

CONSEIL GÉNÉRAL DE SEINE ET MARNE

PROJET DE  
SCHEMA DEPARTEMENTAL  
D' ACTIONS POUR LES  
PERSONNES HANDICAPEES

2009-2014



## *Le schéma départemental d'actions pour les personnes handicapées 2009-2014*

Issu d'une forte dynamique de réflexion collective, ce nouveau schéma repose sur une prise de conscience généralisée de l'absolue nécessité de donner aux personnes handicapées la garantie de choisir leur projet de vie et de répondre à leurs attentes.

Prenant en compte à la fois les enfants et les personnes adultes handicapées, il détermine les axes forts de la politique à mener dans le Département pour les cinq années à venir.

Il s'appuie largement sur l'esprit et les termes de la loi du 11 février 2005 qui a posé les bases d'un véritable changement de regard de la société sur le handicap. Dès lors, le handicap est considéré comme le résultat d'une interaction entre les déficiences de la personne, (tous types de handicaps confondus) et l'incapacité de l'environnement à s'y adapter, susceptible d'entraîner pour cette personne une limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société.

Cette nouvelle logique s'inscrit dans tous les domaines de la vie quotidienne et trace des objectifs ambitieux qui engagent tous les acteurs de la vie civile, les services de l'Etat, les collectivités territoriales, les partenaires associatifs, les organismes de sécurité sociale, l'ensemble des citoyens.

Plusieurs grands défis en découlent qui doivent être collectivement relevés :

- l'évolution des mentalités par rapport à la perception du handicap
- la non discrimination vis à vis de l'éducation, de l'emploi, et l'implication dans la vie sociale et citoyenne
- l'accessibilité en matière de logement, de lieux publics et de loisirs pour toutes les personnes en situation de handicap

Ce schéma a donc la volonté de constituer les bases d'un nouveau et différent projet départemental de société en prenant appui sur les dispositifs et actions existants, en les développant, en apportant de l'innovation et de la souplesse, en introduisant des démarches qualité, de façon à permettre à chaque personne handicapée de déterminer au mieux son parcours personnel et de le mener dans les meilleures conditions possibles.

Le Président du Conseil général

le Préfet de Seine-et-Marne

de Seine-et-Marne

l'Inspecteur d'Académie,

## *Introduction générale*

Depuis la fin des travaux qui ont conduit à l'adoption du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, est intervenue la loi du 11 février 2005 qui a profondément modifié l'approche du handicap dans la société française.

Reconnaissant le droit à une citoyenneté pleine et entière des personnes handicapées, cette loi a institué le droit à compensation des personnes handicapées et posé le principe de l'obligation de tous les secteurs de la société de créer les conditions nécessaires à l'exercice de ce droit. Ainsi le projet de vie exprimé par les personnes handicapées constitue-t-il une sorte de lettre de mission devant mobiliser tous les acteurs, en particulier publics, pour en permettre la réalisation.

Les associations représentant les personnes handicapées sont directement associées à la gouvernance des nouveaux dispositifs, au centre desquels on citera bien entendu la Maison départementale des personnes handicapées, pierre angulaire de la nouvelle loi, selon l'expression de Patrick Gohet, Délégué interministériel aux personnes handicapées.

Cette loi fondatrice a eu pour conséquence d'ouvrir largement le champ qui était jusque là l'objet des travaux de bilan et de prospective pour la politique départementale dans le domaine du handicap. En effet, depuis les lois de décentralisation, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées se traduisait principalement en un schéma d'équipement exposant des besoins en termes de nature et de nombre de places dans les établissements et services du département. Il résultait de l'analyse réalisée conjointement par les acteurs historiques que sont la DDASS, la DDTEFP et la Direction de Personnes âgées et Adultes handicapés du Conseil général. Désormais, parce que le champ d'analyse s'est élargi à toutes les questions auxquelles peut être confrontée une personne handicapée tout au long de son parcours de vie (accessibilité, scolarité, insertion et formation professionnelles, modalités de maintien à domicile ou vie en établissement), la préparation des orientations inclut de nouveaux acteurs institutionnels et associatifs, comme les services de l'Inspection académique, de la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et de nombreux autres services qui portent également des dispositifs issus de la loi du 11 février 2005.

Ainsi, on ne doit pas oublier que d'autres politiques complémentaires ne sont pas directement traitées dans ce schéma bien qu'elles aient cependant fait l'objet de décisions politiques fortes de la part du Conseil général. Elles sont reprises dans le cadre d'un plan d'actions interne dont il sera question en fin du présent document. Il en est ainsi des questions relatives au transport à la demande avec la création de PAM77 conjointement avec le STIF (syndicat des transports d'Ile de France), sujet particulièrement sensible pour le département de Seine-et-Marne qui

représente à lui seul 49% de la superficie de la région Ile-de-France, de l'accès aux loisirs qui a également fait l'objet d'une attention particulière dans le schéma départemental du tourisme (plusieurs musées sont totalement accessibles aux personnes handicapées).

Egalement soucieux de faciliter l'accès à l'emploi dans les services du département et de faciliter la vie professionnelle des collaborateurs en situation de handicap, le Conseil général a adopté une « charte du handicap » qui concrétise son engagement dans un objectif d'insertion qualitativement satisfaisant.

Il est juste d'affirmer que la période 2005-2009 a été porteuse de nombreux changements. De nouvelles compétences ont été transférées au Conseil général, de nouveaux dispositifs ont émergé, de nouvelles problématiques sont apparues lesquels ont, bien entendu, traversé les débats qui ont été organisés autour de la préparation du schéma 2010-2013, sujets sur lesquels il convient de s'arrêter pour en mesurer les enjeux avant de définir les projets pour l'avenir.

### **La création de la Maison départementale des personnes handicapées**

La création de la MDPH est la traduction la plus emblématique de la loi du 11 février 2005. Sa convention constitutive a été signée le 29 décembre 2005 par ses 6 membres fondateurs que sont le Président du Conseil général, Président du groupement d'intérêt public, le Préfet, le Recteur de l'académie de Créteil, le Président de la CPAM, le Président de la Mutualité Française, et le Directeur de la Caisse d'allocations familiales.

Chargée principalement des missions d'accueil, de conseil et d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, elle prépare les plans personnalisés de compensation qu'elle soumet pour avis aux demandeurs et pour décision à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Elle assure le suivi des décisions et met en œuvre, si cela se révèle nécessaire, une médiation avec les usagers.

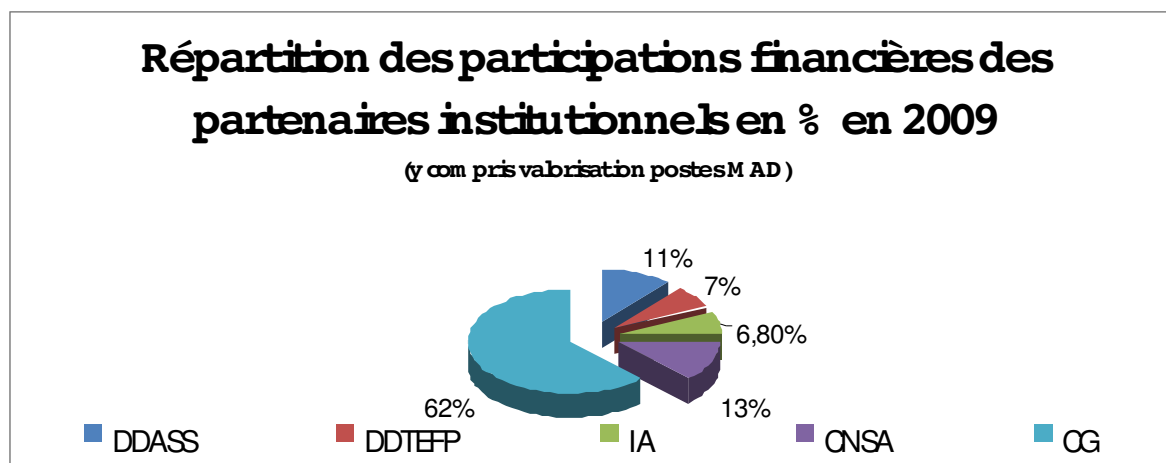
Les principales difficultés rencontrées par la MDPH autour de sa création et son déploiement, peuvent être synthétisées de la façon suivante :

- la reprise de l'activité de la COTOREP et de la CDES,
- la difficulté à estimer sa charge réelle de travail en raison du caractère innovant de certaines dispositions de la loi de 2005, mais aussi de la modification constante du périmètre de ses missions,
- l'incertitude permanente des moyens réels dont elle peut disposer en raison de l'instabilité des ressources devant être mises à disposition par les services de l'Etat,
- la complexité à construire une nouvelle identité professionnelle commune à partir de cultures différentes, mais aussi avec l'arrivée de nombreux collaborateurs nouveaux.

- Une croissance constante de l'activité (+ 10% de dossiers supplémentaires par an, avec une nouvelle accélération très notable sur le début de 2009)

Ces éléments conjugués à des processus de modernisation de sa gestion, ont conduit à une croissance des moyens mobilisés pour lui permettre d'assurer sa mission et donc des financements. En 2009, la répartition des moyens humains et financiers assurés par ses différents financeurs est la suivante :

	Montant de la participation financière	Valorisation personnel MAD	TOTAL	FDC
DDASS	263 370,03	429 448,77	692 818,80	
DDTEFP	239 686,00	214 145,65	453 831,65	
IA	29 900,00		425 377,40	
CNSA	786 000,00		786 000,00	
CG	3 900 000,00			
CPAM				135 211,78



Les associations de personnes handicapées, les représentants des associations gestionnaires d'établissements et de service, et les représentants de l'Etat et du Conseil général, ont fait preuve d'un réel engagement pour l'animation tant de la commission exécutive que de la CDAPH. C'est un point fort qui mérite d'être souligné.

Aujourd'hui, après avoir stabilisé son organisation interne et développé de nombreux partenariats, la MDPH poursuit son objectif d'amélioration de ses délais de traitement. On notera que la MDPH de Seine-et-Marne, a adopté un mode d'organisation original, basé sur des pôles de traitement par dominante de contenu de dossiers, conforme à l'esprit de la loi de 2005 : une personne, un dossier, un traitement global des demandes.

Avec la prochaine loi relative au 5<sup>e</sup> risque, la MDPH va être confrontée à de nouveaux enjeux porteurs d'enjeux économiques et organisationnels :

- Economiques car, même en l'absence de la réalisation de la convergence prévue dans la loi du 11 février 2005 entre l'APA et la PCH, l'élargissement potentiel du champ de l'APA pourrait entraîner l'alourdissement des coûts,
- Organisationnels car la MDPH va évoluer vers une Maison de l'Autonomie dans des conditions actuellement à l'étude.

Il est donc prioritaire que les conditions de son fonctionnement et de ses financements soient stabilisées en préalable à ces changements, qui seront peut-être accompagnés par un changement de statut juridique.

### **La scolarité des enfants handicapés**

L'une des avancées essentielles dans ce domaine est la reconnaissance du statut d'élève au jeune handicapé. La loi du 11 février 2005 a institué le droit opposable à la scolarisation, la règle de droit commun étant celle de la scolarité dans l'établissement scolaire de référence de l'enfant.

La loi ayant également prévu que soit élaboré pour ces élèves handicapés, un Plan personnalisé de scolarisation (PPS), la mise en œuvre des dispositions de la loi a fortement impacté tant le Conseil général (principalement la MDPH) que l'Inspection académique.

L'enjeu est en effet d'assurer la scolarisation d'environ 3000 enfants chaque année dans une articulation adaptée aux contraintes respectives des enfants, des équipes de suivi de la scolarisation, des enseignants référents, de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, des services centraux de l'Inspection académique (notamment de la Mission ASH qui gère les auxiliaires de vie scolaire) et les services chargés de l'organisation des transports. Chaque année, c'est un réel challenge de pouvoir chaîner les différents acteurs dans un délai compatible avec l'obligation de résultat pour la date de la rentrée scolaire.



Un travail de concertation permanente entre l'Inspection académique et la MDPH a permis de mettre en œuvre la scolarité des élèves handicapés dans des conditions d'amélioration constante. Les questions essentielles aujourd'hui portent sur la notion de parcours de scolarisation, et sur la façon de soutenir les enseignants dans leur travail d'intégration des enfants handicapés.

L'évaluation des moyens à consacrer à cette politique reste d'actualité tant en volume qu'en qualité (formation des auxiliaires de vie scolaire). On constate aujourd'hui qu'un nombre important d'enfants handicapés restent scolarisés à temps partiel contre leur gré en raison de la difficulté du système scolaire à les intégrer totalement. Quelles sont donc les conditions à remplir pour qu'une intégration conforme au vœu des familles soit totalement mise en œuvre ?

Un autre sujet fait l'objet d'une attention particulière : le soutien aux projets de formation post Bac pour les élèves handicapés qui souhaitent poursuivre leurs études. Peu d'élèves handicapés en effet réalisent leur projet (moins de 200 pour toute la Seine-et-Marne). L'éloignement des universités et les difficultés de logement adaptées en sont l'une des causes. Sujet porté conjointement par les missions handicap des universités avec lesquelles des travaux sont en cours, la direction générale adjointe à l'Education et la MDPH.

De la même façon, la politique de scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire, chaque fois que c'est possible, interroge les moyens des services d'accompagnement, comme les SESSAD dont le développement est particulièrement important sur le département. L'impact sur le schéma d'organisation médico-sociale est direct.

De façon liée, la question de l'accessibilité de tous les établissements scolaires se trouve renforcée puisque tous se trouvent potentiellement concernés par l'accueil d'un élève handicapé, quelle que soit la nature de son handicap.

### **L'insertion et la formation professionnelles**

Ces sujets qui relevaient jusqu'à la loi du 11 février 2005 de la compétence exclusive de l'Etat (COTOREP et service public de l'Emploi) intègrent de plus en plus fortement le domaine de compétence du Conseil général.

La COTOREP ayant été intégrée dans la MDPH, l'évaluation des capacités d'insertion professionnelle des personnes handicapées relève désormais de sa compétence. L'une des orientations fortes de la loi du 11 février 2005 vise à encourager l'insertion des travailleurs handicapés dans les entreprises de droit commun. Les aides apportées par l'AGEFIPH pour l'aménagement des postes de travail constituent un outil d'accompagnement nécessaire.

La pression sur les entreprises à l'approche d'un renforcement annoncé des pénalités qui seront appliquées à celles qui ne respectent pas le quota de 6%, commence à produire ses effets. Ainsi,

la pression sur les entreprises dites à quota 0 (n'employant aucun travailleur handicapé), et l'obligation pour le secteur public de respecter l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés fait-elle partie de l'arsenal des mesures incitatives. Il subsiste toutefois un fort besoin d'accompagnement des entreprises sur la compréhension de ce que sont les travailleurs handicapés. Celles-ci restent souvent sur une représentation du travailleur handicapé, handicapé moteur alors que plus de 40% d'entre eux sont des personnes atteintes de handicap psychique.

Le développement du nombre de places en ESAT pour les travailleurs handicapés ne pouvant pas être orientés en milieu ordinaire a également constitué une réponse concrète à la volonté de favoriser l'emploi des travailleurs handicapés, comme le traduit le bilan qui a été fait sur l'évolution du nombre de place au cours du schéma qui vient d'arriver à échéance.

Sur le plan du traitement des demandes formulées par les demandeurs, on notera que l'activité d'évaluation des besoins des travailleurs handicapés (reconnaissance de ce statut, évaluation de leurs capacités, détermination de leur orientation professionnelle et autres demandes associées) représente 30% de l'activité de la MDPH. La difficulté essentielle pour la période écoulée a résidé dans la charge de travail liée au traitement des dossiers transférés de l'ex-COTOREP et dans la mise en place des moyens d'évaluation requis pour répondre à l'attente des personnes handicapées.

L'enjeu opérationnel principal pour la période à venir réside dans la nouvelle législation relative aux conditions d'attribution de l'allocation pour adultes handicapés qui est intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 2009, laquelle fait obligation à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH d'évaluer les capacités de travail et d'orienter vers un type de secteur professionnel tout demandeur de cette prestation. Dès lors, la question est posée des conditions de la réalisation d'évaluations qualitativement satisfaisantes des capacités professionnelles de ces personnes et de les amener vers l'emploi dans un contexte économique peu favorable. Cette question complexe mobilise tant les services de l'Etat (le Service Public de l'Emploi), que ceux du Conseil général, que l'AGEFIPH et les organismes directement porteurs de ces problématiques comme le CAP EMPLOI.

### **L'évolution des établissements et des services**

La recherche de la bonne adéquation entre les besoins exprimés par les personnes handicapés ou leur entourage en termes d'établissements et de services doit pouvoir s'appuyer sur une observation fiable. C'est l'une des missions des MDPH qui n'a cependant pas encore pu trouver une concrétisation car les systèmes d'information qui leur ont été transmis ne leur permettent pas d'établir des statistiques de nature à organiser ce pilotage. Le changement est en cours mais il n'a pas encore permis de produire ses effets pour le présent schéma.

C'est pourquoi, les outils utilisés sont, d'une part, ceux qui ont servi de base au PRIAC et d'autre part, les statistiques fournies par les établissements et services.

La méthode qui a été retenue pour la conduite de l'élaboration de ce schéma a permis une approche qualitative des besoins, à partir des analyses et des besoins exprimés dans les groupes de travail.

Deux points sont apparus comme particulièrement sensibles : l'accroissement des besoins de solution de prise en charge des enfants ayant des troubles du comportement avec violence ; la nécessité de développer l'adaptation des établissements aux personnes handicapées vieillissantes. En corrélation avec ce dernier point, et avec la perspective de la convergence des évaluations des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, la question du développement des modes de prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer devra être connectée. C'est l'une des perspectives qui n'a pas pu être totalement concrétisée mais qui constitue un point de travail pendant ce nouveau schéma.

### **La citoyenneté**

Favoriser l'appartenance à la vie sociale et à une vie la plus épanouie possible pour toute personne handicapée en mobilisant toutes les solutions disponibles constitue bien entendu un objectif commun à tous les acteurs qui ont participé à l'élaboration de ce schéma. Celle-ci passe en priorité par la résolution des problèmes relatifs à l'accessibilité.

En raison des coûts très importants que représente cette mise en accessibilité généralisée, et des contraintes financières qui pèsent actuellement sur les institutions publiques, les échéances légales apparaissent très difficiles à respecter en matière de bâtiments, voirie et transports. Le processus est toutefois engagé.

En effet, la volonté partagée de tous les acteurs politiques, de niveau national et de tout niveau territorial, de mettre en œuvre les nouvelles obligations qui leur incombent, voire au-delà, est traduite par les nombreux chantiers ouverts dans de nombreux domaines.

C'est la raison pour laquelle tous les domaines de la vie sociale ont été abordés dans les groupes, lesquels ont amené 6 orientations qui concernent aussi bien le logement, que les loisirs ou les transports.

Pour la première fois, la préparation du schéma départemental a couvert l'intégralité des champs qui ont été ouverts par la loi du 11 février 2005. La méthode de concertation qui a été mobilisée pour la préparation de ce schéma a donc brassé cet ensemble pour conduire aux grandes orientations et actions qui sont maintenant présentées.



## PRÉSENTATION DE LA MÉTHODE

L'élaboration du schéma départemental des personnes handicapées 2009-2014 s'est donc inscrite dans un contexte :

- *d'évolutions législatives et réglementaires importantes* du fait de la parution de la loi du 11 février 2005 et de ses nombreux textes d'application,
- *de multiplication des différents acteurs publics et privés* appelés à intervenir dans le champ du handicap du fait de la dimension universelle de cette loi,
- *d'enjeux nouveaux liés à la diversification des réponses* à donner aux aspirations des personnes,
- *d'évolution de l'espérance de vie des personnes handicapées* rendant nécessaires le développement et/ou l'adaptation de structures et services nouveaux.

**L'élaboration de ce schéma a fait appel à une démarche méthodologique reposant moins sur une approche quantitative de créations de places et de structures nouvelles, sans pour autant nier les besoins qui subsistent encore, que sur une logique d'amélioration qualitative de l'existant et de prise en compte des besoins nouveaux.**

Ne pouvant disposer de données statistiques de référence pour les raisons évoquées ci-dessus, le mode de consultation utilisé par le Département en lien étroit avec l'Etat, 7 groupes de travail, 200 partenaires associés, permet de disposer d'une approche pragmatique d'évaluation des besoins qui se traduit par des projets d'actions réalistes et complètement transversaux entre différents domaines.

La méthodologie choisie ainsi que l'évolution du contexte départemental en 2009, les grandes orientations arrêtées qui se traduisent par des fiches actions, les modalités de suivi et d'évaluation constituent l'ossature de ce schéma départemental.

La richesse des débats qui ont eu lieu est relatée par les comptes rendus des réunions des groupes de travail qui se sont tenues pendant le dernier trimestre de l'année 2008 et le début de l'année 2009. Ces documents sont joints en annexes ainsi que les données du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2009-2014 qui constitue la référence en terme de créations, extensions, restructurations d'établissements et services. Christiane Cellière, chargée de mission à la DGAS a conduit et animé les groupes de travail et a proposé une synthèse de l'ensemble des travaux.

**Enfin, outre un document d'orientation pour les années à venir, ce schéma se veut être un document d'information facilement lisible et utilisable par tous les acteurs intervenant dans le champ du handicap qui seront amenés à le consulter.**

## *Sommaire*

### *1 - La méthodologie*

#### *1-1 Le processus de concertation*

Le conseil départemental consultatif des personnes handicapées

La réunion de lancement

Le comité de pilotage du schéma départemental

Les réunions des animateurs

Les 7 groupes de travail

#### *1-2 La synthèse des travaux*

l'avis des animateurs

l'avis du comité de pilotage

#### *1-3 La validation des orientations et des actions*

l'avis du bureau du Conseil général

l'avis du comité de pilotage

l'avis du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

l'adoption du schéma par l'Assemblée départementale

### *2- L'évolution du contexte départemental, régional et national*

#### *2-1 données statistiques*

Le contexte démographique

Les statistiques relatives à la population handicapée

Répartition des populations adultes hébergées au 31 décembre 2008

#### *2-2 le bilan du précédent schéma départemental 2004-2008*

Bilan des établissements et services médico-sociaux en Ile de France en fin d'année 2008

Les créations de places en Seine-et-Marne

Les données par maisons départementales des solidarités

Les principales orientations du précédent schéma départemental et les suites données

#### *2-3 Le nouveau contexte juridique*

La mise en place de la loi du 11 février 2005, l'état d'avancement des principales mesures en vue de l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées

Les évolutions juridiques à venir : 5<sup>ème</sup> risque, création des Agences Régionales de la Santé,

### *3 - Les grandes orientations du schéma départemental 2009 - 2014 et les actions envisagées*

Orientation n°1 - favoriser un repérage et une prise en charge précoces et accompagner les familles

Orientation n°2 – organiser le parcours de scolarité et de formation initiale

Orientation n°3 – faciliter l’expression et la réalisation des parcours de vie

Orientation n°4 – développer une approche citoyenne du handicap

Orientation n°5 – garantir la bientraitance et le respect des droits des usagers

Orientation n°6 -élaborer et produire des décisions concertées adaptées aux besoins des personnes

### *4 - Le lien avec le plan d’actions handicap interne au Conseil général*

### *5 - Les modalités de suivi et d’évaluation*

5-1 le conseil départemental consultatif des personnes handicapées

5-2 le comité de pilotage

### *Annexes :*

Les membres du comité de pilotage

Les animateurs et co-animateurs des groupes de travail

Les participants aux groupes de travail

Les comptes-rendus des réunions

Les cartes des équipements et services

Les besoins recensés de places en établissements et services dans le Département

Le glossaire



# **1 - La méthodologie**

## *1.1 Le processus de concertation*

### *la phase de lancement du nouveau schéma*

#### **Le conseil départemental consultatif des personnes handicapées**

a été réuni le 11 Juillet 2008 à l'invitation du Préfet et du Président du Conseil général qui en assurent la présidence conjointe. Y ont été associés les membres désignés par arrêté préfectoral, représentant les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales, les associations de personnes handicapées et de leurs familles, les personnels en activités au sein des principales professions, des personnes qualifiées.

Cette réunion importante a permis d'arrêter la méthodologie de travail d'élaboration du schéma et de faire un bilan de la réalisation d'un certain nombre d'objectifs prioritaires posés par la loi du 11 février 2005.

#### **Le comité de pilotage du schéma départemental**

s'est réuni le 26 septembre 2008 associant des élus du Département et des représentants de l'Etat ainsi que des organismes de Sécurité Sociale. Il a validé les détails de la démarche d'élaboration et notamment la constitution de 7 groupes de travail et arrêté la liste des animateurs et co-animateurs de ces groupes ainsi que le calendrier des réunions.

#### **La réunion de lancement de l'élaboration du nouveau schéma**

a eu lieu le 2 octobre 2008 au Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Coubert. Elle a constitué un temps fort de la démarche. Présidée par Monsieur Vincent Eblé, Président du Conseil général et animée par Monsieur Gérard Bernheim, Premier Vice Président chargé des Solidarités, en présence des représentants des services de l'Etat et du Département et de plus de 200 partenaires du monde du handicap, cette réunion a permis de faire un point de la situation au 1<sup>er</sup> septembre 2008 des prestations, dispositifs et équipements départementaux destinés aux personnes handicapées et de présenter l'ensemble du processus d'élaboration du schéma.

#### **La réunion des animateurs**

qui a suivi a eu lieu le 9 octobre 2008. Elle avait pour objectif de faire mutuellement connaissance car les 17 animateurs désignés provenaient d'institutions et de domaines d'intervention très différents (santé, handicap, insertion, Education Nationale, Sports et Jeunesse, construction et cadre de vie, transports, emploi et formation professionnelle, culture, tourisme...) . Ils ont ainsi pu échanger sur les principes d'animation et sur les thèmes des groupes de travail.

### *La phase d'élaboration du nouveau schéma*

**Les 7 groupes de travail** se sont réunis du 13 octobre 2008 au 9 janvier 2009.  
Leur thème était les suivants :

#### **1 - bilan du schéma 2004-2008 et perspectives**

Animateurs : Pascal Boirin, DGAS, Marie France Cadot, DDASS

Objectifs : mesurer la réalisation des orientations du précédent schéma départemental et les besoins restant à satisfaire

#### **2 - diagnostic et accès aux soins enfants et adultes**

Animateurs : Adeline Leberche, DDASS, Sophie Francezon, DGAS

Objectifs : optimiser les modes de fonctionnement et la coordination entre le secteur sanitaire, le secteur social et médico-social

#### **3 – parcours de scolarité et de formation initiale**

Animateurs : Guillaume Quercy, MDPH, Didier Tourneroché, Inspection Académique

Objectifs : apporter les meilleures réponses aux souhaits des familles et aux besoins des enfants en matière de modes de garde et de scolarité

#### **4 – Accès à la cité et à la vie sociale**

Objectifs : favoriser l'autonomie des personnes handicapées dans tous les actes de la vie quotidienne

#### **Sous-groupe A : bâtiments, espaces publics et transports :**

Animateurs : Françoise le Bray, DDE et Malik Boutora, DGAA

#### **Sous - groupe B : emploi et logement :**

Animateurs : Viviane Massacrier, DGAS, Annie Sirvent DDTEFP

**Sous – groupe C** : accès à la vie sociale

Animateurs : Dominique Delavesne, DGAE, Laurent Delamare, DDJS

### **5 – maintien à domicile et accompagnement**

Animateurs : Françoise Raymond, DGAS, Stéphanne Reverre-Guepratte, DDASS

Objectifs : promouvoir l'autonomie des personnes handicapées dans leur projet de vie à domicile

### **6 – vie en établissements, services de suite**

Animateurs : Dominique Barillot, DGAS, Virginie Damion, DDASS

Objectifs : proposer aux personnes handicapées une offre diversifiée d'accueil de proximité et de qualité

### **7 – observatoire et nouveaux supports d'échange**

Animateurs : Michel Champeau, MDPH, Marie France Cadot, DDASS

Objectifs : poser les principes du partage de l'information entre acteurs départementaux pour créer une approche satisfaisante des réponses aux besoins des personnes handicapées.

Soit au total 40 réunions associant 200 personnes : institutions publiques (Etat, Département, communes et intercommunalités), établissements et services, associations d'usagers et de parents, syndicats.

Il convient de remercier tous les participants pour leur mobilisation, car les réunions étaient nombreuses et fréquentes, et pour l'expertise technique qu'ils ont su mettre à disposition des animateurs pour faire progresser les débats comme en témoignent les comptes rendus figurant en annexes au présent schéma.

*1-2 La synthèse des travaux a été opérée en deux temps :*

Les animateurs se sont réunis le 28 novembre 2008 pour effectuer une première synthèse des objectifs et des moyens dégagés par les groupes de travail.

Le comité de pilotage s'est ensuite saisi le 15 janvier 2009, sous la présidence de Monsieur Gérard Bernheim, d'une synthèse plus approfondie, accompagnée d'un tableau décrivant objectifs, moyens, actions, acteurs.

Ces propositions sont reprises pour l'essentiel dans le schéma.

*1-3 la validation des actions et des orientations*

Les différentes étapes ont été franchies successivement.

#### **Le Comité de pilotage**

s'est réuni à nouveau les 12 mars et 7 mai 2009 pour examiner le projet de schéma et lui apporter les amendements nécessaires.

#### **Le bureau du Conseil général**

a examiné le projet lors de ses séances du 9 mars et 18 mai 2009 et en a validé les orientations.

#### **Deux comités de lecture**

se sont tenus les 1<sup>er</sup> et 15 avril en présence des représentants services de l'Etat, de la Caisse d'Allocations Familiales et de la MDPH pour affiner le contenu du schéma, bilans et orientations.

#### **Le Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées**

s'est réuni le 15 juillet 2009 et il a donné un avis favorable à l'unanimité

#### **Le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale**

a donné un avis favorable à l'unanimité, le 18 septembre 2009

**L'Assemblée départementale a adopté le nouveau schéma départemental d'actions pour les personnes handicapées en sa séance du 18 décembre 2009**

## ***2 – 1' évolution du contexte départemental, régional et national***

## *2-1 données statistiques*

### **Le contexte démographique**

Les caractéristiques démographiques du Département de Seine-et-Marne sont les suivantes :

- une progression démographique demeurant dynamique grâce à l'excédent naturel des naissances, soit un mouvement supérieur à celui de l'ensemble de la Région et qui a tendance à se rapprocher de la moyenne nationale
- un taux de variation annuel des décès inférieur à celui de l'Ile de France mais supérieur à celui de la France métropolitaine
- largement compensé par une forte progression du taux des naissances
- une population jeune : deux fois plus de jeunes de la tranche d'âge 18-25 ans que de personnes âgées de plus de 75 ans
- un indice de vieillissement par conséquent très inférieur à celui de la région et de la France métropolitaine (dont le taux de variation annuelle des naissances est faible).

**Démographie comparative (Seine-et-Marne, Ile de France,  
France) 2000 - 2009**

<b>Données générales</b>	<b>Seine-et-Marne</b>	<b>Ile de France</b>	<b>France métropolitaine</b>
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2000	1 202 569	11 020 246	58 849 545
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2006	1 267 496	11 490 968	61 166 822
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2009	1 294 762	11 671 585	63 235 568
<b>Taux de variation annuel de population 2006-2000 en %</b>	<b>0,89%</b>	<b>0,71%</b>	<b>0,65%</b>
<b>Taux de variation annuel de population 2009-2000 en %</b>	<b>0,85%</b>	<b>0,65%</b>	<b>0,82%</b>
Naissances domiciliées en 2000	17 851	174 175	773 253
Naissances domiciliées en 2006	18 986	182 758	795 314
<b>Taux de Variation annuel de naissances 2006-2000 en %</b>	<b>1%</b>	<b>0,66%</b>	<b>0,33%</b>
<b>Taux de natalité pour 1000 habitants en 2006</b>	<b>15</b>	<b>NC</b>	<b>13</b>
Décès domiciliés en 2000	8 253	74 442	533 261
Décès domiciliés en 2006	7 898	69 072	514 644
<b>Taux de Variation annuel de décès 2006-2000 en %</b>	<b>0,71 %</b>	<b>1,20%</b>	<b>0,56%</b>
<b>Taux brut de mortalité pour 1000 habitants en 2006</b>	<b>6,2</b>	<b>NC</b>	<b>8,4</b>
<b>Indice de</b>	<b>37,6</b>	<b>48,2</b>	<b>66,3</b>

<b>vieillesse au 1<sup>er</sup> janvier 2006</b> (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)			
---	--	--	--

Source INSEE, DREES, STATISS

Les données 2007 par tranches d'âge propres à la Seine-et-Marne comparées aux données nationales permettent de vérifier la jeunesse de la population : 28,4% a moins de 20 ans contre 25% au niveau national,

- cette jeunesse se retrouve dans la part des 60 ans et plus, inférieure de 6 points au niveau national et dans celle des 75 ans et plus, inférieure de 3 points.
- l'espérance de vie est toutefois sensiblement la même pour les hommes, pour les femmes, elle est en Seine-et-Marne, inférieure de 1 point avec celle enregistrée au niveau national.

#### Eléments sur la structure démographique (Seine-et-Marne et France)

Nature des données	source	données	77	%77 sur population totale	France*	% France sur population totale
<b>Population au 1<sup>er</sup> janvier 2007</b>	INSEE	2007	1 285 500	1,9%	65 578 000	
<b>Moins de 20 ans</b>	INSEE	2007	366 331	28,4%	15 901 940	25%
<b>20-59 ans</b>	INSEE	2007	723 079	56,2%	34 164 647	53,7%
<b>60-74 ans</b>	INSEE	2007	127 471	9,9%	8 203 947	12,9%
<b>75 ans et plus</b>	INSEE	2007	68 619	5,3%	5 307 466	8,3%
<b>Part des 60 ans et plus en %</b>	INSEE	2007	15,3%	-	21,3%	-
<b>Part des 75 ans et plus en %</b>	INSEE	2007	5,3%	-	8,3%	-
<b>Espérance de vie à la naissance hommes</b>	INSEE	2005	76,9	-	76,8	-
<b>Espérance de vie à la naissance femmes</b>	INSEE	2005	82,7	-	83,7	-

- En dehors des indicateurs d'espérance de vie, de pensions d'invalidité et ceux issus de STATISS qui portent sur la France métropolitaine, les indicateurs nationaux concernent la France entière.

A l'horizon 2030, et selon un scénario moyen, la population seine et marnaise de plus de 60 ans représentera 22,7% de la population totale, soit 6 points de plus que la situation enregistrée en 2010, et sur la même période l'âge moyen sera passé de 36,2 ans à 39,1 ans.

Cette projection interroge bien évidemment les politiques publiques qui seront mises en place pour répondre aux problèmes liés à la perte d'autonomie et à la dépendance.

Sur la durée du schéma départemental, environ 50 000 nouvelles personnes vivront dans le Département dont environ 1600 auront plus de 80 ans et 4400 plus de 60 ans.

Projection de population à l'horizon 2030 – Seine-et-Marne – Scénario central

Année	Population au 1 <sup>er</sup> janvier (en milliers)	Structure par âge (en %)				Age moyen
		0-19ans	20-59ans	60-79ans	80 ans et plus	
2010	1 321 065	28,0	55,4	13,6	3,0	36,2
2015	1 384 183	27,4	54,0	15,2	3,4	37,0
2020	1 446 250	27,0	52,9	16,5	3,6	37,7
2025	1 506 140	26,4	52,1	17,6	3,9	38,4
2030	1 563 967	26,0	51,3	17,6	5,1	39,1



## Les statistiques sur les prestations attribuées

Ce tableau donne des indications sur l'importance des efforts financiers consentis par les pouvoirs publics, Etat, Assurance Maladie et Département, pour compenser la perte d'autonomie.

Ce sont les dépenses liées au versement de l'AAH et des pensions d'invalidité qui représentent les postes de dépenses les plus importants. Toutefois, certaines dépenses telles la Prestation de Compensation du Handicap, désormais ouverte aux adultes et aux enfants, risquent de connaître une période de montée en charge dans les années à venir alors que la contribution de la CNSA entame un mouvement de diminution de sa participation.

### Les prestations attribuées en 2006 ou 2007

Nature des données	source	données	77	France*
Nombre de bénéficiaires Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)	CNAF-MSA	2007	10 028	813 150
Dépenses AAH – Hors compléments	CNAF	2007	74 658 429 €	5 072 554 172
Nombre de bénéficiaires Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)	CNAF-MSA	2007	3 142	158 544
Dépenses AEEH – Hors compléments	CNAF	2007	5 440 577 €	234 806 593
Nombre de bénéficiaires Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) moins de 60 ans	DREES	2007	1 794	95 524
Nombre de bénéficiaires ACTP – 60 ans et plus	DREES	2007	285	20 248
Dépenses ACTP – moins 60 ans	DREES	2006	11 484 739 €	644 999 372
Dépenses ACTP – 60 ans et plus	DREES	2006	1 720 649 €	114 913 929
Nombre de bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	CNSA	2007	180 560 en 2008*	28 522
Dépenses PCH	CNSA	2007	3 121 733 €	276 924 047
Nombre de bénéficiaires de	CNAMTS	2007	11 475	657 283

<b>pensions d'invalidité</b>				
<b>Dépenses pensions d'invalidité</b>	<b>CNAMTS</b>	<b>2007</b>	<b>89 494 532 €</b>	<b>4 351 355 580</b>

En dehors des indicateurs d'espérance de vie, de pensions d'invalidité et ceux issus de STATISS qui portent sur la France métropolitaine, les indicateurs nationaux concernent la France entière.

