : l'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'hébergement complet. On compte en Sarthe 16 foyers occupationnels qui proposent 6 places d'hébergement temporaire et 36 places d'accueil de jour (données juillet 2007). A noter également la création de la maison d'accueil temporaire de l'ADIMC avec 8 places pour adultes.

Temps d'adaptation, séjour de rupture ou encore lieu de vacances, ces différents types d'accueil offrent de multiples possibilités qui permettent de décroisonner domicile et établissement.

De plus, les services de suite accompagnent des adultes handicapés à domicile avec l'appui des foyers de semi-autonomie et appartements-passerelles, étapes constructives de l'apprentissage de la vie autonome.

Par exemple, grâce à l'accompagnement par le service de suite, certains adultes handicapés viennent dîner à l'institution gérée par l'APEI tout en vivant à domicile. Les deux foyers de semi-autonomie de l'ADAPEI et les trois services d'insertion à la vie sociale de l'APAJH (maison de semi-autonomie) favorisent la transition vers un retour au domicile. Certaines auxiliaires de vie interviennent au foyer de semi-autonomie de Ballon, en vue d'un accompagnement à domicile. Enfin, Handi-village a créé un appartement-passerelle en partenariat avec le SAMSAH, étape concrète vers l'autonomie de la personne souhaitant vivre seule à domicile.

Cependant, on constate que les places d'accueil de jour ouvertes dans les foyers occupationnels ne sont pas toujours occupées et, dans le même temps, les maisons d'accueil spécialisées souhaitent ouvrir des places d'accueil de jour. Ce contraste rend surtout compte de la nécessité d'accompagner les projets, quels qu'ils soient, d'un diagnostic territorial étayé permettant d'identifier l'existence – ou l'absence – d'une demande locale.

3.3. L'accompagnement en établissement

Améliorer la répartition de l'offre sur le territoire

Le département de la Sarthe concentre essentiellement ses activités économiques et sociales sur la ville du Mans et sur la zone Sud. La répartition des établissements et services correspond sensiblement à l'attractivité de ces deux pôles. Doté à hauteur de ces besoins, le sud Sarthe est aujourd'hui en mesure d'offrir les réponses adaptées. Le Mans, première ville du département, a longtemps été sous dotée au regard de l'importance de sa population ; l'ouverture de nombreux services et établissements a cependant permis de rétablir ce déséquilibre.

Ainsi, la volonté clairement affichée de mieux répartir les offres d'équipements afin de répondre aux besoins dans un souci de proximité a largement été suivie d'effets. Tous les acteurs ont reconnu à la fois la qualité et la rapidité de ces efforts fournis sur un laps de temps relativement court.

La répartition de l'offre sur le territoire peut toutefois encore être améliorée. Notamment, certaines parties du département ne sont pas encore couvertes. Par ailleurs, la réponse offerte aux personnes handicapées physiques semble encore insuffisante.

En tout état de cause, l'augmentation de la capacité en places, comme sa diversité, exigent de pouvoir identifier en amont une offre locale afin de ne pas procéder à des créations qui ne seraient pas en adéquation avec de réels besoins.

Accroître la diversité de l'offre

En terme de diversité de l'offre, on constate que la Sarthe utilise la totalité des structures et services mis à sa disposition par le législateur. Le département offre donc des possibilités diversifiées de prise en charge.

Cependant, la principale limite du dispositif en place est son insuffisance de structuration. Il est apparu également que certaines orientations ont été proposées par défaut ; les établissements de type Foyer de vie et MAS accueillent donc aujourd'hui un public ne relevant pas tous de leur prise en charge. Ces orientations inadéquates semblent s'expliquer par un manque de places en Foyer d'Accueil Médicalisé et en Établissement Spécialisé d'Aide par le Travail..

Plusieurs initiatives cherchent à remédier à cette insuffisance de places : les associations de parents, très actives, sont à l'origine de deux projets d'ouverture de FAM spécialisés pour autistes sévères et pour schizophrènes, public qui jusqu'à présent ne trouvait pas de réponse adaptée. Par ailleurs, plusieurs foyers occupationnels projettent la création d'une unité médicalisée de type FAM, pour une partie de leur population déjà accueillie. L'ADMR, soutenue par l'AFTC, porte également un projet d'ouverture d'appartements thérapeutiques et d'une maison partagée.

En tout état de cause, le renforcement des places en FAM ou la médicalisation des places existantes reste aujourd'hui une priorité. L'ouverture de petites unités de vie, alternatives à l'institution et au domicile est demandée par plusieurs partenaires afin de permettre une vie en communauté réduite. Enfin, il semblerait qu'une part importante des polyhandicapés ait besoin d'un encadrement sanitaire très important ; or, il n'existe pas toujours de réponse adéquate.

Promouvoir une démarche qualité dans les structures

La loi du 2 janvier 2002 instaure le conseil national de l'évaluation de l'action sociale et médico-sociale et encourage les établissements à « évaluer la qualité de leurs activités et des prestations qu'ils délivrent ».

En Sarthe, on peut souligner que la grande majorité des établissements s'est saisie de cette démarche. Les réseaux nationaux l'ont par ailleurs impulsée et certaines associations (telles que l'APEI ou ANAIS) ont fait le choix de suivre le référentiel qui leur a été fourni. En outre, les associations de directeurs sarthois ont rapidement souhaité s'engager dans cette démarche, à l'image de l'association DG4S qui a proposé en 1999 une formation aux directeurs.

En terme de bonnes pratiques, on peut citer l'APEI qui assure un suivi de la qualité grâce à des groupes de travail réguliers, ou encore l'ADAPEI, dont la démarche qualité se traduit en fiches-projet. Fort de sa culture sanitaire, le centre médical de Précigné emploie désormais un responsable qualité à mi-temps et a mis en place d'un logiciel de gestion des systèmes (Blo-Médi). Le CREAL a notamment été sollicité par certains établissements (Handi-Village, ADPEP). Enfin, le Pôle santé Sarthe s'est doté d'une cellule qualité.

La démarche qualité actuellement engagée peut et doit être soutenue, notamment par la mise en commun des bonnes pratiques et la création d'une base de données départementales guidant les acteurs dans leur projet.

Améliorer l'accompagnement médicalisé des personnes suivies

Plusieurs foyers occupationnels expriment aujourd'hui le besoin de médicaliser une partie de leurs places. Deux raisons sont au fondement de ce constat : le faible taux d'équipement de la Sarthe en FAM et le vieillissement du public accueilli.

Le FO du Pôle santé Sarthe et Loir a ainsi souhaité transformer une partie de ses places en foyer d'accueil médicalisé afin d'améliorer l'accompagnement des usagers. De même, on peut noter la transformation du FO et de la MAS du centre médico-social Basile Moreau.

Cette médicalisation des structures se traduit également par un partenariat avec les réseaux de soins locaux. Ainsi, certaines structures ne souhaitent pas transformer leurs places mais s'appuient pour cela sur les compétences existantes. *Par exemple, l'AFAI a fait le choix de ne pas ouvrir son foyer à la médicalisation malgré les besoins de la population accueillie. L'association a en effet préféré garantir une prise en charge médicale grâce au centre médical de Georges Coulon spécialisé dans le vieillissement et au réseau de soin à domicile. Autre illustration, le foyer occupationnel de St Mars d'Outillé a noué des partenariats avec les partenaires locaux de réseau gérontologique pour répondre aux besoins de ses usagers.*

La médicalisation des structures demeure un des enjeux majeurs du prochain schéma. En effet, outre le manque actuel de FAM, c'est surtout le vieillissement des populations accueillies qui incite à repenser aussi bien les services offerts que les projets de certaines structures.

Développer la prise en charge des traumatisés crâniens

Environ 30 nouveaux cas de traumatismes crâniens sont diagnostiqués en Sarthe par an. Pourtant, les séquelles d'un traumatisme crânien sont pour partie, voire totalement, invisibles. Le phénomène d'isolement, de rupture identitaire, et d'altération du lien familial et social, ne facilite pas la mesure médicale et sociale des conséquences.

Il existe sur la Sarthe plusieurs établissements accueillant les traumatisés crâniens. Les plus lourdement handicapés sont accueillis à la MAS de Handi-Village ou encore au sein de l'Association des Infirmes Moteurs Cérébraux. Les plus autonomes sont suivis par le SAMSAH de l'Arche. Né de la volonté d'offrir aux traumatisés crâniens une perspective de vie sociale et professionnelle, ce service s'est ouvert en 2006. En partenariat actif avec l'AFTC du Mans, l'Arche dispose aujourd'hui d'un service de 22 places autorisées.

L'association de familles des traumatisés crâniens (AFTC), quant à elle, défend, conseille, informe et participe au soutien des familles.

Toutefois, certains traumatisés crâniens non handicapés physiques sont en attente d'accompagnement, Handi-Village n'accueillant aujourd'hui que des personnes en fauteuil.

Néanmoins, une réponse complémentaire reste aujourd'hui à apporter au désir de vivre à domicile. Cette réponse peut passer par la création d'appartements thérapeutiques ou encore de maisons partagées, avec l'accompagnement d'un SAMSAH.

Accompagner le handicap psychique

Une des caractéristiques du handicap psychique est la diversité et la variabilité dans le temps et dans l'efficacité professionnelle et sociale de chacun dans le temps. Se succèdent ainsi des phases de rémission et de régression, selon lesquelles les personnes ont besoin davantage de présence, ou davantage d'autonomie.

Pour les associations, il s'agit donc de disposer d'un éventail de solutions d'accompagnement indispensable pour apporter les réponses adaptées.

L'ouverture du FO et des deux MAS a ainsi permis de répondre aux besoins de la population accueillie (après, toutefois, une adaptation difficile de certains patients).

L'ensemble des acteurs rencontrés ont souligné cependant que l'insertion sociale était, pour les personnes souffrant d'un handicap psychique, particulièrement difficile : outre la difficulté de répondre aux exigences de certains projets, notamment professionnels, les périodes d'isolement rendent délicate la démarche même d'intégration.

Dans cette perspective, l'ADGESTI dispose de quatre types d'actions : insertion par l'emploi (à travers un service d'évaluation d'employabilité, un service d'accompagnement personnalisé et un ESAT), insertion par le logement (grâce à un diagnostic habitant/habitat, un partenariat avec l'AVSL, un SAVS, ainsi que deux logements temporaires au Mans et à Mamers), insertion par la vie sociale et la culture (re-mobilisation et préparation à l'insertion professionnelle), prévention et accès aux soins (par le biais d'appui social individualisé qui permet de découvrir une pathologie suite à une rupture sociale et la mise en place d'un SAMSAH).

Par ailleurs, la mise en place de deux groupes d'entraide mutuelle (GEM) constitue une étape importante vers la (re)création du lien social.

En outre, pour offrir des soins adaptés, les relations entre les acteurs et le CHS sont nécessaires, d'autant que ce dernier, qui dispose de plusieurs types de prises en charge spécifiques, manque de certaines structures de prise en charge, telles que les foyers post-cure, ou encore les appartements thérapeutiques. Ceux-ci sont pourtant souvent considérés comme une démarche efficace de maintien du lien social.

La nécessaire mutualisation de certains personnels autour de regroupements d'appartements spécifiques a ainsi été plusieurs fois évoquée, sur l'exemple de l'ancien Foyer d'accueil associatif du CHS, ou encore du regroupement d'appartements de l'association Vie et loisir (où travaille une maîtresse de maison 3 heures par jour et où interviennent quotidiennement des infirmiers du CHS).

Prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes, âgées et retraitées

En terme d'accompagnement de la personne handicapée vieillissante, une diversité de réponses doit être apportée afin d'assurer une bonne qualité de la prise en charge sociale et sanitaire, quel que soit le choix de la personne. Deux enjeux majeurs apparaissent dans ce domaine : la qualité de l'accompagnement et la possibilité pour les plus jeunes d'intégrer des structures non saturées.

Contrairement à l'accompagnement dans beaucoup d'autres départements, la problématique des personnes handicapées vieillissantes âgées et retraitées donne lieu depuis longtemps à des réflexions et des mises en œuvre dans le département de la Sarthe.

Parmi les initiatives existantes, on peut relever celle de l'AFAI qui a créé 6 places spécifiques au sein de son FO et consacre 4,5 ETP à l'encadrement de ces personnes. Le Centre médico-social Basile Moreau redéploie 10 lits afin de créer une structure intermédiaire entre le FO et l'EHPAD de son centre. De plus, il existe à St Calais un EPHAD de 45 places pour personnes handicapées âgées. On peut également citer le SAVS de l'APAJH, qui accompagne un public vieillissant. Enfin, l'ADAPEI porte actuellement trois projets : un partenariat avec la Reposance (maison de retraite et MAPAD) pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes, âgées et retraitées ; la création de deux unités spécifiques au sein d'un établissement ; et une structure dédiée de 30 personnes avec un accompagnement étoffé de type SAMSAH.

En raison des solutions déjà existantes ou en projet dans le département, la structuration de l'offre porte non seulement sur des choix par ailleurs cruciaux (tel que le choix entre un maintien en structure pour personnes handicapées ou l'entrée en EHPAD), comme sur les conventions et protocoles à organiser entre les organismes des dispositifs pour personnes handicapées et ceux à destination des personnes âgées.

Mieux accompagner le passage à l'âge adulte

Tous les acteurs constatent la difficulté du passage de l'enfance à l'âge adulte. Outre, parfois, le manque de préparation de cette transition, la mise en place de liens entre les établissements relevant de l'enfance et ceux relevant de l'adulte appelle des améliorations rapides dès ce nouveau schéma.

Pour répondre à cette difficulté, l'APAJH ouvrira en 2008 un service d'accompagnement des jeunes vers le travail à la sortie de SEGPA ; l'ADIMC souhaite créer ou redéployer une structure de 8 places pour un accompagnement spécifique des adolescents ; un projet expérimental est également à l'étude par l'AHSS à destination de jeunes personnes lourdement handicapées de 16 - 25 ans : il s'agit d'apporter une réponse en matière d'apprentissage d'autonomie dans la vie quotidienne pour un public ne relevant pas du travail protégé.

En définitif, il paraît aujourd'hui important de repenser la transition du monde de l'enfance au monde des adultes. Le suivi des sorties de structures pour enfants ou d'intégration dans les structures d'accompagnement social et professionnel pour adultes semble devoir être renforcé. En particulier, les temps d'adaptation, ou stages, au sein des foyers doivent permettre aux jeunes d'appréhender leur nouveau mode de vie. Améliorer la qualité et la durée de ces périodes permettrait notamment une meilleure appréciation de ces orientations.

3.4. L'accompagnement social et l'insertion professionnelle

Handicap et insertion professionnelle

Plusieurs structures – ESAT ou EA – se trouvent dans le département, ce qui favorise l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Toutefois, une évolution constante, qui n'est pas propre au département, réside dans une exigence accrue de productivité de ces personnes, qui n'est pas toujours en phase avec leurs moyens. Pour cette raison, les EA, comme les ESAT, sont parfois contraintes de recruter du personnel ne relevant pas de leur structure.

Outre le milieu protégé, de nombreuses initiatives se font jour pour soutenir la personne handicapée dans sa démarche d'insertion professionnelle : des actions de Cap-Emploi aux bonnes pratiques locales initiées par certaines associations. Par exemple, l'ADAPEI de la Sarthe, en partenariat avec le GRETA (académie de Nantes), a monté le projet PASIPHAË et ainsi réalisé trois actions : fiches de poste du monde adapté mises en ligne pour informer particuliers et professionnels ; validation des acquis et formation diplômante ; bilan de compétence.

S'il revient au PDITH de développer les actions nécessaires à l'insertion professionnelle, l'accompagnement social des travailleurs handicapés non pris en charge par des institutions constitue un enjeu majeur, notamment en ce qui concerne le handicap psychique. L'accès des travailleurs handicapés au milieu ordinaire, la formation, la VAE doivent faire l'objet d'une réflexion partagée avec l'ensemble des acteurs concernés (SPE, conseil régional, centres de formation, gestionnaires ESMS...) et d'une action volontariste et coordonnée.

Développer les solutions de travail à temps partiel

Sur les 13 établissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT) existants en Sarthe, dix ont ouvert une section annexe (SA) permettant aux travailleurs handicapés d'exercer à temps partiel, le reste du temps étant consacré à des activités occupationnelles.

Cependant, une étude menée par la DDASS et trois autres associations a mis en évidence le problème d'adéquation des prises en charge au sein de ces SA-ESAT. Ouverts depuis 10 ans pour certains, ces centres doivent aujourd'hui évoluer. En effet, le public qu'ils accueillent, souvent instable, souffrant de perturbations d'ordre psychologique, parfois en rupture, demande un encadrement renforcé. Aussi les missions des sections annexes doivent-elles faire l'objet d'un travail de redéfinition ; leurs usagers doivent pour certains être orientés vers des structures plus adéquates.

Outre l'accompagnement professionnel, l'accompagnement social apparaît comme encore trop cloisonné. La création de foyers de semi-autonomie pour travailleurs en ESAT pourrait être à privilégier.

3.5. L'information et la coordination

Développer les modalités de coordination

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

L'Etat et le Département ont longtemps joué ce rôle. En particulier, la montée en puissance de l'offre en terme de places a nécessité de mettre autour d'une table les différents responsables. De plus, trois associations de directeurs existent aujourd'hui dans le département : la GD4S qui regroupe l'ensemble des directeurs de la Sarthe, une association de directeurs de MAS rattachée au niveau régional et une association de directeurs de foyers occupationnels.

Aujourd'hui, la coordination doit répondre à de nouveaux défis. La nécessité s'en fait d'autant plus ressentir du fait de la diversité et de la quantité des bonnes pratiques et des types d'offre sur le territoire.

La qualité de la coordination en Sarthe semble pouvoir être améliorée sur plusieurs plans. De nouveaux partenariats doivent être encouragés entre des structures encore trop cloisonnées dans leur handicap ou sur une partie du territoire. En outre, si les partenariats entre le domicile et l'institutionnel émergent, ils sont encore trop épars et insuffisamment développés pour favoriser une véritable fluidité de la trajectoire. L'évolution de la prise en charge doit être pensée pour permettre des allers-retours entre l'un et l'autre de ces deux modes. Aujourd'hui, le cloisonnement institutionnel rend difficiles de tels changements.