## L'évolution des décisions d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap

Avant d'analyser l'année 2008, il convient de rectifier les chiffres de 2007. En effet, la MDPH avait repris dans son rapport d'activité les données proposées par la CNSA, lesquelles se sont révélées, après étude ultérieure plus approfondie, en deçà de la réalité de la véritable activité de cet exercice.

En effet, le nombre de dossiers de demandeurs auxquels la PCH a été accordée en 2007 est après contrôle, de 310 pour les adultes, et de 435 pour les enfants, soit un total de 745 personnes. Le volume budgétaire ainsi accordé par la CDAPH a été de 277 431,59 € pour les enfants, et de 2 491 632,67 € pour les adultes, soit au total 2 769 064€. Ce chiffre est indicatif car il ne correspond pas aux accords définitifs qui sont donnés par le Conseil général à réception des pièces justificatives. Il permet cependant de mesurer la montée en charge de la prestation. Parmi ces accords, certains correspondent à des dépenses récurrentes (aide humaine, surcoûts liés au transport, charges spécifiques), d'autres dépenses sont ponctuelles. Les premières auront une incidence en année pleine sur l'année suivante, les secondes ne pèseront plus sur l'année suivante. La MDPH travaille sur une notion d'engagement de dépenses et non pas de dépenses réelles. Les masses ainsi engagées peuvent néanmoins être utiles au pilotage du suivi des dépenses de PCH.

En 2008, la montée en charge de la prestation s'est poursuivie. 3414 personnes ont déposé une demande de PCH (soit 2893 adultes et 521 enfants<sup>1</sup>). Ainsi, 889 adultes et 272 enfants ont obtenu un accord de la CDAPH pour leurs demandes, soit au total 1161 personnes (taux d'accord de 54%). La progression du nombre de personnes ayant obtenu un accord est de +55,8 %. En 2008, les montants accordés par la CDAPH ont été au global de 4 768 328,84 € pour les adultes et de 289 003,56€ pour les enfants.

Le détail des prestations accordées par la MDPH en 2008 est le suivant :

### ADULTES

Nombre PCH décidées en 2008	2893
Dont accords	1554 (pour 889 bénéficiaires)
Aides humaines	652
• Montant moyen	815 €
Aides techniques	412
• Montant moyen	1210 €
Elément 3 :	258
Aménagement logement	116
Aménagement véhicule	75
• Montant moyen aides ponctuelles	2827€

<sup>1</sup>

Surcoûts liés au transport	67
Charges exceptionnelles	78
• Montant moyen	463€
Charges spécifiques	151
• Montant moyen	79€
Aides animalières	3
• Montant moyen	50€

## ENFANTS

Nombre PCH décidées en 2008	328
Dont accords	294

### Montant de la Prestation de Compensation du Handicap versée en 2008

Les crédits indiqués ci-dessous correspondent aux dépenses réalisées par le Département suite aux décisions de la CDAPH. Ils prennent en compte à la fois les décisions intervenues en 2008 et celles prises depuis 2006 ayant une incidence en 2008.

Nature des dépenses	Total annuel
Aide humaine	6 206 220
Aide technique	171 158
Aménagement logement	302 218
Aménagement véhicule	121 923
Surcoûts transports	151 889
Charges spécifiques et exceptionnelles	180 736
Aide animalière	600
<b>Total général</b>	<b>7 134 744</b>

### L'évolution des bénéficiaires de l'ACTP et de l'aide à l'hébergement

S'agissant des dépenses relatives à l'ACTP, elles connaissent un mouvement continu à la baisse depuis le début de l'année 2006 en raison de l'entrée en vigueur de la PCH. Ce mouvement se traduit en nombre de bénéficiaires (-21%) et en volume de dépenses (-11,5%).

	<b>2004</b>	<b>2006</b>	<b>% d'évolution 2006/2004</b>	<b>2008</b>	<b>% d'évolution 2008/2006</b>
Nbre de bénéficiaires de l'ACTP au 31/12	2 342	2 243	- 4,2 %	1 766	- 24,6 %
ACTP – accueil en établissements	1 391 062	1 499 844		1 330 938	
ACTP – maintien à domicile	10 760 747	11 729 791		10 379 345	
<b>TOTAL</b>	<b>12 151 809</b>	<b>13 229 635</b>	<b>+ 8,8 %</b>	<b>11 710 283</b>	<b>- 3,6 %</b>

L'évolution des crédits dédiés à la prise en charge des frais d'hébergement et de services d'accompagnement a progressé sensiblement. La couverture du territoire départemental en SAVS et SAMSAH était complète pour les adultes en situation de handicaps moteur et sensoriel. Les SAVS et SAMSAH en faveur des handicapés mentaux et psychiques couvrent 80 % du département.

#### EVOLUTION DES CREDITS AFFECTES A L'HERGEMENT AUX SAVS ET AUX SAMSAH

	<b>2004</b>	<b>2008</b>	<b>% d'évolution 2008/2004</b>
Nombre de bénéficiaires d'aide à l'hébergement et services de suite au 31/12	1 661	1 883	+ 13 %
Frais d'hébergement en établissements PH et services de suite	54 814 318	73 509 166	+ 34 %
SAVS et SAMSAH	68 000	6 502 684	-
Nombre de places installées	15	580	-
<b>TOTAL</b>	<b>54 814 318</b>	<b>80 011 850</b>	<b>+ 46 %</b>

#### **Bilan des établissements et services médico-sociaux**

[Les taux d'équipement pour enfants et adultes handicapés](#)

Par rapport aux moyennes nationales, le Département de Seine-et-Marne apparaît plutôt bien équipé en MAS, même si cette situation doit être nuancée par le fait qu'un pourcentage important de non seine et marnais est accueilli dans ces structures. Il est par contre moins favorisé pour d'autres types d'équipement et notamment les foyers de vie.

Cette situation a d'ailleurs conduit à héberger hors Seine-et-Marne des populations originaires de ce département.

L'alternative de la priorité mise sur le maintien à domicile par le département et le développement des SAMSAH et SAVS viennent compenser en partie ce retard. Dans le domaine de l'insertion professionnelle, l'accueil en milieu protégé reste à développer. Cependant, on peut constater que dans les ESAT, un certain nombre de places demeurent vacantes. La persistance de ce phénomène induit la nécessité de mener une réflexion sur la révision des projets de ces établissements par rapport aux activités proposées aux travailleurs handicapés et au tissu économique environnant.

S'agissant des établissements pour enfants, une approche qualitative doit être menée pour favoriser l'accueil d'enfants autistes dans les structures et pour mieux appréhender la prise en charge des enfants présentant des troubles du comportement.

TABLEAU COMPARATIF DES TAUX D'EQUIPEMENT  
(SEINE-et-MARNE et France) en 2008

Equipement	Mas	Foyer de vie	FAM	ESAT	Entreprise adaptée	Enfance handicapée
Seine-et-Marne	0,68	0,58	0,3	2,29	0,13	7,49
France*	0,58	1,25	0,4	3,19	0,56	8,9

Source = STATISS 2008 données au 1<sup>er</sup> janvier 2007

- En dehors des indicateurs d'espérance de vie, de pensions d'invalidité et ceux issus de STATISS qui portent sur la France métropolitaine, les indicateurs nationaux concernent la France entière.

**Taux d'occupation des structures du département par des non seine et marnais au 31 décembre 2008**

- foyers de vie : 36 %
- foyers d'hébergement : 37 %,
- FAM : 67 %
- accueil de jour : 90 %
- MAS : 45%

**Répartition des populations adultes handicapés originaires de Seine-et-Marne hébergées au 31 décembre 2008 dans des établissements (foyers de vie, foyers d'hébergement, FAM)**

en Seine-et-Marne : 1227

en Belgique : 117

en Ile de France : 150

sur le territoire national hors 77 et hors Ile de France : 267

soit un total de 1761 personnes

## Les équipements pour personnes adultes handicapées en Ile de France.

Dans un avenir proche, la situation des équipements médico-sociaux fera l'objet d'une approche régionale dans le cadre de la mise en place des agences régionales de santé.

Il est donc intéressant de positionner le Département de Seine-et-Marne par rapport aux départements voisins d'Ile de France, avec également une référence aux taux d'équipement nationaux.

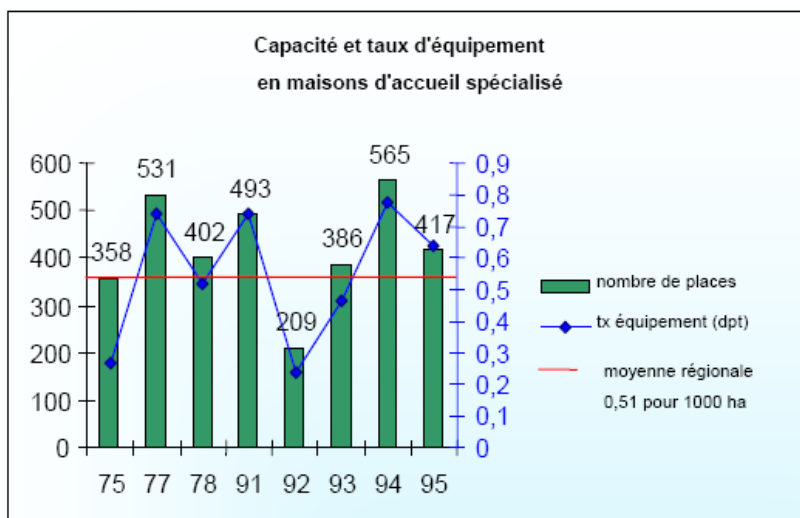
Cette approche régionale ne doit pas occulter le fait que le Département de Seine-et-Marne, du fait de sa superficie et du caractère rural de certains territoires a depuis longtemps servi de terre d'accueil pour l'implantation d'établissements. De ce fait, la population qui fréquente ces établissements est en grande partie originaire d'autres départements et cette réalité devra être prise en compte dans la répartition des moyens de l'Etat issue de la future organisation.

Chaque année, l'Ile de France finance de nouvelles places en faveur des personnes adultes handicapées (au rythme de 1500 places nouvelles en moyenne). Le secteur des adultes fait l'objet d'un soutien financier très appuyé, afin de libérer des places en structures enfance (notamment occupées par des personnes de plus de 20 ans en attente de places en structures adultes), et afin de faire face à l'enjeu du vieillissement des personnes. L'objectif est également de se rapprocher de la moyenne nationale, qui s'établit à 1,44 ‰ (places installées au 31/12/2007, source CNSA), contre 1,19 ‰ (places financées au 1/10/2008) au niveau régional. 157 millions d'euros de mesures nouvelles entre 2004 et 2008 ont permis de créer 4 207 places nouvelles sur cette période.

## Les Maisons d'Accueil Spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé (MAS, FAM)

Les maisons d'accueil spécialisées accueillent des personnes lourdement handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.





Source : DRASSIF  
Bilan 1.10.2008

le Val de Marne et la Seine-et-Marne sont les départements les mieux équipés.

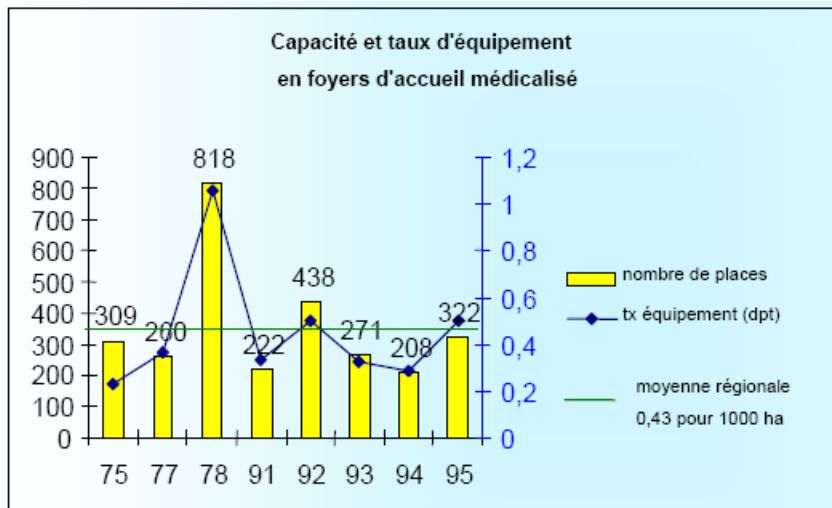
La région Ile-de-France compte 191 MAS pour une capacité totale de 3361 places.

L'ensemble des départements de la région, exceptés les Hauts-de-Seine, Paris et la Seine-St-Denis ont un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale (0,51‰).

Les Hauts-de-Seine est le département le moins bien équipé en MAS

**Au 31 décembre 2007, la moyenne nationale (capacités installées) des MAS s'élève à 0,57‰.**

**Les foyers d'accueil médicalisés** accueillent des personnes lourdement handicapées ayant besoin de l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi que d'une surveillance et de soins constants. Ils peuvent s'adresser soit à des personnes handicapées mentales, ou psychiques soit à des personnes handicapées moteurs et peuvent être spécialisés, ou non, dans certains types de handicap

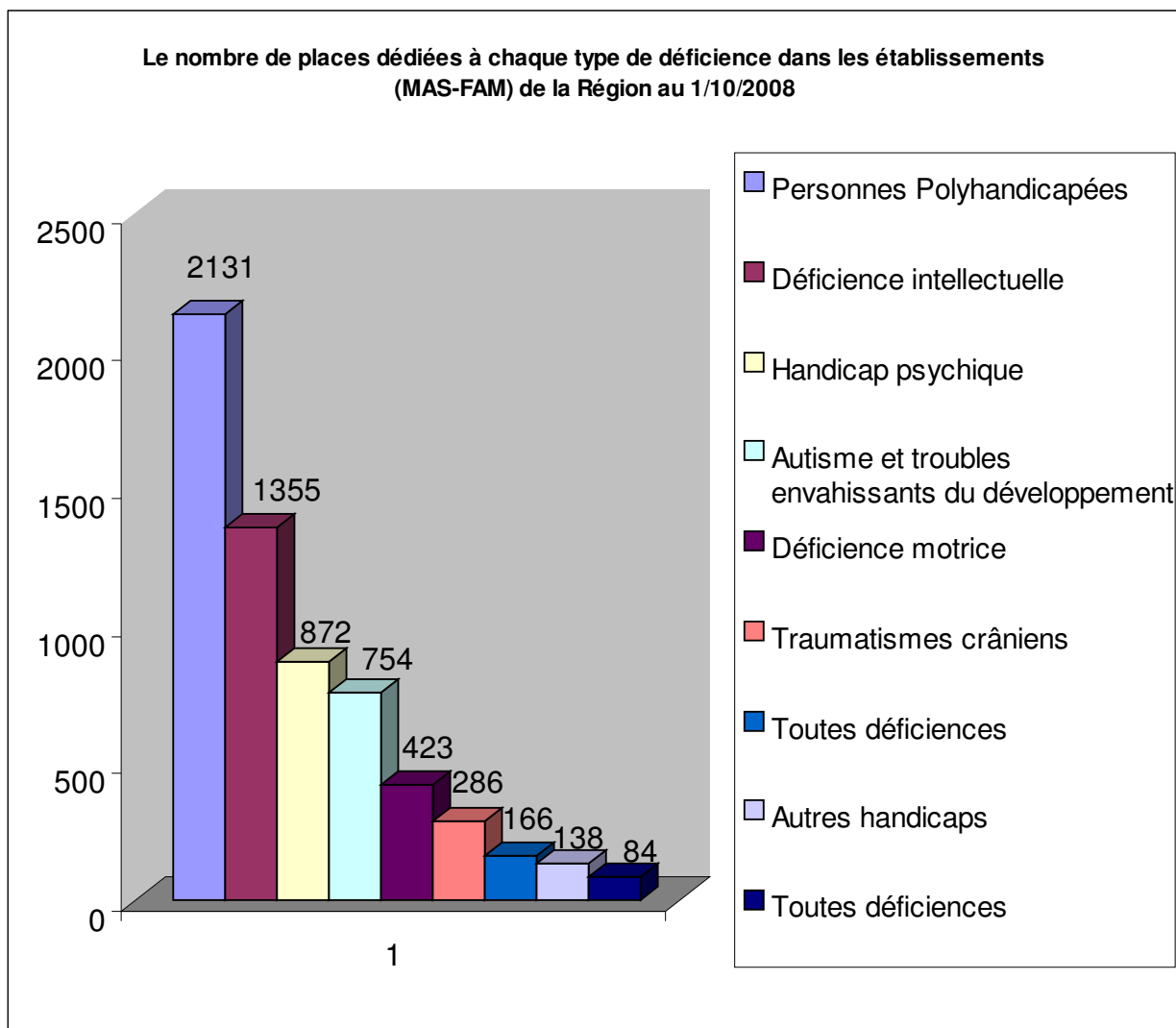


Source : DRASSIF Bilan1/10/2008

La région Ile-de-France compte 97 FAM pour une capacité totale de 2848 places.

A signaler le taux d'équipement en FAM des Yvelines (1.05‰) largement supérieur à la moyenne régionale (0.43‰) avec 818 places. A l'inverse, **la Seine-et-Marne fait partie des départements qui affichent des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale.**

Au 31 décembre 2007, la moyenne nationale (capacités installées) des FAM s'élève à 0.41‰.



L'agrément des structures vise en priorité l'accompagnement des personnes polyhandicapées (avec 2131 places au total, soit 34%).

Vient ensuite l'accompagnement des personnes présentant les déficiences suivantes :

- la déficience intellectuelle avec 1355 places
- le handicap psychique avec 872 places
- l'autisme et les troubles envahissants du développement avec 754 places
- la déficience motrice avec 423 places
- les traumatismes crâniens avec 286 places
- l'ensemble des déficiences, dans des structures moins spécifiques avec 166 places
- les autres handicaps (épilepsie, sclérose en plaques, conséquences VIH notamment) avec 138 places
- les déficiences sensorielles avec 84 places

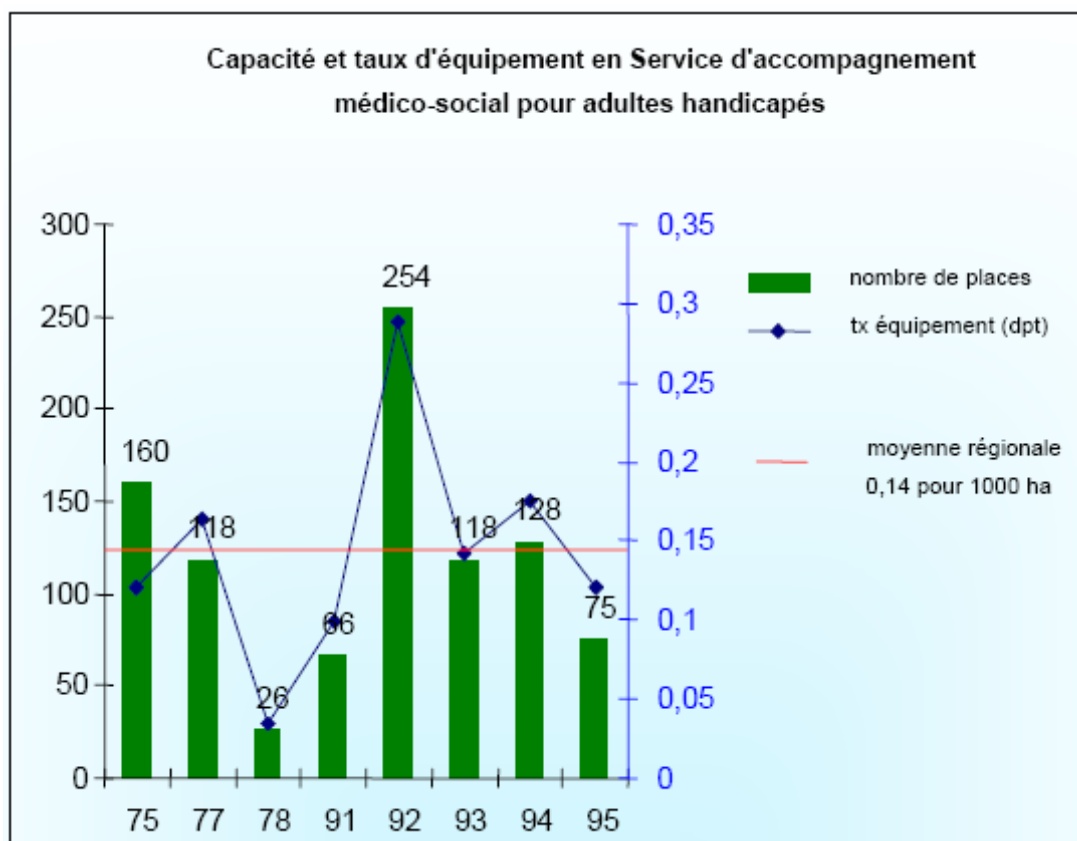
Certains départements peuvent afficher des capacités supérieures aux autres pour certains types de déficiences.

Par exemple, l'accueil des personnes présentant une déficience intellectuelle est très développé dans les Yvelines (431 places sur 1355 places en région). L'accueil des personnes autistes est particulièrement soutenu dans le Val de Marne (105 places sur 754 places régionales). Est privilégié en Seine-et-Marne l'accueil des personnes **présentant une déficience motrice (137 places sur 423 places au niveau régional)**, dans les Yvelines un polyhandicap (486 places sur 2131 places), dans le Val de Marne et l'Essonne, un handicap psychique (147 et 136 places sur 872 places), dans les Hauts de Seine, un traumatisme crânien (112 places sur 286 places).

## Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes handicapées

### Les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées

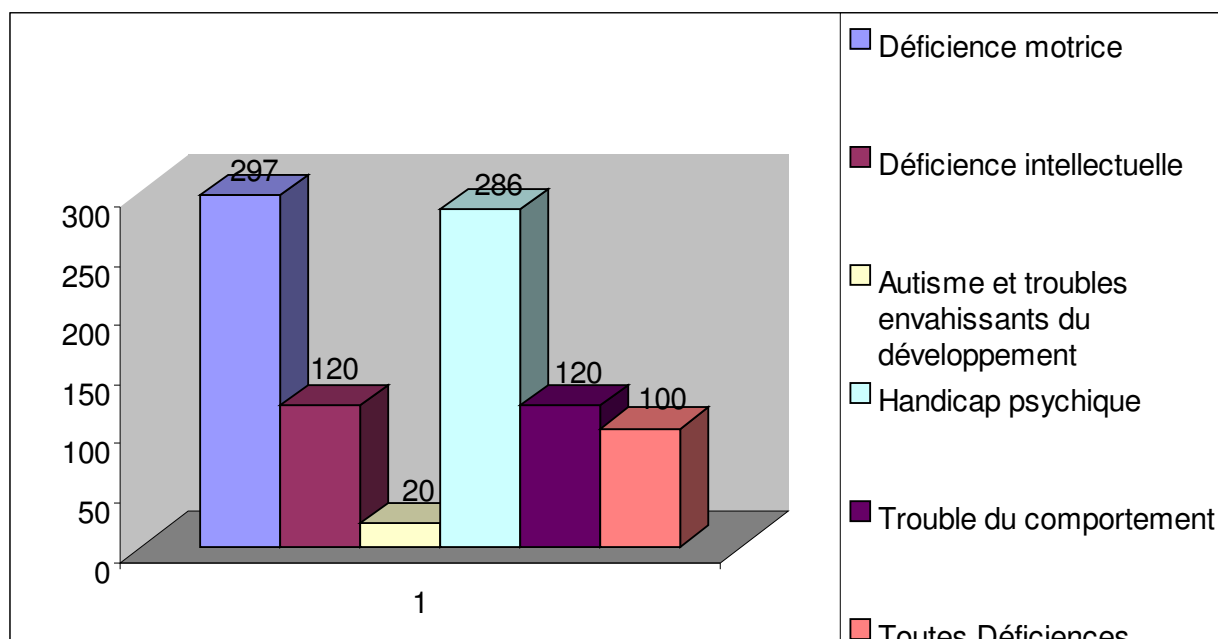
Services non directement rattachés à un établissement médico-social qui, par l'action d'une équipe de professionnels pluridisciplinaires, assurent un accompagnement dans l'ensemble des aspects de la vie quotidienne, sociale et professionnelle des personnes handicapées en leur assurant des prestations et un suivi adapté en matière de soins, financés par un forfait de l'assurance maladie. Ces services peuvent s'adresser à des personnes handicapées mentales, psychiques, sensorielles ou motrices.



La région Ile-de-France compte 37 SAMSAH autorisés pour une capacité totale de 945 places.

Ce dispositif récent, instauré par la loi de 2005, est en phase de montée en charge importante. L'Ile-de-France est au niveau de la moyenne nationale, mais on observe des disparités départementales pouvant aller du simple au double. Les Yvelines est le département le moins bien équipé (0.03‰) et les Hauts-de-Seine, le département le mieux équipé (0.29‰) par rapport à la moyenne régionale. **La Seine-et-Marne est proche de cette moyenne.**

### Nombre de places dédiées à chaque type de déficience dans les SAMSAH de la région



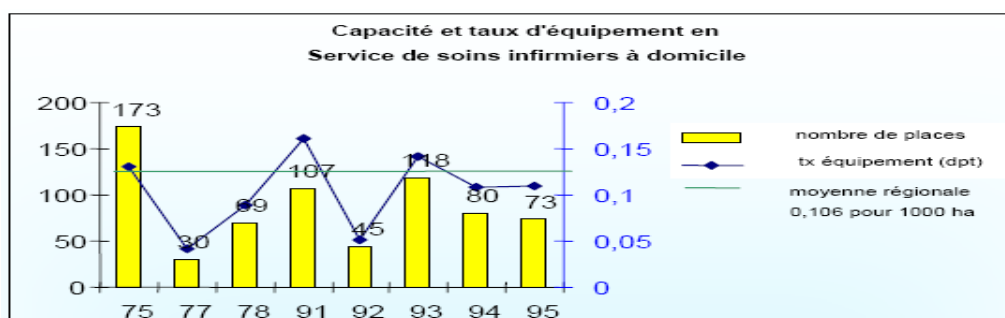
Source : DRASSIF bilan au 1/10/2008

80% de l'ensemble des places en SAMSAH est destiné à la prise en charge des déficiences suivantes :

- déficience motrice 297 places
- handicap psychique 286 places
- traumatisés crâniens 120 places

### Les services de soins infirmiers à domicile :

Ils représentent une alternative à l'hospitalisation ou à l'hébergement en institution. Leur objectif est de maintenir le plus longtemps possible les personnes handicapées dans leur environnement familial et personnel. Des soins techniques infirmiers et des soins d'hygiène générale sont proposés à domicile.



La région Ile-de-France compte 94 SSIAD pour une capacité totale de 695 places. Les SSIAD ont une vocation généraliste et ne sont pas spécialisés par déficiences.

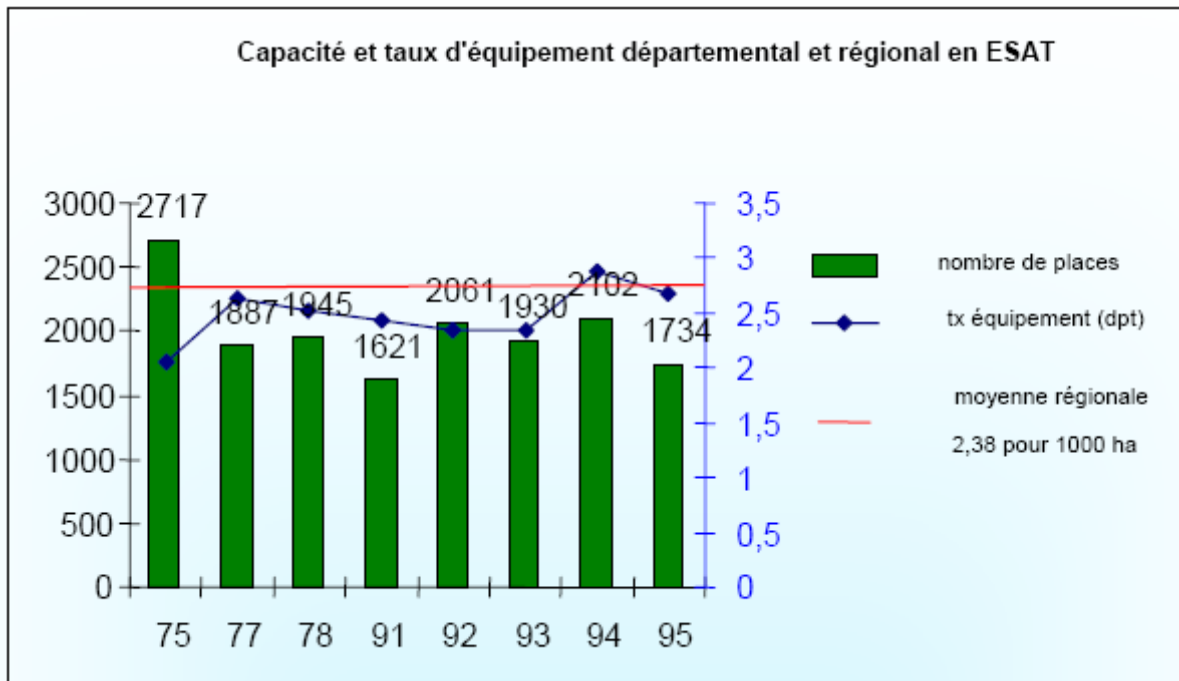
Le taux régional se situe dans la moyenne nationale, mais on constate des disparités infra-régionales.

**La Seine-et-Marne enregistre un retard important par rapport aux autres départements d'Ile de France.**

## Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT)

### Les établissements et services d'aide par le travail :

Ils permettent à des adultes handicapés ayant des capacités de travail limitées d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à leur handicap, en leur proposant des conditions de travail aménagées et la possibilité d'insertion en entreprise adaptée ou en milieu ordinaire.



Source : DRASSIF : bilan au 1/10/2008

La région compte 15 997 places d'ESAT financées au 01/10/2008 contre 13 608 fin 2003.

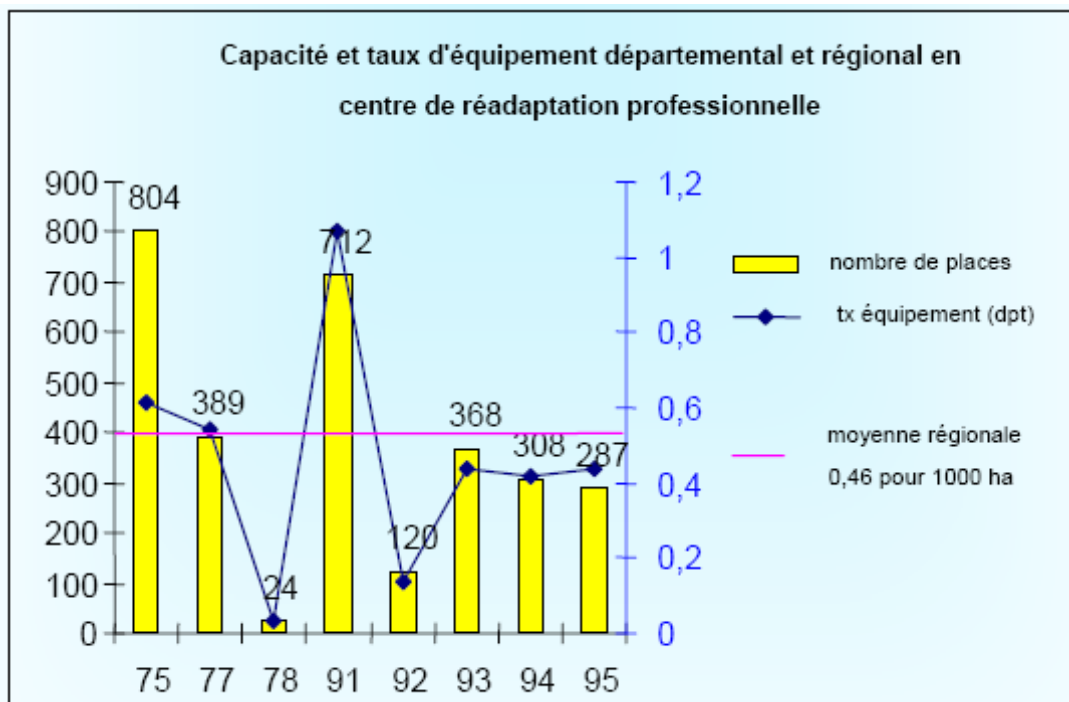
Chaque département compte entre 1500 et 2000 places, à l'exception de Paris qui en compte 2717.

L'équilibre interdépartemental en nombre de places en ESAT est réalisé. **L'ensemble des départements dont la Seine-et-Marne a en effet un taux d'équipement proche de la moyenne régionale.**

## Les Centres de réadaptation professionnelle (CRP)

### Les centres de réadaptation professionnelle :

Ils ont pour objectif de faciliter la réinsertion sociale des travailleurs handicapés en vue de l'exercice d'une profession en milieu protégé ou en milieu ordinaire.



La capacité globale en CRP est de 3012 places, avec un taux régional de 0,46‰.

Ce taux est largement supérieur au taux national fin 2007 (0,30‰) car l'Ile-de-France concentre une large part des CRP nationaux. En outre, les disparités départementales sont significatives.

**Les départements de Paris (0,61‰), de Seine-et-Marne (0,54‰) et de l'Essonne (1,07‰) ont un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale.**

Les Yvelines (0,03‰) et les Hauts-de-Seine (0,14‰) ont un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale (0,46‰).

**A noter toutefois que du fait de l'existence de CRP en Seine-et-Marne, des personnes font le choix de rester vivre dans le Département après avoir fréquenté ces établissements pour préparer leur insertion professionnelle.**

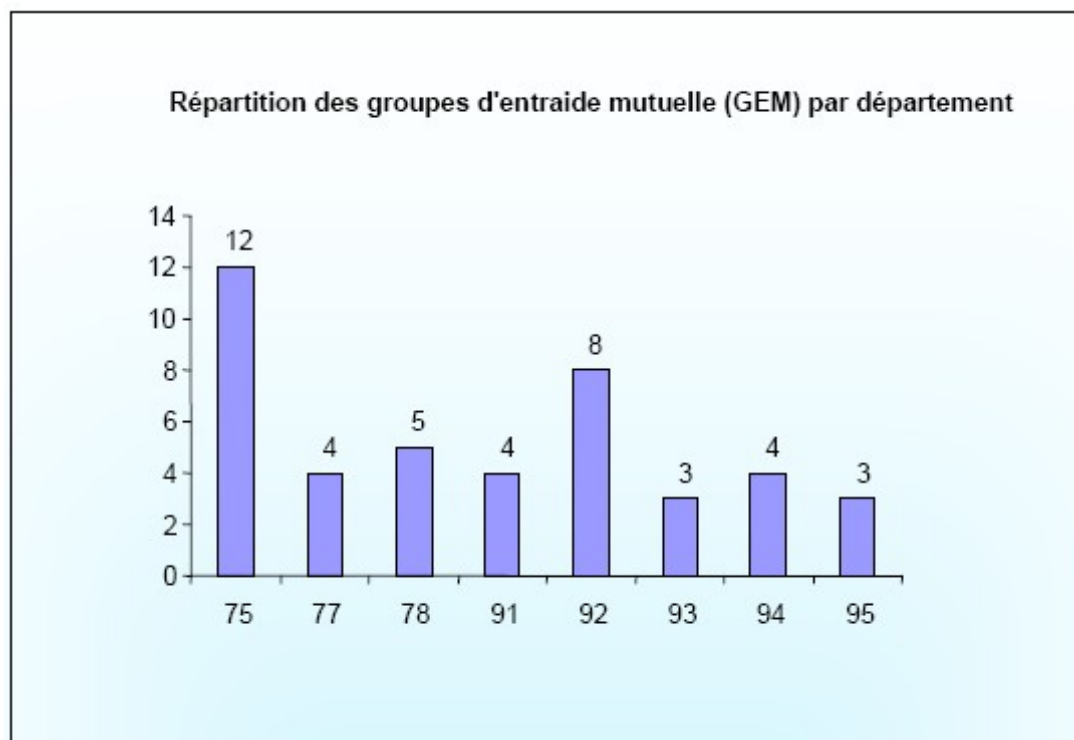




## Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

### Les groupes d'entraide mutuelle :

Organisés par les personnes handicapées souffrant de troubles psychiques, ils permettent de sortir de l'isolement pour partager des activités en commun, en instaurant à la fois des liens sociaux réguliers entre les participants et avec le reste de la cité.



Source : DRASSIF : bilan au 1/10/2008

Il est plus représentatif de quantifier ce dispositif par le nombre de structures. L'Ile-de-France compte 43 GEM au 01/10/2008 (dont 8 créés en 2008)

Sur l'ensemble de la région Ile-de-France, on peut constater que Paris est le département qui a le plus développé ce type de structures (12), suivi par les Hauts-de-Seine (8), les Yvelines (5) .

**Les autres départements dont la Seine-et-Marne suivent avec trois ou quatre structures.**

La région Ile-de-France compte actuellement 26 CAMSP installés ou en cours d'installation. Ces structures sont à vocation généraliste, accueillant les enfants pouvant présenter tout type de handicap. A noter que certaines structures sont spécialisées dans l'accueil des enfants présentant des déficiences sensorielles (déficience auditive notamment). Une grande majorité des CAMSP est localisée à Paris et en petite couronne.

S'agissant des CMPP et des bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), la région compte 110 CMPP/BAPU, soit plus d'un tiers des CMPP français. Historiquement bien implantés dans cette région qui fut aussi leur berceau, ils sont cependant inégalement répartis sur le territoire régional : ainsi il n'y a que 4 CMPP en Seine-et-Marne alors qu'on en compte 22 dans le Val-de-Marne. On peut estimer à environ 45 000 le nombre d'enfants et adolescents suivis en file active dans les CMPP/BAPU franciliens.