Disposer de canaux efficaces d'information

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

Le département de la Sarthe bénéficie, en l'occurrence, d'un dispositif efficace. Tant l'information à l'attention des professionnels, que celle à l'attention des usagers, se sont développées de manière satisfaisante sur l'ensemble du territoire.

Le Département a notamment réalisé avec les représentants des FO de la Sarthe une plaquette recensant les foyers occupationnels et leurs particularités, afin de guider les familles dans leur choix. Autres illustrations, l'association Eclaircie autisme a organisé une journée sur l'autisme animée par des professionnels, réunissant 500 participants.

Ainsi, de nombreux espaces d'échanges et de rencontres existent aujourd'hui, permettant de trouver rapidement le panel de réponses offertes par le département à la plupart des situations.

Demeure toutefois à développer, un système efficace de remontée de l'information et de centralisation des données permettant, à terme, de constituer un observatoire départemental dont la valeur ajoutée – au sein de dispositifs aussi complexes – est assez intuitive. *On peut noter en ce sens que le GDP (groupe départemental Polyhandicap) mène actuellement une mission d'observatoire départementale, confié par la DDASS en novembre 2004, sur les besoins des personnes polyhandicapées à domicile et en structure, dans le but d'évaluer les réponses apportées. A terme, cet observatoire intégrera la MDPH.*

Celle-ci doit naturellement être un vecteur important de tout dispositif d'information. Comme sa mission de coordination, le nouveau schéma doit préciser ce rôle et alimenter éventuellement les réflexions qu'elle peut mener dans ce cadre.

4. Enquête sociologique

4.1. Méthodologie d'enquête

→ Les personnes interrogées, proposées par les associations, ont été rencontrées individuellement durant trente minutes à une heure, soit dans l'établissement de prise en charge, soit à leur domicile..

Certaines personnes interrogées étaient seules, d'autres accompagnées de personnel soignant qui ne sont pas intervenus, d'autres (notamment autistes) de leurs parents qui répondaient le plus souvent à leur place.

La capacité d'écoute et de compréhension, ainsi que celle d'articuler des propos cohérents et de mener des raisonnements, est naturellement diverse d'une personne à une autre. Plusieurs niveaux ont été distingués :

Niveau 0 : aucune difficulté de compréhension, d'expression et de raisonnement

Niveau 1 : aucune difficulté de compréhension, légère difficulté d'expression et de raisonnement

Niveau 2 : légère difficulté de compréhension et difficulté réelle d'expression et de raisonnement

Niveau 3 : réelle difficulté de compréhension et difficulté importante d'expression et de raisonnement.

→ Cette enquête permet de lire le dispositif avec les yeux des usagers après l'avoir évalué à travers la parole des acteurs, même s'il ne lui est ni possible, ni envisageable, de vouloir rendre compte fidèlement de la situation des personnes handicapées dans la Sarthe. En d'autres termes, l'utilité de cette enquête réside moins dans sa représentativité que dans les enseignements génériques qui peuvent être retirés de chacun des cas qui ont été présentés.

Le but est de répondre à un certain nombre de problématiques :

- Les prises en charge sont-elles adaptées et suffisamment diversifiées ?
- Comment les ruptures de trajectoire sont-elles accompagnées ?
- Les structures associatives s'ouvrent-elles sur l'extérieur ?
- L'accompagnement à domicile est-il de qualité ?
- Existe-t-il des difficultés au transport des personnes handicapées ?

4.2. Principaux enseignements de l'enquête

1. Au travers de cette enquête, il apparaît que, d'une manière générale, le dispositif a su accompagner rapidement l'apparition du handicap et la période de crise qui peut s'en suivre. Les périodes de ruptures ont également su trouver des réponses adaptées. En revanche, ces périodes semblent s'enchaîner lorsque la première réponse apportée n'a pas été la bonne.
2. Les mauvais choix d'orientations ne sont pas nombreux. C'est davantage le manque d'accompagnement social, lors du passage d'une étape à une autre, qui provoque des crises nouvelles. Ainsi, les changements liés au passage à l'âge adulte ont souvent entraîné des difficultés d'adaptation.
3. Certains handicaps ont souffert d'un déficit de prise en charge. C'est notamment le cas des traumatisés crâniens, dont l'accompagnement et le travail d'insertion ont connu plusieurs échecs. D'autres handicaps, comme l'autisme, souffrent d'un déficit d'accompagnement pour les cas les plus lourds.
4. Il ressort par ailleurs de l'enquête que les solutions d'accueil alternatif sont assez peu utilisées et peu ou pas demandées.
5. Autre enseignement, les interventions des personnels et services à domicile permettent, une prise en charge de qualité.
6. Concernant les familles d'accueil, ce type de solutions semble connu et régulièrement utilisé. Il apparaît surtout opportun pour des personnes relativement autonomes. A l'inverse, lorsque ces familles représentent une solution en dernier recours, l'accompagnement se mue en échec.

7. Très peu de personnes rencontrées ont été contraintes d'intégrer un établissement éloigné de leur domicile ou de celui de leurs parents.
8. Les transports sont souvent assurés par l'établissement de prise en charge. A défaut, des taxis peuvent être employés. Toutefois, les déficients sensoriels ont souligné l'inadaptation des transports urbains à leur handicap.
9. En terme d'adaptation des logements, un certain nombre de personnes, plutôt des jeunes, souhaitent accéder à l'autonomie en bénéficiant de l'opportunité de résider dans les appartements-relais mis en place par certaines associations ; il faut souligner l'importance de l'accompagnement social et médico-social dans le logement, indispensable pour accéder à une véritable autonomie.
10. Les offres d'occupations et loisirs hors de l'établissement divergent d'une association à l'autre, certaines encouragent une vie sociale en-dehors de leurs murs et en font souvent un des pans de leur prise en charge. Les activités accessibles sont très diversifiées.
11. Sur l'insertion professionnelle, des sorties en milieu ordinaire ont été constatées. On peut relever que les formations diplômantes ou qualifiantes ont souvent été réussies.
12. Concernant les projets de vie à 5 ans, il faut noter que très peu de personnes ont pu en formuler. Toutefois, on ne peut ignorer la coïncidence entre l'ouverture de l'accompagnement à une vie sociale en-dehors de l'établissement, et la capacité de la personne à se donner des projets de vie, quel que soit son âge.
13. Quant aux pistes d'amélioration du dispositif, une réflexion sur l'attente des déficients sensoriels semble à envisager. Eventuellement, l'accompagnement psychologique après l'apparition du handicap reste à évaluer.

5. Orientations

Ce document s'est fait l'écho à diverses reprises des efforts très importants consentis ces dix dernières années par le Département en matière de création de structures, en particulier la création de places nouvelles en établissement.

Aujourd'hui, globalement, les besoins essentiels sont majoritairement satisfaits sur le volet établissement. Les évolutions envisagées porteront sur l'intérêt d'évaluer des projets spécifiques – notamment pour traumatisés crâniens, pour poly-handicapés - et d'étudier l'implantation de structures sur l'agglomération mancelle. Par ailleurs, la médicalisation des établissements est attendue, de même que le développement des accueils diversifiés, accueils temporaires, accueils de jour, accueils séquentiels.

Dans ce contexte, la politique de maintien et de soutien à domicile des personnes en situation de handicap devient un axe prioritaire de ce schéma. La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et les attentes exprimées lors de ces travaux relatifs au schéma en témoignent.

Pour autant, le rôle de régulation du Département via la programmation ne sera pas négligé. Il sera renforcé par une vigilance particulière portant sur la pertinence et l'opportunité des projets. Ainsi, toutes les demandes de nouvel établissement devront désormais s'appuyer sur un diagnostic local étayé et approfondi et répondront à des appels à projets lancés par le Conseil général.

La prise en compte des parcours de vie itératifs, passant du domicile à l'établissement ou inversement, conduit le Département de la Sarthe à faire de l'articulation et de la qualité de ces deux dispositifs (accompagnement au domicile et capacités d'accueil en établissement) un axe prioritaire de ce Schéma.

Ce schéma se veut par ailleurs dynamique avec deux idées fortes :

- respect du parcours de vie individuel de la personne
- qualité et adaptation de la prise en charge aux besoins exprimés.

Le schéma vise donc, prioritairement, à :

- susciter et soutenir les projets de services intervenant au domicile de personnes handicapées
- soutenir les projets innovants d'habitats groupés ou de petites unités de vie.
- privilégier les structures proposant un travail spécifique sur l'accès progressif à l'autonomie
- veiller à un travail spécifique des structures existantes sur une flexibilité de fonctionnement permettant de passer du domicile à l'établissement et de l'établissement au domicile

Les orientations de ce nouveau schéma seront les suivantes :

- Accompagnement de la vie au domicile par la création de services d'accompagnement type SAVS, et soutien aux projets innovants
- Développement de la capacité d'accueil en établissement : création de structures d'hébergement dans le secteur de l'agglomération mancelle et le nord-ouest du département, soutien des projets relatifs aux publics suivants :
 - polyhandicapés
 - traumatisés crâniens
 - personnes handicapées vieillissantes
- Recherche des complémentarités, coordinations, mutualisations éventuelles (domicile / établissement, social / médico-social / sanitaire, jeune / adulte / personne âgée / personne handicapée).

Les orientations du schéma, définies par les acteurs du dispositif largement associés à leur élaboration, sont une reprise détaillée de ces nouvelles priorités et mettent très clairement l'accent sur le projet de vie de la personne handicapée.