## Les établissements (ITEP-IME-CAFS)

Classés en fonction des typologies de handicaps qu'ils accueillent (ces structures fonctionnent en internat, en externat, en semi-internat ou en accueil temporaire) : différents types d'établissements existent, en fonction des types de déficiences présentés par les enfants accueillis, qu'il s'agisse de déficience intellectuelle, d'autisme et de troubles envahissants du développement, de troubles de la conduite et du comportement, de déficience motrice, de polyhandicap ou de déficiences sensorielles.

Ces établissements proposent une prise en charge éducative, thérapeutique et pédagogique qui favorise le développement de l'enfant ou de l'adolescent, l'acquisition de l'autonomie, les apprentissages scolaires ou pré-professionnels.

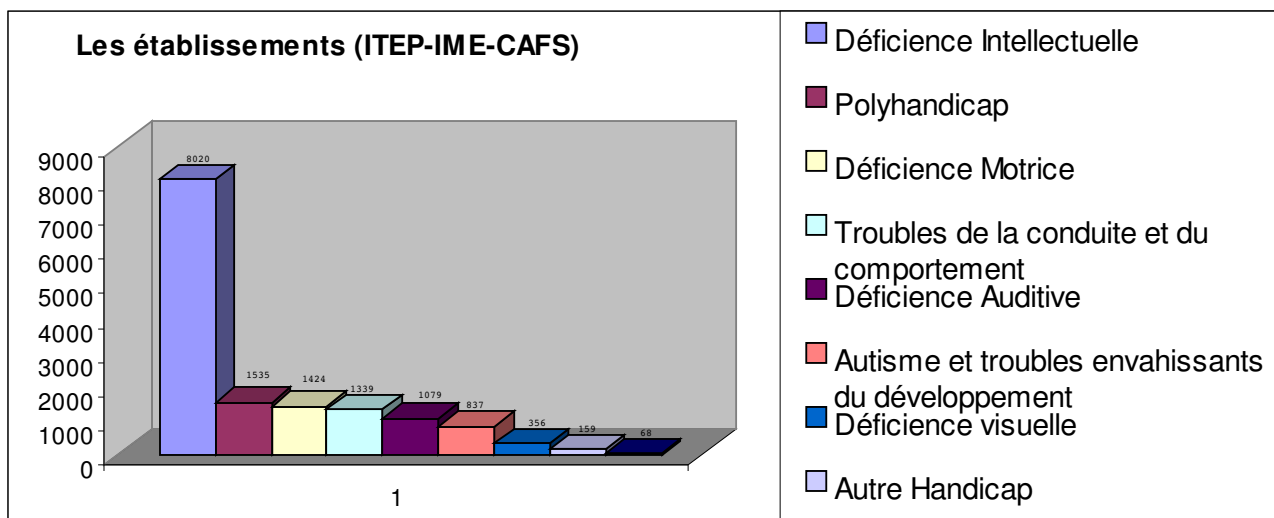
### **Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) :**

Ils accueillent les enfants de 0 à 6 ans et leur famille. Ils réalisent principalement trois missions : le dépistage précoce du handicap, la rééducation de l'enfant et l'accompagnement de ses proches.

### **Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les bureaux d'aide psychologiques universitaires (BAPU) :**

Ils accueillent des enfants et jeunes adultes de 3 à 18 ans (ou 20 ans selon les cas) pour les CMPP et jusqu'à 25 ans pour les BAPU ayant des difficultés liées à des troubles psychologiques, des troubles des apprentissages ou des troubles du développement. Ils favorisent le maintien de l'enfant ou de l'adolescent dans un milieu familial, scolaire et social en proposant une prise en charge médico-psychologique, des rééducations psychothérapeutiques ou psycho-pédagogiques sous autorité médicale.

L'ensemble de ces établissements et services pour enfants handicapés est financé par l'Assurance Maladie, exceptés les centres d'action médico-sociale précoces (CAMSP) pour lesquels un cofinancement de l'ordre de 20% est apporté par les Départements

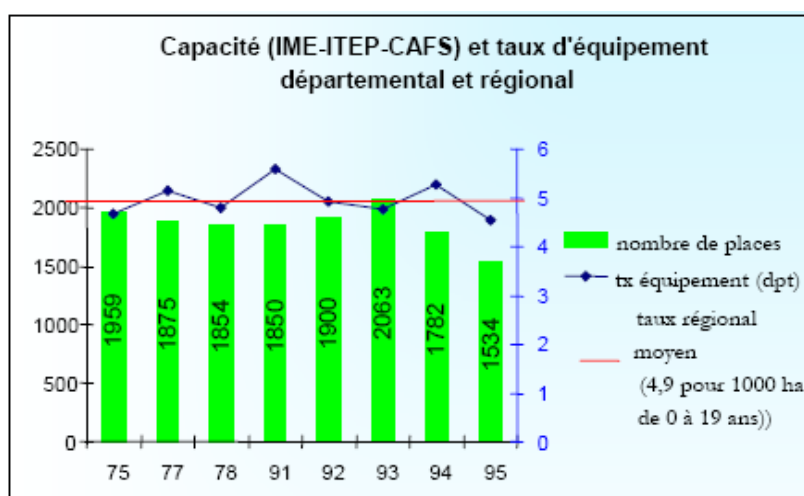


Source : DRASSIF : bilan au 1/10/2008

L'Ile-de-France compte 297 établissements pour une capacité de 14 817 places. Sur l'ensemble de ces établissements, d'après leur agrément, plus de 50% des places accueillent des enfants déficients intellectuels avec ou sans troubles associés (8020 places).

Viennent ensuite les établissements accueillant des jeunes présentant :

- un polyhandicap : 1535
- une déficience motrice : 1424
- des troubles de la conduite et du comportement : 1339
- une déficience auditive : 1079
- un autisme ou un TED : 837
- une déficience visuelle : 356
- d'autres handicaps : 159
- Toutes déficiences : 68



Source DRASSIF : bilan au 30/10/2008

Chaque département de la région a une capacité oscillant entre 1500 et 2100 places en établissement

(de 1534 places pour le Val d'Oise à 2063 places pour la Seine Saint Denis).

Au regard de leur population, les départements affichent un taux d'équipement plus nuancé, allant de 4,55‰ pour le Val d'Oise à 5,59‰ pour l'Essonne. La moyenne régionale s'établit à 4,94‰ (capacités financées au 1/10/2008), tandis que la moyenne nationale s'élève à 6,71% (capacités installées au 31/12/2007, source CNSA). **La Seine-et-Marne est proche de la moyenne régionale avec 1875 places.**

## **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)**

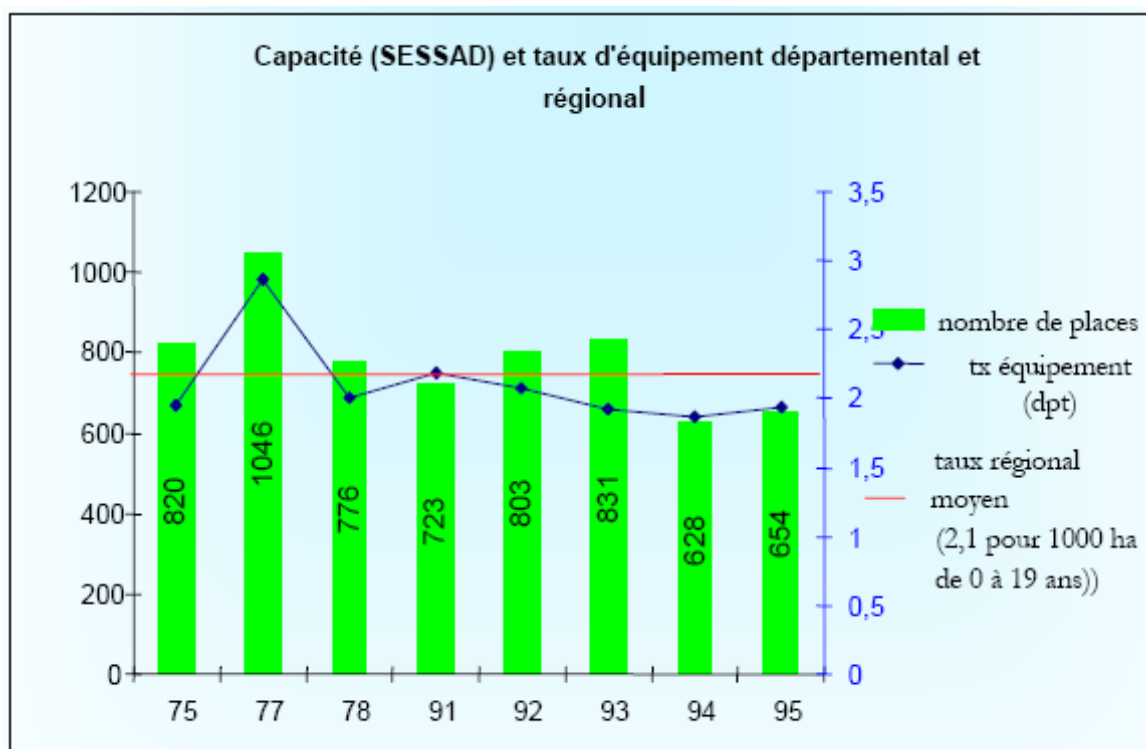
**Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) :**

Ils ont pour principales missions la prise en charge précoce de l'enfant et l'accompagnement de sa famille, le soutien à la scolarisation et à l'acquisition de l'autonomie. Ils peuvent intervenir dans différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, établissement scolaire, milieu familial...). Ce terme générique recouvre des dénominations différentes selon le type de déficiences ou l'âge des enfants.

La région Ile-de-France compte 160 SESSAD pour une capacité totale de 6281 places.

La plupart des déficiences sont prises en charge par les services. La déficience intellectuelle est la plus représentée (1873 places) suivie de la déficience motrice (1233 places). A noter que les déficiences sensorielles représentent 1578 places.

L'Ile-de-France développe le nombre de places en SESSAD afin d'accompagner sur le plan médico-social la scolarisation des enfants handicapés, en complément des moyens d'accompagnement mis en oeuvre par l'Education nationale.



Sur le plan interdépartemental, on peut constater que **le département de Seine-et-Marne est globalement mieux équipé que les autres départements avec un taux d'équipement (2.87‰ pour 1046 places) supérieur à la moyenne régionale (2.10‰).**

A l'inverse, le Val-de-Marne a le taux de SESSAD le plus faible de la région (1.87‰ pour 628 places), pour une moyenne régionale de 2.10‰.

La moyenne nationale est de 2.04‰ fin décembre 2007, capacités installées, (source CNSA).

## 2-2 le bilan du précédent schéma départemental 2004-2008

Le précédent schéma départemental signé conjointement par l'Etat et le Département concernait uniquement les personnes adultes handicapées.

Il est possible d'en tirer un bilan,

- sur le plan quantitatif en traçant l'évolution du nombre de places créées sur cette période dans les différents établissements et services
- sur le plan qualitatif en reprenant les principales orientations de ce schéma ainsi que les débats qui ont eu lieu au sein du groupe de travail n°1 spécifiquement dédié à ce bilan, complété par les constats effectués au sein des autres groupes.

Quelques éléments d'information seront toutefois mentionnés concernant la prise en compte par l'Etat des enfants handicapés.

**Sur le plan quantitatif,**

**Maisons d'Accueil Spécialisées**

Années	2003	2008	Evolution
Nature de handicap			
Handicap psychique	38	66	+28
Polyhandicap	210	317	+107
Autisme	26	118	+92
Infirmité motrice cérébrale	0	12	+12
TOTAL	274	513	+239

8 MAS en 2003, 16 en 2008,

Sur les 513 places, 444 soit 87% sont des places d'internat,

39 soit 8% sont des places d'accueil de jour

30 soit 6% sont des places d'accueil temporaire

**Le schéma précédent prévoyait la création de 350 places**

- La capacité d'accueil en MAS a quasiment doublé entre 2004 et 2008, sans pour autant atteindre totalement les objectifs fixés correspondant à la création de 350 places nouvelles. Le retard précédemment constaté a toutefois été comblé puisque le taux d'équipement en MAS du Département est largement supérieur aux moyennes nationale et régionale. Cependant, 45% des personnes accueillies en MAS sont originaires d'autres départements.

## Foyers de vie et foyers d'hébergement

Années	2003	2008	Evolution
Nature de handicap			
Handicap psychique et mental	930	1 094	+164
Handicap moteur	128	28	- 100*
Handicap sensoriel	0	24	+24
Cérébrolésés	0	38	+38
TOTAL	1 051	1 184	+126

\* Les places négatives correspondent à 2 établissements qui ont été médicalisés et sont comptabilisés en tant que FAM

**Le schéma précédent prévoyait la création de 200 places de foyers de vie ou d'hébergement**

- Les objectifs n'ont donc pas été complètement atteints. L'effort porté sur le maintien à domicile peut expliquer le nombre moins important de création de places d'hébergement ainsi que la médicalisation de deux foyers de vie.



## Foyers d'accueil médicalisé

Nature du handicap	Années		Evolution
	2003	2008	
Handicap moteur	0	112*	+112
Handicap psychique et mental	100	184	+84
Cérébrolésés	31	31	0
Infirmes moteurs cérébraux	33	33	0
<b>TOTAL</b>	<b>164</b>	<b>360</b>	<b>+196</b>

196 places dont 14 en Accueil de jour

\*dont médicalisation de 2 foyers de vie

de l'Association des Paralysés de France (100 lits)

Le schéma précédent prévoyait la création de 120 places de FAM

- Les objectifs ont donc été atteints notamment grâce à la médicalisation de deux foyers de vie

## Services d'accompagnement à la vie sociale et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Nature du handicap	Années	2008		Evolution
		2003	SAVS SAMSAH	
Handicap psychique et mental	0	342	118	+ 460
Handicap moteur	13	200	13	+200
Déficients sensoriels	0	20		+20
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>562</b>	<b>131</b>	<b>680</b>

SAVS : Couverture totale du département sur les handicaps moteurs et sensoriels

1 SAMSAH en 2003 et 5 en 2008 sur 50 % du territoire départemental

Le schéma précédent prévoyait la création de 100 places pour les SAVS et les SAMSAH

- Les objectifs ont donc été largement dépassés, l'effort a porté principalement sur les SAVS spécialisés sur le handicap psychique et mental.

## Accueils de jour (indépendants d'une structure)

Années Nature du handicap	2003	2008	Evolution
Handicap moteur	10	10	0
Handicap mental ou psychique	61	118	+57
Jeunes artistes	0	4	+4
<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>132</b>	<b>+61</b>

**Le schéma précédent prévoyait la création de 350 places – 100 places ont été créées avec celles incluses dans les FAM et Foyers de Vie.**

- Un effort de rattrapage reste à réaliser. Cependant, les difficultés liées aux déplacements et aux transports influent sur la demande pour ce type d'équipement. De même, le développement des SAVS et des SAMSAH, en tant que services de proximité, a contribué au maintien à domicile et à l'intégration des personnes handicapées dans la vie sociale et repose la question de l'utilité des accueils de jour qui devront peut être évoluer vers d'autres formes (accueil séquentiel...)

## Aide par le travail et rééducation professionnelle

Nature de handicap \ Années	2003	2008	Evolution
Déficience intellectuelle	1 221	1 435	+214
Handicap psychique	142	196	+54
Handicap moteur	78	100	+22
Handicap sensoriel	65	85	+20
Cérébraux lésés	0	50	+50
TOTAL	1 506	1 866	+360

**Le précédent schéma prévoyait la création de 300 places**

- Les objectifs ont donc été largement atteints d'autant que s'ajoutent à ces places les 409 créées en centre de rééducation professionnelle.

**Sur le plan qualitatif**, les constats et propositions suivants ont été formulés à partir des orientations posées par le précédent schéma départemental :

**Orientation 1** : diversifier et assouplir les modes de prise en charge

(travail à temps partiel en ESAT, accueil de jour, accueil temporaire, services d'accompagnement....)

- **Le temps partiel en ESAT** existe mais il est nécessaire de compléter cette orientation par des temps en centres d'accueil de jour, pour une meilleure socialisation de la personne handicapée en dehors du temps de travail, ce qui nécessite un accompagnement plus lourd. A ce titre, il est nécessaire d'une part d'instaurer une meilleure coopération, coordination entre les différents partenaires, d'où le renvoi à la notion de territoire et d'autre part, de prendre en compte le coût supplémentaire que représente cet accompagnement renforcé.
- **La notion de parcours de vie** est importante, elle conduit par exemple, à réfléchir à la notion de logements adaptés, plus ou moins regroupés, aux articulations avec le secteur sanitaire, les transports. Pour cela, il est nécessaire de connaître tous les outils existants. Elle conduit également à s'interroger sur les besoins en matière de services d'aide à domicile et sur la qualification des personnels de ces services.
- **L'accueil temporaire** n'a pas connu un engouement important. Il ne peut être qu'un complément de prise en charge (séjours de répit, de distanciation..). L'accueil temporaire va de pair avec l'idée de plate-formes d'accompagnement, à savoir plusieurs types de services existants s'adressant à des personnes handicapées et avec un travail en réseau.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées ont mis en place quelques places d'accueil temporaire, cela favorise leur ouverture sur l'extérieur. Cela permet également aux personnes qui vivent à domicile d'attendre dans de meilleures conditions une place en établissement.

**C'est la raison pour laquelle il conviendra de privilégier dans l'avenir les réponses consistant dans l'adaptation ou la restructuration des établissements existants et de donner de la souplesse de fonctionnement, ce que permet la législation actuelle.**

D'une façon générale, la fiabilité des études de besoins est faussée par la question des déplacements et des transports dans un département aussi vaste en superficie. La distance domicile-établissement influence largement les choix de vie des personnes handicapées et de leur famille.

La notion de territoire est différente selon le type de service ou d'établissement. De ce fait, il convient de qualifier ces établissements et services en fonction du besoin de proximité. Ainsi un SAMSAH ou un SESSAD qui sont des services d'accompagnement pour des personnes à domicile, doivent être implantés à une distance réduite du domicile des personnes pour lesquels ils ont reçu une prise en charge. En revanche, la plupart des établissements médico-sociaux peuvent être considérés comme ayant une vocation à minima départementale car ce qui importe c'est le contenu de leur projet d'établissement et son adéquation avec les besoins de la personne.

Aujourd'hui l'approche privilégiée est plutôt régionale (PRIAC), approche qui sera confortée par la création des agences régionales de santé qui vont être compétentes pour le médico-social de compétence Etat.

Cependant les établissements de compétence « Conseil général » sont des établissements de vie pour lesquels la notion de territoire reprend son sens : proximité territoriale pour la famille de l'utilisateur, maintien de références pour la personne accueillie, meilleure maîtrise des coûts pour le Département si les ressortissants du département y sont également hébergés.

La réflexion sur l'approche territoriale des équipements et services doit prendre en compte également la question du retour en Seine-et-Marne des personnes placées dans des établissements belges. Il y a aujourd'hui moins d'enfants et adultes placés en Belgique qu'il y a 5 ans. Cependant, le retour des adultes qui se sont installés depuis longtemps dans un environnement de vie n'est pas toujours souhaité par les familles. De plus, il n'existe à ce jour aucune estimation du nombre d'enfants concernés. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie ne peut donner d'indications, certains Instituts Médico Educatifs belges n'accueillent plus après l'âge de 20 ans et renvoient les jeunes majeurs en Seine-et-Marne. Les promoteurs d'établissements ne prennent pas en compte ces besoins qu'ils ne connaissent pas. Il s'avère donc nécessaire de se doter d'un outil de connaissance.

**Orientation 2 : le Site pour la Vie Autonome**, dispositif visant à améliorer l'évaluation des besoins de compensation des personnes en situation de handicap vivant à domicile, sans condition d'âge ni de ressources, a été mis en place par une association dédiée dont les fondateurs étaient la Mutualité française de Seine-et-Marne et la Mutualité Fonction Publique, au cours de l'année 2004. Il était appelé à évoluer vers un statut de véritable plate-forme départementale d'accueil, d'information, d'évaluation des besoins et de coordination de leurs financements.

En créant les MDPH, la loi du 11 février 2005 a mis fin à cette expérimentation tout en reprenant ses objectifs. En Seine-et-Marne, les trois membres de l'équipe du SVA ont intégré la MDPH et ainsi pu assurer la transition entre les deux dispositifs pour l'évaluation des besoins de compensation à domicile dans le cadre de la nouvelle prestation de compensation d'une part,

et pour la mise en place du fonds Départemental de compensation d'autre part. En outre, le SVA a assuré la première année de fonctionnement du service de numéro d'appel gratuit pour le compte de la MDPH en 2006.

Au cours de ses 12 mois de fonctionnement effectif, le SVA a eu 605 contacts dans le cadre de sa mission d'accueil et d'information, et a appréhendé 330 situations dans le cadre de sa mission d'évaluation et de financement. Parmi ces 330 situations, 24 ont été closes sans suite et 180 ont fait l'objet d'une décision de la commission des financeurs qui a fonctionné de décembre 2004 à avril 2006. Lorsque le service a été transféré à la MDPH en janvier 2006, 86 situations étaient en cours d'évaluation auprès d'une équipe technique d'évaluation labellisée et 46 étaient en attente de solution pour l'évaluation. Ces 132 dernières situations ont majoritairement été traitées dans le cadre de la prestation de compensation du handicap au cours de l'année 2006.

Sur les 180 personnes ayant pu bénéficier d'une aide financière via le SVA, 20% avaient moins de 20 ans, 71% entre 20 et 60 ans, 9% plus de 60 ans. Elles étaient à 82% en situation de handicap moteur, 8% en situation de handicap auditif, 5% en situation de polyhandicap, 4% en situation de handicap visuel et 1% en situation de handicap psychique. 94% des bénéficiaires présentaient un taux d'incapacité supérieur à 80%.

Le montant total des projets financés dans le cadre du SVA a représenté 1 294 290 € pour une contribution des fonds d'intervention de l'Etat (358 239 €), de la Caisse primaire d'assurance maladie (130 104 €), du Conseil général de Seine-et-Marne (75 170 €) et du Conseil régional d'Ile-de-France (130 659 €) égale à 694 172 € soit 54% du montant total des projets.

**Orientation 3** : diversifier et assouplir les décisions d'orientation.

- Cette orientation devait renvoyer au fonctionnement des CDES et COTOREP.  
La loi du 11 février 2005 a été complétée par des décrets d'application induisant une meilleure prise en compte du projet de vie des personnes handicapées. De plus, la rédaction d'un projet personnalisé de compensation, est une garantie supplémentaire de la prise en considération de l'avis de l'utilisateur avant la prise de décision par la Commission Départementale d'Autonomie des Personnes Handicapées.

**Orientation 4** : renforcer la coordination entre l'Etat et le Département, simplifier les règles financières de l'hébergement.

- Cette coordination a été mise en œuvre pour la réalisation des objectifs du schéma départemental. Le rapprochement Etat-Département a été opéré sur le secteur adulte, les dossiers présentés en CROSMS l'ont été conjointement.
- Le financement par l'aide sociale départementale a été modernisé, un nouveau règlement départemental a été adopté par le Conseil général en avril 2009. Il permet dans plusieurs établissements (ADAPEI, PASSER'AILES) aux personnes handicapées (ou à leur tuteur) de verser directement leur participation à la structure d'accueil en limitant le décalage dans le temps. Le Département lui règle l'aide sociale nette. Ce type de contrat s'inscrit dans la durée avec des objectifs à moyen terme.

**Orientation 5** : adapter les établissements et services au vieillissement des personnes handicapées.

Trois cas de figures se présentent, les personnes handicapées qui vivent et vieillissent en établissement, celles qui vivent à domicile et entrent en établissement, souvent en urgence, celles qui ont travaillé en ESAT et vivent en foyer d'hébergement.

- Dans la première situation, les foyers de vie ont été médicalisés, pour prendre en compte la dépendance. Ce mouvement doit se poursuivre dans l'avenir.
- Dans la deuxième situation, celle des personnes qui vieillissent à domicile avec leurs parents, on constate que 62% des adultes handicapés sont soutenus par un ou plusieurs aidants non professionnels, essentiellement membres de la famille.  
Il convient de soutenir ces aidants familiaux et d'organiser la complémentarité avec les professionnels, établissements et services, pour prévenir et gérer les situations d'urgence et de crise.
- Dans la troisième situation, les foyers d'hébergement continuent désormais à accueillir les personnes sorties d'ESAT, le temps de mûrir leur projet pour la suite. Ils disposent parfois d'appartements en milieu ordinaire pouvant répondre à ce besoin.

**Orientation 6** : améliorer l'accès aux soins des personnes adultes handicapées.

- Il s'agit de mieux organiser les relations entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales.

A la faveur d'ouverture d'établissements, et spécialement des Maisons d'Accueil Spécialisées, des relations avec le secteur sanitaire ont été tissées dans le cadre de conventions.

- Des difficultés demeurent toutefois dans l'accès des enfants aux CAMSP, l'accès aux soins courants et notamment dentaires pour les personnes souffrant de handicaps psychiques, dans la communication avec les établissements de santé, notamment psychiatriques, et avec les médecins libéraux, l'accueil dans les services d'urgence, dans la connaissance du rôle des services d'accompagnement.....Ces difficultés renvoient notamment à la question de la pénurie de professionnels, de psychiatres notamment.

**Orientation 7**: une meilleure capacité publique d'observation, d'évaluation, de suivi et d'orientation des établissements et services médico-sociaux

- Aucune avancée sur ce thème n'a pu être menée jusqu'à présent. Des propositions sont formulées en vue de la mise en place d'un observatoire et de nouveaux supports d'échanges.
- Les besoins ne peuvent être estimés qu'à partir du moment où les demandes d'accès aux droits sont effectuées. En effet, la connaissance des besoins passe par une meilleure connaissance des populations concernées par le handicap tout en sachant qu'une partie de la population handicapée échappe à toute statistique : personnes en hôpital psychiatrique, sans domicile fixe, incarcérées, jeunes hébergés en Belgique, personnes ayant une activité professionnelle ne souhaitant pas faire connaître leur situation, enfants handicapés scolarisés en école privée hors contrat, personnes relevant d'autres prestations que celles délivrées par la MDPH...Un certain nombre de demandes ne s'expriment pas car liées à l'offre disponible qui peut faire défaut et parce que les conditions du recueil de leurs besoins ne sont pas réunies. L'observatoire ne peut donc se limiter aux personnes dont le handicap est reconnu par la MDPH.
- La connaissance des ressources recouvre deux réalités : la connaissance des ressources générales disponibles pour renseigner le public en situation de handicap et l'exploitation par la MDPH des suites données par les établissements et services aux orientations de la CDAPH qui permettra d'analyser les écarts et identifier les carences.
- L'observatoire engage donc de nombreux partenaires, il a plusieurs fonctions : analyse, évaluation des politiques départementales, orientations stratégiques des établissements.



**Orientation 8** : le financement des structures implantées en Seine-et-Marne doit tenir compte du rôle régional du Département.

- Cette orientation vise l'accueil des non seine et marnais dans les établissements et services du Département et les critères de répartition des enveloppes sanitaires et médico-sociales qui ne prennent pas en compte, au delà du taux d'équipement relatif à la seule population seine et marnaise, la capacité occupée par des personnes originaires d'autres départements. Cette orientation renvoie également aux réformes annoncées des Agences Régionales de Santé et de l'organisation des Départements.

**Orientation 9** : développer les formations et l'orientation des personnels qualifiés vers le secteur du handicap.

- Un travail important a été réalisé entre l'Institut Régional de Travail Social, l'ANPE, l'ASSEDIC, en termes de formation de demandeurs d'emplois à occuper ces métiers, notamment celui d'Aide Médico-Pédagogique. Les Départements de Seine-et-Marne et du Val de Marne sont novateurs dans ce domaine. Dans l'avenir, des objectifs seront posés en vue d'organiser la formation continue et diplômante des professionnels, de rendre plus attractifs les métiers d'aide à domicile, et de soutenir les aidants familiaux.

**Orientation 10** : une meilleure qualité des prises en charge.

- La prévention et la lutte contre la maltraitance renvoient à un certain nombre de démarches qualité : grille d'évaluation commune des besoins des personnes handicapées, adaptation et diversification de l'offre de services, promotion des modes d'accueil alternatifs, sécurisation des professionnels.  
La qualité passe par l'accueil des personnes, l'accompagnement des projets de vie, la formation des personnels, le management, la mise en place de procédures, le confort du bâtiment, les activités supports.  
La démarche qualité repose donc sur 3 axes, accueil, prise en charge, évaluation.
- La qualité de l'accueil en établissement renvoie à l'élaboration d'une charte de la personne accueillie, qui doit faire l'objet d'un travail spécifique en lien avec la Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant.
- La qualité de l'accompagnement est liée au respect de la dignité de la personne et de son intimité, à la préparation de la sortie, au respect de son libre choix dans les activités menées en institution

- Les modes d'auto évaluation internes ne sont pas harmonisés entre les établissements qui ont mis en place des protocoles, des référentiels d'accueil et d'accompagnement ainsi que des procédures d'évaluation qui leur sont propres.

**Orientation 11** : mieux accompagner les parcours d'insertion professionnelle.

- Cela concerne essentiellement l'emploi en milieu ordinaire, et plusieurs expériences ou dispositifs peuvent être cités :
  - Le Dispositif d'Insertion Sociale et Professionnelle des Elèves Handicapés a été mis en place par l'Inspection Académique depuis l'année scolaire 2006 – 2007 visant à construire des parcours de formation pour de jeunes collégiens ou lycéens handicapés grâce à un accompagnement spécifique par des professionnels du secteur médico-social dans le cadre de conventions signées avec les Centres de Formation pour les Apprentis (CFA). Les secteurs d'activité concernés sont le bâtiment, les espaces verts, la restauration. Ce dispositif s'adresse à des jeunes présentant des troubles des fonctions cognitives. Il est prévu qu'il soit ouvert à des jeunes handicapés sensoriels. Il est également envisagé de nouer des contacts avec les ESAT pour élargir le panel de solutions possibles à l'issue de ce parcours.
  - L'action Etape Relais développée il y a quelques années par le Centre d'Orientation Sociale de Nanteau sur Lunain avec des IME, IMPPro du sud du Département porte sur le repérage précoce de jeunes susceptibles d'être orientés en milieu ordinaire de travail, suite à une action de pré orientation de 3 à 6 mois, puis à une formation.
  - La mission de montage de projets d'Initiatives 77, opérateur du Conseil général dans le domaine de l'insertion a porté notamment sur la mise en place d'un chantier d'adaptation de logements dans le parc privé mené en lien avec le PACT ARIM 77 pour faciliter le retour à domicile de personnes handicapées, après une hospitalisation, et dans le domaine de l'emploi, le projet de formation de 12 personnes handicapées bénéficiaires du RMI aux métiers de l'accueil et du secrétariat en lien avec les services du Conseil général.
  - Le projet RECORD (Réseau de Ressources Coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap) est porté par 5 réseaux

nationaux, à titre expérimental, dans 8 départements dont la Seine-et-Marne. Une plaquette regroupe l'ensemble des informations concernant l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

- Le dispositif Cap Emploi de l'AGEFIPH, service d'aide aux entreprises et aux personnes handicapées, pour l'accès à l'emploi en milieu ordinaire dans le secteur marchand et la fonction publique, concerne tous les types de handicaps.
- Le Plan Départemental d'Insertion des Personnes Handicapées (PDITH) regroupant un certain nombre de partenaires a pour objectif de coordonner et de faire connaître les différentes prestations existantes. En dehors de son rôle de coordination, ce plan développe aussi un axe jeune ainsi qu'un axe maintien dans l'emploi.
- Priorité pourrait donc être donnée à la création d'une dynamique de réseau entre les professionnels favorisant la communication sur l'existant et regroupant des informations aujourd'hui « atomisées ». Si cette coordination a forcément un coût, elle permettrait toutefois de faire des économies par ailleurs par une meilleure utilisation des dispositifs. Une première réponse est apportée par la MDPH qui réunit régulièrement l'ensemble des intervenants de l'insertion professionnelle pour une réflexion sur les moyens disponibles et leur adaptation aux besoins.

**Concernant les enfants handicapés**, il n'y avait plus de schéma départemental mais un plan pluriannuel de l'Etat sur la période 2004-2008 qui comportait plusieurs orientations.

**1 – restructurer un certain nombre d'établissements (une trentaine)** pour une prise en charge plus souple et plus diversifiée des enfants afin de répondre aux besoins des familles. Ces établissements étaient plutôt des grosses structures en milieu rural, accueillant des enfants déficients intellectuels légers ou moyens.

**2 – répondre aux besoins des enfants sans solution à domicile.** Durant la période d'application du précédent schéma départemental, 5 unités pour enfants autistes ont été créées. S'agissant des enfants polyhandicapés, la restructuration des établissements est plus difficile. La création de nouvelles structures s'impose.

De même que la création de petites unités dans les IME autour de cas individuels (handicaps rares, par exemple handicap sensoriel associé à polyhandicap).

**3 – favoriser l'intégration scolaire et le soutien à domicile**

500 places de SESSAD ont été créées pour une meilleure couverture géographique et un rééquilibrage départemental tous types de handicaps confondus.

**4 – optimiser l'équipement départemental** en poursuivant le rééquilibrage nord-sud des IME +SESSAD sans oublier les zones rurales. De nouveaux SESSAD ont été créés ainsi que des capacités nouvelles d'accueil en faveur d'enfants et d'adolescents polyhandicapés.

**5 – négocier des contrats pluriannuels d'objectifs** concernant d'une part l'accueil des enfants au plus près du domicile des parents, et d'autre part la création d'une capacité nouvelle d'accueil pour les enfants handicapés sensoriels qui nécessitent une réflexion particulière dans le cadre du schéma car ces enfants sont scolarisés plus longtemps que les autres et doivent pouvoir continuer à l'être.

De même, doivent pouvoir se développer des modes d'accueil alternés IME – établissements scolaires ordinaires, en alternance par semaine ou par journée.

Enfin, deux catégories de problèmes sont pointées, celle des enfants qui ont des troubles du comportement susceptibles de les amener à basculer dans la délinquance et qui engendrent un besoin d'évaluation approfondi, et celle des adultes handicapés avec enfants qui nécessitent un travail avec l'Aide Sociale à l'Enfance.

Ce bilan qualitatif a permis de tracer à la fois les avancées qui ont pu être enregistrées lors de la période précédente et les problématiques restant encore à résoudre qui constituent le socle des orientations et des actions du futur schéma dès lors que leur pertinence est confirmée.

## *2-3 Le nouveau contexte juridique*

Afin de faciliter la lecture et l'appropriation de la loi par les différents acteurs du handicap, quelle que soit l'institution dont ils dépendent, il a paru nécessaire d'en rappeler ici, de manière non exhaustive, les principales dispositions ainsi que les conditions dans lesquelles elles sont aujourd'hui mises en application dans le Département de Seine-et-Marne.

### **1 - La principale innovation de la loi : la création d'un droit à compensation :**

Rappelons que le droit à compensation constitue la principale innovation de la loi : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Le principe de la compensation est de mobiliser tous les dispositifs permettant à la personne handicapée de vivre selon le projet de vie qu'elle exprime.

La création de la prestation de compensation destinée à compléter les autres prestations sociales pour couvrir l'ensemble des besoins liés au handicap, besoins d'aides humaines, aménagement du logement ou du véhicule, aides animalières... » en est le caractère le plus symbolique . Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, conformément aux dispositions de la loi du 11 février qui prévoyait l'accès à la PCH aux enfants dans les trois ans suivant sa promulgation, un droit d'option a été institué permettant aux moins de 20 ans de choisir entre PCH et AEEH (allocation d'éducation pour enfant handicapé) sous certaines conditions.

La loi du 11 février 2005 concerne donc tous types de handicaps :

#### La classification internationale des différents types de handicaps :

- le handicap mental,
- le handicap psychique,
- l'autisme et les troubles envahissants du comportement (TED),
- les troubles du comportement sans déficiences intellectuelles détectées,
- les déficiences auditives,
- les troubles du langage,
- les déficiences visuelles,
- le handicap moteur,
- les lésions cérébrales acquises (LCA)
- les infirmes moteurs cérébraux (IMC)
- le polyhandicap,
- le handicap rare

#### Principales caractéristiques : (chiffres 2005)

- le handicap moteur peut toucher un membre ou l'ensemble du corps. Les personnes atteintes de ce handicap se déplacent soit debout en s'aidant d'une canne soit en fauteuil roulant. Les déficiences motrices engendrent une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole.  
En France, on estime qu'1,5 million de personnes souffrent d'un handicap moteur dont 600 000 sont atteintes de paralysie.
- le handicap visuel recouvre des réalités variées s'échelonnant d'un trouble visuel à une cécité complète. 3 millions de personnes sont concernées. Ce chiffre augmente progressivement avec l'allongement de la durée de la vie.
- Le handicap auditif, qu'il soit de naissance, dû à une maladie ou à un accident, compromet sensiblement la communication et l'accès à l'information si l'environnement n'y veille pas. Cependant, les méthodes actuelles d'apprentissage et d'appareillage permettent l'intégration de ces personnes. On estime à 5 millions le nombre de personnes ayant des difficultés d'audition, chiffre qui ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population.
- Le handicap mental résulte d'une déficience intellectuelle. On estime à 650 000 le nombre de personnes souffrant de pathologies handicapantes telles que la trisomie, l'autisme, le polyhandicap. Le handicap mental entraîne des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, conceptualisation, communication et décision. Toutes ces personnes ont en commun le besoin d'acquérir le plus d'autonomie possible et de vivre parmi les autres.
- Le handicap psychique reconnu pour la première fois par la loi du 11 février 2005. Il peut intervenir à tous les âges de la vie et atteindre les personnes sans distinction. Un tiers des français sont concernés par des troubles psychiques qui peuvent prendre des formes multiples (hystérie, psychose, schizophrénie...). Le handicap psychique a pour conséquence des troubles du comportement et du jugement et entraîne des difficultés à vivre en société. Il peut être durable ou épisodique.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

La prestation de compensation du handicap se substitue progressivement à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) versée par les départements ou la majoration de tierce personne payée par les organismes sociaux chargés de l'invalidité. La PCH a été mise en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Elle concernait au 31 décembre 2008, 560 personnes, le montant moyen mensuel (versé) était de 1 200 €. Elle était principalement attribuée pour financer l'aide humaine (78% des situations), les techniques et l'aménagement du logement (9% des situations).

**mise en place de la MDPH en Seine-et-Marne**

Comme partout sur le territoire national, la MDPH de Seine-et-Marne offre un accès unique aux prestations, aux possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services. Elle facilite les démarches des personnes handicapées et de leur famille.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

La Maison Départementale des Personnes Handicapées de Seine-et-Marne a été créée le 1<sup>er</sup> janvier 2006 sous forme de Groupement d'Intérêt Public dont le Président du Conseil général assure la tutelle administrative et financière.

Instance dirigeante du GIP, la commission exécutive présidée par le Président du Conseil général est constituée de 3 collèges dont le poids a été fixé par décret :

- 14 représentants du Département (élus et services départementaux)
- 7 personnes, désignées par le CDCPH représentent des associations, l'APF (déficients moteurs), l'ADAPEI (déficients mentaux), Comité National pour la Promotion Sociale des Aveugles et Amblyopes (CNPSAA), UNAFAM (déficients psychiques), l'association « les Petits Loups » (polydéficients), la FNATH (accidentés du travail), et APEDA (déficients auditifs)
- 7 personnes représentent l'Etat, DDASS, DDTEFP, Inspection Académique, et des organismes de protection sociale la CPAM, la CAF, la CRAMIF et la Mutualité Française.

Elle est installée à Savigny le Temple, 16 rue de l'aluminium, et dispose d'un accueil téléphonique au 01 64 19 11 40 et d'un numéro vert, au 0 800 14 77 77 . Son accueil physique est ouvert tous les jours sans interruption de 9 heures à 17h30.,

Les personnes handicapées peuvent retirer un dossier auprès de 5 lieux d'accueil conventionnés par la MDPH, gérés par des SAVS dans lesquelles elles peuvent également être conseillées pour l'élaboration de leur projet de vie et le remplissage de leur dossier. Les dossiers de demande de compensation peuvent également être retirés auprès des 14 maisons départementales des solidarités ou de la plupart des Centres Communaux d'Action Sociale.

Au 31 décembre 2008, la MDPH compte 115 agents au profil très diversifié.

Cinq services composent la MDPH :

- l'accueil, qui est chargé de l'accueil physique et téléphonique des usagers. Les chargées d'accueil délivrent les informations à caractère général. Trois conseillères reçoivent sur rendez-vous les personnes qui souhaitent un conseil personnalisé.
  - le service « analyse et préparation des dossiers » qui analyse les dossiers dès leur arrivée à la MDPH. Son équipe contrôle la recevabilité administrative, demande le cas échéant les pièces manquantes qui seront nécessaires à l'évaluation des besoins, et oriente le dossier vers le pôle concerné,
  - le service « évaluation-orientation » dont l'équipe évalue le besoin de compensation de la personne handicapée et élabore le plan personnalisé de compensation en fonction du projet de vie de chaque personne. Ce service est composé de deux équipes, une équipe pluridisciplinaire qui examine la situation des adultes et des enfants et une équipe technique organisée en 4 pôles : évaluation et orientation scolaire, formation et insertion professionnelle, orientation en établissements, projets de vie à domicile.
  - le service « tarification » qui calcule le montant des droits,

- le service « gestion administrative » chargé de la rédaction du plan personnalisé de compensation, du secrétariat des séances de CDAPH et de l'édition de ses décisions.

Un médiateur est chargé de mettre en œuvre les procédures de conciliation, en cas de contestation d'une décision de la CDAPH.

Le secrétariat général regroupe les services fonctionnels.

### **- la création de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées**

Cette commission a été mise en place au sein de la MDPH pour décider de l'ensemble des prestations (AAH, AEEH, ACTP, PCH) et prendre les décisions administratives concernant l'orientation scolaire, professionnelle et institutionnelle. Ces décisions sont prises sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire.

En application du décret 2005-1589 du 19 décembre 2005, cette commission comprend « des représentants du Département, des services de l'Etat, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales, des associations de parents d'élèves et pour un tiers au moins de ses membres, des représentants des personnes handicapées et leurs familles désignés par les associations représentatives, et un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées.

Compte tenu de l'ampleur et de la diversité des tâches attribuées à la CDAPH, des sections spécialisées peuvent être constituées pour faciliter son fonctionnement, la commission plénière statuant alors plutôt sur les recours présentés par les familles ou les personnes.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées a été créée par arrêté conjoint du Préfet et du Président du Conseil général.

Un règlement intérieur fixe les compétences et les modalités de fonctionnement de cette commission qui est organisée en quatre sections spécialisées :

section 1 : projets personnalisés de scolarisation, section 2 : projets de formation et d'insertion professionnelle, section 3 : projets d'orientation en établissements médico-sociaux, section 4 : projets de vie à domicile.

Au sein des sections spécialisées fonctionnent des formations restreintes comportant au moins un représentant de l'Etat et un représentant du Département et au moins un tiers de représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles.

En règle générale, la CDAPH se réunit 2 fois par mois et les commissions spécialisées se réunissent pour la plupart, une fois par semaine (au plus une fois par quinzaine).



4 - En ce qui concerne la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, la loi a posé le principe de la scolarisation en milieu ordinaire chaque fois qu'elle est possible. La principale innovation est le principe de **l'établissement de référence**. « Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'établissement, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence ». Cette disposition a pour objectif de faciliter la circulation de ces enfants et adolescents entre différentes modalités de prise en charge en fonction de l'évolution de leurs besoins : scolarisation à temps partiel d'enfants et adolescents accueillis principalement en établissement spécialisé, scolarisation au sein de dispositifs adaptés.

la collectivité territoriale compétente doit supporter les surcoûts imputables au transport de l'enfant ou de l'adolescent handicapé vers un établissement plus éloigné que l'établissement de référence qui correspond davantage à ses besoins.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

A la rentrée scolaire 2007-2008, un peu plus de 3000 élèves handicapés sont connus de l'Inspection Académique sur les 250 000 élèves scolarisés tous niveaux confondus dont 1897 en premier degré et 624 en second degré. La MDPH recense 8000 enfants handicapés, entre 0 et 20 ans, scolarisés en milieu ordinaire ou en établissement, ou vivant à domicile sans scolarisation.

En effet, les modes de scolarisation sont différents : certains élèves ne sont pas répertoriés comme souffrant de handicap et échappent à toutes données statistiques, d'autres élèves mènent une scolarité aménagée dans le cadre d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS), le cas échéant avec l'aide de services de soins à domicile (SESSAD), d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) ou de matériel pédagogique adapté.

En milieu ordinaire, ces enfants peuvent être scolarisés dans des dispositifs adaptés que sont :

Les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) au niveau élémentaire, au nombre de 65 dans le Département. Ces classes comportent au maximum 12 élèves et sont classées par types de handicaps : cognitif, auditif, visuel, moteur. 636 élèves étaient scolarisés en CLIS à la rentrée 2007-2008.

Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) au niveau secondaire. Il y a actuellement 17 UPI dans les collèges de Seine-et-Marne dont 12 accueillent des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives. Il existe également deux UPI pour des élèves ayant une déficience auditive, une UPI pour déficients visuels, une pour des élèves ayant des troubles moteurs et une pour des élèves ayant des troubles spécifiques du langage. On compte également 5 UPI en lycée. A cette même rentrée, 199 élèves étaient scolarisés en UPI.

Ces enfants peuvent être accompagnés par une auxiliaire de vie scolaire qui remplit une mission d'aide à l'accueil et à l'intégration scolaires des élèves handicapés. La Seine-et-Marne compte 500 AVS individuels sous contrat de droit public ou privé. En 2008, 1000 à 1100 élèves sont accompagnés par une AVS. Le Département compte également 24 enseignants référents, interlocuteurs privilégiés des parents et de tous les intervenants dans la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation. L'intervention d'un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) peut aussi permettre de maintenir les enfants en milieu scolaire ordinaire.

Un SESSAD du Département intervient pour faciliter la vie des étudiants handicapés en lien avec l'Université Descartes de Marne la Vallée.

**5 - Dans le domaine de l'emploi**, la loi affirme le principe de non discrimination. Elle donne la priorité au milieu ordinaire. Les entreprises doivent prendre les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi répondant à leur qualification ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.

La réglementation et les pénalités instaurées concernent également la fonction publique. Dans les trois fonctions publiques (Etat, Département, hospitalière), des règles ont été édictées concernant le recrutement, les limites d'âges pour se présenter aux concours, et un Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique a été créé pour financer diverses mesures : formation des agents handicapés, information des équipes de travail, aménagement de postes, mesures de maintien dans l'emploi. Ce fonds a signé en juillet 2008 une convention avec l'AGEFIPH permettant de s'appuyer sur le réseau des Cap Emploi pour le placement des travailleurs handicapés dans le secteur public comme dans le secteur privé.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

En fin d'année 2008, selon les données statistiques de l'ANPE, les demandeurs d'emploi travailleurs handicapés en catégorie 1 étaient au nombre de 1624, sur un total de demandeurs d'emploi dans cette catégorie de 38 001, soit une proportion de 4,3%.

Parmi les demandeurs d'emploi handicapés de catégories 1,2,3, (au total 2428 personnes),

- 57,5% sont des hommes, 62% d'entre eux ont entre 25 et 49 ans, 35% a plus de 50 ans,

- 79% ont un niveau de formation situé entre les 5, 5 bis et 6, contre 57,7% tous publics ayant ces niveaux,

- leur niveau de qualification prédominant est celui d'employé avec un pourcentage de personnes non qualifiées plus important que dans l'ensemble du public,

- au niveau des emplois exercés antérieurement, 65% concernent les métiers du tertiaire, 20% les métiers de l'industrie,

- leur ancienneté d'inscription comme demandeur d'emploi était pour 34,5% de moins de 6 mois (contre 57,6% tous publics) et 21% d'1 an à 2 ans.

- fin juin 2008, 109 travailleurs handicapés se trouvaient en contrat aidé et la part des femmes dans ces contrats était de 60%.

S'agissant des entreprises, en 2006, 1775 établissements se sont déclarés assujettis à l'obligation d'embauche, (établissements de 20 salariés et plus), ils ont déclaré employer 3300 salariés handicapés dont 67% sont des hommes et 58% d'entre eux ont entre 26 et 49 ans, 39% 50 ans et plus. Une personne sur 10 est employée à temps partiel et plus de 97% sont en CDI. 45% d'entre eux ont plus de 10 années d'ancienneté. Près d'un Travailleur Handicapé en emploi sur 2 est qualifié et les employeurs importants du Département se situent dans les catégories parcs d'attraction et construction de moteurs d'avion. Viennent ensuite les entreprises de nettoyage, les activités hospitalières et les supermarchés.

60% des personnes en emploi ont une reconnaissance travailleur handicapé.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 1642 places étaient offertes en ESAT dans les 19 établissements du Département. Par ailleurs, un certain nombre de personnes représentant 98 Equivalents Temps Plein travaillaient en 2007 dans les 5 entreprises adaptées du Département.

La procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap n'a concerné en 2007 qu'une vingtaine de dossiers.

Le dispositif Cap Emploi de l'AGEFIPH et du FIPHFT géré en Seine-et-Marne par l'ADIPPH 77 a contribué en 2008 à permettre à 526 personnes travailleurs handicapés d'accéder à l'emploi en milieu ordinaire.

**6 - Concernant l'accessibilité du cadre bâti et des transports**, la loi prescrit une accessibilité généralisée, quel que soit le handicap (physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif), aux locaux (logements, établissements recevant du public), à l'ensemble de la chaîne des déplacements (espaces publics, voirie, transports), à l'information. Le projet de vie inclut également l'accès aux activités sociales, culturelles et de loisirs.

La loi fixe des dates butoir pour la mise en accessibilité,

fin décembre 2009, la réalisation des plans de mise en accessibilité des espaces publics et de la voirie,

1<sup>er</sup> janvier 2015, la mise en accessibilité des établissements existants recevant du public, délai ramené au 31 décembre 2010 pour les parties des bâtiments des Préfectures délivrant des prestations au public, ainsi que les parties des universités ouvertes au public.

Les possibilités de dérogation sont strictes et ne sont accordées pour les établissements existants, qu'après avis conforme de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, dans laquelle les associations de personnes handicapées sont représentées.

S'agissant des transports, qui relèvent de la compétence de la Région Ile de France et du Syndicat des Transports d'Ile de France, les délais fixés sont de 10 ans à compter du vote de la loi pour la mise en accessibilité des réseaux de transports collectifs et 3 ans pour la réalisation des schémas directeurs d'accessibilité de services de transports. En cas d'impossibilité technique avérée de mise en accessibilité d'un système de transport, des moyens de substitution

accessibles au même tarif que les transports collectifs doivent être mis à disposition des usagers.

Une commission communale ou intercommunale d'accessibilité doit être constituée dans toutes les collectivités de plus de 5000 habitants, permettant d'associer les personnes handicapées à la mise en œuvre de l'accessibilité. Cette commission dresse l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports. Elle recense les logements adaptés.

### *Où en sommes nous en Seine-et-Marne ?*

Vu l'ampleur du sujet, seuls quelques exemples peuvent être donnés sur ce thème.

La commission départementale de sécurité et d'accessibilité présidée par le Préfet est organisée en sous-commissions spécialisées (sécurité et accessibilité) et en commissions d'arrondissement. La sous-commission accessibilité statue en particulier sur les demandes de dérogations pour les établissements recevant du public toutes catégories confondues, les logements, voirie, espaces publics.

En 2008, la commission départementale a examiné 1397 dossiers et 71 demandes de dérogation. Elle en a accepté 46.

En fin d'année 2008, 8 Etablissements Publics de Coopération Intercommunale sur 37 concernés avaient créé une commission intercommunale d'accessibilité représentant 65 communes. 15 communes sur 55 concernées de plus de 5 000 habitants avaient créé une commission.

Devant ce bilan, le Préfet a rappelé en fin d'année 2008 à toutes les communes et intercommunalités leurs obligations en matière de diagnostic de voirie et de bâtiments et de création des commissions d'accessibilité

S'agissant du logement privé et social, 100 logements ont été adaptés avec une aide de l'Agence Nationale de l'Amélioration de l'Habitat d'un montant moyen de 4 300€ pour un coût moyen de travaux de 7 600€.

Concernant les bâtiments, 83 collèges (les plus anciens) sur 131 ont déjà été diagnostiqués, les autres sont en cours d'évaluation. L'accessibilité moyenne des équipements ouverts aux élèves est actuellement de 38%. Les travaux correspondants seront programmés à chaque exercice budgétaire.

Le schéma directeur d'accessibilité de la Région Ile de France a été adopté en février 2008. les principales priorités dégagées par ce schéma ambitieux sont les suivantes : créer des lignes de transports structurantes, de rabattement sur les gares, développer des services d'information et d'assistance adaptés, (centrale de réservation), rendre les transports accessibles au niveau de l'information dans les bus et les trains, réaliser des travaux sur les gares à plus fort trafic, réduire les tarifs pour les personnes à mobilité réduite.

PAM 77 est un service public de transport à la demande des personnes handicapées mis en place par le Conseil général en fin d'année 2008.

PAM 77 fait partie du réseau PAM (Pour Aider à la Mobilité) Ile de France créée par le Syndicat des Transports d'Ile de France et la Région. Ce service permet de se déplacer de porte à porte sur l'ensemble de la région. Il est ouvert aux habitants de Seine-et-Marne qui résident dans le Département depuis plus de trois mois et répondent à un certain nombre de critères.

Les tarifs pour l'utilisateur varient en fonction de la distance de la course entre 2 et 30 euros. Toutefois, ce service ne couvre pas les déplacements pris en charge par une aide sociale spécifique (transports scolaires, sanitaires et déplacements vers les ESAT et les IME).

Par ailleurs, une étude est lancée par le Conseil général sur l'accessibilité des points d'arrêt des lignes Seine-et-Marne Express

S'agissant des musées départementaux, leur mise en accessibilité tout type de handicap est largement engagée, ils bénéficient du label « tourisme handicap »

## **L'évolution vers la création d'un 5<sup>ème</sup> risque de protection sociale :**

La loi du 11 février 2005 prévoit, en son article 13, la suppression dans un délai de cinq ans des dispositions opérant une distinction en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissement. C'est ce qu'il était convenu d'appeler « la convergence » ou cinquième risque.

A l'issue de travaux complémentaires et de nouvelles concertations avec les représentants des associations de personnes handicapées, le principe de faire converger la Prestation de compensation du Handicap et l'Allocation Compensatrice d'autonomie vers une seule prestation semble définitivement repoussé.

Aujourd'hui, la convergence entre les deux composantes de ce qu'il convient désormais d'appeler le risque « dépendance », va se réduire à ce que Madame la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées a défini comme « un droit universel à un plan de compensation ». La prestation reste différenciée mais les modalités d'évaluation des besoins vont converger. Le cinquième risque s'appuiera sur un rapprochement des méthodes d'évaluation des besoins quel que soit l'âge des personnes concernées et devrait permettre d'aborder les questions communes à toutes les formes de perte d'autonomie, notamment la question des aidants.

En d'autres termes, c'est autour de l'évolution des compétences des MDPH et des outils d'évaluation que se jouera la création du 5<sup>e</sup> risque.

### ***Les acteurs du 5<sup>e</sup> risque***

#### ***La CNSA***

La CNSA se trouve confirmée dans son rôle d'acteur principal d'animateur de ce 5<sup>e</sup> risque que constitue la dépendance. Si sa proposition de se voir reconnu un rôle réglementaire était retenue, elle se trouverait consacrée comme une caisse nationale d'assurance de plein exercice, à ceci près que son mode de gouvernance est original puisque son conseil d'administration n'est pas paritaire mais regroupe tous les acteurs principaux de la dépendance, ou de l'autonomie, selon le terme que l'on choisit.

#### ***Les Agences Régionales de la Santé (ARS)***

Les agences régionales de santé, qui vont être mises en place en application de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, auront pour mission de moderniser le système de santé, de continuer à garantir sa qualité et de permettre l'accès de tous aux soins.

Les ARS auront pour mission de définir et de mettre en œuvre au plan régional la politique de santé publique définie au niveau national. A ce titre, elles devront notamment organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie.

Elles seront également chargées de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux. A ce titre, elles contribueront à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé, à autoriser la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles devront également contrôler leur fonctionnement et leur allouer les ressources qui relèvent de leurs compétences. Elles devront contribuer à la prévention et à promouvoir la bientraitance dans les établissements et services.

Les attributions des actuelles DDASS dans le domaine du médico-social seront incluses dans les ARS. Ainsi, elles seront associées aux départements pour les nouvelles procédures et en particulier dans le cadre des CPOM dont la signature sera développée et dans la définition des nouveaux territoires de santé.

Dans le domaine du 5<sup>e</sup> risque, elles porteront la politique de l'Etat en fonction de la nouvelle répartition des rôles entre la CNSA et les ARS.

### ***La Maison départementale de l'Autonomie (MDA)***

Dans les projets en cours d'études, les MDPH pourraient être chargées de l'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées et des personnes en perte d'autonomie (notamment les personnes âgées dépendantes).

Des questions sont communes à tous les départements dans le domaine de l'évaluation : ce sont celles qui concernent les outils d'évaluation et l'ouverture du champ d'évaluation et d'attribution des prestations pour les personnes âgées dépendantes. En effet, il est prévu que la grille AGGIR (évaluation de l'autonomie de personnes âgées) et la grille GEVA (évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée) convergent. Un groupe de travail national tente d'élaborer la nouvelle grille d'évaluation commune.

En ce qui concerne le contenu et le périmètre des prestations, beaucoup d'inconnues subsistent : l'aménagement du logement de la personne âgée dépendante sera-t-il dans le périmètre de la

nouvelle APA ? Qu'en sera t-il de l'aide ménagère dont la prise en charge est fortement souhaitée tant par les personnes handicapées que les personnes âgées ? Qui assumera les nouveaux coûts qui seraient induits par l'ouverture du périmètre des prestations ?

Au plan de l'organisation territoriale, plusieurs modèles de MDA émergent au plan national :

- Les MDA, lieu d'accueil des demandeurs aussi bien handicapés qu'âgés dépendants. Ces MDA sont, selon les arbitrages locaux, soit des unités territorialisées du Département, soit des CLIC dont le périmètre de l'agrément a été élargi aux personnes handicapées ou d'autres acteurs associatifs. Les deux peuvent se conjuguer.
- Les MDA, lieu d'évaluation territorialisé. Quelques départements ont choisi de réaliser l'évaluation des besoins dans plusieurs MDA réparties dans le département. Dans ce cas, la question du management et de l'animation technique d'une équipe pluridisciplinaire éclatée est posée si l'on veut garantir une équité de traitement pour des sujets aussi vastes que les différentes situations qui peuvent être traitées dans une maison de l'autonomie. La réglementation relative au handicap est particulièrement complexe et des précautions doivent être prises tant pour le pilotage stratégique que pour le pilotage opérationnel d'un risque dont la charge financière va être très évolutive dans les années qui viennent.

Le Département de Seine-et-Marne n'a pas encore finalisé son propre projet au moment où est adopté ce nouveau schéma départemental. Toutefois, les questions sont posées et la clarification de l'environnement législatif attendue pour 2010 permettra de procéder aux choix stratégiques nécessaires.



### **3 - Les grandes orientations du schéma départemental 2009 - 2014 et les actions envisagées**

Afin de respecter l'esprit de la loi, répondre aux enjeux nouveaux liés à l'aspiration des personnes handicapées de s'insérer dans les dispositifs de droit commun, des principes d'éthique ont été posés à l'occasion du travail d'élaboration du nouveau schéma départemental :

- Placer la personne handicapée au centre des préoccupations quel que soit son handicap ou son âge
- Respecter son choix dans son parcours de vie en concertation avec sa famille
- Garantir une équité de traitement sur l'ensemble du territoire
- Privilégier l'insertion de la personne handicapée en milieu ordinaire

Ces principes d'éthique se retrouvent dans les 6 grandes orientations du schéma :

Orientation n°1 - favoriser un repérage et une prise en charge précoces et accompagner les familles

Orientation n°2 – organiser le parcours de scolarité et de formation initiale

Orientation n°3 – faciliter l'expression et la réalisation des parcours de vie

Orientation n°4 – développer une approche citoyenne du handicap

Orientation n°5 – garantir la bientraitance et le respect des droits des usagers

Orientation 6 - Elaborer et produire des décisions concertées adaptées aux besoins des personnes

Ces orientations se déclinent en actions et en moyens. Leur mise en œuvre relève de la compétence de différents acteurs dont la mobilisation devra être orchestrée par le Département, pilote du schéma départemental, partageant avec l'Etat un certain nombre de compétences dans le secteur médico-social

## *Orientation n°1 – favoriser un repérage et une prise en charge précoces et accompagner les familles*

Les familles sont désorientées et en situation de souffrance lors de la naissance d'un enfant handicapé. Le processus de révélation du handicap nécessite un travail de professionnalisation des intervenants. Les familles doivent être étroitement associées aux décisions, orientations, prises en charges.

L'accès aux dispositifs de diagnostics et de prises en charge précoces ne doit subir ni retard ni rupture. L'accueil des enfants porteurs de handicaps dans les crèches et les haltes garderies doit être organisé pour permettre leur socialisation avec les autres enfants. Or, les assistants familiaux et maternels, les professionnels des modes d'accueil de la petite enfance ne sont pas toujours formés pour s'occuper d'enfants porteurs de handicaps.

Lors de soins dispensés en cabinet ou à l'hôpital, les professionnels de santé ne disposent pas toujours du temps ni des compétences nécessaires pour rassurer et mettre en confiance les personnes handicapées, pour les orienter vers les dispositifs les mieux adaptés.

Les locaux de soins ne sont pas toujours accessibles, notamment en ville, alors que le rôle du médecin traitant est important dans la prise en charge et la coordination des soins.

Les engagements qui relèvent de ce secteur intermédiaire entre le sanitaire et le médico-social font l'objet des actions 1 à 5. Ces engagements sont les suivants :

### **ACTION N°1 – soutenir les familles d'enfants porteurs de handicaps**

Ces familles sont souvent démunies pour appréhender la situation de handicap de leur enfant. Il convient d'ouvrir pour elles des espaces d'écoute et de soutien et de leur donner les moyens de recueillir sur un document unique l'ensemble des renseignements portés par les différents intervenants. La qualité des accompagnements réalisés sera liée à la complémentarité d'intervention qu'auront pu tisser entre eux les professionnels.

#### **Moyens :**

- mettre en place une fiche de liaison au sein du carnet de santé détenue par les parents susceptible d'être communiquée aux structures d'accueil et aux services de soins, à défaut de pouvoir identifier une personne référente du petit enfant, à l'image du rôle joué par les enseignants référents de l'éducation nationale
- développer des espaces d'accueil, de conseil et d'accompagnement dans différentes structures : MDPH, CCAS, associations
- créer un réseau de soutien à la parentalité en identifiant les ressources existantes
- soutenir les parents d'enfants handicapés en bas âge par une intervention conjointe des CAMSP et des SESSAD
- organiser la complémentarité SESSAD-AVS pour assurer le suivi des enfants ayant des problèmes de comportement

**Pilotes : Département, Etat**

**Acteurs :** CCAS, associations, MDPH, établissements et services, Education Nationale, réseaux de soutien, parents

**Résultat attendu :** amélioration qualitative de l'accompagnement des familles

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** généralisation de la fiche de liaison, création d'espaces d'écoute, nombre de réseaux et d'actions d'aide à la parentalité, de conventionnements entre institutions

**ACTION N°2 : mailler le territoire de dispositifs coordonnés de repérage et de prise en charge de la petite enfance en situation de handicap**

La taille du Département de Seine-et-Marne impose que les lieux d'accueil, de repérage et de prise en charge des petits enfants en situation de handicap puissent se répartir au mieux de façon à limiter les problèmes de transports. Les services d'accompagnement doivent s'adapter à ce public spécifique de façon à relayer les familles.

**Moyens :**

- créer des places supplémentaires de CAMSP pour assurer la couverture du Département
- créer des places dédiées à la petite enfance dans les SESSAD existants assorties de la création de postes d'éducateurs de jeunes enfants dans ces services

**Pilote : Etat**

**Acteur : Département**

**Résultat attendu :** offrir des possibilités nouvelles d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement

**Calendrier :** durée du PRIAC 2009-2013

**Critères d'évaluation :** Nombre de places et de postes créés

### **ACTION N°3 : rendre accessibles les structures d'accueil de la petite enfance**

La loi du 11 février 2005 pose le principe de l'accessibilité des lieux publics à tout type de handicap. Les structures d'accueil de la petite enfance (crèches, haltes garderies) relèvent des établissements recevant du public et à ce titre doivent être rendues accessibles avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015 par les collectivités dont elles relèvent, principalement les communes et structures intercommunales.

#### **Moyens :**

- dresser un état de l'accessibilité (accueil, locaux, types de handicap) des structures de la petite enfance
- soutenir l'adaptation des lieux ordinaires d'accueil de la petite enfance
- expérimenter un accueil spécialisé de la petite enfance en situation de handicap lourd

#### **Pilotes : Département, collectivités territoriales**

**Acteurs :** Etat, CAF, structures d'accueil de la petite enfance

**Résultat attendu :** un accès plus facile des petits enfants handicapés aux modes d'accueil de droit commun en vue d'une meilleure socialisation et une préparation à la scolarité

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** progression du nombre d'établissements accessibles

## **ACTION N°4 : soutenir et professionnaliser les équipes des structures d'accueil de la petite enfance, tous secteurs confondu**

Force est de constater que les professionnels qui accueillent des enfants porteurs de handicaps en milieu ordinaire sont mal préparés à cette démarche et souvent démunis pour faire face aux problèmes qui se posent à eux.

### **Moyens :**

- étayer les équipes d'accueil de la petite enfance avec les compétences du secteur médico-social en passant des conventions définissant les conditions d'une information mutuelle, d'un partage d'expériences et d'un appui technique ponctuel
- adopter une approche inter institutionnelle de la formation sur les problématiques de l'enfance en situation de handicap en y associant le secteur médico-social, l'Education Nationale, le secteur sanitaire, la PMI, les associations de parents
- organiser un forum annuel d'échanges entre professionnels

### **Pilote : Département**

**Acteurs :** Education Nationale, établissements et services médico-sociaux, structures d'accueil de la petite enfance, assistantes maternelles, MDPH, secteur sanitaire, parents

**Résultat attendu :** créer une culture commune entre des professionnels d'horizons différents

**Calendrier :** à partir de 2010

**Critères d'évaluation :** nombre de conventions signées, nombre de formations communes et de forum réalisés

## **ACTION N°5 : prendre en compte des handicaps et des problématiques spécifiques**

Il s'agit de se pencher sur certaines problématiques qui restent insuffisamment prises en charge, en vue de répondre à un objectif de qualité des réponses susceptibles d'être apportées aux différentes situations qui peuvent se présenter, et de porter une attention particulière au problème du handicap psychique

### **Moyens :**

- intégrer dans le schéma départemental les préconisations du plan autisme national en cours d'élaboration
- impulser la création d'un réseau sur les déficiences sensorielles
- renforcer la connaissance des centres de référence sur des questions comme le suivi des grossesses, le handicap psychique associé au handicap physique, l'accompagnement des fins de vie...
- créer des lieux de répit et de décompression pour les parents et les familles de personnes handicapées mentales ou psychiques
- amplifier la prise en charge des troubles du comportement en créant des places d'ITEP pour tous les âges en internat et externat

### **Pilote : Etat**

**Acteurs :** Département, MDPH

**Résultat attendu :** améliorer la prise en charge de certains handicaps

**Calendrier :** à partir de 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de places en établissements, nombre de réseaux créés

## *Orientation n°2 – organiser le parcours de scolarité et de formation initiale*

La scolarisation d'un enfant porteur de handicap reste encore « exceptionnelle » pour un enseignant alors qu'elle rentre dans le droit commun. Il est donc nécessaire de changer le regard et les attentes des enseignants par rapport à ces enfants pour éviter de les mettre en difficulté voire en échec. L'école maternelle est souvent le lieu de révélation des troubles envahissant du développement, des problèmes de comportement. Le passage à l'école primaire pose le problème des objectifs pédagogiques à atteindre qui ne peuvent être identiques pour tous les enfants. La scolarisation dans le premier et le second degré d'élèves handicapés est facilitée par le dispositif d'accompagnement reposant sur les enseignants référents, les auxiliaires de vie scolaire les psychologues et médecins scolaires et les SESSAD mais ce dispositif mérite d'être organisé en complémentarité et d'être articulé avec le projet de vie de la famille.

L'accès à l'enseignement supérieur doit être encouragé par tous les moyens disponibles : information, accompagnement, matériel pédagogique..

Les engagements qui relèvent de ce secteur correspondent aux actions 6 à 9.

### **ACTION N°6 : rendre effectif le droit au choix de la scolarité de droit commun en facilitant la scolarisation des élèves handicapés dans les classes ordinaires et en préparant les enseignants à les accueillir.**

#### **Moyens :**

- faciliter de manière anticipée et progressive l'entrée de l'enfant à l'école en organisant un temps d'accueil et de rencontre, en fin d'année scolaire afin de préparer la rentrée des enfants en situation de handicap accédant à l'école ordinaire pour la première fois ou changeant d'environnement scolaire
- inscrire systématiquement la dimension handicap à l'ordre du jour des réunions de rentrée organisées pour tous les parents dans les établissements des premier et second degrés
- encourager la mise en place de projets pédagogiques qui intègrent l'arrivée des enfants handicapés
- expérimenter des CLIS et des UPI dédiées à certains types de handicaps, visuel, moteur
- réaliser les diagnostics d'accessibilité sur les établissements scolaires des premiers et second degrés existants et programmer les travaux

#### **Pilote : Education Nationale**

**Acteurs :** personnels de l'éducation nationale, parents et fédérations de parents,  
Région, Département, collectivités locales



**Résultat attendu :** faciliter la scolarisation en milieu ordinaire des enfants en situation de handicap

**Calendrier :** chaque rentrée scolaire et durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** ordres du jour des réunions de rentrée, projets d'école, nombre d'expérimentations de CLIS et UPI dédiées à certains types de handicaps

**ACTION N°7 : inscrire les projets personnalisés de scolarisation dans une logique de construction de parcours conduisant aux études supérieures et à la formation professionnelle**

Le parcours de scolarité, dès l'école primaire, est un élément du projet de vie. En ce sens, il doit revêtir un contenu qui intègre une projection dans le temps.

**Moyens :**

- élaborer un plan personnalisé de scolarisation (PPS) offrant un éventail satisfaisant de solutions de compensation adaptées à la situation particulière de handicap de chaque élève et dessinant des perspectives de moyen terme (au-delà de la seule année scolaire, si possible, sur la durée d'un cycle).

**Pilote : Education Nationale**

**Acteurs :** personnels de l'éducation nationale, parents, enfant handicapé, MDPH

**Résultat attendu :** permettre aux familles d'enfants handicapés de se projeter dans un parcours de formation et garantir sa continuité

**Calendrier :** à partir de la rentrée scolaire 2009-2010

**Critères d'évaluation :** nombre de PPS intégrant ces données

**ACTION N°8 : soutenir, informer et former l'ensemble des personnels chargés d'accompagner la mise en œuvre des projets personnalisés de scolarisation par différentes méthodes : échanges sur les pratiques, formations initiales et continue, réseaux de soutien.**

L'application de la loi de 2005 est souvent vécue par les enseignants comme une obligation alors que la scolarisation en milieu ordinaire est un droit. En fait, le législateur demande à l'institution Education Nationale d'investir un domaine qui n'est pas le sien. Il convient donc d'aider les enseignants à dépasser leurs difficultés à appréhender les situations de handicap.

**Moyens :**

- organiser des temps d'échanges sur les pratiques professionnelles et les supports pédagogiques des enseignants des établissements ordinaires et des unités d'enseignement au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux
- enrichir la culture professionnelle des enseignants dans le cadre de la formation initiale et continue sur les problématiques liées au handicap
- élaborer et diffuser le guide départemental de la scolarisation de l'élève handicapé à destination des directeurs et personnels de direction de l'éducation nationale
- créer un réseau d'échange, d'entraide et d'information composé d'enseignants spécialisés, de professionnels médico-sociaux, de représentants d'associations de parents d'élèves, piloté par l'éducation nationale, dans chaque circonscription scolaire, pour soutenir les équipes éducatives
- reconnaître et valoriser le rôle des enseignants référents et des auxiliaires de vie scolaire

**Pilote : Education Nationale**

**Acteurs :** personnels de l'Education Nationale, professionnels médico-sociaux, associations de parents d'élèves

**Résultat attendu :** faciliter la prise en charge par les enseignants de la scolarité des enfants en situation de handicap

**Calendrier :** à compter de la rentrée scolaire 2009 et pendant la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de réunions d'échanges, diffusion du guide, constitution des réseaux de soutien

## **ACTION N°9 : faciliter l'accès à l'enseignement supérieur**

L'aspiration d'un certain nombre de personnes handicapées à accéder à l'emploi et l'obligation d'embauche faite aux administrations et aux entreprises publiques et privées de plus de 20 salariés nécessitent une élévation du niveau de formation et de qualification rendant possible l'adéquation offre/demande d'emploi. La réalisation de cet objectif nécessite qu'un certain nombre de freins soient préalablement levés.

### **Moyens :**

- diffuser aux élèves handicapés de classe terminale les informations indispensables à leur parcours dans l'enseignement supérieur
- rendre opérationnels les aménagements prévus pour le déroulement des épreuves des examens et concours
- développer de nouveaux dispositifs, notamment en matière d'accès au logement étudiant

### **Pilote : Education Nationale**

**Acteurs :** Département, universités, MDPH

**Résultat attendu :** impulser une dynamique d'accès à l'enseignement supérieur

**Calendrier :** dès la rentrée scolaire 2009-2010

**Critères d'évaluation :** progression du nombre d'élèves handicapés inscrits dans les universités ou l'enseignement supérieur

### *Orientation n°3 – faciliter l'expression et la réalisation des parcours de vie*

La notion de parcours de vie est fondamentale dans les dispositions de la loi du 11 février 2005. Elle implique que la personne handicapée doit disposer de toutes les facilités pour élaborer son projet de vie et pour le mener à bien.

Le plan de compensation doit traiter la globalité des besoins et des réponses à mettre en œuvre dans les multiples aspects de la vie quotidienne de la personne.

Les engagements qui relèvent de ce secteur correspondent aux actions 10 à 16 :

#### **ACTION N°10 – renforcer les relations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social**

La qualité et la continuité des prises en charge en matière de soins passe par une bonne connaissance du rôle de chaque professionnel intervenant dans le parcours de soins et par l'existence de passerelles entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social en vue d'améliorer l'accueil à l'hôpital des patients handicapés.