6. Les actions du nouveau schéma

Les orientations du nouveau schéma se déclinent de la manière suivante :

Le développement et la diversification de l'offre de services à domicile

Action n° 1 : Développer, améliorer, diversifier l'offre de services à domicile sur l'ensemble du territoire.

Action n° 2 : Améliorer l'accessibilité des personnes handicapées aux pratiques culturelles, sportives et de loisirs

Action n° 3 : Étendre le champ et les modalités d'intervention, le nombre de places des SAVS et des SAMSAH

Action n° 4 : Soutenir les aidants familiaux et naturels

L'évolution de l'offre en établissement et en services

Action n° 5 : Diversifier les modalités de prise en charge

Action n° 6 : Mieux accompagner le passage de l'adolescence à l'âge adulte

Action n° 7 : Harmoniser les pratiques et créer de nouveaux outils

Action n° 8 : Reconnaître la vie affective et sexuelle et accompagner la parentalité des personnes handicapées

Les accompagnements spécifiques et la prise en charge du handicap psychique.

Action n° 9 : Mettre en place des lieux et services innovants

Action n°10 : Renforcer les équipes et services d'intervention existants dans le cadre de la prise en charge et de l'accompagnement du handicap psychique

Les personnes handicapées vieillissantes

Action n°11 : Accompagner les établissements et services dans la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et âgées

Action n°12 : Prévenir les conséquences du vieillissement et préparer le passage à la retraite

Accompagnement social et insertion professionnelle

Action n°13 : Favoriser l'insertion professionnelle par l'accompagnement social

Action n°14 : Etudier l'évolution des missions des ESAT et des SA-ESAT

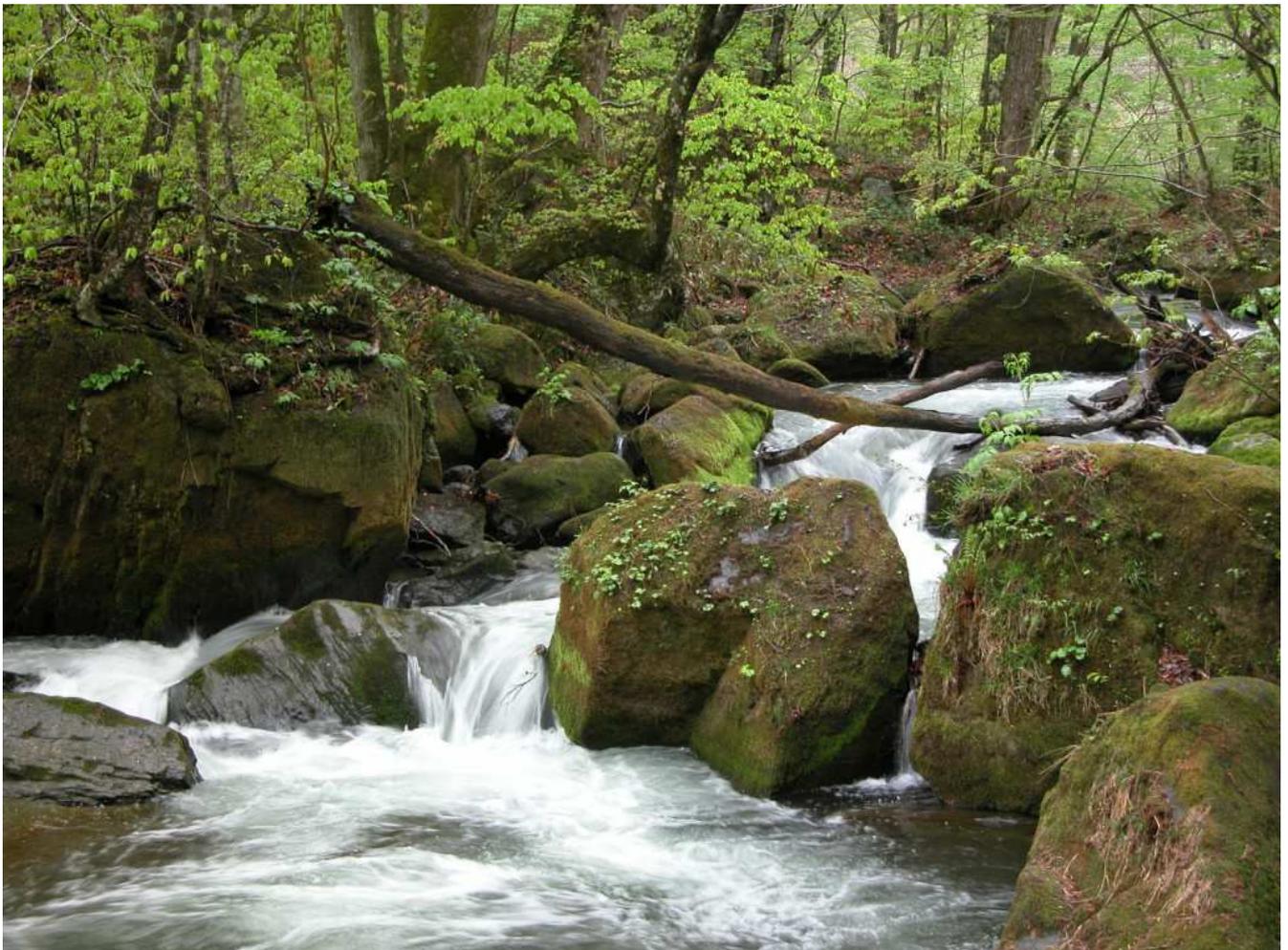
Action n°15 : Créer des plateformes locales de coordination entre les acteurs de l'insertion professionnelle, les personnes handicapées, les entreprises et les collectivités

Renforcement des coopérations et des coordinations

Action n°16 : Structurer les dispositifs locaux d'information et de coordination

Action n°17 : Structurer les collaborations entre les secteurs sanitaire et social et médico-social

Fiches actions



Axe I : Le développement et la diversification de l'offre de services à domicile

FICHE ACTION 1

DÉVELOPPER, AMÉLIORER, DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICES À DOMICILE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

CONTEXTE

L'évolution de la population handicapée et son souhait de plus en plus fréquemment exprimé de rester à domicile, ainsi que l'émergence progressive de la PCH, implique aujourd'hui une profonde réflexion sur les possibilités accrues de maintien et de soutien à domicile. Les dernières évolutions législatives, comme la réforme de la protection des majeurs, amènent également des questionnements.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Etablissements et services
Secteur associatif
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Permettre une égalité d'accès sur l'ensemble du territoire
- Permettre le maintien et soutien à domicile
- Permettre l'adaptation à la demande
- Assurer la continuité du projet de vie
- Prévenir les hospitalisations

POINTS DE VIGILANCE

- Faire en sorte que la personne soit actrice de son projet
- S'assurer de l'adéquation de la formation des intervenants aux prises en charge et accompagnements
- Complémentarité et adaptation des modalités de financement
- Disposer de relais d'informations efficaces sur l'offre existante

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Préalables

- 1° étape : Réaliser une cartographie des services d'aide à domicile dans le département et des besoins par type de handicap

- 2° étape : Former les intervenants à domicile :
 - Solliciter les financements pour assurer les formations
 - Mutualiser les formations, en liens avec les établissements
 - Élaborer un cahier des charges relatif aux formations à dispenser et coordonner les actions de formation sur le territoire

B - Organisation :

- Induire une souplesse dans l'intervention : organiser l'intervention de nuit ; les interventions en fin de semaine; l'accompagnement aux loisirs
- Renforcer la coordination entre SAMSAH – SSIAD – SAD par des conventions ou des GCSMS, notamment pour des situations d'urgence.
- Organiser l'articulation SAD / établissement : contractualisation sur le temps partagé, accueil temporaire, préparation à l'accueil, formation des personnels, information (cahier des charges)

C - Suivi du projet de vie à domicile :

- Mettre en place un système d'alerte à partir des services d'aide à domicile (création d'un protocole de signalement).
- Identifier un référent garant de la continuité des soins, de la prise en charge (famille, associations d'usagers).
- Mettre en place un groupe de travail de suivi.

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Formation du personnel intervenant à domicile : 2008 et 2009
Éléments d'organisation : 2010 - 2012

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de formations dans les SAD
- Nombre de personnes handicapées ayant opté pour le soutien à domicile avec le concours de SAD

FICHE ACTION 2

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES HANDICAPEES AUX PRATIQUES CULTURELLES, SPORTIVES ET DE LOISIRS

CONTEXTE

L'accès des personnes handicapées aux loisirs en milieu ordinaire est encore rendu difficile par un certain nombre d'obstacles : il s'agit parfois de l'inadaptation des structures de loisirs culturels ou sportives aux différents handicaps qui constitue le premier frein, il apparaît néanmoins qu'une méconnaissance du handicap, de la personne en situation de handicap, de ses capacités comme de ses limites, représente une autre barrière, plus subjective.