##### **Moyens :**

- développer les échanges (groupes de travail, visites d'établissements) avec les hôpitaux et les médecins, et donner aux médecins traitants les informations sur les ressources et réseaux disponibles
- développer le conventionnement entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire (maternités des hôpitaux, services d'urgence psychiatrique, services de PMI, CAMSP, SESSAD, ITEP....)
- confier aux SAVS-SAMSAH un rôle d'accompagnement vers le soin non spécialisé de personnes handicapées psychiques
- modifier les pratiques en développant l'usage du dossier médical partagé, le cas échéant en s'appuyant sur les données de la carte vitale
- mettre en place un protocole interne de gestion de crise dans les structures médico-sociales
- mieux identifier géographiquement les services d'urgence psychiatrique ainsi que les médecins référents des services psychiatriques des hôpitaux
- faire remonter aux pouvoirs publics deux problèmes :
  - la pénurie de personnel para médical et amener ces professionnels à partager leur temps entre secteur libéral et institution
  - la question de l'instauration d'un barème de rémunération des médecins libéraux qui tienne compte du temps passé sur les situations complexes

**Pilotes : Etat, Département**

**acteurs :** Département, hôpitaux, médecins libéraux, établissements et services médico-sociaux enfants et adultes, personnels para médicaux

**résultat attendu :** amener les différents professionnels intervenant autour de la prise en charge du handicap à se connaître et à travailler ensemble. Faciliter la réalisation des projets de vie. Améliorer la prise en charge des situations d'urgence, notamment psychiatriques

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**critères d'évaluation :** nombre de conventions et de protocoles signés.

### **ACTION N°11 : améliorer la connaissance de l'existant**

Le domaine du handicap souffre d'insuffisance de données fiables pour adapter l'offre aux besoins et apporter la souplesse nécessaire au fonctionnement des différents dispositifs. Les partenaires issus de secteurs d'activités différents ne se connaissent pas et il n'existe pas de banques de données globales sur les ressources existantes pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle des enfants et adultes souffrant de handicaps.

#### **Moyens :**

- mettre en place et faire vivre un logiciel permettant de recenser les places disponibles dans les établissements et services
- suivre et exploiter les suites données par les établissements aux orientations MDPH
- développer par étapes un centre de ressources départemental à usage des professionnels et des usagers, en définir l'étendue et les limites, identifier les outils d'information et les relais locaux
- suivre l'évolution des besoins des personnes, des dispositifs et des expériences innovantes par la mise en place d'un observatoire des populations, des besoins et des équipements en mesure de les satisfaire, en lien avec les partenaires détenant les informations
- mettre en place un groupe de veille concernant les difficultés d'accès aux soins

#### **Pilotes : Département, MDPH**

**Acteurs :** partenaires institutionnels et associatifs, Etat

**Résultat attendu :** optimiser le pilotage de la politique du handicap, l'information générale et l'orientation des personnes handicapées, clarifier le rôle de chaque structure

**Calendrier :** à compter de 2010 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** mise en place des logiciels, sites internet, tableaux de suivi

## **ACTION N°12 : mieux évaluer la situation des personnes**

Un certain nombre d'orientations se font par défaut faute d'avoir cerné avec précision la situation des personnes handicapées. Les différents intervenants ont bâti leur propre méthode d'évaluation. Ces grilles qui ne s'articulent pas entre elles, ne favorisent pas la conduite des projets de vie.

### **Moyens :**

- adopter la grille commune globale d'évaluation de la situation des personnes (grille GEVA)
- former les professionnels, les responsables de secteur des services d'accompagnement à domicile à l'utilisation de la grille
- mettre en place un outil de formation à l'évaluation transdisciplinaire
- poursuivre la création d'unités de transition dans les établissements existants permettant de favoriser l'expression de leurs attentes.(par exemple pour des jeunes sortant d'IME)

### **Pilote : Département**

**Acteurs :** établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires concernés, Département

**Résultat attendu :** harmoniser les modes d'évaluation entre les différents établissements et services, élargir l'utilisation de la grille d'évaluation à toutes les situations de perte d'autonomie.

**Calendrier :** à compter de 2010

**Critères d'évaluation :** grille unique, recensement des lieux de transition

## **ACTION N°13 : assurer la continuité et la fluidité des parcours de vie**

La notion de projet de vie revêt un aspect qualitatif lié aux moyens mis à disposition de la personne handicapée pour réaliser ses attentes et un aspect quantitatif lié à l'allongement de la durée de la vie. De la souplesse doit donc être intégrée dans les modes de prises en charge pour les adapter à l'évolution dans le temps des projets de vie.

### **Moyens :**

- amener les partenaires locaux, à partir des réseaux existants, à formaliser par voie de conventionnements leurs relations de travail
- travailler en réseau pour organiser l'accueil des enfants pendant les périodes de fermeture d'établissements et services sur le secteur de l'enfance
- diversifier les modes d'accueil, créer des passerelles entre les tranches d'âge, les modes et durées de prise en charge en faisant évoluer les projets d'établissements et en prenant en compte la problématique des transports
- créer des unités dédiées à des jeunes sortant d'IME et ne pouvant s'orienter dans l'immédiat sur le marché du travail
- accentuer la création de places en foyer de vie ou en foyer d'hébergement éclaté (en appartement)

### **Pilotes : Etat-Département**

**Acteurs :** établissements et services, MDPH

**Résultat attendu :** assurer une meilleure continuité dans la prise en charge de l'utilisateur, travailler en réseau, garantir la couverture territoriale des services, la réactivité et la fluidité des parcours

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de réseaux constitués, de conventionnements passés, contenu des agréments et des projets d'établissements



## **ACTION N°14 : poursuivre l'effort de développement et d'évolution des structures pour une prise en charge adaptée des enfants et des adultes**

Au cours du précédent schéma, un effort important de rattrapage en matière de développement de la capacité d'accueil des établissements et services médico-sociaux a été réalisé.

Toutefois, il convient d'achever la couverture territoriale du Département pour disposer d'une palette d'établissements et de services et pour se rapprocher au maximum des taux d'équipement constatés au niveau régional et national.

Les priorités définies par le PRIAC pour la période 2009-2013 concernent les personnes handicapées psychiques, polyhandicapées, souffrant d'autisme et les personnes handicapées vieillissantes.

### **Moyens :**

#### **Sur le secteur de l'enfance handicapée, les priorités partagées portent sur les axes suivants**

- développer le diagnostic précoce et l'accompagnement de l'enfant handicapé
- favoriser la scolarisation dans la proximité
- répondre aux besoins des enfants les plus lourdement handicapés (accueil institutionnel)
- soutenir les évolutions institutionnelles nécessaires (ITEP, déficiences intellectuelles)
- développer les modes d'accueil alternatifs (accueil temporaire notamment) dans le cadre des structures existantes

#### **Sur le secteur des personnes adultes handicapées, les priorités partagées portent sur les axes suivants :**

- développer les services, dans la proximité
  
- augmenter les capacités d'accueil en institution, en fonction des besoins locaux
  
- permettre des modes d'accueil alternatifs (accueil temporaire) dans le cadre des structures existantes
  
- faire face au vieillissement des personnes handicapées par la poursuite de la médicalisation des foyers de vie

Compte tenu des évolutions législatives et institutionnelles annoncées pour 2010 avec la mise en place des ARS, la disparition des CROSMS et les évolutions attendues en conséquence sur les modalités de mise en œuvre des schémas d'action sociale et médico-sociale, il est fait état en annexe des besoins recensés dans le Département sans engagement programmatique, notamment de l'Etat.

**En tout état de cause, il convient de s'interroger sur la faisabilité financière des programmes d'actions et sur l'opportunité de donner suite à certaines autorisations intervenues avant l'élaboration du présent schéma. Les instances de pilotage définies ci-après pour le présent schéma s'attacheront donc à définir en partenariat les priorités qui s'imposeront avant toute mise en œuvre concrète.**

**Pilotes : Etat, Département**

**Acteurs :** établissements et services

**Résultat attendu :** développer l'offre de services, mailler le territoire départemental

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** progression du nombre de places créées en établissements et services, répartition géographique de ces places.

## **ACTION N°15 : développer de nouveaux services et diversifier les services existants pour répondre aux besoins**

L'offre de soins et de services d'aide à domicile est très déficitaire dans certaines zones sous médicalisées. Le travail en réseau n'existe pas, les services sont cloisonnés.

Le maintien à domicile des personnes handicapées doit être affiché comme une priorité chaque fois qu'il est possible et souhaité par elles. Cela implique une adaptation des modes d'intervention des services actuels qui interviennent peu dans le champ du handicap

### **Moyens :**

- créer des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), des places dans les SSIAD, transformer des SAVS en SAMSAH en affirmant leur double mission d'accompagnement et de coordination des soins
- promouvoir de nouveaux modes d'accueil : développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM), favoriser l'accueil familial à temps partiel (accueil de fin de semaine, de jour)
- diversifier les prestations de services à domicile en fonction de l'évolution des besoins des personnes (palette de compétences)
- inciter à la mutualisation des moyens des services d'aides à domicile d'un même territoire voire à leur fusion

### **Pilotes : Etat, Département**

**Acteurs :** Département, services d'aide à domicile

**Résultat attendu :** favoriser autour de la personne handicapée la coordination des acteurs et des intervenants dans la perspective d'une prise en charge globale

**Calendrier :** sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de nouveaux services créés

## **ACTION N° 16 : anticiper le vieillissement des personnes handicapées à domicile et en établissement**

Les progrès de la médecine et les différents dispositifs institutionnels mis en place ont permis aux personnes handicapées de bénéficier d'une espérance de vie plus longue. Les pouvoirs publics se doivent désormais d'accompagner ce mouvement, en attendant la création d'un « cinquième risque » qui entrainera des modifications substantielles dans les conditions de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes handicapées et/ou âgées.

### **Moyens :**

- adapter l'accessibilité des structures existantes (foyers de vie principalement)
- poursuivre la création de places nouvelles ou la médicalisation de ces foyers
- organiser dans les établissements des lieux d'accueil d'urgence pour les personnes qui ne peuvent plus vivre à domicile
- soutenir les aidants familiaux en établissant à leur intention un répertoire des ressources disponibles, en leur délivrant de l'information et de la formation sur le handicap, en effectuant une veille sur les nouvelles technologies susceptibles de les soulager.

### **Pilotes : Etat, Département**

### **Acteurs : Département, MDPH**

**Résultat attendu :** améliorer les conditions d'accueil en institution des personnes handicapées vieillissantes et leurs conditions de vie à domicile

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de places adaptées, nombre d'actions réalisées en direction des aidants familiaux

## *Orientation n°4 – développer une approche citoyenne du handicap*

Malgré une réglementation intervenue dès 1975, l'accès des personnes handicapées à une vie sociale et citoyenne demeure insuffisante et leur appartenance sociale n'est ainsi pas garantie. L'accessibilité devient un critère de qualité architecturale des projets publics et les actions réalisées dans les domaines de l'emploi, du logement, de l'accès à la vie sociale au sens large (tourisme, sports, loisirs, culture) doivent être encouragées et développées. L'accessibilité s'intègre dans la politique de développement durable.

Toutes ces actions relèvent de la compétence d'un grand nombre d'acteurs publics ou privés, professionnels ou simples habitants des communes, qui parfois méconnaissent leurs obligations dans ce domaine.

Les engagements qui relèvent de cette orientation correspondent aux actions 17 à 21.

### **ACTION N°17 : encourager les attitudes citoyennes en sensibilisant et informant les communes, faciliter l'exercice par les personnes handicapées de leurs droits civiques.**

La notion d'accessibilité doit être intégrée dans tous les domaines de la vie quotidienne et de la vie sociale. Cette dimension se traite au niveau des collectivités locales qui constituent le territoire de proximité des habitants.

#### **Moyens :**

- créer une banque de données à destination des communes et intercommunalités sur la réglementation en matière d'espaces publics, voirie, transports publics, logement, établissements recevant du public et sur l'approche citoyenne du handicap
- élaborer une charte à destination des communes et intercommunalités visant à rappeler les règles à respecter pour rendre accessibles les lieux publics
- mettre en place un concours départemental des villes et villages accessibles pour valoriser les initiatives locales
- élaborer une charte de citoyenneté pour amener le public à prendre conscience de l'importance des comportements de chacun sur la continuité de la chaîne des déplacements
- effectuer un véritable contrôle du respect des normes relatives à l'accessibilité dans le cadre de l'attribution de financements publics (Etat, Région, Département, communes et intercommunalités)
- étudier la prise en compte des travaux des commissions communales d'accessibilité dans le cadre de la politique contractuelle du Département

**Pilote : Département**

**Acteurs :** Etat, communes et intercommunalités, associations d'usagers

**Résultat attendu :** favoriser l'intégration dans la cité des personnes handicapées

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** mise en place de la banque de données (site internet) et élaboration des chartes, mise au point des normes de contrôle, lancement du concours départemental

### **ACTION N°18 : développer les compétences des acteurs intervenant dans le domaine de l'accessibilité**

De nombreux professionnels, architectes, entrepreneurs, personnels techniques des collectivités territoriales interviennent dans ce champ qui fait l'objet d'une réglementation complexe et abondante.

#### **Moyens :**

- définir les modalités de création d'une charte de qualité « accessibilité » en lien avec la Fédération du Bâtiment et des Travaux Publics, les usagers et avec l'appui technique du Centre Scientifique et Technique du Bâtiment
- sensibiliser à l'approche du handicap les bénévoles des associations siégeant dans les commissions d'accessibilité
- faire remonter aux pouvoirs publics la question du dédommagement financier des représentants salariés d'associations siégeant dans les différentes commissions

#### **Pilote : Etat**

**Acteurs :** organismes professionnels

**Résultat attendu :** contribuer au développement des compétences et à la reconnaissance des différents acteurs oeuvrant dans le domaine de l'accessibilité

**Calendrier :** sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** validation de la charte qualité, nombre d'actions de formation et de sensibilisation

## **ACTION N°19 – connaître et développer l’offre de logements adaptés de droit commun**

Alors que la loi prévoit que tout logement neuf construit depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 doit être accessible et adaptable, il n’existe aucun recensement de ces logements dans le parc public et le parc privé et les informations sur les possibilités techniques et financières d’adaptation sont disséminées

### **Moyens :**

- mettre en place un outil d’information sur les dispositifs existants en matière d’adaptation du logement
- expérimenter l’outil ADALOGIS de recensement de l’offre et de la demande de logement
- aménager les règles d’attribution de la PCH pour faciliter la réalisation de travaux d’adaptation dans le parc ancien
- tirer les enseignements pour les personnes handicapées de la première année d’application de la loi Droit Au Logement Opposable
- développer l’offre en multipliant les expérimentations : logements partagés, appartements thérapeutiques, résidences accueil, accueil familial.....

### **Pilote : Etat**

**Acteurs :** Département, communes, associations

**Résultat attendu :** faire du logement adapté un élément essentiel du choix de vie des personnes handicapées

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d’évaluation :** documents d’information, étude de l’outil ADALOGIS, recensement des expérimentations

## **ACTION N° 20 : favoriser l’accès à l’emploi en milieux ordinaire et protégé dans le cadre d’un parcours professionnel permettant le développement de la qualification des personnes et le maintien dans l’emploi**

De nombreux dispositifs existent dans ce domaine mais ils sont mal connus et insuffisamment reliés entre eux. Les différents acteurs qui mettent en œuvre ces outils doivent être mis en synergie. Par ailleurs, les équipes de travail doivent être préparées à accueillir une personne handicapée dans leur environnement quotidien

**Moyens :**

- mettre en place un outil d'information sur les dispositifs existants en matière d'emploi des personnes handicapées
- mener une campagne départementale de communication valorisant les parcours de jeunes issus d'IMPro auprès des entreprises et du grand public
- reconnaître le milieu protégé et les structures d'insertion par l'activité économique comme un secteur d'insertion professionnelle à part entière
- encourager le recours aux ESAT dans le cadre des marchés de services
- accompagner l'évolution des ESAT afin de développer davantage d'activités dans le domaine de la prestation de services
- développer la Valorisation des Acquis de l'Expérience Professionnelle pour la reconnaissance de compétences
- favoriser les passerelles entre milieu ordinaire et milieu protégé
- développer l'axe maintien dans l'emploi
- suivre la mise en place de la réforme de l'AAH visant à mesurer l'employabilité de la personne avant attribution de l'allocation
- utiliser davantage la procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap en la faisant connaître aux entreprises
- promouvoir l'embauche de travailleurs handicapés en accompagnant les équipes de travail en milieu ordinaire dans l'acceptation des compétences et des difficultés des personnes handicapées, en multipliant les accords d'entreprises, en sensibilisant les encadrants, afin de faire évoluer positivement les représentations
- mettre en place un suivi externe à l'entreprise

**Pilote : Etat**

**Acteurs :** Région, Département, MDPH, entreprises publiques et privées, associations,

**Résultat attendu :** faciliter l'intégration et le maintien des personnes handicapées dans le monde du travail

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre d'actions d'accompagnement, de formation

**ACTION N°21 : favoriser l'accès à la vie sociale et aux activités de loisirs**

Cette orientation du schéma départemental pose la question de la connaissance par les personnes handicapées de l'offre de service existante dans les domaines sportifs, culturels et de



loisirs, des possibilités qui leur sont offertes d'y accéder ainsi que celle de la formation des équipes accueillantes

**Moyens :**

- développer dans les communes, les établissements, les centres sociaux, des activités communes entre les personnes handicapées et celles qui ne le sont pas
- créer un lieu ressources recensant les structures d'accueil et les offres de loisirs, les équipements sportifs, culturels et touristiques et animant un réseau de relais locaux, des échanges de bonnes pratiques, organisant des séquences de formation avec les partenaires
- éditer et mettre en ligne et à jour un guide recensant les activités sportives en faveur des personnes handicapées développées par les associations et les établissements publics
- renforcer le partenariat avec les équipes, comités et clubs sportifs favorisant la pratique des personnes en situation de handicap
- mieux faire connaître l'offre culturelle du Département aux directeurs d'établissements et services médico-sociaux et développer l'information sur les événements et manifestations
- poursuivre l'action d'animation du réseau des référents handicaps des musées, favoriser l'accessibilité aux sites, aux œuvres et aux expositions temporaires
- promouvoir la dimension handicap dans la pratique artistique
- poursuivre la labellisation de nouveaux sites « tourisme et handicap » et développer la communication autour des sites existants
- rendre accessibles des itinéraires de randonnée et des espaces naturels sensibles

**Pilote : Département**

**Acteurs :** Etat, MDPH, communes et intercommunalités, associations, établissements et services,

**Résultat attendu :** accroître la fréquentation de ces activités par les personnes handicapées, la circulation de l'information, favoriser la mixité sociale, sensibiliser les citoyens

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** création du lieu ressources, nombre de guides édités, de sites labellisés

**ACTION N°22 – faciliter les déplacements par les transports en commun**

Dans ce domaine, c'est le Syndicat des Transports d'Ile de France (STIF) qui détient la compétence légale et est l'autorité organisatrice. Cette action s'intègre donc plus globalement

dans les orientations définies dans le cadre du schéma directeur régional d'accessibilité en matière de transports arrêté en février 2008. L'accessibilité des transports en commun (réseaux ferré et routier) doit être effective en 2015. Pour les lignes qui ne pourront être mises en accessibilité pour des raisons techniques, des services de substitution devront être mis en place d'ici 2011. L'évolution de ce secteur nécessite donc une vigilance toute particulière qui ne concerne pas seulement le Département.

**Moyens :**

- accompagner le développement de PAM 77, service départemental de transport à la demande des personnes handicapées
- aménager les points d'arrêt des lignes Seine-et-Marne Express

**pilote : Département**

**Acteurs :** Etat, Région, Syndicat des Transports d'Ile de France, communes et intercommunalités, transporteurs

**Résultat attendu :** encourager et permettre la libre circulation des personnes handicapées, facteur d'intégration sociale

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** évolution quantitative et qualitative de l'activité de PAM 77, nombre de points d'arrêts aménagés

## *Orientation n°5 – garantir la bientraitance et le respect des droits des usagers*

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a posé un certain nombre de principes fondamentaux garantissant à toute personne prise en charge l'exercice des droits et libertés individuels et notamment le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.

Prendre soin des personnes handicapées implique un certain nombre de mesures allant de la qualité de leur accueil dans les établissements et services, l'accompagnement des projets de vie, la formation des personnels, la mise en place de procédures et de bonnes pratiques professionnelles jusqu'au confort du bâtiment et la qualité des activités supports.

De même, l'information et la reconnaissance de la place des familles est importante et ne doit pas être occultée.

Les engagements qui relèvent de cette orientation concernent les actions 23 à 25

**ACTION N°23 – améliorer la qualification des professionnels** et notamment ceux qui interviennent à domicile et qui sont peu préparés à s'occuper des personnes handicapées

### **Moyens :**

- étendre aux personnes handicapées la mise en application de la convention signée le 18 avril 2008 entre le Département et la CNSA concernant la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile
- faire intervenir les établissements et services médico-sociaux, les réseaux spécialisés, pour dispenser de la formation
- ménager aux soignants des temps de parole, des temps de supervision dans les structures, des temps d'échanges interprofessionnels
- valoriser les personnels des services d'aide à domicile en leur donnant la possibilité de réaliser un véritable parcours de carrière, favoriser la mise en place d'un plan d'intéressement lié à la qualité de la prestation

### **Pilote : Département**

**Acteurs :** Région, Etat, CNSA, établissements et services

- **Résultat attendu :** améliorer la qualité des interventions auprès des personnes, valoriser et sécuriser les professionnels. Atteindre un taux de qualification des personnels (auxiliaires de vie sociale) égal ou supérieur à 25% à l'horizon 2013 dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** nombre de formations réalisées, démarches internes et externes d'évaluation des établissements et services, évolution du taux de qualification des personnels

**ACTION N°24 – mettre en place dans les lieux ouverts au public une charte d'accueil de la personne porteuse de handicap** pour prévenir les situations de maltraitance

**Moyens :**

- faire le lien avec les travaux de la Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant en situation de handicap dans les équipements de la petite enfance
- afficher dans tous les services et établissements des adultes handicapés le numéro national d'appel 39.77

**Pilote : Département**

**Acteurs :** Etat, membres de la CDAJE

**Résultat attendu :** instaurer une attitude de bienveillance dans les différents lieux où une personne handicapée est susceptible de se rendre

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** rédaction et diffusion de la charte

**ACTION N°25 – instaurer une grille commune d'auto-évaluation dans les établissements et services** dans le cadre de la démarche qualité prévue par la loi du 2 janvier 2002 et des travaux de l'Agence nationale d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux

**Moyens :**

- construire un outil de façon participative et concertée
- fixer une date butoir pour réaliser cette évaluation
- s'assurer de l'effectivité des droits des usagers (livrets d'accueil, contrat de séjour, projets individuels, forme de participation)

**Pilotes : Etat, Département**

**Acteurs :** établissements et services, Département

**Résultat attendu :** harmoniser les méthodes d'évaluation par la mise en place d'une grille unique, échanger sur les pratiques, engager une démarche continue de qualité d'accompagnement et de gestion des risques

**Calendrier :** avant fin 2011

**Critères d'évaluation :** élaboration et diffusion de la grille

**ACTION N°26 : intégrer le droit à la vie affective et l'accompagnement à la sexualité des personnes handicapées** en travaillant sur ce sujet avec les personnes handicapées, les familles, les professionnels

**Moyens :**

- inscrire ce droit dans le règlement de fonctionnement des établissements
- sensibiliser et former, accompagner le personnel et les résidents
- mesurer la notion de risques partagés
- délivrer des informations sur les expériences existantes par le biais d'un groupe ressources

**Pilotes : Etat, Département**

**Acteurs :** établissements et services

**Résultat attendu :** respecter le droit à la dignité et à l'intimité de la personne accueillie, faire évoluer les mentalités

**Calendrier :** durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** dans le cadre des règlements de fonctionnement des établissements

## *Orientation n°6 – élaborer et produire des décisions concertées adaptées aux besoins des personnes*

Le champ du handicap relève de compétences différentes et croisées qui nécessitent qu'une concertation soit établie en amont entre les différents intervenants afin d'introduire de la cohérence dans les décisions qui sont prises.

Il s'agit en l'occurrence de dépasser les logiques institutionnelles pour placer la personne handicapée au centre des préoccupations de chacun et d'adopter une démarche de négociation systématique entre l'Etat et le Département pour ce qui concerne les créations, extensions, restructurations d'établissements et services, projets d'établissements, modes de financements des établissements et services médico-sociaux.

Dans ce contexte, les CPOM constituent un outil de simplification pour les gestionnaires des établissements et pour les administrations. Ils induisent une plus grande réactivité eu égard à la prise en compte des besoins des personnes

### **ACTION N°27 – développer les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)**

Les CPOM déjà conclus avec des associations ont été négociés de façon séparée entre l'Etat et le Département.

#### **Moyens :**

- mener une démarche concertée Etat-Département pour l'instruction des futurs CPOM

#### **Pilotes : Etat-Département**

**Acteurs :** associations

**Résultat attendu :** poser un cadre juridique et financier, négocié en commun, aux associations signataires, anticiper l'avenir

**Calendrier :** dès 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** bilans quantitatifs et qualitatifs des CPOM signés sur cette période

### **ACTION N° 28 : poursuivre la dynamique de groupe pour la mise en œuvre du schéma**

Le travail d'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées a mobilisé de nombreux partenaires au sein des 7 groupes de travail.

Issus d'horizons très différents, ces partenaires ont apprécié de travailler ensemble. Ils ont appris à se connaître et à identifier les complémentarités susceptibles d'être établies entre leurs différentes activités dans un souci d'optimiser la qualité des services rendus aux personnes handicapées.

**Moyens :**

- inventorier les investigations supplémentaires à mener pour mettre en œuvre certaines actions du schéma
- identifier le nombre et la taille des groupes de travail à constituer et les partenaires à y associer
- organiser les réunions de ces groupes
- analyser les plans d'actions proposés par les pilotes pour assurer une réalisation effective et concrète du présent schéma

**Pilote : Département**

**Acteurs :** Etat, partenaires associés

**Résultat attendu :** entretenir une démarche de concertation autour des actions inscrites dans le schéma

**Calendrier :** dès la rentrée 2009 et sur la durée du schéma

**Critères d'évaluation :** mesure quantitative et qualitative de l'activité de ces groupes de travail

**ACTION N°29 : animer un groupe d'échanges pour suivre les évolutions législatives et réglementaires**

Un certain nombre de projets de loi en cours de préparation aura des incidences importantes sur l'organisation du secteur du handicap et son financement. Il convient de suivre de près ces évolutions pour en prévoir les incidences fonctionnelles et financières et faire remonter aux pouvoirs publics, le cas échéant, les difficultés d'application sur le terrain

**Moyens :**

- constituer le groupe de veille, déterminer sa composition et son mode de fonctionnement

**Pilote : Etat**

**Acteurs :** Département, MDPH, partenaires associés

**Résultat attendu :** actualiser les connaissances et faciliter la mise en œuvre des réformes à venir

**Calendrier :** dès la rentrée 2009 et sur la durée du schéma

**Critères d'évaluation :** nombre d'analyses réalisées

### **ACTION N°30 : Mettre en place un observatoire des populations, des besoins, des équipements**

Le pilotage éclairé de la politique du handicap repose sur une analyse statistique précise du profil des personnes handicapées du Département, sur une bonne connaissance des dispositifs, des différents réseaux et acteurs existants et sur un rapprochement entre l'offre disponible et la demande des personnes.

L'Observatoire constitue un outil indispensable pour mieux connaître le public handicapé repéré en tant que tel par le dossier de demande de reconnaissance et de compensation du handicap et pour analyser les réponses données par les acteurs institutionnels suite aux décisions prises par la CDAPH. La loi confie ce rôle à la MDPH

#### **Moyens :**

- délimiter le champ d'application de cet observatoire, ainsi que les modalités de fonctionnement
- évaluer les moyens humains et techniques nécessaires
- définir les différentes étapes de la mise en place de cet outil

#### **Pilote : Département**

**Acteurs :** MDPH, partenaires associés



**Résultat attendu :** donner aux pouvoirs publics les moyens de mieux connaître le public et de définir une véritable stratégie de réponse aux besoins des personnes handicapées du Département

**Calendrier :** dès la rentrée 2009 et sur la durée du schéma départemental

**Critères d'évaluation :** production de statistiques et de tableaux de bord

## **4 - LE LIEN AVEC LE PLAN D' ACTIONS HANDICAP INTERNE AU CONSEIL GENERAL**

Lors de sa séance du 21 novembre 2008, l'Assemblée Départementale a approuvé la mise en place d'un plan d'actions Handicap conforme aux objectifs de la loi du 11 février 2005 et concernant l'ensemble des domaines d'intervention du Département.

Ce Plan d' Actions peut se synthétiser de la façon suivante :

**emploi** : promouvoir l'embauche de personnes handicapées dans les services du Département et dans les structures d'insertion par l'économique, privilégier le recours aux ESAT dans les marchés de services,

**logement** : développer l'offre de logements accessibles et adaptables dans le cadre du 6<sup>ème</sup> Plan Départemental d'Actions pour le Logement des Personnes Défavorisées, du futur Programme Départemental de l'Habitat et des conventions d'objectifs signées avec les bailleurs sociaux et le PACT ARIM,

**bâtiments** : réaliser l'ensemble des diagnostics d'accessibilité des bâtiments et des collèges et programmer les travaux dans le temps,

**voirie et transports** : accompagner la mise en service de PAM 77, service de transport à la demande pour les personnes handicapées, étudier l'accessibilité des points d'arrêt des lignes Seine-et-Marne Express, prendre en compte les travaux des commissions communales ou intercommunales d'accessibilité en matière de voirie,

**politiques contractuelles** : intégrer la démarche handicap dans les politiques contractuelles du Département et faire de la réalisation des diagnostics et des travaux d'accessibilité une condition de financement des projets des communes ou intercommunalités,

**petite enfance** : favoriser l'accueil des enfants handicapés par les assistantes maternelles et les gardes d'enfants à domicile,

**éducation** : intégrer la démarche handicap dans la réflexion sur le collège du 21<sup>ème</sup> siècle, se préoccuper de l'accompagnement des étudiants handicapés,

**culture** : poursuivre la mise en réseau des référents de musée et valoriser leur travail de recherche, proposer une offre culturelle aux établissements et services pour personnes handicapées, promouvoir la dimension handicap dans la pratique artistique,

**tourisme** : intégrer la démarche handicap dans le schéma départemental du tourisme et intensifier la labellisation des sites,

**sport** : renforcer le partenariat avec les clubs sportifs et les équipes de très haut niveau, intégrer le sujet du handicap dans la prochaine conférence annuelle du sport

**environnement** : accroître l'accessibilité des espaces naturels sensibles et des chemins de randonnée,

**communication** : adapter les supports de communication du Département aux personnes handicapées visuelles, faire le lien avec l'Agenda 21.

S'y ajoute le domaine de la **Solidarité** qui n'a pas été traité dans le cadre de ce plan dans la mesure où il relève spécifiquement du présent Schéma départemental en faveur des personnes handicapées. Tout naturellement, un certain nombre d'actions qui seront pilotées par le Département, se retrouve dans ces deux documents d'orientation.

## **5 – LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION**

**Les objectifs posés par le présent schéma départemental en faveur des personnes handicapées sont ambitieux mais aussi pragmatiques. Leur réalisation relève d'un grand nombre d'acteurs et repose sur des compétences multiples. Si le Département est tout naturellement pilote de ce schéma, il ne dispose pas pour autant de la compétence légale de mener lui-même toutes les actions répertoriées. La mise en œuvre de ce document d'orientation sera conditionnée par la poursuite de la mobilisation de tous les partenaires et pilotes qui se sont impliqués dans la phase d'élaboration. Le suivi des actions et leur évaluation devront être réalisés de façon régulière et partenariale.**

### **5-1 le conseil consultatif départemental des personnes handicapées**

Co-présidée par le Préfet et le Président du Conseil général, cette instance est chargée de donner un avis et de formuler des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs. Elle sera réunie pour faire un bilan annuel de la mise en œuvre du schéma départemental.

### **5-2 le comité de pilotage**

Véritable instance « politique » de suivi de la mise en œuvre des orientations du schéma départemental des personnes handicapées, et d'évaluation de leurs résultats, ce comité sera réuni deux fois par an pour dresser l'état d'avancement des actions inscrites au schéma départemental.

Le comité de pilotage instauré pour l'élaboration du schéma départemental sera reconduit à l'identique. Il est composé de 4 élus de l'assemblée départementale, 4 représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, et des représentants des directions générales adjointes du Département.

Le suivi du schéma répondra à une volonté de communication envers les acteurs institutionnels du secteur du handicap et la population. Un temps fort de ce suivi consistera, à mi-parcours, à dresser un état d'avancement des mesures prévues. Si nécessaire, ce bilan présentera les éventuelles raisons d'une accélération ou d'un ralentissement dans leur mise en œuvre. Les perspectives pour la période à venir seront alors tracées.