Il est donc essentiel de multiplier les rencontres et les lieux d'échange entre le monde du handicap et le milieu ordinaire afin de lever les barrières.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général

PARTENAIRES

Mairies et autres collectivités et organismes
Jeunesse et sports
Etablissements et services
Secteur associatif ; secteur public
Associations à caractère culturel ou sportif
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Permettre la participation des personnes en situation de handicap aux activités proposées par les associations à caractère sportif et culturel en milieu ordinaire
- Favoriser l'intégration de la personne handicapée dans la cité
- Etendre le projet de vie au milieu ordinaire
- Diversifier les activités pouvant être proposées aux personnes en situation de handicap

POINTS DE VIGILANCE

- Veiller à l'adaptation à minima des structures d'accueil (notamment en terme de sécurité)
- Accompagner toute action d'intégration d'un travail de communication auprès de la personne, de sa famille et des membres des associations
- Organiser le suivi de cette intégration, notamment en fonction du ressenti de la personne handicapée.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A – Préalables

- Recenser les bonnes pratiques associant les associations pour personnes handicapées et les associations à caractère culturel ou sportif sur le territoire et créer une brochure à diffuser
- Inciter les communes à effectuer un recensement sur leur territoire des différentes activités pouvant être suivies, sans matériel spécifique ou avec des adaptations.

B - Information :

- Sensibiliser les associations à caractère culturel par des actions d'information (ex. : organisation d'une réunion publique sur le sujet à la MDPH, brochures spécifiques...)
- Accompagner l'action de Jeunesse et Sports dans le domaine de l'accessibilité des activités sportives, labellisation des clubs, coupons découvertes, etc.
- Diffuser l'information sur les équipements de loisirs labellisés par le Comité Départemental du tourisme.
- Communiquer sur le plan d'accessibilité des bibliothèques de prêts élaboré par les services du Conseil général.
- Compléter l'information des mairies sur la nécessité de mieux intégrer les personnes handicapées au sein de la société, notamment en permettant leur participation aux loisirs organisés par les communes.
- S'appuyer sur les associations et les services publics pour mener ces actions de sensibilisation à partir d'un argumentaire.

C- Organisation :

- Diffuser le guide des bonnes pratiques au sein des structures d'accueil et d'accompagnement
- Inciter les acteurs du handicap à diversifier leurs partenariats avec les associations en milieu ordinaire, en inscrivant notamment ce type d'actions au sein de leurs nouveaux projets de service
- Lorsqu'une personne handicapée participe à une activité en milieu ordinaire, former les intervenants qui l'accompagnent aux besoins de l'accompagnement et aux conséquences de la situation de handicap (que celui-ci soit moteur, mental, sensoriel ou psychique)

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Réalisation du guide des bonnes pratiques : 2009-2010

Éléments d'organisation : 2009 - 2012

INDICATEURS DE SUIVI

- Elaboration du guide
- Nombre de réunions d'information et de sensibilisation menée sur le territoire
- Evolution quantitative des lieux de loisirs et sportifs accessibles en Sarthe

FICHE ACTION 3

ÉTENDRE LE CHAMP ET LES MODALITÉS D'INTERVENTION, LE NOMBRE DE PLACES DES SAVS ET DES SAMSAH

CONTEXTE

Si les services d'aide à domicile apportent aujourd'hui une aide à domicile à la personne handicapée pour la vie courante, le besoin de soutien s'exprime également pour l'insertion professionnelle ou la participation à la vie sociale. Les SAVS et les SAMSAH, en lien avec les SAD, peuvent contribuer au maintien du lien social et à l'intégration en milieu ordinaire.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS)

PARTENAIRES

Services
Secteur associatif
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Proposer de nouvelles modalités de prise en charge
- Augmenter le nombre de bénéficiaires
- Permettre une durée d'intervention plus importante
- Favoriser la sortie de l'établissement

POINTS DE VIGILANCE

- Nécessité d'une bonne articulation entre les différents intervenants
- Ne pas multiplier les opérateurs
- Assurer une juste couverture territoriale
- Garder la spécificité de l'accompagnement pour chacune des populations
- Question des doubles prises en charge par l'assurance-maladie

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Développement :

- Augmenter le temps d'intervention de services et les créneaux inhérents à la socialisation
- Elargir leurs missions en application du décret. Les nouveaux publics qui pourraient être concernés seraient : les personnes handicapées vieillissantes, les demandeurs d'emploi, personnes en situation de rupture, en situation de passage de l'enfance à l'âge adulte

- Créer un SAVS insertion professionnelle pour les traumatisés crâniens et les neuro-locomoteurs

B - Organisation :

- Mettre en place un référent qui peut agir en cas de crise et permettre au SAMSAH de continuer l'accompagnement y compris pour des personnes en structure
- Organiser le partenariat entre les SAMSAH et les établissements

C - Pour le handicap psychique :

- Intégrer des compétences aide ménagère dans les SAVS
- Augmenter le nombre de places sur le SAMSAH handicap psychique ; développer l'accompagnement des petites unités de vie par le SAMSAH

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Développement : 2008 - 2009

Organisation : 2008 – 2010

Handicap psychique : 2008 - 2009

INDICATEUR DE SUIVI

Nombre de places de services créées

FICHE ACTION 4

SOUTENIR LES AIDANTS FAMILIAUX ET NATURELS

CONTEXTE

Les aidants familiaux et naturels ont une place importante qu'il convient d'améliorer en particulier pour les personnes handicapées accueillies en établissements, ou de conforter toujours dans le respect du projet de vie.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS)

PARTENAIRES

Etablissements et services
Secteur associatif
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Pour les familles d'accueil : améliorer l'information et le suivi
- Pour les aidants naturels :
 - Diminuer le taux de morbidité des aidants
 - Favoriser la bientraitance
 - Prévenir les situations d'urgence

POINTS DE VIGILANCE

- Pour les familles d'accueil :
 - Manque de cadre d'orientation pour le choix des familles d'accueil
 - S'assurer de l'articulation entre le plan de compensation et les compétences des accueillants familiaux
 - Organiser des relais avec des établissements
- Pour les aidants naturels : *aucun point de vigilance identifié*

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Pour les familles d'accueil :

- Réfléchir à la mise place d'un service de l'accueil familial à partir d'associations
- Elaborer un cahier des charges des accueillants familiaux
- Accroître le temps de formation

B - Pour les aidants naturels :

- Diffuser et mettre en place des groupes de parole
- Améliorer la fluidité de l'information relative aux solutions d'accueils alternatifs
- Proposer un soutien psychologique au moment de l'annonce du handicap, de l'entrée en établissement (ou organiser des conventions avec les CMPP)
- Inclure la guidance familiale dans le plan de compensation (réunion de préparation de guidance avec des psychologues sans présence de l'enfant) et dans le projet d'établissement ou de service

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Actions à l'attention des accueillants familiaux : 2010

Actions à l'attention de l'aide aux aidants : 2009 - 2010

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de projets de services ou d'établissements prenant en compte la guidance familiale
- Nombre de projets de services ou d'établissements ayant proposé et intégré des relais avec les aidants naturels ou les familles d'accueil.

Axe II : L'évolution de l'offre en établissement et en services

FICHE ACTION 5

DIVERSIFIER LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

CONTEXTE

L'offre d'accueil en établissements et services constitue une composante majeure du dispositif proposé aux personnes handicapées adultes en Sarthe, qui compte, au 15 mars 2007, 1434 places réparties ainsi :

- 365 places de SAVS et SAMSAH
- 106 places de SAESAT
- 378 places en foyer d'hébergement dont 72 places semi-autonomes
- 421 places en foyer occupationnel
- 68 places en FAM
- 105 places en accueil de jour

Le département a connu une croissance très sensible en terme d'offre en structures et la question se pose de la nécessité et l'opportunité d'ouverture de nouvelles capacités afin de proposer des accompagnements répondant à tous les besoins des personnes handicapées adultes.

PILOTES DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Etablissements et services
Secteur associatif
MDPH

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Répondre au projet de vie et aux besoins de la personne
- Faciliter l'accès à l'autonomie et à la citoyenneté
- Améliorer l'adéquation entre les ressources et les besoins
- Permettre à la famille de jouer pleinement son rôle
- Répondre aux besoins sur le territoire
- Eviter les ruptures de trajectoire

POINTS DE VIGILANCE

- Existence de réels besoins
- Existence d'un réel projet d'établissement pour tous type d'accueil
- Adéquation des moyens et des besoins des services, notamment dans le cadre de l'émergence des petites unités de vie
- Règles budgétaires en vigueur dans les établissements et services
- Existence effective de modalités de transport
- Implantation des établissements au sein d'un territoire permettant une intégration dans la vie de la cité

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Pour les établissements

Renforcement de l'existant :

- Développer l'hébergement temporaire, l'accueil de jour, l'accueil séquentiel, rendre polyvalentes les places existantes pour l'accueil d'urgence
- Etudier les besoins en médicalisation de foyers occupationnels existants
- Etudier l'intérêt du développement de nouvelles capacités pour :
 - les foyers d'hébergement (essentiellement foyer d'hébergement semi-autonome)
 - les foyers de vie avec diversités de prise en charge (handicap spécifique)
 - les Foyers d'Accueil Médicalisés
 - les structures spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes

Création :

- Etudier l'opportunité du développement de petites unités de vie (PUV) : soit PUV autonomes (6-8 personnes) ; soit PUV « hors-les-murs » ; soit PUV intégrées au sein de la structure

B - Pour les services :

Renforcement de l'existant :

- Développement des Groupes d'Entraide Mutuelle
- Développement des SAVS et des SAMSAH

Création :

- Soutien au développement des interventions en habitat groupé
- Création d'un service d'accueil familial

C - Eléments d'organisation :

- Mettre en place des passerelles entre les établissements et les services (développer le temps partagé et les accueils séquentiels)
- Mieux articuler le lien entre le domicile (milieu ordinaire) et l'établissement en s'appuyant sur la PCH
- Permettre aux établissements d'offrir plusieurs modalités de prise en charge adaptées au parcours et au projet de vie de la personne handicapée

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Action mise en œuvre sur toute la durée du schéma.