## **LES ANNEXES**

- les membres du Comité de Pilotage
- les animateurs et co-animateurs des groupes de travail
- les participants aux groupes de travail
- les comptes-rendus de réunions
- Carte n°1 : les Sessad, Ssefis, Saaais
- Carte n°2 : les IME, IEM, ITEP
- Carte n°3 : les foyers d'hébergement, établissements et services d'aide par le travail
- Carte n°4 : les foyers de vie, centres d'accueil de jour, MAS, foyers d'accueil médicalisés pour personnes handicapées adultes au 31-12-.2008
- Carte n°5 : les SAVS, SAMSAH pour adultes handicapés
- Besoins recensés de places en établissements et services dans le département
- Le glossaire

## MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Les conseillers généraux :

- Monsieur Gérard BERNHEIM, 1<sup>er</sup> Vice-Président chargé des Solidarités, représentant le Président du Conseil Général,
- Madame Lydie AUTREUX, Conseillère Générale Déléguée, chargée des Personnes Agées et de la Santé Publique,
- Monsieur Didier TURBA, Vice-Président chargé des Finances,
- Monsieur François PERRUSSOT, Conseiller Général Délégué chargé de l'Enseignement Supérieur,
- Monsieur Jean-Paul GARCIA, Conseiller Général,

Les représentants des administrations et organismes :

- Madame Hélène JUNQUA, Directrice Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ou son représentant,
- Monsieur Philippe NICOLAS, Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle ou son représentant
- Monsieur Jacques MARCHAL, Inspecteur d'Académie ou son représentant
- Monsieur Hervé FRANÇOIS, Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales de Seine-et-Marne ou son représentant,
- Monsieur Pascal MARTIAL, Directeur de la Caisse Régionale d'Assurances Maladie ou son représentant,
  
- Monsieur Jean-Luc COMBE, Directeur Général des Services ou son représentant,
- Madame Christine BOUBET, Directeur Général Adjoint de la Solidarité ou son représentant,
- Monsieur Philippe DE GUIBERT, Directeur Général Adjoint de l'Environnement, des Déplacements et de l'Aménagement du Territoire ou son représentant,
- Monsieur le Directeur Général Adjoint de l'Education, de la Culture, du Tourisme de la Jeunesse et des Sports ou son représentant,
- Madame Florence LABIGNE, Déléguée Générale de l'Administration et des Ressources ou son représentant,
- Madame Christine DUPRE, Directrice de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou son représentant

## ANIMATEURS et CO-ANIMATEURS DE GROUPES DE TRAVAIL

NOM	ORGANISME	GROUPE
<b>Pascal BOIRIN (animateur)</b>	<b>DPAAH – conseil général 77</b>	<b>1</b>
Marie-France CADOT (co- animateur)	DDASS	1
<b>Adeline LEBERCHE</b>	<b>Inspectrice DDASS</b>	<b>2</b>
Sophie FRANCEZON (co)	DSPE – conseil général 77	2
<b>Guillaume QUERCY</b>	<b>Directeur adjoint MDPH</b>	<b>3</b>
Didier TOURNEROCHE (co)	Inspecteur de l'Education Natioale	3
<b>Françoise LE BRAY</b>	<b>DDE</b>	<b>4 sous-groupe A</b>
Malik BOUTORA (co)	Chargé étude Transports – conseil général	4 sous-groupe A
<b>Viviane MASSACRIER</b>	<b>DIH</b>	<b>4 sous-groupe B</b>
Philippe NICOLAS (co)	DDTEFP	4 sous-groupe B
<b>Dominique DELAVESNE</b>	<b>Directeur des sports et de la jeunesse</b>	<b>4 sous-groupe C</b>
<b>Françoise RAYMOND</b>	<b>Directrice-adjointe DPAAH</b>	<b>Groupe 5</b>
Stéphane REVERRE- GUEPRATTE (co)	Chargée mission DDASS	Groupe 5
<b>Dominique BARILLOT</b>	<b>Chef service SECQ</b>	<b>Groupe 6</b>
Virginie DAMION (co)	DDASS	Groupe 6
<b>Michel CHAMPEAU</b>	<b>MDPH</b>	<b>Groupe 7</b>
Marie-France CADOT (co)	DDASS	Groupe 7

## LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL

NOM DES INSCRITS	FONCTION	ORGANISMES	GRUPE N°
AICHOUBA Bernadette	Adjoint direction	AEDE Domaine Emmanuel	2
AJAVON Fabienne	Chef service	SAVS PH	2
ALIBERT Claude	Directeur	Plateau ressources « les Ormes » -	6
AMAR M.	Responsable maintien à domicile	CCAS Pontault Combault	5
ANDRIEUX Michel	Président	APEAAINE	1
ANGELES Martine	HANDISPORT		4 Sous-groupe C
ANTOINE Isabelle	Chef du service évaluation orientation	MDPH	6 + 1 + 4 sous-groupe A
AREIA Dulce	Directrice	AMIS	1 et 6
ARGENTIN Josée	Coordinatrice CDASE		2 et 3
ARINO M.	Chef de service	SESSAD La Sapinière	3
ASPE (d') Marie-France	Directrice	Foyer Becoiseau	7 et 6
BABOULAZ Frédéric	Directeur Adjoint	IME des Grands Champs – Amis de l'Atelier	3
BANCEL Tharshini	Chef réseau	SAMSAH-SAVS- SSIAD77	4 Sous-groupe B et 7
BANDINI Evelyne	Contrôleur	SECQ – DPAAH – CG 77	6
BARILLOT Dominique	Chef de service	SECQ – DPAAH – CG 77	1 + 5 + 6
BARON Elisabeth		ELAN/IPSIS	1 + 4 Sous-groupe B
BARON Fabienne	Directrice	ACI 77	4 Sous-groupe B
BARRATHIEU Adrien	Président	FNATH	4 Sous-groupe B
BARTHELEMY Erik.		RESIDENCE DES SERVINS (AEDE)- NANTEUIL les	4 Sous-groupe A

		MEAUX	
BELLOIS Laure	Chargée mission développement	Les amis de l'atelier	7
BERGOUGNOUX Sylvie	Conservateur	Musée des Pays de Seine-et-Marne	4 Sous-groupe C
BERIOU Géraldine	Chef du service tarification	MDPH	4 Sous-groupe A
BETOULAND Mme	Directrice	ITEP 77 Mosaiques	6
BEVILACQUA MME		APAJH IME La Tour	6
BING Bernadette	Directrice adjointe	CMPP ARIS	2
BISCHOFF Valérie	Directrice	ESAT	
BLONDEL Patricia	Médecin	CRP	2
BOIRIN Pascal	Directeur	Direction PA PH / CG77	1
BOISSY Gérard		CRAMIF CNAMTS	6
BONGRAND Eric	DG	Sésame autisme	1
BONNEAU Jean-Marie	Directeur	foyers de Vosves/Mortcerf résidences de la sauvegarde / ADSEA	6
BONNEAU Michèle	Responsable	CCAS Nanteuil les Meaux AASD Nanteuil	5
BOROWEC Claudine		Placement familial spécialisé 1 rue de l'Ecole 77157 EVERLY	5
BOTTEGAL Julile	Infirmière	LA GABRIELLE	2
BOUDET Jean	Administrateur trésorier	MAS « la maison du val de seine »	7
BOUDON Michel	Maire-adjoint	Commune de TRILPORT	4 Sous-groupe C
BOULET Laurence	IDE	Centre La Gabrielle	2
BOURGES Philippe		CRP Coubert	7
BOUTARIN M.	Chef service éducatif	IME Léopold Bellan	6
BOUTET-LIVALLERI Lionel M	DGA	Foyer Daniel Cuenot	5 et 6
BOUTURA Malik	Chargé d'études	CG 77	4 Sous-groupe A
BOUVIER Line	Psychologue	IME MAS Vercors	4 Sous-groupe B
BOYER Gérard	Directeur	CRPF Nanteau/Lunain	4 Sous-groupe A
BREUX Catherine	Directrice	SAVS SAMSAH Sud 77 – Les Amis de l'Atelier	5
BRIFFAUT	Directrice	SESSAD L'EVEIL – MELUN	3
BRIQUET Mickaël		PACT ARIM 77	5
BRITES Frédéric	Directeur	PACTARIM 77	1 et 6
BRUIANT Romaric	Directeur ESAT Elisa	ELAN IPSIS	4 Sous-groupe B et 5



BRUN Hermann	Conseiller municipal	CCAS MONTEREAU Fault Yonne	1 et 4 sous-groupe A
BRUNSWELLER Carole	Directrice	FHA SAMSAH – La Gabrielle – CLAYE- SOUILLY	5
BUGNET Jean-Marie	Représentant départemental	APF	1
BUI KHAC Michèle	Maire-adjoint	CCAS Bussy St-Georges	4
BURBAN Adeline	Travailleur social	MSA IDF	5 et 7
BURBAN Hervé		Résidence du Saule / SERRIS	6
BUREAU Serge	Directeur	Résidence Siméon (AEDE)	2
BUREL Isabelle		CAMSP « le chat perché »	3
CADOT Marie-France	Chef du service Handicap et dépendance	DDASS	1 + 3 + 6 + 7
CAILLE Valérie	Secrétaire	SCRS BTP 77	4 Sous-groupe A
CAMELOT René	Médecin coordonnateur	MDPH	2
CAMMAN Hubert	Président	UNA	1 et 5
CANITROT Corinne	Maire-adjoint	MAIRIE	3
CANO Jean-Michel	Vice-président	ASSAD RL	2 et 6
CAPPE Michel	Directeur	Domaine EMMANUEL (AEDE) –	1
CARDINET Gisèle	Présidente	association ENSEMBLE / OZOIR LA FERRIERE	5
CERUTTI P..	Responsable des aides	CAF	3
CHAIGNEAU Dominique	Présidente	ADAPEI 77 –	1 + 3 6 + 7
CHAMPEAU Michel	Chargé de mission développement des partenariats	MDPH	7
CHAMPIN Agnès	Infirmière	La Gabrielle claye- souilly	2
CHAPEL Nicole	Présidente	ASSAD RM –	1 + 2 + 4 + 5 + 6 + 7
CHAPELLE M.A.	Directrice	APEAAINE – foyer AISE Le Clos des Châtaigniers	1 + 2
CHARDON JC	Chef service	CHLMV de lagny sru marne	2
CHARPIN Alain	Chef des service	SESSAD IME de Chancepoix – CHATEAU-LANDON	7
CHAUSSON Christine	Directrice pédagogique	CRFI – ITEP	3

CHENVEILE Jean	Directeur	LA SITTELLE	3
CHERRAL Dr	Médecin psychiatre	IMED Fondation Hardy	2
CHEVALIER Sophie		SESAME AUTISME	3
CHOLLET Brigitte	Directrice	ETAPPH de Lagny/Marne	6
CLERGUE Christiane	Mission ASH	I A 77	3
COCAGNE Sophie	Médecin ORL	Montaigu	1
COLIN Michel	Chef de service adjoint	SECQ / DPAAH / CG77	5
CONNINK de Thierry	Directeur	AEDE Domaine du Saulle / SERRIS	4 Sous-groupe A
CORBET Martine	Chef de service	PRESTATIONS – DPAAH – CG 77	1
CORDIER Françoise	Chef service Gestion	DPAAH / CG 77	1 + 5 + 6
COURTINE Elisabeth	Maire-Adjoint	APAPH - Saint-Thibault	4 Sous-groupe A 4 Sous-groupe C
CROSNIER Elisabeth	éducatrice spécialisée	DPAAH MMS / CG77	6
CUISY Monique	Vice-présidente	ENSEMBLE	5
DAMION Virginie	Inspectrice	DDASS	6
DAPVRIL Martine	Directrice	Etablissement Médico- éducatif La Loupière BP 163	2 + 5 + 6
DARLOT François		IME APF Centre du Jard	4 et 7
DAVID Patrice	Directeur	SAVS/SAMSAH – APF	5 + 6
DEGROOTE Mme	Chargée de mission	Action sociale – ville de Pontault-Combault	4
DEKEYSER Christiane		Association ENSEMBLE	6
DEKEYSER Jean-Pierre		Association ENSEMBLE	6
DELANNOY JeanPierre	Directeur	EPMS du Provinois	1
DELAPLACE Alain		RETINA	4 Sous-groupe A
DELARUE Pascale	Stagiaire	SESSAD AMJ Fontainebleau	3
DELPECH Sylvette	Educatrice	APEAINE – foyer Aise – Le Clos des Châtaigniers –	2
DENOUAL Alain	Directeur adjoint	COS	7
DESERT GAËLLE		« Sport Toi bien »	4 Sous-groupe C
DESZCZ Nathalie	Directrice	CCAS de LESIGNY	3
DEVALLOIR Jean-Marc	Chef service	DGAS ASE	6
DIAKITE Bintou	Contrôleur	PRESTATIONS – DPAAH – CG77	5
DOREE Gaëlle	Responsable CCAS	Hotel de Ville	1
DUBOIS Françoise	Directrice des affaires sociales	Ville de Vaires/Marne	4 Sous-groupe C
DUBOIS Mme	Directrice pédagogique	IME	3

DUCASTEL	Directeur	IMED Fontenay Trésigny – fondation HARDY	2
DUFOUR Jean-Marie	directeur	CRP COUBERT	4 Sous-groupe B
DUFOURQ Benoit	Directeur	Centre de réadaptation UGECAMIF	1
DUPONT Mme		Fondation Poidatz	3 + 5 + 6
DUPRE Christine	Directrice	MDPH	1
DUPY Agnès		CGT	6
DURAND Carine		Fédé BTP	4 Sous-groupe A
DURAND Véronique	chef de service éducatif	Résidence les Charmilles Ozoir la Ferrière	6
DURANTEAU Habiba	Infirmière coordonnatrice	ASSAD RM SAMSAH – 2 ter rue René Cassin	2 + 5
ETIENNE Anne	Directrice	SAVS « au fil de l'ourcq »	5
FAHY Anne-Olina	Responsable de pôle à la MDPH	MDPH	3
FAUCHEUX Jean- Claude	Vice-Président	ADAPEI 77	1 + 6
FAULE Louissette	Attachée	PRESTATIONS – DPAAH – CG77	5
FAYE Marie-Agnès	Directrice	AFTAM MASEP COULOMMIERS	5
FERMIGIER Isabelle	Directrice	IME APJAH Marie- Louise /Montereau- Fault-Yonne	2 + 3
FEUGA Laëtitia		Villes de vaires/Marne	4 Sous-groupe B
FILOCHE Christophe	Directeur	CCAS de Chelles	5
FONTAINE Carole		Association « Sport Toi Bien » HAUTEFEUILLE	4 Sous-groupe C
FOINAT Josette	Contrôleur	SP – DPAAH – CG77	6
FOURCADE Nathalie	Chargée développement musées	SD-musées départementaux	4 Sous-groupe A
FOURNIER Fabien	Directeur	CCAS	1 + 4 sous-groupe B et C
FRANCEZON Sophie	Médecin	DSPE – CG 77	2 +3
FRATTI Georges	Membre du bureau	CODERPA	4 Sous-groupe B + 5 + 6
GAIRY Bernard	Directeur	OHE-PROMETHEE	4
GALLET Marie- Adélaïde		SSIAD de FONTAINEBLEAU	5 + 6
GAMBLIN Monique	Directrice	IEM	2
GANAYE Mme	Chef de service	SAVS de Marne la Vallée	5
GARD Michel	Conseiller municipal	Ville de vaux le pénil	4 Sous-groupe A

GAUDILLAT Isabelle	Responsable sport	COS Nanteau sur Lunain	4 Sous-groupe C
GAUTIER Catherine	Adjoint de direction	Foyer Villebouvet	6
GAUVAIN Jean-Michel		Mas « la maison du val de seine »	1
GEDIN Joëlle	Trésorière	APEDA 77	4 Sous-groupe B
GENESTIE Peggy	Médiatrice culturelle	Musée départemental stéphane mallarmé	4 Sous-groupe A
GERARD Chantal	Infirmière DE	SSIAD	5
GERVY Mme		UNAFAM	5
GERVY Yvon		UNAFAM 77	2
GETTLIFFE Ghislaine	Responsable	SESSAD	3
GILAVERT Sylvie	Directrice	SSIAD	5
GIRARD Véronique	Directrice pédagogique	Fondation E. Poidatz	3
GODU Mme	Educatrice spécialisée	IME Léopold Bellan	3
GOLDSCHMIDT Philippe	Directeur	Résidence Siméon / Coulommiers – AEDE	6
GOMES Pascale		ERSEH	3
GORISSE Anne		MSA IDF	7
GOSSEREZ Alain	Chef service éducatif	APAJH	4 Sous-groupe C
GRANDJEAN Philippe	Architecte	CAUE 77	4 Sous-groupe A
GROSYEUX Bernadette	Directrice Générale	Centre de la Gabrielle –	1
GUDIN Robert	Président	UDCCAS 77	4 + 6 + 7
Guilain Corinne	Chef de service	DOMICILE ACTION	5
HADDADI Louisa	Secrétaire	Association Pas à Pas	3
HADDOUCHE Mme	Responsable hébergement	SESSAD / CAJ	5
HAUET Mme		MAS Le Sorbier des Oiseleurs	6
HELLO Thierry	Directeur	S3AIS – association anne-marie Javauhey	3
HEMMERLE Bernadette	Contrôleur	PRESTATIONS – DPAAH – CG77	5
HENNEBELLE Bruno	Président	Association « Sport Toi Bien » HAUTEFEUILLE	4 Sous-groupe C
HENNEBIQUE Virginie	Sa	DDASS	5
HENNEQUIN Brigitte	Chef de bureau	Gestion / DPAAH / CG77	6
HERAULT	Président	SESAME AUTISME -	1 + 5 + 7
HERMANT Laure	Directrice	IME La Pépinière – 70 rue de l'Industrie	3
HEURTAUX Ch	Directeur adjoint	CIS Sud 77	4 Sous-groupe B
HINARD Jean-Yves		APEDA 77	3 + 4 Sous-groupe C
HOUDANT Sylvie	Directrice	CCAS Villeparisis	4 + 5

HOUDRY Mme		APAJH IME La Tour	6
HOURIEZ Catherine	Directrice	SESSAD APF	3
HUARD Sylvie	directrice adjointe	CRF – MEAUX	5
HUBERSON Marie-Thérèse	Directrice	IME CLAIREFONTAINE Arbonne la Forêt	6
HUET	Directeur	IMPRO « LA GLANEE »	1
HULIN Françoise	Docteur	DPAAH MMS / CG77	6
HUMBERT Marie-Claude	Administratrice	CAF 77	1
HURPY Jean Jacques	DGA	Résidence Idalion	1 + 6
IOCHEM Marie-Aude	COS chargée de mission		7
JACOB Pascal	Président	I=MC2	2 + 4
JACQUARD Claude	Directeur	CESAP MAS La Clé des Champs / Paris	5 + 6
JARRY Solange	Directrice	SESSD APF Dammarie les Lys	2
JICQUEL M.	Président	CPRH	1
JOUSSE Sandrine	Responsable action sociale	Logement SAVIGNY LE TEMPLE	4 Sous-groupe B
JUSTINE Danièle	Enseignement référant de la scolarisation	Education Nationale	3
KUBIK Gilles	Directeur	Résidence des SERVINS (AEDE)	1
LACASSAGNE Carole		Association PASAPAS	1 + 3
LACHAUX Sandrine		DAC	4 Sous-groupe C
LACOTE Jean-Jacques	Responsable de service	SESSAD Fondation Hardy	3 + 4 sous-groupe C + 7
LALARME Béatrice	Responsable pédagogique	IME Léopold Bellan La Sapinière – ECUELLES	2 + 7
LAMOTHE Yvan	Directeur Général	Les Amis de Germenoy – MELUN	1
LANCA-SERPE Myriam	chef service	DPAAH MMS	7
LANCHAS José		CFDT – OHE PROMETHEE	7
LAURENT M		Résidence de la Dhuis DAMP MART	6
LAVEAU Marie-hélène	Directrice générale	ADAPEI 77	1 + 3 + 6 + 7
LE BRAY Françoise	Correspondante accessibilité	DDE	4 Sous-groupe A
LE FEVRE Sylvie	Chargé d'études	DPAAH	1 + 6
LE GALL Serge	Président délégué	UNAFAM	1 + 6
LE ROCH Hervé		CRP COUBERT	5
LEBERCHE Adeline	Inspectrice	DDASS	2

LECAT Sophie	Sous-directrice des musées	DAPMD	4 Sous-groupe A 4 Sous-groupe C
LEFEVRE Hélène	Infirmière coordinatrice	SSIAD de l'Auxence 77520 DONNEMARIE-DONTILLY	5
LEFRERE Max	Directeur	MAS Vallée du Lunain / Nanteau/Lunain	6
LEGENNE Jean-Luc		MAS « la maison du val de seine »	6
LENGLET Laëtitia		UGECAM ile de France / CRP	1
LEPORC Bernadette		CAF	7
LIABEUF Bernadette	Médecin	Education nationale 77 – 20 quai Rossignol	2
LIEURAIN Patrick	DG	Villebouvet	1
LIVERNEAUX	Chef service	ASSAD RM	5
LLECH Colette	Maire-Adjointe	Vaux le Pénil	4 Sous-groupe A
LOUZY Thierry	Adj direction	Résidence du Chêne / Guignes –AEDE	7
LUGAN Catherine	Bénévole	FNATH	4 Sous-groupe B
LYONNET Annick	chargée de l'accueil familial	DPAAH MMS / CG77	5 + 6
MAHY Mme	Directrice	IME	6
MAIRE Mme.		IEM FP APF Centre du Jard –	5
MARCHENAY Marcellin	Cadre de la direction	CCAS de Chelles	4
MARCISSET Marie Odile	Directrice	LE REVERDI	3
MARCISSET Modile	Directrice	LE REVERDI	6
MARY Michel	Chef de service	ADSEA 77 Logis formation	3
MARY Michel	Chef de service	Logis formation	4 Sous-groupe B
MASRI Patrick	Directeur	SSEFIS Laurent Clerc	
MASSE Alain		ADAPEI 77 –	3
MASSON Carole		Foyer de vie APF Pierre Floucault – Meaux	6
MAURIZE Nathalie	Membre	CDCPH – CFDT	4 Sous-groupe B
MEYER Dominique	Président	CPRH – Lagny/Marne	1
MICHEL Dominique	Directrice	IME l'Envolée	3
MICHENOT Sabrina	Responsable action sociale 77	MSA IDF	1
MILLET Edith	Chef bureau	Gestion / DPAAH / CG77	5
MOLLIEN M.	Chef de service	CAJ	6
MONARD Patrick	Directeur	Foyer Idalion Combs la	4 Sous-groupe A

		ville	
MONNIER	Monsieur	UNAFAM 77	3
MONNIER M.		UNAFAM 77	7
MONTAGNE Odile	Maire-adjoint chargée des solidarités	Ville de CESSON	4 Sous-groupe A 4 Sous-groupe C
MOREAU Fabienne	Directrice	ELAN IPSIS	2 + 3
MOUNOT Marie-José	Directrice	IME Léopold Bellan La Sapinière 24 route de Montarlot	1 + 2 +3 + 4 + 5 + 6
NEPVEU M.	Directeur	CCAS	5
NISSOLLE Anne	Chargée de mission	PACT ARIM	4 Sous-groupe A 4 Sous-groupe B
NOIRMAIN Nadia	Référent insertion professionnelle	MDPH 77	4 Sous-Groupe B
OLIVEIRA Anabela	Directrice	INITIATIVES 77	3
LOUDART Marie-Christine	Représentante du Conseil	CPAM	3
OVIGNY Bruno	Chargé de mission	CAT Val d'Europe – AEDE	4 Sous-groupe B
PACE Laëtitia	Coordonnateur		3
PALISSON Pascal	Chef de service IMPRO	IME de Chancepoix – CHATEAU LANDON	4 Sous-groupe B
PAQUES Mme	Directrice pédagogique	SESSAD Hardy IME Léopold Bellan	3
PARENT Daniel	DG	COS	1
PARFAITE Christian	Directeur IME	Mas Vercors	2 + 6
PEAN IGOULEN Nicole	Directrice	IME du Château de Villers	3
PERAZZONE Chrislaine	Directrice adjointe	CMPP – ARIS – 4 rue Edouard Branly – MELUN	2
PERON Caroline	Chef de service adjoint	PRESTATIONS – DPAAH – CG77	1 + 7
PERRI Jean		ESAT « les Ateliers Braytois »	4 Sous-groupe B
PETERSCHMITT David	Directeur	SAMSAH de l'Yerres	5
PEYROT Madeleine		UDCCAS	2 + 5
PIN Jean-Michel		UNA	5
PINSON Carol	Directrice	ASSAD RM	1 +7
PLOUZENNEC-MOSSER	Directrice adjointe	CAMSP « le chat perché »	2
POISSON Geneviève	vice-présidente	CRF	5
PREVET Pierre		UNAFAM	4 Sous-groupe B + 5
PRIVE Anne-Marie	Responsable départemental	CRAMIF	5 + 7

PROST DE Marie-Pierre	Sce mode d'accueil	DGAS DSPE	3
PUIG José	Directeur	Association I=MC2 – CHESSY	5
PUIG Sophie	Contrôleur	SP – DPAAH – CG77	6
PUJOL Jean-Luc	Directeur	IME des Grands Champs – Amis de l'Atelier	2 + 7
QUERCY Guillaume	Directeur adjoint	MDPH	3
QUERCY Guillaume	Directeur adjoint	MDPH	5
QUESNEY Paul	Formateur ASH		7
RAYMOND Françoise	Directrice-adjointe	DPAAH / CG 77	1 + 5 + 6
RECIO MME	Maire-adjoint	Ville de Vaires/Marne	4 + 5
REVERRE-GUEPRATTE Stephanne	Inspectrice ppale	DDASS	2 + 5
REYDY Anne-Sophie	Directrice adjointe	MEDIATHEQUE	4 Sous-groupe C
REYNAUD Mme	Chef de service	APF Foyer Combs la ville	4 Sous-groupe B
RICHARD Michèle		Résidence du Saule – AEDE - SERRIS	5 + 6
RICHARD Pierre	membre du bureau	CODERPA	7
RIVIERE Claude	Directeur	SESSAD Envolée AMJ	3
ROBLAIN Maurice	Directeur pédagogique	IME de CHANCEPOIX -	3
ROSALA Mme		APF Centre du jard	7
ROSSIERE-ROLLIN M.	Inspecteur	INSPECTION ACADEMIQUE	4 Sous-groupe B
ROUGEYRON Christian		ANPE	4 Sous-groupe B
ROUMEAS Agnès	Directrice	foyer Bougligny – BOUGLIGNY – les Amis de l'Atelier	6
ROUSSEL	Directrice adjointe IEM	Fondation Poidatz – St-Fargeau Ponthierry	7
ROUSTEL François	Directeur	CRF – UDG de Villepatour	6
ROUX Bernard	Président	CRF 77	4 Sous-groupe B
ROZOT Roger	Adjoint au maire	Hôtel de ville	1 + 3
RUCHAUD Maryline	Directrice	SESSAD Clairefontaine	2
RUCHAUD Maryline	Chef de service	SESSAD Clairefontaine	3
SAISON Isabelle	CSESF		4 Sous-groupe B
SALEMBIER Catherine	Chef service coord ad et tourisme	DGAE / CG77	4 Sous-groupe C
SAUZET Gérard	Directeur	Centre de Vie PASSERAILE / MAGNY LE HONGRE 45 rue du Bois de la Garenne 77700 MAGNY	4 Sous-groupe B



		LE HONGRE	
SEGURA Isabelle	Directrice	UNA	1
SEGURET mme	Chef de service éducatif	IME Léopold Bellan SESSAD Ib un Relais pour demain à Melun	7
SERANTES Maud	CNEF Service	APF	7
SFAXI Maryse	DGA	Ville de Dammarie les Lys	6
SIMEON Patricia	Adjointe de direction	SAVS SAMSAH	1
SIREIX Christian	IEN	ASH Nord	3
SIRHUGUES Gérard	Chargé de mission	INSPECTION ACADEMIQUE 77	1 + 3 + 7
SIRVENT Annie	Directeur-adjoint	DDTEFP	1
SOFFIATI Maryse	Responsable de service	Ville de VAUX LE PENIL	4 Sous-groupe A
SOLET Bernard	Directeur	Les Charmilles	1
SOLONEL Perrine	Directrice	Associaton Langage et Intégration	1
SOUPIN Martine		Domicile Action	5
SPESSATO Marielle		PRO-METIERS	4 Sous-groupe B
STEINSCHNEIDER Solange	Maire-adjoint -	NANTEUIL LES MEAUX	4
STOEFFLER Marie- Odile	Directrice	IME de Chancepoix – CHATEAU-LANDON	6
SUARD Catherine	Directrice vie sociale	CCAS Dammarie les Lys	7
SUHAS Mélanie	Directrice	Délégation départementale APF	4
TAIF Mme			3
TAILLEBOIS Maryse		Sport handicap	4 Sous-groupe C
TARDY Cédric	Représentant éducateur spé	USD CGT – IME Chancepoix	4
TASSON Geneviève	Directrice	SSESAD APF MONTEREAU FAULT YONNE	7
TATINCLAUX Nathalie	Directrice	CCAS Lagny/Marne	4 + 5 + 7
TAVA N Jean-Michel	DG	ADSEA	1
TAVAN Frédérique	Directrice	Foyer de vie « Le Clos Jollet » - 20 rue Etienne Trétat 77170 COUBERT –	2
TAYAR M.		IME FP APF Centre du Jard -	3
TESSARI Anna	Directrice du SESSAD ATESSS	Association ARIS	3

THEUREAU Bernard	Chargé de mission	INITIATIVES 77	4 Sous-groupe B
THIERRY Thérèse	Chargée de développement transversal	INITIATIVES 77	4 Sous-groupe B
THIREAU Jean-Marie	Directeur	ESAT Foyer les Maronniers / Villenoy	6
TORRENT François		MUTUALITE FRANCAISE	4 Sous-groupe A
TOURNEROCHE Didier	Inspecteur	Inspection Académique	3
TRANO Reine			6
TREMBLAY Coralie	Inspectrice	DDASS	6
TURBA Didier	Vice-Président / Conseil général	Président CDAPH	1
TURIN Annie	Directrice	Résidence du Chêne (AEDE)	2 + 6
VAISSET François	Chef service IMP	IME de CHANCEPOIX	1
VALENTIN Sylvie	Adjoint délégué prise en charge pédagogique	UGECAM Pôle ITEP	3
VAN ROOIJ Sabine	Infirmière chef	La Gabrielle	2
VENAULT Jean-Pierre	DG	Association Anne-Marie Javouhey	2 + 3
VERCLOS de Myriam	Chargée de mission organisation qualité	MDPH	7
VERNET Alain Dr	Médecin-inspecteur	DDASS	2
VERTEUIL Christiane		MAS « la maison du Val de Seine »	5
VIALA Martine	Chargée de mission		4 Sous-groupe B
VIALA Serge	Membre CDCPH	CFDT	7
VIAULT Isabelle	Contrôleur	SP – DPAAH – CG77	6
VIDELIER Geneviève	responsable pôle séniors	CCAS Dammarie les Lys	5
VILETTE M.		IEM APF Centre du Jard / Voisenon	6
VILETTE Thierry			4 Sous-groupe B
VINCENT Catherine		Foyer APF Résidence de Sénart	6
VINCENT M.	Educateur technique chef	IME Léopold Bellan	4 Sous-groupe B + 5
WATIER	Directeur	Fondation POIDATZ St-Fargeau Ponthierry	2

## COMPTE RENDU DE REUNIONS

### Groupe de travail n°1 bilan du schéma 2004-2008 et perspectives

Cette première réunion était co animée par Pascal Boirin, directeur des Personnes Agées/Adultes Handicapées à la Direction Générale Adjointe de la Solidarité au Conseil Général et par Marie France Cadot, chef du service Handicap et Dépendance à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Ordre du jour :

Arrêter la liste des participants

Débattre des thèmes de travail

Concernant les participants, 26 personnes étaient présentes sur 46 personnes inscrites, 1 personne était excusée.

Un tour de table général a été effectué permettant à chaque personne de se présenter, de présenter sa structure et de définir ses attentes par rapport au groupe de travail et au futur schéma départemental des personnes handicapées.

De ce tour de table, il résulte que les attentes portent sur :

- la clarification du rôle de chaque structure et du public qui y est accueilli pour une meilleure visibilité et des choix d'orientation plus adaptés
- la recherche des complémentarités et des passerelles, pour un développement du partenariat, un moindre isolement de certains établissements notamment en milieu rural,
- une meilleure évaluation des besoins pour une meilleure définition des parcours de vie,
- la définition d'une démarche qualité au service de la personne, qualité d'accompagnement, évaluation institutionnelle, définition des meilleures stratégies, couverture optimale du Département

Pascal Boirin introduit ensuite la réunion en indiquant que le nouveau schéma est l'occasion de faire un inventaire du « qui fait quoi », et de réaliser un document unique d'informations Etat-Département-MDPH, de clarifier les services existants pour définir ceux qui seront à créer, cela en tenant compte des établissements déjà autorisés qui verront le jour lors du prochain schéma, en lien avec le PRIAC.

Doit-on reproduire le même type de structures alors que les besoins évoluent ?

Pour éviter des inégalités de traitement d'une personne handicapée à l'autre, l'UAS doit elle

être le territoire de référence ou d'autres bassins de vie sont ils à identifier ?

Marie France Cadot insiste sur la nécessité de faire émerger la notion de territoire en lien avec la future organisation qui sera celle de l'Agence Régionale de la Santé. Il s'agira de faire reconnaître la spécificité du Département au delà des données quantitatives.

Elle propose de revenir sur les 11 orientations du précédent schéma départemental.

Faut il les abandonner ou au contraire repartir de ces orientations qui concernaient les personnes adultes, pour aller plus loin ? Il faut également y ajouter les orientations concernant le secteur des enfants handicapés.

### **Constats, identification des besoins**

#### **Première partie de la réunion : les adultes handicapés.**

**Orientation 1** : diversifier et assouplir les modes de prise en charge : travail à temps partiel en ESAT, accueil de jour, accueil temporaire, services d'accompagnement.

- **Le temps partiel en ESAT existe mais il est nécessaire de compléter cette orientation par des temps en centres d'accueil de jour pour une meilleure socialisation de la personne handicapée en dehors du temps de travail, ce qui nécessite un accompagnement plus lourd. Pour cela, Il y est nécessaire d'une part d'instaurer une meilleure coopération, coordination entre les différents partenaires, d'où le renvoi à la notion de territoire et d'autre part, de prendre en compte le coût supplémentaire que représente cet accompagnement renforcé.**
- La notion de parcours de vie est importante, par exemple, réfléchir à la notion de logements adaptés, plus ou moins regroupés, les articulations avec le secteur sanitaire, les transports. Pour cela, il est bien sûr nécessaire de connaître tous les outils existants. C'est l'objet du progiciel mis en place par le Département de la Savoie qui enregistre les orientations données par la MDPH.
- L'accueil temporaire n'a pas connu un engouement important. Il ne peut être qu'un complément de prise en charge (séjours de répit, de distanciation..). L'accueil temporaire va de pair avec l'idée de plate-formes d'accompagnement, à savoir plusieurs types de services existants s'adressant à des personnes handicapées et avec un travail en réseau.

Les Mas ont mis en place quelques places d'accueil temporaire, cela modifie leurs pratiques et les ouvrent sur l'extérieur. Cela permet également aux personnes qui vivent encore à domicile d'attendre dans de meilleures conditions une place en établissement.

Les familles connaissent peu ce mode d'accueil et y font peu appel. Un logiciel de gestion des places adultes a été mis en place par la DDASS mais les établissements ne l'alimentent pas. En tout état de cause, il s'agira dans l'avenir moins de créer des capacités nouvelles que de restructurer les établissements existants et donner de la souplesse de fonctionnement, ce que permet la législation actuelle.

La notion de territoire renvoie à l'échelle de la Région avec la réforme des ARS. Or, il faudra définir la notion de territoire, par rapport à l'organisation sanitaire, aux transports, à l'emploi . La notion de territoire doit se définir à partir des services dont on a besoin pour définir un bon parcours de vie. Même au prix de faire évoluer les établissements et services.

**Orientation 2 :** le Site pour la Vie Autonome. Prémice de la PCH pour favoriser le maintien à domicile. Il a disparu avec la création de la MDPH.

**Orientation 3 :** diversifier et assouplir les décisions d'orientation. Cette orientation renvoie au fonctionnement des CDES et COTOREP. La loi a changé avec la MDPH et la CDAPH.

**Orientation 4 :** créer une coordination Etat – Département et simplifier les financements.

- Cette coordination a été mise en œuvre pour la réalisation des objectifs du schéma départemental. Le CDCPH n'a pas bien fonctionné car trop lourd. Le rapprochement Etat-Département a été opéré sur le secteur adulte, les dossiers présentés en CROSMS l'ont été conjointement.
- Le financement par l'aide sociale départementale a été modernisé ; un nouveau règlement départemental sera présenté au Conseil Général d'ici la fin de l'année. Un CPOM a été signé avec l'ADAPEI qui permet, pour un premier établissement de cette association, à la personne handicapée (ou à son tuteur) de verser directement sa participation à la structure d'accueil en limitant le décalage dans le temps. Le département lui règle l'aide sociale nette. Ce type de contrat s'inscrit dans la durée avec des objectifs à moyen terme.

**Orientation 5 :** adapter les établissements et services au vieillissement des personnes handicapées. Les foyers de vie ont été médicalisés pour prendre en compte la dépendance. La question se pose des personnes qui vieillissent à domicile avec leurs parents, réalité à prendre en compte.

**Orientation 6 :** améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées.

- Il s'agit de mieux organiser les relations entre les structures sanitaires et les structures médico-sociales.

A la faveur d'ouverture d'établissements, des relations avec le secteur sanitaire ont été tissées

dans le cadre de conventions.

Les 23 et 24 octobre, la Haute Autorité de Santé organisera des auditions publiques sur ce thème qui sera spécifiquement traité dans le groupe n°2.

- Cette orientation traite également du retour en Seine-et-Marne des personnes placées dans des établissements belges. Il y a aujourd'hui moins d'enfants et adultes placés en Belgique qu'il y a 5 ans. Le retour n'est pas souvent souhaité par les familles et de plus, il n'existe aucun moyen de savoir combien d'enfants sont concernés. La CPAM ne peut donner le chiffre, les IME belges n'accueillent plus après l'âge de 20 ans et renvoient les jeunes majeurs en Seine et Marne. Les promoteurs d'établissements ne prennent pas en compte ces besoins qu'ils ne connaissent pas. Il s'avère donc nécessaire de se doter d'un outil de suivi.

**Orientation 7** : observation, suivi, orientation du secteur médico-social. Cela renvoie aux travaux du groupe 7. Aucune avancée sur ce thème jusqu'à présent.

**Orientation 8** : faire reconnaître le rôle régional du Département. Cette orientation vise t elle l'accueil des non seine et marnais. L'hypothétique disparition des Départements est elle à prendre en compte ?

**Orientation 9** : accroître et adapter l'offre de formations sociales et médico-sociales. Un travail important a été réalisé entre l'IRTS, L'ANPE, l'ASSEDIC en termes de formation de demandeurs d'emplois à occuper ces métiers, notamment celui d'Aide Médico-Pédagogique. Les départements de Seine-et-Marne et du Val de Marne sont novateurs. Une fiche de capitalisation d'expérience serait opportune. Il serait intéressant de reprendre ce thème dans un des groupes de travail.

Par ailleurs, la réforme de l'AAH qui implique qu'une évaluation de l'employabilité de la personne soit effectuée avant l'attribution de l'allocation va accroître les besoins d'évaluation de la MDPH qui s'en inquiète.

**Orientation 10** : promouvoir la qualité des prises en charge

- La prévention et la lutte contre la maltraitance renvoie au groupe 6 « vie en établissements et services de suite ».
- La qualité de l'accueil en établissement renvoie à la charte de la personne accueillie, également au groupe 6

**Orientation 11** : mieux accompagner les parcours d'insertion professionnelle en milieu ordinaire, renvoie au groupe 4 accès à la cité et à la vie sociale, sous groupe B emploi et logement.

**Deuxième partie de la réunion : les enfants handicapés**

**Marie France Cadot indique qu'il n'y a aujourd'hui plus de schéma mais un plan pluriannuel 2004-2008 qui comporte plusieurs orientations.**

**1 – révision de 30 établissements** pour une prise en charge plus souple et plus diversifiée afin de répondre aux besoins des familles. Ces établissements étaient plutôt des grosses structures en milieu rural, accueillant plutôt des enfants déficients intellectuels légers ou moyens.

**2 – répondre aux enfants sans solution à domicile.** « Comment faire mieux avec autant » ou un travail sur les projets d'établissement, l'émergence de réponses à un plus grand nombre d'enfants. Ce secteur s'est montré très réactif et mobilisé, par exemple 5 unités pour enfants autistes ont été créées.

S'agissant des enfants polyhandicapés, la restructuration des établissements est plus difficile. La création de nouvelles structures s'impose.

De même que la création de petites unités dans les IME autour de cas individuels (handicaps rares, par exemple handicap sensoriel associé à polyhandicap).

**3 – intégration scolaire et soutien à domicile**

**500 places de SESSAD ont été créées pour une meilleure couverture géographique et un rééquilibrage départemental tous types de handicaps confondus.**

Ce plan a été mis à jour en 2006 Il en est résulté les orientations suivantes :

**4 – optimiser l'équipement départemental** en poursuivant le rééquilibrage nord-sud des IME +SESSAD sans oublier les zones rurales. De nouveaux SESSAD ont été créés ainsi que des capacités nouvelles d'accueil en faveur d'enfants et d'adolescents polyhandicapés.

**5 – négocier des contrats pluriannuels d'objectifs** concernant l'accueil des enfants au plus près du domicile des parents, en lien avec la MDPH, la réduction de places en internat, l'offre nouvelle de capacités d'accueil pour les enfants handicapés sensoriels qui nécessitent une réflexion particulière dans le cadre du schéma car ces enfants sont scolarisés plus longtemps que les autres et doivent pouvoir continuer à l'être.

De même, doivent pouvoir se développer des modes d'accueil alternés IME – établissement scolaires ordinaires, en alternance par semaine ou par journée.

Enfin, deux catégories de problèmes sont pointées, celle des enfants qui ont des troubles du comportement susceptibles de les amener à basculer dans la délinquance et qui engendrent un besoin d'évaluation approfondi, et celle des adultes handicapés avec enfants qui nécessitent un travail avec l'ASE.