INDICATEURS DE SUIVI

- **Nombre de places créées par type d'accueil**
- **Nombre d'orientations de la CDAPH proposées par type d'accueil au sein d'un établissement ou entre le domicile et l'établissement ou en temps partagé**

FICHE ACTION 6

MIEUX ACCOMPAGNER LE PASSAGE DE L'ADOLESCENCE À L'AGE ADULTE

CONTEXTE

Les lois de décentralisation ont confié au Département des compétences dans le domaine du handicap adulte, alors que l'enfance demeure de la compétence de l'Etat : ces compétences institutionnelles différentes nécessitent d'établir des passerelles entre les prises en charge des enfants et celles des adultes.

PILOTES DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Etablissements et services
Secteur associatif
MDPH
DDTEFP
Education Nationale

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Préparer l'insertion professionnelle et/ou sociale
- Préparer la prise d'autonomie progressive
- Corriger les effets de filière

POINTS DE VIGILANCE

- Compétences institutionnelles différentes (Etat / Conseil Général)
- Coût des stages
- Coûts des transports
- Nécessité d'un accompagnement des jeunes par des SESSAD / SAVS insertion professionnelle
- Importance de bien informer les parents
- Spécificité du passage de la psychiatrie enfance à la psychiatrie adulte

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - L'accompagnement

Accompagner la prise d'autonomie en introduisant dans le projet d'établissement :

- la poursuite et la diversification des stages
- la possibilité d'habitat diversifié

Développer l'information à destination des parents et des enfants, notamment l'aide psychologique et le soutien dans la transition d'un dispositif à un autre.

Développer l'information à destination des professionnels

Mettre en réseau l'information à travers un dispositif type base de données, site internet accessible à tous les publics

B - L'organisation des passerelles

- Généraliser le dispositif actuel et affiner les stages : mettre en place des coûts forfaitaires et des protocoles de stage
- Harmoniser les évaluations des stages
- Développer l'utilisation de l'hébergement temporaire pour mieux préparer l'autonomie psycho-affective future de l'adulte
- Créer un SAVS insertion professionnelle
- Permettre des temps de partage entre les équipes en amont et en aval (au travers du projet d'établissement) dans une dimension individualisée et dans une dimension plus collective d'équipes

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Travail relatif au projet d'établissement : 2008

Organisation des passerelles : 2009

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de projets d'établissement intégrant ces dispositions afin de travailler sur la préparation du passage d'un dispositif à un autre.
- Nombre de jeunes ayant accédé à un emploi ou repérés dans une filière professionnelle

FICHE ACTION 7

HARMONISER LES PRATIQUES ET CRÉER DE NOUVEAUX OUTILS

CONTEXTE

Le fonctionnement des établissements et services est axé autour du projet de vie de la structure et doit être adapté aux projets de vie des personnes handicapées.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS), les établissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Permettre une meilleure expression des besoins
- Permettre une meilleure adaptation des structures

POINTS DE VIGILANCE

- Bien prendre en compte la famille dans l'élaboration du projet

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Formaliser et mettre en œuvre le projet de vie :

- Déterminer une méthodologie commune d'élaboration des projets de vie
- Harmoniser la production des outils d'évaluation de la situation de la personne

B - Développer des Fiches outil reprenant les éléments sur lesquels un travail d'harmonisation doit être opéré :

- Mettre en place une méthodologie commune d'évaluation (loi 2002-2)
- Arrêter un cahier des charges départemental d'accompagnement et d'élaboration des projets d'établissement (critères d'admission, intimité, bientraitance / maltraitance, etc./ guidance des professionnels)
- Créer un fichier de liste d'attente commune et régulièrement réactualisée

C - Favoriser le partage des outils d'évaluation, de diagnostic, d'information et de formation et mieux structurer la coordination/coopération pour la mise en œuvre des projets d'accompagnement

Développement :

- Développer les partenariats avec le secteur psychiatrique (pour les traumatisés crâniens légers) et les services d'addictologie
- Développer les partenariats avec le secteur hospitalier en général

- Utiliser le carnet de santé comme un outil d'information des parents
- Interpeller les pôles de compétences par l'équipe pluridisciplinaire en cas de diagnostic à préciser

Organisation :

- Tendre vers une évaluation partagée et continue (ex. : grille d'évaluation partagée et continue des situations de handicap complexe de grande dépendance)

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Élaboration d'une méthodologie commune pour la définition du projet de vie : 2008
Création des fiches-outils identifiées dans cette action : 2009

INDICATEUR DE SUIVI

Nombre et type d'outils d'harmonisation créés

FICHE ACTION 8

RECONNAÎTRE LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE ET ACCOMPAGNER LA PARENTALITÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

CONTEXTE

La reconnaissance du projet de vie de la personne handicapée implique également la reconnaissance de sa vie affective et sexuelle jusqu'à la parentalité. Il convient également de mesurer la place des parents de la personne handicapée à tous les âges de la vie et leur niveau d'implication dans la formalisation du projet de vie.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Etablissements et services
Secteur associatif
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Accomplissement du projet de vie et respect de la personne
- Permettre aux parents handicapés d'exercer leur droit à la parentalité
- Permettre aux parents de travailler et d'assurer leur rôle social

POINTS DE VIGILANCE

- Impacts de ces accompagnements sur le plan de compensation
- Place de l'enfant dans une famille dont un ou les parents sont en situation de handicap
- Nécessité d'être en mesure et de pouvoir informer la personne handicapée de ses droits et de ses devoirs
- Nécessité d'une coordination efficace entre des intervenants de dispositifs éloignés les uns des autres

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- *1^{ère} étape* : Promouvoir une réflexion globale et un débat éthique sur cette thématique.
- *2^{ème} étape* :

En ce qui concerne la vie affective et sexuelle des personnes :

- Veiller aux projets architecturaux des établissements qui doivent respecter la vie affective des personnes (chambres individuelles, chambres pour couple)
- Mener des actions de formation du personnel, information des usagers et sensibilisation des familles dans le projet d'établissement

En ce qui concerne l'accompagnement de la parentalité :

- Organiser une mise en réseau avec le droit commun de l'enfance et de la famille
- Prévoir l'intervention des TISF dans les plans de compensation
- Former les intervenants à la spécificité de cette question

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

- Organisation d'une conférence départementale sur la question : 2008
- Actions de formation des personnels : 2009

INDICATEUR DE SUIVI

Nombre de formations spécifiques initiées dans les établissements et les services.

Axe III : Les accompagnements spécifiques et la prise en charge du handicap psychique

FICHE ACTION 9

METTRE EN PLACE DES LIEUX ET SERVICES INNOVANTS

CONTEXTE

Les personnes handicapées expriment de plus en plus leurs souhaits de rester le plus longtemps possible à domicile ou dans un lieu sécurisé pour mettre valablement en œuvre leurs projets de vie.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général, Etat (DDASS) et MDPH.

PARTENAIRES

Familles
CHS
Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Favoriser l'intégration en milieu ordinaire
- Répondre aux besoins de prises en charge pour les déficiences sensorielles
- Maintenir le lien social
- Servir de tremplin à la socialité et la citoyenneté
- Aider à la gestion des crises
- Améliorer la personnalisation de l'accompagnement individuel de la personne

POINTS DE VIGILANCE

- Articulation des services innovants avec le plan de compensation
- Coordination de ces nouvelles structures avec le SAMSAH
- Mener cette action dans un cadre juridique et budgétaire contraint

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Création de petites unités de vie :

- appartements individuels regroupés avec un service
- association de maisons partagées et d'appartements individuels

Réfléchir à un cahier des charges abordant :

- la mixité du handicap et le regroupement par type de handicap
- la nécessité d'une astreinte
- les types de conventions à signer

Créer des organisation type GEM, mais pour différents types de handicap, qui serviraient de passerelles afin de:

- favoriser ces créations dans des locaux identifiés
- permettre le maintien du lien social par des activités adaptées et par l'accès au loisir

Permettre la participation des personnes en situation de handicap aux activités proposées par les associations à caractère sportif et culturel en milieu ordinaire :

- sensibiliser ces associations par des actions d'information (ex. : organisation d'une réunion publique sur le sujet à la MDPH)
- inciter les acteurs du handicap à diversifier leurs partenariats avec les associations en milieu ordinaire
- veiller à ce que les manifestations publiques soient le plus régulièrement adaptées aux différents types de handicap (dont les déficiences sensorielles).

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Action à mener sur l'ensemble de la période du schéma

INDICATEUR DE SUIVI

Nombre et typologie de nouvelles structures / nombre de retours sur expériences

Axe III : Les accompagnements spécifiques et la prise en charge du handicap psychique

FICHE ACTION 10

RENFORCER LES ÉQUIPES ET SERVICES D'INTERVENTION EXISTANTS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP PSYCHIQUE

CONTEXTE

Les établissements et services sont de plus en plus confrontés à des problèmes spécifiques liés au psychique pouvant donner lieu à des orientations inadéquates, tandis que les personnes handicapées souffrent d'un désavantage social du à ces troubles. Il s'agit de passer d'une logique de statut à une logique de personne

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Familles
CHS
Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Intervenir en amont de la situation de handicap
- Répondre à l'urgence (notamment l'hospitalisation d'office) et dans la durée

POINTS DE VIGILANCE

- Définition du moment auquel l'équipe peut intervenir
- Diversité des situations (en établissement, en famille, à domicile)
- Organiser le lien avec un milieu d'accueil

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A – Préalables

Définition des publics :

- Publics individuels présentant un désavantage social en raison de troubles psychiques
- Equipes des établissements qui rencontrent des problématiques spécifiques

Définition des missions :

- missions d'intervention, d'analyse des situations et d'information

Définition de la composition des équipes :

- psychologue, assistante sociale, médecin, éducateur spécialisé

Développement :

- Elaborer un cahier des charges développant le fonctionnement de ces équipes
- Rechercher les liens avec le CHS
- Accompagner les évolutions des SAMSAH pour permettre d'intervenir en amont de la reconnaissance du handicap

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

2009 - 2010

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'interventions de ces équipes
- Nombre de personnes handicapées suivies (plans de compensation)

Axe IV : Les personnes handicapées vieillissantes

FICHE ACTION 11

ACCOMPAGNER LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPÉES VIEILLISSANTES ET ÂGÉES

CONTEXTE

L'espérance de vie progresse et grâce à l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité de vie, le vieillissement de la personne handicapée devient une question nouvelle à domicile, comme en établissement. Ces derniers sont amenés à s'adapter à l'évolution de leurs résidents. De même, les entreprises et les ESAT doivent faire face à la lassitude de leurs travailleurs vieillissants

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Familles
Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Adapter les établissements pour les personnes handicapées vieillissantes et âgées déjà accueillies
- Améliorer la prise en charge pour les futures personnes handicapées vieillissantes et âgées accueillies

POINTS DE VIGILANCE

- Cohérence avec le Schéma départemental des personnes âgées 2005-2009
- Inscription de cet accueil au sein du projet d'établissement
- Respect du projet de vie de la personne
- Éviter les phénomènes d'exclusion
- Spécificité de certains accueils (dont les personnes handicapées psychiques)
- Nécessité de liens formalisés avec le secteur du handicap
- Préparation de l'entrée en EHPAD de la personne handicapée
- Éviter les ruptures imposées

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Préalable :

Identifier les besoins par territoire et établir un bilan des populations concernées

B - Développement :

- Élaborer un cahier des charges des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes et âgées en structures spécifiques et dans les EHPAD (projet d'établissement, formation des personnels,..)
- Réfléchir à la création d'un EHPAD spécialisé dans la prise en charge des personnes handicapées psychique

C - Organisation :

- Etablir les modalités de prise en charge au niveau territorial
- Permettre les coopérations dans le secteur médico-social et le secteur sanitaire notamment sous la forme de Groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS)

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Action mise en œuvre sur toute la durée du Schéma

INDICATEURS DE SUIVI

- Effectivité du cahier des charges
- Evolution du nombre de personne handicapées entrant en EHPAD avant 60 ans et du nombre de personnes handicapées maintenues en établissement après 60 ans.

Axe IV : Les personnes handicapées vieillissantes

FICHE ACTION 12

PRÉVENIR LES CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT ET PRÉPARER LE PASSAGE À LA RETRAITE

CONTEXTE

Le vieillissement de la personne handicapée est un phénomène récent ; ce processus intervient plus précocement que chez la personne valide et nécessite anticipation et préparation.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Familles
Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Eviter les ruptures brutales d'accompagnement

POINTS DE VIGILANCE :

- Vigilance accrue du plan de compensation pour les personnes handicapées âgées de plus de 50 ans
- Lien avec le dispositif de protection de personnes

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

- Développer les actions de prévention de la santé : préciser le rôle du médecin du travail (possibilité de conventionnement entre les ESAT et la médecine du travail)
- Etudier les sorties d'ESAT des personnes handicapées vieillissantes
- Diversifier les coopérations avec la médecine du travail et les cellules de maintien dans l'emploi et Cap Emploi pour les personnes exerçant une activité en milieu ordinaire
- Réfléchir à la mise en place de GCSMS afin de disposer d'un médecin du travail pour plusieurs structures
- Etendre le service de suite de l'ESAT au-delà de 60 ans au domicile des personnes

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Actions mises en œuvre sur toute la durée du Schéma

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'actions de sensibilisation
- Nombre de création de GCSMS relatifs à cette thématique
- Nombre de personnes handicapées vieillissantes suivies en SA ESAT

FICHE ACTION 13

FAVORISER L'INSERTION PROFESSIONNELLE PAR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

CONTEXTE

Plusieurs structures dans le département favorisent l'insertion professionnelle des personnes handicapées mais l'évolution constatée induit dans une exigence de productivité accrue qui nécessite un ajustement des moyens. Les EA comme les ESAT sont parfois contraints à des recrutements inadéquats. De nombreuses initiatives, telles les actions de Cap Emploi, des bonnes pratiques associatives visent à soutenir la personne handicapée dans sa démarche d'insertion.

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

DDTEFP
FJT
Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi en milieu protégé ou en milieu ordinaire
- Prévenir les situations de rupture
- Offrir une solution pour les personnes inscrites sur les listes d'attente des entreprises adaptées
- Offrir des solutions aux personnes souffrant de déficiences spécifiques

POINTS DE VIGILANCE

- Disposer de personnels formés
- Modalités du suivi des personnes accompagnées
- Accompagnement professionnel à l'issu de l'IMPRO et de la MGI

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Préalable :

- Repérage des besoins via la MDPH, les missions locales, les centres de pré-orientation, les associations, l'ANPE, Cap Emploi, MSA, CRAM, l'Education Nationale, etc. (mise en place d'un groupe de travail)

B - Développement :

- Elaboration d'un cahier des charges de l'intervention en fonction des publics ciblés et du territoire d'intervention
- Extension des compétences et du périmètre d'intervention des services existants : SAVS, SESSAD, Association gestionnaire de Cap Emploi, SAMSAH, EA, Entreprises d'insertion, Chantiers d'insertion, Associations intermédiaires
- Création de services à vocation professionnelle en fonction des besoins par territoires

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Actions mises en œuvre sur toute la durée du Schéma

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'interventions des services à vocation professionnelle.
- Augmentation du nombre de personnes handicapées en insertion professionnelle
- Nombre de personnes handicapées orientées en milieu ordinaire et en milieu protégé

FICHE ACTION 14

ETUDIER L'EVOLUTION DES MISSIONS DES ESAT ET DES SA-ESAT

CONTEXTE

Si la fluidité est plus importante depuis l'ouverture de nouvelles structures, la personne handicapée doit compter actuellement un délai d'attente d'environ 2 ans avant de pouvoir intégrer un ESAT

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général et Etat (DDASS).

PARTENAIRES

Secteur associatif
Etablissements et services

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Résorber les listes d'attente
- Pour les missions et les moyens des SA-ESAT :
 - Prendre en charge une population nouvelle (jeunes personnes handicapées)

POINTS DE VIGILANCE

- Pour les missions et les moyens des SA-ESAT :
 - Absence de cadre juridique propre
 - Vigilance accrue du plan de compensation pour les personnes handicapées âgées de plus de 50 ans

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Pour la diversification des modalités d'accueil en ESAT :

Préalable :

- Identification des besoins par le groupe de travail piloté par la DDASS en association avec la MDPH et les partenaires associatifs
- Etablir les besoins en accompagnement social des personnes en attente
- Actualisation des places disponibles

Organisation :

- Harmoniser les procédures d'admission
- Mettre en place un outil d'information numérique (site internet) présentant l'offre en ESAT (cartographie des établissements, particularité de la prise en charge, présentation des activités, etc.)

B - Pour les missions et moyens des SA-ESAT :

- **Elaborer un cahier des charges spécifiques aux SA-ESAT**
- **Mettre en place un groupe de travail co-piloté par le CG et l'Etat, avec la MDPH, les partenaires associatifs :**
 - s'appuyer sur l'état des lieux déjà réalisé par la DDASS
 - évaluer les résultats
 - proposer des orientations
- **Adapter les moyens des SA-ESAT aux personnes accueillies :**
 - personnes handicapées vieillissantes (problématique santé, préparation à la retraite notamment)
 - public jeune (accès à l'emploi notamment)
 - public à temps partiel

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

2008 – 2010

INDICATEUR DE SUIVI

Répartition des publics accueillis par tranches d'âges dans les ESAT et les SA-ESAT

FICHE ACTION 15

**CRÉER DES PLATEFORMES LOCALES DE COORDINATION ENTRE
LES ACTEURS DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE, LES PERSONNES
HANDICAPÉES, LES ENTREPRISES ET LES COLLECTIVITÉS**

CONTEXTE

Le Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH), à l'initiative de l'Etat (DDTEFP), en cours de réactualisation, doit développer des actions nécessaires à l'insertion professionnelle de personnes handicapées à la croisée de différents dispositifs. Il est constaté des difficultés à repérer l'ensemble des dispositifs à la fois sociaux et professionnels.