## **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

### **Informations complémentaires :**

- réaliser par établissement et service un état chiffré des personnes accueillies ou suivies par types de handicaps sur la base d'un référentiel commun
- identifier dans chaque ESAT les temps partiels demandés par la personne handicapée ou provoqués par la famille et/ou l'établissement
- se renseigner sur le logiciel MDPH du Département de la Savoie.

### **Etudes de fond**

- définir ce qu'est une plate forme de services pour faciliter l'élaboration des projets de vie.
- Définir la notion de territoire en fonction de la réflexion précédente
- Mener une réflexion sur les enfants déficients sensoriels, accueil + accompagnement
- Mettre en place un groupe de travail autour des enfants qui ont des problèmes de comportement piloté par la MDPH et la DDASS

### **supports techniques**

- Se doter d'un outil de suivi pour les enfants hébergés en Belgique
- Elaborer une fiche de capitalisation d'expériences pour l'offre de formations sociales et médico-sociales

### **Renvoi aux autres groupes du schéma pour :**

- L'accès aux soins des personnes handicapées, groupe 2
- L'observation, le suivi, l'orientation, groupe 7
- La qualité de l'accueil et des prises en charges en établissement, groupe 6

**Associer des experts : l'ASE concernant les parents handicapés qui ont des enfants**



professionnel. D'où une dynamique créée par l'accueil de population très différentes.

On retrouve ainsi l'idée de la plate-forme de services qui doit également être mise en lien avec les établissements sanitaires et ceux relevant de l'Education Nationale. S'agissant du lien avec le secteur hospitalier, la DDASS ne délivre plus d'autorisation d'ouverture de MAS si un conventionnement entre les deux institutions n'a pas été signé.

Des interrogations sont enfin lancées quant au devenir des ESAT qui vont être inclus dans le champ d'action des ARS, ce qui paraît à première vue contraire à l'affichage d'intervention dans le champ professionnel

**Sur un plan général, les membres du groupe de travail s'interrogent sur la cohérence des informations qui viennent d'être données avec les annonces de création de places effectuées au niveau national,**

soit 5 000 places nouvelles pour les personnes handicapées auxquelles s'ajoutent des moyens supplémentaires concernant quelques handicaps bien ciblés, comme l'autisme.

Le plan national se décline au niveau régional dans le cadre du PRIAC puis au niveau départemental dans le cadre d'un partenariat entre l'Etat et le Département.

Le PRIAC constitue donc le cadre de référence pour la programmation des équipements et des services.

Les projets instruits par les services de l'Etat et du Département et présentés conjointement devant le CROSMS, intègrent le PRIAC dès lors qu'ils sont autorisés.

Le PRIAC établi sur la période 2008-2012 est un document « glissant » chaque année afin de permettre l'articulation des financements.

Le CROSMS perdure en 2009 mais il est prévu qu'il disparaisse en 2010 avec la création de l'Agence Régionale de la Santé. Une procédure d'appel à projets devrait alors être mise en place et se substituer au mode actuel d'instruction des projets présentés par leurs promoteurs



## COMPTE RENDU DE REUNION

## Groupe de travail n°2, diagnostic et accès aux soins enfants et adultes

### La première réunion du 14 octobre 2008

Elle était co-animée par Adeline Leberche, Inspectrice au Service Handicap et Dépendance de la DDASS et Sophie Francezon, chargée de mission Protection, Prévention Infantile à la Direction de la Santé et de la Petite Enfance du Conseil Général

Adeline Leberche introduit la réunion en indiquant que les réunions de ce groupe de travail devront permettre de définir les attentes et les objectifs poursuivis en opérant un état des lieux de l'existant et en avançant des propositions. Celles ci ne pourront prétendre régler toutes les problématiques et leur faisabilité devra être examinée par les membres du groupe.

### Constats, identification des besoins

L'état des lieux porte sur les questions suivantes :

- **difficulté et complexité de communication entre tous les intervenants du secteur libéral et du secteur hospitalier** : usagers avec les praticiens, praticiens entre eux,
- **difficulté d'accéder aux soins** qui peuvent être de deux types : soins liés à un projet de vie pour gagner de l'autonomie, soins inhérents à la pathologie qui devraient être limités au strict nécessaire pour ne pas gêner le projet de vie.
- **Déficit d'offre de soins dans le secteur sanitaire**, les praticiens libéraux et le personnel hospitalier ( notamment aux urgences : *ex l'enfant autiste ne communiquant que par pictogramme*) ne sont pas préparés à l'accueil d'enfants handicapés, le secteur hospitalier accueille difficilement des personnes ayant des troubles psychiatriques en situation de crise, les établissements ont du mal à recruter certains personnels (orthophonie...) et à organiser les parcours de soins.
- **Difficulté à organiser le parcours de soins** qui serait lié , outre le déficit de l'offre de soins à un déficit de communication des structures avec les libéraux , et à un relais difficile à organiser avec le secteur de la psychiatrie

3 problèmes importants sont soulevés :

- **l'écart des revenus** entre le secteur libéral et le secteur médico-social. Faute de pouvoir recruter, les structures font appel à des praticiens libéraux locaux dont le coût d'intervention diminue les possibilités de recourir à ce type de service, avec de plus des problèmes de coordination avec les libéraux
- **la difficulté de définir la globalité des besoins** dans le cadre d'un projet de vie : accès aux soins courants (soins dentaires par exemple), mais aussi coiffure, soins esthétiques, prise en charge des transports ( le terme « soin » n'est pas pris au sens restrictif de soin médical , mais au sens global de global de « réponse aux besoins de santé »
- **les soins d'urgence**. Faute de moyens, le système hospitalier ne peut gérer la prise en charge de situations d'urgence si les personnes handicapées ne sont pas accompagnées par une structure.

S'il s'agit d'enfants, les parents réalisent souvent cet accompagnement. S'il s'agit d'adultes, l'institution est démunie et abandonne parfois.

Il est cependant pointé la situation des enfants placés à l'Aide Sociale à l'Enfance dont les soins ne peuvent être engagés qu'après autorisation et démarches longues à réaliser alors que l'on se trouve parfois dans des situations d'urgence (soins dentaires).

L'accès aux médicaments est difficile en institutions qui n'ont pas toujours la possibilité de disposer d'infirmiers. Il est fait référence à la jurisprudence du Conseil d'Etat qui doit permettre cet accès, à l'exemple de l'Education Nationale où d'une façon très encadrée, ce sont les enseignants qui administrent les médicaments aux enfants malades scolarisés.

**Le travail de liaison entre les praticiens ne se fait pas** et ne fonctionne que sur la base de relations personnelles des institutions avec certains médecins. Au moment de l'admission, les éléments de diagnostic sont souvent absents.

(cependant il est pointé qu'il n'est pas nécessaire de connaître le diagnostic : ce qui est nécessaire c'est la connaissance des besoins de l'enfant)

Les membres du groupe ressentent donc la nécessité d'établir des liens entre le secteur social et le secteur hospitalier pour éviter « le morcellement » de l'enfant.(idée évoquée d'une personne tierce qui coordonne le parcours de soins de l'enfant)

Ils pointent également **l'importance du diagnostic précoce et de la relation des professionnels de la petite enfance avec les parents** pour éviter que ceux ci soient dans le déni des difficultés de leur enfant et méconnaissent les possibilités de prise en charge qui leur sont offertes.

La Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant pilotée par le Conseil Général réfléchit à la création d'un outil dont les parents seraient les vecteurs et qui regrouperait les données sur le comportement de l'enfant ainsi que les difficultés que pose sa prise en charge au quotidien. Les professionnels sont en effet démunis devant ces problèmes et en attente

d'objectifs.

**Sur des handicaps spécifiques**, sont mentionnés l'absence de centres de diagnostic pour les enfants atteints de paralysie cérébrale et de prise en charge sanitaire en dessous de 6 ans ainsi que l'importance du dépistage précoce pour les enfants déficients sensoriels. Les SAAAIS et les SSEFIS, services d'accompagnement spécialisés ne seraient pas connus des CAMSP. Dans le domaine du handicap psychique, existe un problème de cloisonnement entre le secteur psychiatrique des hôpitaux et le secteur ambulatoire. Les SAMSAH ne sont pas connus.

Le réseau AURA 77 semble bien fonctionner sur des situations complexes.

**S'agissant des adultes, le droit au retour est difficile à mettre en œuvre.** Le système administratif empêche les personnes d'évoluer. Cela renvoie à la diversité des prises en charge. Les personnes handicapées psychiques qui travaillent en ESAT devraient pouvoir retourner en foyer dans les périodes où elles ne vont pas bien.

Quel accompagnement mettre en place lorsqu'elles vieillissent et atteignent l'âge de la retraite. Même si des expériences existent concernant les personnes handicapées vieillissantes, la France semble avoir du retard par rapport à d'autres pays comme les Pays Bas, l'Allemagne, l'Angleterre.

Lorsque ce sont les parents d'un enfant handicapé qui vieillissent, ils ne peuvent plus assurer le relais. Comment la famille accepte t'elle que l'enfant passe à l'âge adulte et soit orienté vers une MAS avec moins d'encadrement ?

**Il existe à Lyon une expérience menée de SAS entre le monde de l'adolescent et le monde adulte. C'est un outil de travail qui concerne pour le moment les personnes atteintes de paralysie cérébrale et qui permet à des professionnels d'évaluer la capacité d'autonomie des personnes lors du passage à la situation d'adultes**

**Il y a un fort besoin de réactivité quand il faut réorienter une personne.** Or les démarches administratives auprès de la MDPH prennent du temps. D'où la nécessité d'admettre des prises en charge séquentielles ou des formes d'accueil temporaire. Il apparaît également indispensable de pouvoir bénéficier, pour une même personne handicapée, d'une prise en charge multiple au sein de différents dispositifs. et dans ce cadre est évoqué l'importance d'une personne qui coordonne cette prise en charge complexe

Importance du respect du choix de la personne handicapée et de sa famille, notamment dans son parcours d'accès aux soins.

Importance de personnes « ressource » par rapport au diagnostic pour l'accompagnement des professionnels

Enfin, il est relevé un **important besoin de formation pour valoriser les métiers de l'aide à**

## **la personne.**

Le problème de la limite de la prise en charge à domicile : nécessité d'information aux droits et aux accès aux soins.

## **La deuxième réunion de ce groupe de travail**

**Elle était animée par Sophie Francezon et co-animée par le Docteur Vernet, médecin inspecteur à la DDASS, en remplacement d'Adeline Leberche, empêchée.**

En préambule, Sophie Francezon indique que l'objectif du groupe est de réfléchir sur le thème de la santé au sens large tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle propose d'utiliser une méthode de travail chronologique partant de la naissance de l'enfant jusqu' à l'accès aux soins des personnes âgées handicapées.

Le Docteur Vernet précise qu'un projet de loi est en cours de discussion au parlement qui prend en compte pour les établissements de soins la notion de territoire dans des perspectives aujourd'hui encore un peu floues.

Il faut distinguer l'offre de soins et l'accès aux soins.

les personnes handicapées peuvent avoir besoin de deux types de soins :

- les soins courants (dentiste, suivi gynécologique....)
- Les soins liés à leur pathologie qui nécessitent une coordination et une interdisciplinarité de l'offre de soins (douleur, dyspraxie, troubles cognitifs ....) et des facilités de transport.

**1 – la maternité.** Il est constaté que le groupe de travail ne détient aucune information sur les établissements équipés pour accueillir de futures mamans handicapées. Il est convenu de se renseigner à ce sujet.

**2 – les CAMSP.** Ils seront bientôt au nombre de 4 dans le Département dans les villes de Melun, Lagny, Fontainebleau (ouverture en 2008) et Meaux (ouverture en 2009). L'Est du Département n'est pas couvert. Se pose donc souvent le problème des transports et à défaut de trouver un établissement à proximité de leur domicile, des parents sont parfois obligés de renoncer à travailler.

Les CAMSP développent des spécificités qui ne sont pas toujours connues. Eux même ,sur le nord de la Seine et Marne semblent méconnaître les services de soins spécifiques comme les SAAAIS pour les déficits visuels et les SSEFIS pour les déficits auditifs. D'où la nécessité de développer un réseau articulé de partenaires susceptibles de passer des relais.

**A quel moment est effectué le repérage du handicap ?** le premier repérage des difficultés est effectué par la maternité, les services de Protection Maternelle et Infantile, le médecin traitant,

le pédiatre, les structures d'accueil de la petite enfance, les instituteurs, le personnel ATSEM.

Le repérage à l'école se fait très tôt. Une grille d'observation est complétée pour tous les enfants en dernière section de maternelle. Souvent la famille a déjà repéré des difficultés et le lien est établi avec le médecin scolaire.

**Est il nécessaire de disposer d'un diagnostic établi du handicap pour proposer de façon précoce un ensemble de services aux parents ?**

Concernant la tranche d'âge des 0 – 3 ans, la Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant travaille à **la mise au point d'une fiche de liaison** sur laquelle les personnels des structures collectives et individuelles pourront noter un certain nombre d'observations sur le comportement « différent » de l'enfant. Cette fiche de liaison détenue par les parents pourra être communiquée par eux aux structures de soins. Elle pourra aussi leur servir pour intégrer les difficultés de leur enfant sur la base de ces observations.

La Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant projette le lancement d'une **campagne de communication** sur la base de photos de 5 enfants à des âges différents. Elle a pour objectif de permettre aux parents de se poser des questions sur le comportement de leur enfant et de pousser la 1<sup>ère</sup> porte susceptible de les aider.

L'accompagnement des parents à ce moment de révélation du handicap est très important. Le Canada a développé des méthodes exemplaires à cet égard.

Est évoquée le besoin d'une personne coordinatrice vers laquelle puissent se tourner les parents , et l'opportunité de mettre en place une **cellule de veille** accessible avec un numéro vert pour écouter, orienter les parents. Cet outil est toutefois complexe à créer et lourd à gérer. Elle nécessite un personnel formé et la permanence du service. L'UNAFAM cite l'exemple de la cellule mise en place pour le handicap psychique avec 8 écoutants. Cette cellule pourrait effectuer « un premier tri » des situations puis orienter vers les services compétents.

**3 - la Protection Maternelle et Infantile intervient sur une tranche d'âge un peu plus large, celle des 0 – 6 ans, mais faute de moyens suffisants, son offre de services est réduite. Elle joue cependant un rôle de médiation vis à vis des parents et peut les orienter vers différents professionnels de santé pour une prise en charge précoce.**

En France, **les assistantes maternelles** qui accueillent les 2/3 des enfants confiés par les parents qui travaillent ne bénéficient d'aucune formation sur le handicap. Il serait intéressant d'ajouter aux 120 heures de formation qu'elles sont tenues de suivre, un module de formation continue sur ce thème.

**Par ailleurs, ces professionnels sont souvent isolés. Comment les accompagner pour les soulager dans leur travail quotidien ?**

**4 –Les médecins libéraux** ont un rôle à jouer dans l'organisation du suivi des soins des personnes adultes handicapées hors cadre institutionnel. Celles ci n'accèdent pas aux soins courants de base, ne suivent pas leur traitement médical dans la durée et pour certaines l'absence de suivi médical aboutit à une situation de complète désinsertion sociale. Lorsqu'ils existent, les soins sont morcelés alors qu'il faudrait s'occuper de la personne dans sa globalité (nécessité d'un travail en interdisciplinarité) .

Les relations avec l'hôpital sont de qualité variable, l'hôpital ne gère que les situations de crise et renvoie ensuite les patients vers les praticiens libéraux qui accueillent rarement dans leur cabinet des personnes handicapées. Il en est de même pour **les professionnels para médicaux** ( kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes) en forte pénurie car ils s'orientent vers le secteur libéral plus rémunérateur.

D'où l'idée de créer **un centre de ressources départemental**, à l'exemple de ce qui se fait à Saint Etienne, destiné à la fois aux professionnels du secteur sanitaire , aux professionnels du secteur social et aux usagers, travaillant à mettre du lien entre des professionnels de disciplines différentes souvent isolés dans leur propre secteur . La MDPH pourrait être porteur de ce centre de ressources qui pourrait être mis en place par étapes sur la durée du schéma. D'abord en apprenant à se connaître, en se rencontrant, puis en créant des synergies, en favorisant la création ou l'intégration de réseaux (AURA 77)

#### **5 – Le secteur hospitalier :**

**Le manque de communication entre les services hospitaliers et les établissements entraînant des difficultés pour assurer le suivi médical , il est proposé de créer un outil de communication.**

**En ce qui concerne le problème de l'anesthésie en urgence , est évoqué le système mis en place pour les dialysés et sur cet exemple l'idée de créer une base de données avec lien ressource téléphonique**

#### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

**En conclusion, compte tenu des thèmes débattus, lors de sa première réunion, le groupe de travail a arrêté les thèmes de ses prochaines réunions qui donneront lieu chacun à un état des lieux, une identification des besoins et des propositions.**

\* réunion du 24 octobre, l'offre de soins, le croisement des compétences professionnelles et les compétences complémentaires. (Il est fait état du travail mené par le CNCPH dans le cadre du plan métiers),

réunions suivantes :



\* la coordination des intervenants, la communication, le réseau, la question des dossiers partagés. La présence d'un représentant de l'hôpital est indispensable.

\* le passage du secteur enfant au secteur adulte en invitant si possible des structures passerelles et en s'appuyant sur des exemples de prise en charge en fonctionnement.

\* la dernière réunion sera consacrée à la question de la prise en charge du handicap psychique en invitant également un membre du secteur hospitalier. Des groupes de travail sur l'autisme sont en cours dont les conclusions pourront être annexées au schéma.

**Il a été demandé aux membres du groupe de faire remonter aux animateurs et/ou à C.Celliere les coordonnées des « experts » susceptibles d'enrichir les réflexions.**

**Lors de la prochaine réunion du 17 Novembre seront évoqués les thèmes suivants qui n'ont pu être abordés le 24 octobre :**

- **Sexualité , conception et parentalité**
- **Les personnes handicapées vieillissantes**

**Le Docteur Chardon, chef de service de psychiatrie à l'hôpital de Lagny, promoteur du réseau AURA 77 est invité à y participer.**

**La troisième réunion de ce groupe de travail était animée par Sophie Francezon.**

Ont été abordés les thèmes prévus, à savoir :

- **sexualité, vie affective et conception**

**les difficultés constatées sont l'accès aux consultations gynécologiques pour des personnes handicapées, le fait que la parentalité ne figure pas dans la loi de 2005 et qui induit que cette question soit occultée.**

Pour favoriser la prise en compte d'un droit à la sexualité des personnes handicapées, plusieurs propositions peuvent être formulées :

- Changer le regard de la société sur cette question,
- L'intégrer dans le règlement intérieur des structures,
- Mener un travail de sensibilisation avec l'aide des associations, former les professionnels.

- **parentalité**

Les parents doivent accompagner la vie affective de leurs enfants et doivent être sensibilisés à ce sujet.

Ils doivent pouvoir trouver les réponses à leurs questions dans la création d'une structure

( réseau départemental ou centre de ressources ou équipe de soutien ) susceptible de traiter de toutes les questions afférentes à ce sujet, d'ordre juridique, médical. Cette structure doit être centrée sur la personne et ses besoins spécifiques et son objet doit être défini avec précision.

Elle pourrait venir à l'aide des professionnels de terrain (UAS, PMI, SSE...) afin de ne pas laisser les familles seules face à des problèmes difficiles.

Ce centre de ressources s'appuierait sur un maillage de l'existant, la participation des différentes structures compétentes. Il conviendrait d'en définir les axes d'interventions prioritaires sur 5 ans.

Il devrait être animé par des personnes formées à cet effet, ayant le temps de faire ce travail, ce qui pose donc la question de sa pérennité et des moyens de fonctionnement.

#### - **Personnes handicapées vieillissantes**

Plusieurs questions sont posées.

Faut-il des lieux adaptés, y a-t-il une spécificité du vieillissement des personnes handicapées ?

Quelle est la capacité de « tolérance » des établissements pour personnes âgées ?

Est-ce une question d'accès aux soins ou d'intégration sociale ?

Il semble qu'il s'agisse davantage d'un problème d'organisation que de réponses nouvelles à apporter. Certaines maisons de retraite accueillent des enfants handicapés en même temps que leurs parents âgés.

L'entrée en établissement de personnes handicapées vieillissantes ne doit pas se faire par défaut. Les services d'aide à domicile sont susceptibles d'intervenir à la condition que leur personnel soit formé. Leur action relève davantage du champ social que du domaine médical.

Il conviendrait d'anticiper la poussée démographique des personnes handicapées de plus de 85 ans pour prévoir la programmation de lieux adaptés, la formation des accompagnants.....

Le thème de la communication sur le soin entre différents professionnels a également été évoqué.

Le besoin de communiquer se manifeste déjà avec **le médecin traitant**.

C'est ce professionnel qui connaît le mieux les personnes handicapées qui vivent à domicile.

Or, l'implication des médecins libéraux dans le domaine du handicap est difficile faute de formation initiale et de temps disponible.

Il serait plus simple de donner aux médecins traitants les informations utiles sur les ressources et réseaux disponibles vers lesquels ils pourraient orienter les patients.

Une autre solution pourrait résider dans l'instauration d'un barème de rémunération qui tienne compte d'un temps dédié plus important pour l'étude de situations complexes. Il en serait de même pour les médecins scolaires.

Il est repéré également un accès difficile à l'information détenue par **le médecin hospitalier** (question du dossier médical partagé). Le médecin hospitalier doit faire un compte rendu de la situation du patient dans les 8 jours maximum après la sortie de l'établissement. Certains le font, d'autres non pour des raisons de charge de travail ou d'ordre culturel (médecins psychiatres).

La transmission des compte rendus constitue également un travail important pour les secrétariats.

En institution, une difficulté réside dans l'absence de service médical susceptible de recevoir des données confidentielles. Or le suivi des soins doit être assuré.

**Il est convenu lors de la prochaine réunion de se pencher sur le thème du handicap psychique et de consacrer la réunion suivante à la poursuite de la réflexion sur la communication et à l'étude des passerelles entre le secteur enfant et le secteur adulte.**

**La quatrième réunion du groupe de travail était animée par Sophie Francezon, chargée de mission Promotion et protection Infantile à la Direction de la Santé et de la Petite Enfance du Conseil Général**

Le compte rendu de la réunion précédente a été validé.

**L'ordre du jour de la présente réunion portait sur le handicap psychique. Le groupe ne se penchera pas sur le problème de l'autisme traité par ailleurs dans le cadre du plan national.**

Sophie Francezon distribue différents documents aux membres du groupe afin d'avoir des supports de travail communs et de cadrer les débats.

- le rappel de l'article L114 du code de la santé publique qui pose le cadre du handicap,
- un extrait allégé d'un document édité par l'UNAFAM (disponible sur internet) sur les caractéristiques du handicap psychique et notamment la distinction qu'il convient d'opérer avec le handicap mental,
- une fiche schématique des éléments à prendre en compte pour la réflexion : le type de soins (liés au handicap ou non) , la situation de la personne ( Hôpital établissement ,domicile,SDF) et le moment du parcours de soins (diagnostic, suivi ,urgence)
- une synthèse des difficultés repérées, axes de réflexion et propositions pratiques tirés du travail du présent groupe.

Il a été pointé comme pré requis fondamental qu'il est préférable de parler des déficiences générées par les situations de handicap plutôt que de diagnostic (autisme, schizophrénie....)

Du fait de la progression démographique, la Seine et Marne est un département où le handicap psychique est particulièrement dépourvu de moyens.

## **Comment se fait l'accès aux soins d'une personne handicapée psychique ?**

Ces personnes présentent souvent des difficultés de communication.

Si des troubles dérangeants sont constatés chez un enfant dans une structure de soins, c'est la personne (l'éducateur) qui observe ces troubles qui en parle et qui doit être crue par le médecin. La parole du médiateur devrait être reçue comme légitime. La question de la légitimité de la parole du médiateur se pose pour le soignant.

**S'agissant des adultes, les aidants doivent également être reconnus et écoutés. Il y a deux types d'accompagnants : l'accompagnant promoteur « qui est avec », l'accompagnant qui est épuisé et ne facilite pas la prise en charge. Ce n'est pas propre au handicap psychique.**

Le patient handicapé psychique doit être acteur de sa prise en charge car il peut avoir une bonne perception de sa problématique en dehors des périodes de crises. Légitimité de la parole du patient.

Ces personnes peuvent présenter aussi des troubles du comportement déstabilisant les soignants et rendant difficiles les examens à réaliser.

**Prendre en charge ces personnes prend du temps, ce n'est pas l'habitude ambiante des hôpitaux.** Cependant, des exemples contraires existent. L'hôpital Necker mène un travail pour préparer les enfants autistes à passer des IRM.

Il semblerait que certains médecins libéraux refuseraient souvent de soigner des personnes handicapées psychiques. C'est un problème de la rémunération des médecins (les consultations durent plus longtemps et sont plus complexes) mais aussi d'état d'esprit, de sensibilisation et de sollicitude.

Il est nécessaire que les soignants soient sensibilisés au handicap psychique, qu'ils aient une réflexion préalable, un temps de parole, et un aménagement du temps.

**Par rapport à l'accueil des jeunes enfants porteurs de handicaps, une charte d'accueil est en cours d'élaboration par la CDAJE pour permettre aux équipes des structures d'accueil de disposer d'un canevas de réflexion basé sur un certain nombre d'items. Elle va être accompagnée par un document d'explication pour définir chaque item, afin de permettre à la structure de réfléchir en amont de l'accueil, de s'approprier cette charte et de la mettre en application. La charte pourra être affichée dans les lieux d'accueil qui le souhaiteront.**

**L'intérêt d'une charte de l'accueil des personnes handicapées est soulignée par le groupe L'éthique des professionnels est indispensable à leur exercice.** Le manque d'écoute peut engendrer de l'absentéisme chez les professionnels, de la maltraitance.

**Généralement, les médecins acceptent les informations. Il est important que ces informations convergent. Les outils de communication doivent pouvoir s'adapter à tous types de handicaps quel que soit l'âge de la personne.**

Si cette charte est adoptée, elle n'aura d'intérêt que si elle est lue. Il faut donc mener des actions

de sensibilisation sur son contenu et les engagements qu'elle induirait.

**Le soin n'est pas réservé à des spécialistes.** Prendre soin est une tâche dévolue à tous. Les clivages doivent être dépassés. Les parents, les brancardiers, les agents de services hospitalier ont des idées à ce sujet qu'il convient de prendre en considération.

La société est aujourd'hui confrontée à une injonction paradoxale, faire plus avec moins. Il faut être réaliste avec ce que l'on peut espérer, mettre en place des campagnes de sensibilisation. L'intérêt d'une campagne de sensibilisation des équipes soignantes au handicap psychique est soulignée par le groupe

**Les parents sont démunis devant les situations de crise des petits enfants. Les CMP sont débordés, il n'y a pas de lieu de répit. C'est vrai pour toutes les tranches d'âge (adultes atteints de schizophrénie).**

**Le handicap psychique est plus particulièrement difficile à vivre pour l'entourage . Il est important de pouvoir aménager des séjours de « décompression » pour les parents et l'enfant**

**Comment faire pour que des personnes handicapées psychiques soient accompagnées vers le soin ? (de quel soin parle t'on ?) les SAVS-SAMSAH pourraient jouer ce rôle à la condition qu'ils soient mieux connus , répartis sur le territoire et que les professionnels soient formés à cet effet.**

(Le secteur psychiatrique n'en a pas les moyens).

Les professionnels et les personnes en situation de crise sont admis dans les urgences des hôpitaux dans l'attente d'un psychiatre. Les établissements médico-sociaux ne sont pas équipés pour gérer les situations de crise. L'hôpital en a les moyens au besoin par la contrainte. Les structures ont des difficultés pour accéder au psychiatre par téléphone en cas d'urgence (crise) Le SMUR intervient rapidement, mais n'a pas toujours la solution pour calmer la crise. Le médecin généraliste qui pourrait désamorcer la crise ne répond pas le soir et le week-end. Comment être bien traitant dans ces conditions ?

Il faut distinguer le sanitaire et le médico-social, l'établissement médico-social est le domicile de la personne et ne doit pas être confondu avec le lieu de soin.

**Il serait important d'identifier dans les institutions les médecins référents des secteurs psychiatriques des hôpitaux et les lieux d'accueil d'urgences adaptés** pour définir les conduites à tenir pour diminuer les crises en structurant le lien. Un travail de réseau est nécessaire. Ceci nécessite de prendre le temps de communiquer et de réfléchir ensemble entre professionnels. ( réunions entre équipes de soins et équipes des structures) Dès l'admission en institution un contact pourrait être organisé avec l'hôpital et une convention signée entre

l'institution et le médecin psychiatre référent. Faire intervenir un tiers dans les situations de crise est une bonne solution.

Il est important aussi que l'institution ait un protocole interne de gestion de crise

Il serait intéressant que les services d'urgence psychiatrique soient individualisés géographiquement au sein des services d'urgence

Pour les personnes présentant un poly-handicap ( handicap psychique associé à un handicap physique) et nécessitant de la réadaptation , il faudrait **créer des unités de réadaptation transdisciplinaires**, à partir de l'existant des hôpitaux en se rapprochant de la psychiatrie. Des modèles existent (Fondation des étudiants de France) qui doivent être adaptés aux pathologies adultes, il faut trouver des opérateurs et faire tomber « les peurs ».

Quid des SDF malades psychiques à 80% ou des malades en prison ? les SAVS n'ont pas les moyens de les approcher. Il n'y a pas de SAMU social en Seine et Marne .

### **Comment peut-on dans l'avenir avancer sur ce sujet ?**

Est lancée la proposition de constituer **un groupe de veille** pour coordonner les actions, porter la parole collective des hôpitaux par rapport à l'Agence Régionale de la Santé, et jouer le rôle d'alerte. Ce groupe serait inscrit dans le schéma départemental des personnes handicapées et dans le long terme.

Sa légitimité résiderait dans celle des personnes qui le portent (professionnels, élus)

En résumé, les principaux axes de réflexion portent sur :

- la sensibilisation et la formation des soignants au handicap psychique
- l'intervention d'une personne identifiée comme référente pour faciliter l'accès aux soins
- la création d'unités de réadaptation transdisciplinaires

et les propositions suivantes sont émises :

- sensibiliser les professionnels
- élaborer une charte d'accueil tous types de handicaps,
- former les personnels,
- organiser des temps de supervision dans les équipes,
- développer l'intervention des SAVS-SAMSAH,
- favoriser la création d'unités de réadaptation transdisciplinaires
- mettre en place un groupe de veille pour suivre l'évolution du schéma départemental.

**La cinquième réunion du groupe de travail était animée par Sophie Francezon, chargée de mission Promotion et protection Infantile à la Direction de la Santé et de la Petite Enfance du Conseil Général.**

Le compte rendu de la réunion précédente est approuvé avec observations.

**L'ordre du jour de la présente réunion porte sur les passerelles entre enfance et âge adulte et la communication, et sur la synthèse des propositions formulées par le groupe de travail en vue de sélectionner celles à présenter aux élus du Conseil Général.**

**Les passerelles entre enfance et âge adulte:**

Les adolescents handicapés ont les mêmes problèmes que les autres : sexualité, orientation... Le handicap dont ils souffrent est plus ou moins perturbant dans leur intégration sociale. Le choix leur est offert entre le milieu ouvert, le milieu protégé, le maintien à domicile en attente d'une entrée en établissement. La demande est souvent liée à l'offre.

En plus du problème de logement, les étudiants handicapés connaissent des problèmes de d'éloignement de leur lieu d'études et de transport. Ce handicap ne peut être compensé.

En milieu hospitalier, en IME et IMPpro, le passage de l'enfance à l'adolescence n'est pas vraiment géré. La parole de l'adolescent doit être prise en compte par les professionnels qui doivent se tenir en alerte et accompagner ce passage, tout en intégrant l'environnement familial, même le jeune est en rupture avec lui. Les professionnels doivent être formés à cet effet.

La sortie d'IME n'est pas toujours accompagnée, les familles doivent rechercher seules des solutions, en dehors de tout choix d'orientation, en s'inscrivant dans un certain nombre d'établissements.

Elles acceptent alors toutes les solutions qui se présentent à elles, même par défaut (acceptation d'une entrée en MAS au lieu d'un FAM)

A Lyon, existe un outil, le dispositif SAS permet de tester pendant un mois et demi les capacités des personnes. Le SAS fonctionne sous la forme d'un appartement d'évaluation dans lequel interviennent une équipe thérapeutique, une équipe d'accompagnement, un ergothérapeute. Le financement est de type FAM. Ce travail se fait en lien avec la MDPH du Rhône.

Accompagner le passage entre l'enfance et l'âge adulte n'exclut pas la nécessité ensuite de réinterroger régulièrement le projet de vie de la personne, pour maintenir la dynamique et pas l'enfermer dans une situation donnée

**2 propositions sont formulées :**

**- assouplir les agréments pour permettre aux établissements pour enfants et adultes handicapés de s'ouvrir les uns vers les autres afin de mieux prendre en compte la tranche d'âge des 16-20 ans.**

- **créer des lieux de transition, du type du SAS de Lyon**, animés par des personnes non impliquées dans des relations affectives avec les personnes handicapées, permettant d'évaluer la situation de ces personnes et de favoriser l'expression de leurs attentes. Il serait préférable que ces SAS soient indépendants des structures existantes, pilotées par un collectif d'associations.

Il existe des lieux ressources dans le Département (centre de Neufmoutiers en Brie notamment) susceptibles d'assurer la faisabilité et la modélisation de cette proposition. Il faut repérer ces lieux et créer un outil de formation à l'évaluation, transdisciplinaire entre les différents métiers (ou rechercher les formations qui existeraient dans ce domaine).

La mise en place de Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens peut être un moyen d'encourager cette démarche.

Il faut toutefois faire attention aux moyens existants pour concrétiser les orientations qui se dessinent après cette phase d'évaluation et ne pas engendrer des déceptions.

Un effort a été consenti dans le département pour les personnes handicapées adultes par la création de places en MAS et FAM. Des données nouvelles doivent toutefois être prises en compte : la question de la fin de vie, l'évaluation de la douleur, le traitement de l'épilepsie, la question de la communication et du soin avec les personnes sourdes, le suivi des grossesses, la nécessité d'instaurer des temps de répit, un centre d'appel pour les périodes de crise...

La solution consiste autant que possible à tisser des relais avec des centres de référence pour ne pas multiplier la création de structures « lourdes ».

**In fine, Sophie Francezon a présenté un document recapitulant les principales propositions du groupe de travail :**

- La création d'un **Centre de ressources concernant tous types de handicaps** à destination des professionnels et des usagers porté par la MDPH
- **la mise en place d'une Charte d'accueil** de la personne porteuse de handicap qui dégagerait les principes incontournables pour un accueil optimal
- **la création d'un Groupe de veille**, pour coordonner et suivre les actions du schéma et jouer un rôle d'alerte
- **l'instauration de SAS**, outils destinés à favoriser l'évaluation de la situation des personnes et favoriser l'expression de leur projet de vie.



<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n°3, parcours de scolarité et de formation initiale</b>
--------------------------------	--

**Cette première réunion était co animée par Guillaume Quercy, directeur adjoint de la MDPH et Didier Tourneroché, Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation Scolaire et la Scolarisation des élèves handicapés.**

Guillaume Quercy introduit la réunion en précisant **l'ordre du jour.**

- présentation de chacun des membres présents,
- présentation du contexte du schéma départemental des Personnes Handicapées par Christiane Cellière,
- état des lieux de la scolarisation des enfants en Seine et Marne
- expression des attentes, problématiques, pistes de réflexion dans l'objectif de faire des propositions concrètes. Les thèmes de travail des prochaines réunions devant être dégagés à la fin de la présente réunion.

Après le tour de table des présentations, Christiane Cellière rappelle que le futur schéma départemental des Personnes Handicapées portera sur la période 2009-2013 et qu'il concernera à la fois les enfants et les adultes en raison des passerelles qu'il faut nécessairement établir entre les dispositifs. Les 7 groupes de travail mis en place se réuniront tous les jours jusqu'à la fin de l'année 2008 et le début de l'année 2009.

Les deux premiers groupes viennent de se réunir et les échanges qui ont eu lieu ont permis de dégager tout naturellement des thèmes de travail prioritaires. L'objectif est en effet de dresser des états des lieux des dispositifs existants, d'effectuer les constats des dysfonctionnements ou carences, et de faire des propositions réalistes, le groupe de travail effectuant l'auto évaluation de la faisabilité de ces propositions.

Didier Tourneroché poursuit en présentant 3 enjeux actuels :

**1 – les principes de la loi du 11 février 2005 en matière d'éducation et de scolarisation sont les mêmes que dans les autres domaines.** La personne est au centre du dispositif, les enseignants référents accompagnent les élèves handicapés. 24 postes ont déjà été créés, il serait nécessaire d'en créer davantage. L'action de ces enseignants référents est actuellement dédiée à

la scolarisation en milieu ordinaire mais elle devra à terme se porter également sur la scolarisation en établissement.

**2 – le libre choix du projet de vie conduit l'enfant handicapé à être scolarisé en milieu ordinaire.** Mais les modes de scolarisation sont différents : certains élèves ne sont pas répertoriés comme souffrant de handicap et échappent à toutes données statistiques, d'autres élèves mènent une scolarité aménagée dans le cadre d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS), le cas échéant avec l'aide de services de soins (SESSAD), d'Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) ou de matériel pédagogique adapté.