PILOTE(S) DE L'ACTION

DDTEFP, Maisons de l'Emploi , AGEFIPH.

PARTENAIRES

Conseil général, Etat (DDASS), MDPH
Services

BÉNÉFICIAIRES ATTENDUS

- Améliorer la visibilité financière et économique des EA, ESAT, EI
- Assurer l'insertion en milieu ordinaire
- Identifier les besoins en EA
- Mobiliser le milieu économique sur cette question
- Faciliter le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire

POINTS DE VIGILANCE

- Approche territoriale
- Nouvelles compétences de l'AGEFIPH et apparition de nouveaux services

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Pour la diversification des modalités d'accueil en ESAT

A - Préalable :

Pilotage effectué à partir du PDITH
Identification des besoins des entreprises

B - Organisation :

- Rapprocher l'offre et la demande en impliquant les services existants sur chacun des territoires (pays, bassin d'emploi, etc.)
- Renforcer les moyens d'évaluation multi-dimensionnelle sur le champ de l'insertion professionnelle :
 - S'appuyer entre autre sur les centres de pré-orientation comme outil d'assistance à l'équipe pluridisciplinaire pour les projets professionnels
 - Augmenter le nombre d'évaluations fonctionnelles

C - Information :

Sensibiliser les acteurs : actions de communication, s'appuyer sur les coordinations territoriales existantes (ex : clubs d'entreprises, ..).

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

2008 – 2010

INDICATEUR DE SUIVI

Nombre de plateformes créées

FICHE ACTION 16

STRUCTURER LES DISPOSITIFS LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION

CONTEXTE

La coordination des intervenants et professionnels est un des enjeux majeurs de la prise en charge : la fluidité, la qualité de l'accueil en urgence, l'adéquation des solutions proposées avec les besoins et les souhaits de la personne ne peuvent être garantis que par un travail régulier de partenariat entre les différents acteurs

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général, Etat (DDASS), MDPH.

PARTENAIRES

Médecins, secteur psychiatrie
Etablissements et services
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

Identifier un garant de la fluidité et de la cohérence du parcours sur le territoire

- Mettre en réseau des ressources sur un territoire donné

POINTS DE VIGILANCE

- Variation de la source d'information en fonction du handicap
- Homogénéité de l'information
- Le référent doit être différent en fonction des situations de la personne handicapée
- Veiller à un engagement de tous les acteurs concernés

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A – Information

- Pour un premier niveau d'information, disposer d'un relais par territoire (notamment circonscription et CLIC) pour capter la demande et la diriger vers la MDPH
- Former les relais locaux afin d'assurer l'homogénéité et la qualité de l'information
- Consolider la formation de l'équipe pluridisciplinaire

B – Organisation

Mise en place d'un référent :

- Désigner un référent-pivot en formalisant cette mission/fonction (disposer d'un document cadre définissant le profil)
- Ce rôle peut revenir aux SAMSAH et aux SAVS en lien étroit avec les autres partenaires
- Dans le cadre d'une prise en charge en structure, c'est le rôle de l'établissement d'accompagner la personne dans la mise en œuvre de son plan de compensation

Création de conventions types entre les différents acteurs :

Tous les intervenants doivent avoir connaissance du plan de compensation (notamment les SAD).

Pour ce faire, il peut paraître opportun de :

- s'appuyer sur le document individuel de prise en charge multipartite, signé par tous les services
- d'organiser les évaluations de la mise en œuvre du document individuel

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

2008 – 2010

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre de relais locaux identifiés
- Nombre de référents identifiés
- Connaissance des plans de compensation par les intervenants

Axe VI : Renforcement des coopérations et des coordinations

FICHE ACTION 17

STRUCTURER LES COLLABORATIONS ENTRE LES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

CONTEXTE

Garantir la mise en œuvre du projet de vie de la personne handicapée dans le respect d'une cohérence de prise en charge au fil du temps nécessite de développer et renforcer les actions menées par les intervenants des secteurs social, médico-social et sanitaire

PILOTE(S) DE L'ACTION

Conseil général, Etat (DDASS), MDPH

PARTENAIRES

Médecins, secteur psychiatrie
Etablissements et services
Familles

BÉNÉFICES ATTENDUS

- Permettre une meilleure cohérence de la prise en charge au fil du temps (prévenir les ruptures)
- Eviter les discordances entre les intervenants
- Mutualiser les moyens
- Faciliter les prises de relais

POINTS DE VIGILANCE

- Disposer d'une approche territoriale
- Définir un cadre juridique et financier des collaborations
- Organiser les liens entre les services/établissements et les services de délégués aux tutelles

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

A - Information

- Mettre en place des protocoles pour les hospitalisations et leurs sorties, ainsi que pour le Recours aux médecins de ville (établissements et services)
- Créer et diffuser les fiches de liaison – livrets de vie
- Informer les acteurs sociaux et médico-sociaux sur les capacités d'accueil (physiques et techniques) des centres hospitaliers

B - Développement

- Promouvoir les temps partagés (en levant les différents obstacles *a priori* : freins budgétaires, freins culturels)
- Instaurer une réflexion en amont sur les temps partagés
- Objectiver ce que les réunions de synthèse impliquent comme ressources en moyens humains et en temps

C - Organisation

Coordination de situations individuelles

- Permettre à l'équipe pluridisciplinaire de s'appuyer sur le sanitaire afin de faire des évaluations de situations
- Organiser la réunion de ces acteurs via le référent

GCSMS ou conventions sanitaires ou sociales

Ces nouvelles structures doivent permettre de :

- embaucher de personnels rares
- mettre à disposition d'infirmières psychiatriques
- servir de support de formation
- mettre en place une convention cadre entre les acteurs du médico-social et le CHS

Accessibilité aux soins

- Mener des actions de sensibilisation et d'information en direction des instances ordinales via la MDPH
- Développer des partenariats avec la CPAM pour informer sur les campagnes de dépistage
- Intégrer dans les conventions d'accueil des jeunes médecins un alinéa sur des publics spécifiques
- Inciter à la prise en compte du handicap dans les projets médicaux de territoires

Mieux accompagner la fin de vie

- Organiser le conventionnement entre les établissements et services pour personnes handicapées et des services spécialisés
- Développer les coopérations avec les EHPAD afin de former et soutenir le personnel
- Définir au sein du projet d'établissement le rôle de la famille dans l'accompagnement à la fin de vie

Développer des pôles de compétences interconnectés avec les centres de ressources

- Identifier des compétences par le réseau – lieux et personnes qualifiées et mise en œuvre de conventions
- Disposer d'une procédure de validation des compétences – élaboration d'un cahier des charges au niveau départemental
- Mettre en synergie les compétences repérées

POSITIONNEMENT DANS LE CALENDRIER

Périodicité du schéma

INDICATEURS DE SUIVI

- Nombre d'évaluation de situations individuelles
- Nombre de GCSMS créés
- Nombre de validation des acquis de l'expérience
- Création d'une fiche de liaison

Annexe

Glossaire

AAH :	Allocation adulte handicapé
ADAPEI :	Association départemental d'amis et de parents d'enfants de personnes handicapées
ADIMC :	Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux
ADPEP :	Association départementale des pupilles de l'enseignement public
ADGESTI :	Association d'aide à la personne handicapée
ADMR :	Association d'aide à domicile en milieu rural
AES :	Allocation d'éducation spéciale
AGEFIPH :	Association De Gestion Du Fonds Pour L'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AFAI :	Association Familiale d'aide aux inadaptés
AFM :	Association française contre les myopathies
AFTC :	Association de familles des traumatisés crâniens
ALF :	Allocation de logement familiale
ANAH :	Agence nationale de l'habitat
APEI :	Association de Parents d'Enfants Inadaptés
APAJH :	Association pour adultes et jeunes handicapés
ALS :	Allocation de logement à caractère social
APL :	Aide personnalisée au logement
AVS :	Auxiliaire de vie sociale
CDAPH :	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHS :	Centre hospitalier spécialisé
CMPP :	Centres Médico-Psycho-Pédagogiques
CICAT :	Centres d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques
CPAM :	Caisse primaire d'assurances maladie
CREAI :	centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
CLIC :	Comité locaux d'information et de coordination
DEAVS :	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DRASS :	Direction régionale des affaires sociales et sanitaires
EHPAD :	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EA :	Entreprise adaptée
ESAT :	Etablissement et service d'aide par le travail
FAM :	Foyer d'accueil médicalisé
FH :	Foyer d'hébergement
FO :	Foyer occupationnel
GCSMS :	Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GDP :	Groupe départemental Polyhandicap
GEM :	Groupements d'entraide mutualisé
IME :	Institut médico-éducatif
IMPRO :	Institut médico-professionnel
MAPAD :	Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes
MAS :	Maison d'accueil spécialisé
MDPH :	Maison départementale des personnes handicapées
PCH :	Prestation de compensation du handicap
PDITH :	Programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés
PUV :	Petites unités de vie
SAAJ :	Section d'Accueil d'Activités de Jour
SAD :	Services à domicile
SA-ESAT :	Section annexe d'ESAT
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico Social pour personnes Adultes Handicapées
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAS :	Service d'accueil spécialisé
SESSAD :	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SSIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
UDAF :	Union départementale des Accueillantes familiaux et des Accueillis