Quelques données statistiques sont présentées :

La Seine et Marne compte 500 AVS individuels sous contrat de droit public ou privé,

En 2000, 20 élèves étaient suivis par une AVS,

En 2004, 300 élèves,

En 2007, 800 élèves,

En 2008, 1000 à 1100 élèves sont accompagnés par une AVS.

250 000 élèves sont scolarisés en Seine et Marne tous niveaux confondus dont 2 600 élèves handicapés connus par l'Inspection Académique. La MDPH recense 8 000 « enfants » handicapés, entre 0 et 20 ans, scolarisés en milieu ordinaire ou en établissement, ou vivant à domicile sans scolarisation.

En milieu ordinaire, ces enfants peuvent être scolarisés dans des dispositifs adaptés que sont :

- Les Classes d'Intégration Scolaire (CLIS) au niveau élémentaire, au nombre de 65 dans le Département. Ces classes comportent au maximum 12 élèves et sont classées par types de handicaps : cognitif, auditif, visuel, moteur. 672 élèves sont scolarisés en CLIS à cette rentrée.
- Les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) au niveau secondaire Il y a actuellement 17 UPI de collège en Seine et Marne dont 12 accueillent des élèves présentant des troubles des fonctions cognitives. Il existe également deux UPI pour des élèves ayant une déficience auditive, une UPI pour déficients visuels, une pour élèves ayant des troubles moteurs et une pour des élèves ayant des troubles spécifiques du langage. On compte également 5 UPI en lycée.

**3 – la participation effective à la vie sociale sous toutes ses dimensions, scolaire et pédagogique,** de façon à garantir une continuité du parcours de formation de l'élève handicapé et un égal accès à toutes les formes d'apprentissages.

**Constats, identification des besoins**

Le débat s'instaure ensuite autour des réflexions suivantes :

**Les clivages institutionnels.** Ils gênent la collaboration entre les partenaires, Education Nationale, Assurance Maladie, politiques familiales, communes, chacun a ses objectifs et ses modes de fonctionnement. Ces clivages privent souvent les familles d'une prise en charge précoce. Des expériences locales de rapprochement et de coordination existent toutefois dans le Département. Le schéma est l'occasion de dessiner le cadre des articulations nécessaires (cohérence territoriale, complémentarité des plateaux techniques, fluidité des parcours, etc.).

**L'organisation et la fluidité du parcours de vie et le passage entre les différents modes de prise en charge.** A ce sujet, sont évoqués les travaux de la Commission Départementale d'Accueil du Jeune Enfant (CDAJE) qui travaille sur l'accueil des enfants handicapés au sein de structures collectives ou chez une assistante maternelle. Il est difficile de repérer ces enfants car très souvent, en dessous de 3 ans, le diagnostic n'est pas posé ou connu.

Au dessus de 3 ans, les relais n'existent pas pour organiser le passage vers l'école. C'est un travail au cas par cas pour mobiliser l'enseignant référent, l'instituteur... Il n'y a pas de coordination organisée, de réseau et d'outils.

L'accueil d'enfants handicapés dans les structures de la petite enfance nécessite un travail d'équipe de longue haleine. Une charte est en cours de préparation qui comporte une quinzaine de principes amenant les professionnels à se positionner autrement.

Parmi les possibilités de soutien à ces professionnels et aux familles des enfants handicapés, figurent les associations qui sont « le miroir » des familles, et les Centres d'Accueil Médico-sociaux Précoces (CAMSP) dont la qualité du travail est soulignée mais qui ne disposent pas de capacités d'accueil suffisantes. La situation doit toutefois s'améliorer avec l'ouverture de 2 CAMSP supplémentaires, à Fontainebleau en 2008 et Meaux en 2009.

A cette occasion, la question de la territorialisation de la MDPH est soulevée. Une délocalisation des réunions de la commission des droits et de l'autonomie n'apparaît toutefois pas souhaitable sauf à perdre la connaissance globale de l'ensemble des ressources départementales dans le domaine du handicap. En revanche, le travail en réseau pour l'évaluation des besoins, initié depuis 2007, ainsi que la mise en place de points d'accueil territoriaux depuis 2008, sont à poursuivre.

**Les représentations du handicap que se font les enseignants.** La scolarisation d'un enfant handicapé reste encore « exceptionnelle » pour un enseignant alors qu'elle rentre dans le droit commun. Il semble nécessaire de changer le regard et les attentes des enseignants par rapport à ces enfants pour éviter de les mettre en difficulté voire en échec.

Il s'ensuit un besoin de travailler sur des formations transversales entre différents professionnels de façon à acquérir des visions communes.

Certaines associations organisent des journées de sensibilisation mais sur la base du volontariat

des parents ou des professionnels.

**La situation des adolescents.** Certains fréquentent les UPI. On observe une gestion souvent délicate des troubles du comportement en milieu scolaire ordinaire. La question des ITEP, de leurs capacités et de leur présence sur le territoire pour tous les âges, en externat et en internat, est posée. Des solutions sont à rechercher.

Les Instituts d'Education Motrice (IEM) associent soins et scolarité : l'évolution de la scolarisation en milieu ordinaire interroge leur positionnement (il existe 3 établissements de ce type en Seine-et-Marne).

**L'accompagnement des enfants pendant la scolarité.** Les AVS n'ont pas vocation à être professionnalisés dans ce métier. Ce sont souvent des personnes en contrats aidés ayant un objectif global d'insertion professionnelle. Une complémentarité et des transferts de compétences pourrait toutefois être imaginés entre ces AVS et les différents services.

Salarié une personne dans le cadre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) n'apparaît pas, sauf exception, une bonne solution, par crainte de certaines dérives possibles et aussi du fait que la PCH enfant est restrictive par rapport aux familles qui ont une activité professionnelle.

D'autres sujets transversaux sont évoqués : besoin de connaissance et de reconnaissance des acteurs, formation des professionnels et des parents, besoins en prise charge pour les enfants présentant des troubles du comportement, des troubles envahissant du développement ou des troubles spécifiques du langage.

Enfin, faute de temps, la scolarité en Unité d'Enseignement d'un établissement spécialisé n'a pu être évoquée.

Une synthèse des débats est opérée faisant ressortir des mots clés ou des thématiques récurrentes qui peuvent être associés pour constituer les axes de travail des prochaines réunions :

**Thème du parcours :**

- Repérage des situations/petite enfance
- Notions de passage/relais entre les âges et entre les dispositifs, souci d'éviter les ruptures de parcours, d'assurer une fluidité des trajectoires
- Grandes étapes du parcours : 0-3 ans, passage à l'école élémentaire, au collège ou en IME, puis vers une orientation professionnelle ou l'enseignement supérieur

**Thème des besoins :**

- Entrée par nature de handicap : troubles du comportement, troubles envahissants du développement, troubles spécifiques du langage, etc.
- Entrée par l'utilisateur : besoins dans le cadre d'un parcours territorial

- Besoins en équipements

#### **Thème des représentations :**

- Formation des professionnels et des parents
- Travail sur les représentations/émergence d'une culture commune
- Lisibilité du réseau existant : connaissance et reconnaissance
- Place et accompagnement des parents

#### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

**Sont retenus les thèmes suivants pour les 4 prochaines réunions :**

- **27 octobre 2008 à la DGAS 19 rue St Louis à Melun et 18 novembre 2008, 1 rue du Zinc à Savigny le Temple : continuité des parcours de vie en identifiant les grands moments de passage (articulation des dispositifs entre eux et organisation des partenariats)**
- **1<sup>er</sup> décembre 2008, 1 rue du Zinc à Savigny le Temple : besoins d'offre adaptée en matière scolaire et cohérence territoriale (au niveau quantitatif et par nature de handicaps)**
- **12 décembre 2008 à la DGAS 19 rue St Louis à Melun : formation, représentations, culture commune (professionnels et parents)**

**Une réunion supplémentaire est prévue le 7 janvier 2009, de 9H30 à 12 H, à la DGAS, 19 rue St Louis pour effectuer la synthèse globale des propositions.**

**La deuxième réunion du groupe de travail était animée par Guillaume Quercy, Didier Tourneroché, absent, était excusé.**

**L'ordre du jour** portait sur le passage des structures d'accueil de la petite enfance à l'école maternelle concernant les enfants de la tranche d'âge des 0 – 3 ans, puis de l'école maternelle à l'école élémentaire concernant les enfants de la tranche d'âge des 3 – 6 ans, en identifiant les points de blocage.

Le passage des élèves handicapés vers l'enseignement du second degré, la question de l'orientation professionnelle seront débattus lors de la réunion suivante.

## **Constats, identification des besoins**

### **1 – la petite enfance et le passage à l'école maternelle**

La prise en charge précoce du handicap s'opère dans des lieux de consultation. Les structures d'accueil de la petite enfance ne délivrent pas de soins et ne sont pas forcément compétentes pour s'occuper d'enfants lourdement handicapés. Le personnel de ces structures peut souffrir de situations de ce type à défaut de soutien d'autres professionnels ou de formation adaptée.

Par ailleurs, faute de moyens et de connaissances suffisants, les crèches et haltes garderies sont contraintes de limiter les temps de prise en charge de ces enfants. Le problème s'accroît encore en milieu rural où le réseau est défaillant (les CAMSP sont installés en milieu urbain). Compte tenu de la diversité des modes d'accueil, il manque pour la petite enfance l'équivalent des enseignants référents de l'éducation nationale pour les enfants scolarisés.

Les mêmes problèmes se rencontrent avec l'arrivée d'enfants à l'école maternelle. Le premier lien avec l'institution scolaire doit être un lien de confiance.

Sous prétexte de « bien travailler » l'entrée à l'école, on reporte la scolarisation de l'enfant dans le temps alors que les familles recherchent la normalisation du parcours scolaire de leur enfant. Or, que ce soit dans une structure d'accueil ou à l'école maternelle, un petit enfant handicapé n'est pas très différent des autres.

Cela pose la question de la formation initiale de ces deux catégories de personnels qui n'intègre pas le sujet du handicap. (cette question de la formation sera examinée lors de la réunion du 12 décembre prochain).

**D'où l'importance de l'existence d'un réseau pour créer des liens entre CAMSP, structures petite enfance, école, secteur de pédopsychiatrie des hôpitaux, SESSAD.**

Le rôle des SESSAD est méconnu au niveau des crèches et haltes garderies. Il doit être distingué de celui des CAMSP.

Le CAMSP est davantage orienté vers la consultation et le soin que vers l'action éducative. Il comprend du personnel médical et du personnel éducatif. Son intervention est ponctuelle.

Le SESSAD intervient dans la durée et son action est plutôt menée dans les lieux de vie ordinaires même s'il dispose également de personnel médical.

Il est nécessaire de développer la collaboration entre ces deux structures qui ont des missions complémentaires. Les familles doivent pouvoir aussi se positionner différemment selon le service auquel elles s'adressent et communiquer sur leur difficultés en dehors de la prise en charge de leur enfant.

**Faut-il spécialiser les lieux d'accueil de la petite enfance?** à l'exemple de la halte garderie « Les Loupiots » à Melun créée par la commune et qui reçoit des enfants handicapés les après midi en bénéficiant de l'intervention d'une éducatrice spécialisée.

Ce type de structure spécialisée peut faire partie du panel des réponses possibles mais l'objectif est que les enfants handicapés puissent fréquenter les services de droit commun

Globalement, il manque des places d'accueil dans ces structures. Les parents sont souvent contraints de rechercher une assistante maternelle. Cette solution n'est toutefois pas envisageable pour toutes les familles en raison de son coût. Elle nécessite néanmoins une attention particulière pour permettre l'accès des enfants en situation de handicap à ce mode de garde.

**Les lieux existants doivent être adaptés à l'accueil** d'enfants handicapés et les SESSAD doivent accompagner ce mouvement. Jusqu'à présent, les SESSAD avaient surtout axé leur intervention sur l'intégration scolaire ; ils pourraient utilement jouer un rôle de soutien technique aux équipes pour intervenir auprès des jeunes enfants. Pour dépasser les clivages institutionnels, on pourrait alors imaginer la mise à disposition de personnels qualifiés dans les structures petite enfance par le biais de projets et de financements communs, CAF, Etat, Département.

### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

Tout cela suppose que :

- Les CAMSP qui interviennent surtout sur le diagnostic et le repérage du handicap chez l'enfant de 0 – 3 ans soient développés en nombre plus important,
- les SESSAD répandus sur l'ensemble du territoire soient agréés pour davantage de places et dédient une part d'entre elles à la petite enfance ; l'idée de SESSAD spécialisés « petite enfance » est écartée
- les lieux d'accueil existants soient adaptés par la mise à disposition de personnel spécialisé quitte à le mutualiser.
- des lieux d'accueil spécialisés constituent des alternatives au milieu ordinaire lorsque cela est nécessaire.

## **2 – l'entrée à l'école maternelle et à l'école primaire**

## **Constats, identification des besoins**

Lors de l'inscription à l'école maternelle, la famille peut signaler le handicap de l'enfant mais ce n'est pas une généralité. Cette démarche est difficile pour les parents d'autant que l'écart de développement avec les autres enfants n'est pas très important et que les enseignants d'école maternelle acceptent facilement les rythmes propres à chaque enfant. L'école maternelle est souvent le lieu de révélation des troubles envahissant du développement, des problèmes de comportement.

Si le CAMSP est déjà intervenu, une réunion de concertation a lieu à l'école en présence des parents. Cette réunion met mal à l'aise la famille qui ne veut rien révéler du handicap de l'enfant et les enseignants qui sont inquiets. Ceux-ci ont en effet les mêmes objectifs pédagogiques pour tous les enfants de la classe.

Les associations n'ont pas de contacts avec les parents d'enfants en bas âge. Les mairies reçoivent des plaquettes d'information qui peuvent aussi inquiéter. Le « bouche à oreille » fonctionne mieux.

Le passage à l'école primaire pose davantage de difficultés (intensification de la structuration des apprentissages fondamentaux). Lors des réunions de rentrée scolaire, sont présentés par les enseignants tout ce qui devra être acquis par l'enfant à la fin de l'année. On est dans la performance, les objectifs, les évaluations. Or, ce n'est pas réaliste ni réalisable pour tous les enfants. Les enseignants du cours préparatoire ont une méthodologie d'apprentissage et les familles qui recherchent la normalisation du parcours scolaire de leur enfant rejettent de ce fait la présence d'enfants handicapés qui, selon elles, retardent l'acquisition de ces apprentissages.

On ne peut trop demander aux instituteurs qui ont des classes à effectifs chargés, manquent de supports pédagogiques adaptés, l'accompagnement par une AVS ne peut tout résoudre.

## **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

Le rôle que pourraient jouer les SESSAD dans la relation avec les parents autour du projet de vie de leur enfant handicapé est primordial. Les enseignants n'y sont pas formés. **D'où l'intérêt d'un travail de collaboration entre Education Nationale, SESSAD, établissements spécialisés.**

De même, **la scolarisation à mi-temps, en classe élémentaire, couplée avec une scolarisation en établissements spécialisés** constitue une réponse adaptée à certaines situations, qui nécessite de la souplesse dans les processus administratifs de notification des décisions MDPH. Il s'agit de rendre plus lisible ou plus compréhensible les parcours scolaires possibles aux parents d'enfants en situation de handicap.

**Le rôle de l'enseignant référent doit être valorisé.** Il s'agit d'un métier à part entière qui



relève aussi des techniques de management. Son statut actuel d'enseignant lui donne une légitimité par rapport à ses collègues. Il y a 24 enseignants référents dans le département qui se rencontrent 2 à 3 fois par an. Leurs réalités de terrain, leurs secteurs géographiques, leurs partenaires sont différents.

**Enfin, la pratique d'une journée d'adaptation avant la rentrée dans l'établissement scolaire vers lequel l'enfant handicapé sera orienté paraît une bonne solution qu'il convient de généraliser.**

En conclusion, on s'accorde à reconnaître que l'on demande beaucoup à un enfant handicapé entre projet de vie et projet de scolarité.

**La troisième réunion était co animée par Guillaume Quercy, directeur adjoint de la MDPH et Didier Tourneroché, Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation Scolaire et la Scolarisation des élèves handicapés.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé avec quelques modifications.

Guillaume Quercy précise l'ordre du jour de la présente réunion, à savoir la poursuite de l'examen des parcours de vie, après les passages en école maternelle et primaire traités le 27 octobre dernier.

Il s'agit donc de débattre autour du passage école primaire – collège, établissement scolaire du second degré – enseignement supérieur, formation professionnelle, afin d'examiner l'articulation des différents dispositifs entre eux.

Didier Tourneroché distingue l'accessibilité des apprentissages qui relève de l'Education Nationale, de l'accessibilité des parcours de formation et de la continuité des missions de service public, idée nouvelle pour tous. **L'objectif est de permettre aux familles d'enfants handicapés de se projeter dans un parcours de formation et de garantir sa continuité.**

Différents parcours peuvent être envisagés en fonction de l'âge de l'enfant :

- milieu ordinaire
- milieu ordinaire avec le support d'un dispositif adapté : UPI/CLIS
- parcours partagé : établissements du milieu ordinaire et établissements spécialisés
- débouchés : formation professionnelle, enseignement supérieur, établissement médico-social pour adultes.

**Constats, identification des besoins**

**1 – l'enseignement supérieur**

L'un des obstacles rencontrés par les SESSAD est celui du repérage et de l'accompagnement des étudiants à l'entrée de l'Université car les étudiants ignorent l'existence de ces services et les SESSAD ne connaissent pas les étudiants qui n'ont pas constitué de dossier MDPH.

Or, des réunions de préparatoires à la rentrée peuvent être organisées avec les établissements, si possible au mois de juin, pour régler les problèmes matériels entourant la vie des futurs étudiants.

Pour les étudiants scolarisés à l'université, les référents handicap de ces établissements succèdent aux enseignants référents. Les grandes écoles suivent de plus en plus cet exemple .

Les enseignants référents qui interviennent dans le premier et le second degré ne sont pas habilités à intervenir dans l'enseignement supérieur. Par contre, ils interviennent dans le suivi des étudiants de BTS, ces formations étant le plus souvent dispensées dans des établissements du second degré.

**Il y a donc une organisation à prévoir pour que l'accès à l'enseignement supérieur soit encouragé.** Tous les étudiants n'ont pas besoin ni envie de l'accompagnement d'un SESSAD ou d'un enseignant référent. Une aide humaine (scribe, aide à la personne) peut suffire et la réunion de rentrée permet justement d'évaluer avec le jeune ce qu'il est nécessaire de mettre en place.

S'agissant du matériel pédagogique, pour les élèves en BTS ou classe préparatoire, l'Inspection Académique achète les matériels quel que soit leur coût dans les limites des enveloppes disponibles (230 000 € en 2008) et dans le cadre d'une scolarité en milieu ordinaire. Une proportion importante de ces matériels concerne la déficience visuelle et les matériels informatiques.

Pour les élèves fréquentant l'université, c'est la Prestation de Compensation du Handicap qui permet de financer le matériel pédagogique s'il y a un surcoût lié au handicap. Les universités ont peu de financements à cet effet. Il en est ainsi également pour les aides humaines pour les actes essentiels de la vie quotidienne. (informations à confirmer, à affiner).

**Proposition : l'information systématique des jeunes handicapés en fin de scolarité secondaire, sur la base d'un guide départemental délivré par les lycées**

## **2 – la scolarité en second degré**

La sortie d' UPI reste problématique. Les élèves scolarisés en UPI, et notamment ceux qui auraient besoin d'une année supplémentaire dans cette section, connaissent de réelles difficultés

à l'âge de 16 ans pour s'orienter soit vers un établissement spécialisé (parfois refusé par les parents) soit vers un lycée et pour préparer un vrai projet d'insertion professionnelle. La scolarité risque de s'interrompre, a fortiori lorsque les troubles sont d'ordre cognitif ou mental. Le dispositif UPIL reste à préciser dans ses objectifs et ses moyens (enseignant spécialisé, AVS....). plus généralement, cela pose la question du critère d'âge pour apprécier l'entrée et la sortie d'un niveau d'enseignement ou d'un dispositif.

Le Dispositif d'Insertion Sociale et Professionnelle des élèves Handicapés, DISPEH, mis en place entre UPI, IMPRO, et CFA facilite l'élaboration de ce projet professionnel, mais il se heurte au refus de certains parents de placer leur enfant en IMPRO faute de connaître le travail réalisé dans ces établissements. Ils peuvent proposer des accueils séquentiels et travailler en partenariat avec le milieu ordinaire.

Les UPI accueillent un public différencié, en plus ou moins grandes difficultés, selon les secteurs géographiques et les cultures locales. L'objectif est que tous les élèves puissent réintégrer les classes ordinaires des collèges en bénéficiant d'un étayage de l'UPI (enseignant spécialisé et AVS). Les corps d'inspection du second degré ont été mobilisés à cet effet par le Recteur d'Académie.

La création d'une UPI est une décision de l'Inspection Académique, prise en lien avec le Conseil Général, qui constitue peu à peu un maillage départemental. Sur les handicaps moteurs et sensoriels, les UPI sont peu nombreuses, ce qui oblige les élèves à effectuer des déplacements très importants et parfois à être placés en internat médico-social loin de leur domicile familial.

Concernant les déplacements qui relèvent de la compétence de la DDE, des difficultés résident également dans le fait que tous les élèves sont transportés sur les mêmes créneaux horaires quelles que soient leurs heures de cours .

Les orientations en UPI peuvent constituer des orientations par « défaut » dès lors que les parents n'acceptent pas l'orientation en établissement qui correspondrait mieux aux besoins du jeune. Les familles ont besoin d'évoluer dans leurs représentations sociales et cela renvoie notamment aux conditions antérieures d'annonce du diagnostic de handicap de leur enfant.

Cela pose aussi la question de la nécessité d'une valorisation du contenu des enseignements et des apprentissages en IMPPro (unité d'enseignement pré-professionnel) auprès du grand public.

Les échanges au sein du groupe laissent craindre que les besoins de l'enfant soient évalués en fonction des structures existantes. Il faut reconstruire les méthodes d'évaluation en se libérant des contraintes institutionnelles. Les professionnels doivent d'abord révéler le besoin du jeune puis trouver les meilleures articulations des ressources existantes pour les satisfaire.

**Proposition :**

- **associer les partenaires d'un territoire à la programmation des prochaines UPI.**
- **dépasser le critère d'âge dans les frontières entre niveau d'enseignement ou dispositifs adaptés.**

**Pour la prochaine réunion, Guillaume Quercy souhaite que les participants préparent des propositions sur le thème des besoins.**

**Pour mémoire, il s'agit d'approcher la problématique de la scolarisation des enfants handicapés par les différentes entrées suivantes :**

- entrée par nature de handicap : troubles du comportement, troubles envahissants du développement, troubles spécifiques du langage, etc
- entrée par l'usager : besoins dans le cadre d'un parcours territorial
- besoins en équipements

Un tour de table sera réalisé en début de réunion.

**La quatrième réunion était co animée par Guillaume Quercy, directeur adjoint de la MDPH et Gérard Sirhugues, chargé de mission à l'Inspection Académique de Seine et Marne, représentant Didier Tourneroché, excusé**

Le compte rendu de la réunion précédente est approuvé avec observations

Comme annoncé à la précédente réunion, un tour de table est effectué autour des besoins de scolarisation des enfants, par type de handicap ou par usager sur un territoire donné. L'objectif recherché est d'éviter les ruptures dans les parcours de scolarité et de décliner les besoins en termes d'offres de services sur les différents bassins de vie. Les observations effectuées sont les suivantes :

**- Les structures spécialisées, lieux d'accueil et services d'accompagnement sont considérés comme insuffisants par les représentants des familles.** l'intégration scolaire en milieu ordinaire leur paraît aussi difficile qu'autrefois.

Les délais de notification de la MDPH et la nécessité de déposer un dossier chaque année gênent ou retardent l'accueil en établissement scolaire à la rentrée.

D'autres problèmes sont signalés : celui de l'accessibilité des classes souvent situées à l'étage, le manque de logements adaptés pour les étudiants.

La difficulté majeure se situe à la sortie de l'UPI dans l'orientation des adolescents en fonction de leurs compétences. Les parents ont une image défavorable de l'IMPPro dont l'issue leur paraît être automatiquement une entrée en ESAT. Pour la plupart, ils ne sont pas prêts à accepter un accueil en internat.

On constate également la difficulté de dégager des solutions pour les parents en situation de

handicap qui doivent s'occuper de leurs enfants.

**D'où l'importance d'un espace d'écoute réservé aux parents. Les parents se sentent souvent dépossédés de leur rôle et chargés de mettre en œuvre des décisions qu'ils ne partagent pas toujours.**

- **Pour l'accueil de jeunes enfants**, il s'avère nécessaire de prévoir une supervision pour soutenir les équipes et pallier leur manque de formation et leur méconnaissance de certains types de handicaps susceptibles d'entraîner de la maltraitance. Ce besoin de formation concerne les nouvelles approches pédagogiques et la connaissance des différents acteurs permettant de passer des relais. Une charte départementale d'accueil du jeune enfant pose un certain nombre de repères pour les équipes. Un répertoire a été mis en place pour identifier le rôle de chacun et mieux informer les parents.

Le problème du retard de développement n'est identifié que tardivement. Les familles vivent repliées sur elles mêmes avec leur enfant en bas âge en difficulté, et sont épuisées. Une intervention conjuguée du CAMSP et du SESSAD permettrait de les soulager. Cela suppose une reconnaissance préalable du besoin par la MDPH et pour les SESSAD, un agrément pour les 0-3 ans avec développement de compétences spécifiques dans leurs équipes.

- **Dès lors, comment articuler le projet pédagogique de l'école avec le projet de soins du SESSAD et le projet de vie de la famille.** Les différents interlocuteurs ont des cultures et des pratiques différentes, des représentations inexactes de ce que fait l'autre. D'où la difficulté de faire preuve d'imagination sur des projets nouveaux. Il conviendrait donc de favoriser toutes formes d'échanges entre les professionnels de l'éducation, le secteur médico-social et les familles.

- La prise en compte du handicap dans l'Education Nationale est récente et nécessite d'être intégrée dans la **formation initiale de l'ensemble des personnels, directeurs, enseignants, Assistants de Vie Scolaire.....** mais faute de temps, les personnels des établissements ne se mobilisent pas sur la formation et la sensibilisation.

Les AVS pourraient faire le lien entre Education Nationale et établissements et services spécialisés. Elles repèrent bien les difficultés de l'enfant mais leur travail n'est pas assez optimisé. Leur formation est considérée comme trop généraliste, (leur cadre d'exercice est fixé par les textes) et leur niveau scolaire pas forcément adapté.

Les membres du groupe déplorent la disparition des RASED auprès des élèves en difficulté.

D'autres professionnels interviennent en milieu scolaire, les psychologues et les médecins scolaires. Les psychologues sont de véritables relais pour traiter des troubles cognitifs, les

médecins ont un problème de temps pour jouer ce rôle.

Par ailleurs, les **personnels enseignants rencontrent des difficultés pour effectuer les adaptations pédagogiques nécessaires et l'évaluation des élèves handicapés**. Ils ont pour mission de construire un projet pédagogique personnalisé et ne peuvent avoir les mêmes exigences qu'avec les autres élèves. Leur rôle est autant d'organiser un parcours de vie scolaire que d'inculquer des apprentissages. Ils doivent donc bâtir d'autres types d'évaluation, elles mêmes évolutives.

Il faut distinguer les enfants pour lesquels l'apprentissage scolaire est possible (handicaps moteurs et sensoriels) et ceux qui ont plus de difficultés (troubles cognitifs). Les référentiels des enseignants doivent être différents d'une forme à l'autre de handicap. Ce cadre adapté et de références n'existe pas aujourd'hui, à l'exception du dispositif DISPEH dans le domaine de l'insertion professionnelle.

A contrario, à force d'adaptations, ces élèves risquent de se retrouver en difficultés lorsqu'ils entrent au lycée. Il ne faut pas les tromper sur leurs possibilités d'intégrer le milieu ordinaire scolaire ou professionnel.

**- Dès lors, comment élaborer des dispositifs suffisamment souples pour qu'ils puissent évoluer facilement ? en tout état de cause, il faut se baser sur le repérage des enfants handicapés pour redéployer les ressources** et implanter les dispositifs en cohérence avec les services de soins, alors que l'on essaie au contraire d'adapter la demande à l'offre disponible.

C'est ainsi que sur la Région Ile de France, les dispositifs CLIS 3 et UPI ont parfois tendance à ne pas être utilisés de façon optimum, les parents rencontrent des problèmes de transport ( il existe 2 CLIS en seine et marne, à Chelles et Dammarie les Lys) et privilégient de ce fait la scolarisation en milieu ordinaire.

D'où la question de la pertinence des CLIS et UPI qui semblent ne plus répondre aujourd'hui à la demande des parents. Cette situation mériterait de faire l'objet d'un diagnostic précis pour en approcher les raisons (familles réticentes, implantations mal appréciées, choix de vie et distances). Les choix d'implantation devraient être mis en lien avec les travaux d'accessibilité réalisés dans les établissements et les passerelles susceptibles d'être établies avec d'autres structures.

La Caisse d'Allocations Familiales intervient au niveau de son action sociale pour financer les modes d'accueil de la petite enfance et les centres de loisirs sans cibler précisément les enfants handicapés. La CAF peut financer du matériel adapté aux enfants handicapés, contribuer à mettre en place des modes d'accueil adaptés.

Les AVS peuvent intervenir sur des activités péri scolaires (garderie et restaurant scolaire) sur la base d'un conventionnement avec les communes.

**Ceci pose le problème du portage institutionnel de la démarche handicap :** Il faut convaincre des compétences des jeunes, vaincre la peur du handicap mental au moyen par exemple d'activités de loisirs..

**Ce portage institutionnel pourrait s'appuyer sur la formalisation des réseaux existants et leur développement dans le cadre de centres de ressources qui s'installeraient sur la durée dans le cadre du schéma départemental des personnes handicapées et feraient ainsi l'objet d'un suivi et d'une évaluation.**

**La cinquième réunion était co animée par Guillaume Quercy, directeur adjoint de la MDPH et Didier Tourneroché, Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation Scolaire et la Scolarisation des élèves handicapés.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé avec observations.

**L'ordre du jour de la présente réunion porte sur la formation, les représentations.**

Didier Tourneroché introduit la réunion en rappelant que le thème de la formation a souvent émergé dans les travaux du groupe Il correspond à un besoin des professionnels et des parents, mais il convient de faire le tri entre formation et information.

La légitimité de la scolarité en milieu ordinaire n'est pas aujourd'hui définitivement réglée.

L'accompagnement de l'élève handicapé à l'école pose encore question ainsi que l'incidence de cet accompagnement sur les démarches professionnelles, lesquelles peuvent se situer à deux niveaux différents : capacité de collaborer à l'élaboration d'un projet scolaire personnalisé ou développement de compétences plus pointues pour prendre en charge différents handicaps qui relève plutôt du secteur médico-social.

#### **- la formation**

**Faute de formation adaptée, les personnels des structures d'accueil** sont démunis pour prendre en charge des enfants handicapés. Des expériences locales de rencontres entre secteurs sanitaire, médico-social et de la petite enfance existent mais de façon ponctuelle. Des liens doivent également être tissés entre les structures d'accueil et les enseignants qui vont prendre le relais ensuite.

Le problème est identique à l'école maternelle, la scolarité peut être violente pour les enfants handicapés.

**Il faut donc trouver des espaces de formation et de réflexion en commun.** Récemment, le réseau AURA 77 intervient en milieu scolaire.

Ces espaces sont plus faciles à construire en formation continue qu'en formation initiale qui relève de référentiels précis. Cependant, la formation continue n'est pas obligatoire et correspond à un choix personnel de l'agent.

Les enseignants spécialisés dans le primaire disposent d'un diplôme, le CAPASH qui porte sur différents handicaps. Dans le second degré existe maintenant un certificat professionnel (2 CAPASH) dont la passation est proposée aux enseignants qui le souhaitent et qui peuvent constituer des personnes ressources pour leurs collègues.

De même, le plateau technique qui existe dans les établissements médico-sociaux pourrait être mis à disposition des personnels de l'Education Nationale et des parents.

Le besoin se fait sentir de mettre en place des équipes mobiles très réactives (professionnels, parents et associations de parents) qui interviendraient dès lors qu'un enfant handicapé est scolarisé, pour effectuer un travail de sensibilisation et soutenir l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'établissement.

La question se pose également de donner de l'information à la classe sur le handicap d'un enfant. Cette action est à formaliser dans le cadre d'un projet personnalisé car l'enfant ne le souhaite pas forcément pour ne pas être stigmatisé.

Autour des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire, interviennent les Assistants de Vie Scolaire.

Les AVS : sont de deux types, assistants d'éducation avec un niveau scolaire important, de plus en plus maintenant, personnels en contrat aidé. La formation est dispensée mais le turn over est important. Plusieurs promotions d'AVS collectives ont suivi une formation d'AMP mais cela ne peut être fait à l'échelle du Département. 580 AVS travaillent aujourd'hui dans le Département, les AVS en contrat aidé ne peuvent intervenir sur plusieurs sites ce qui freine le développement de leur temps de travail. Les prestations d'aide à domicile pourraient intervenir à la place des AVS et pallier ce problème. L'intervention des SESSAD pourrait être complémentaire de celle des AVS pour les enfants qui ont des troubles du comportement.

Émerge également un besoin d'intervention d'AVS sur des activités périscolaires.

### **- les représentations**

**Il faut donner une place aux parents**, les instances existent (équipes de suivi, enseignant référent) mais les familles ont du mal à prendre leur place dans l'élaboration et la mise en œuvre des décisions. La place de l'enseignant référent est compliquée dans ses rapports à l'équipe pédagogique.

De la même façon, les parents sont entrés dans les projets des établissements médico-sociaux mais il existe peu de formations à la relation aux parents.



En outre, les fédérations de parents d'élèves ne sont pas favorables à ce que les enfants handicapés soient scolarisés en milieu ordinaire. Toutefois, le dialogue fait tomber les craintes et le handicap d'un enfant peut être évoqué lors de la réunion de rentrée. La présence d'une UPI dans l'établissement peut également être expliquée à ce moment là.

Parfois, les parents d'enfants handicapés refusent leur scolarisation en milieu ordinaire en présence d'enfants souffrant d'autres types de handicaps, d'où l'émergence d'un nouveau type de comportement.

Ces éléments militent en faveur de l'établissement d'un projet d'école qui intègre l'arrivée d'un enfant handicapé, les inspecteurs doivent travailler ce projet avec les directeurs. Cela est davantage pratiqué dans le premier degré que dans le second degré où historiquement existe une scission entre enseignement et vie scolaire et où les professeurs sont plus nombreux. Dans les collèges, il y a une culture de la notation et du comportement et peu de temps à consacrer à chaque élève dans les conseils de classe. Pour comprendre les difficultés d'un enfant, des réunions spécifiques doivent être organisées. Dans certains collèges, le principal adjoint effectue des aménagements pour les élèves handicapés qui peuvent servir à d'autres élèves en difficultés.

**La loi de 2005 est vécue par les enseignants comme une obligation** alors que la scolarisation en milieu ordinaire est un droit.

**En fait, on demande à l'institution Education Nationale de faire autre chose que ce qu'elle sait faire et de faire preuve de réactivité.**

La mutation se fait très lentement surtout dans l'enseignement du second degré où les professeurs peuvent se sentir menacés dans leur expertise professionnelle. La crainte de mal faire existe chez certains enseignants. Il faut déculpabiliser l'enseignant par rapport aux difficultés de l'enfant et l'intégrer dans une équipe pluridisciplinaire. L'écrit est un outil à utiliser, notamment à l'égard des parents, pour cibler les compétences à travailler chez l'enfant. Un guide de l'enfant handicapé va être mis à disposition des équipes de direction des établissements à la rentrée 2009 et intégré sur le site de l'Inspection Académique.

La réalité du terrain est à prendre en compte, lassitude des enseignants, classes aux effectifs chargées, il y a aussi une question de moyens. Les principaux ne peuvent arriver à motiver l'ensemble des professeurs sauf à créer des tensions.

**Les professionnels de secteurs différents pourraient localement suivre des formations communes, participer à des forums ouverts à différents horizons professionnels.** Cela suppose que les institutions « politiques » se mettent d'accord sur des objectifs et des priorités communs. A titre d'exemple, la priorité de l'Education Nationale est de scolariser des enfants,

les établissements médico-sociaux de les socialiser.

**In fine, 2 pistes de travail sont lancées :**

**- un travail de sensibilisation en début d'année scolaire (existent déjà les réunions des personnels de direction, les réunions de districts des enseignants référents, les rencontres avec les parents).**

**D'où l'idée de constituer une équipe mobile de sensibilisation, un centre ressources à disposition des parents et des professionnels réunissant par exemple des enseignants, des éducateurs, des représentants du secteur sanitaire et médico-social, des représentants d'associations de parents.**

**- l'identification d'un référent sensibilisé au handicap au sein des établissements scolaires ou la mobilisation d'un pool d'enseignants spécialisés existants au niveau des SESSAD ou des éducateurs des unités d'établissements médico-sociaux, professionnels venant à l'aide de leurs collègues des établissements scolaires.**

**La sixième réunion était co animée par Guillaume Quercy, directeur adjoint de la MDPH et Didier Tourneroché, Inspecteur de l'Education Nationale pour l'Adaptation Scolaire et la Scolarisation des élèves handicapés.**

Elle avait pour objet d'effectuer la synthèse générale des propositions du groupe de travail.

Un tableau support de ces propositions a été présenté et a fait l'objet de débats, principalement sur le contenu des actions à mettre en place aux regard à la fois des objectifs généraux concernant tous les groupes de travail et des objectifs particuliers posés par le groupe 3.

<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n° 4 Accès à la cité et à la vie sociale</b> <b>Sous groupe A bâtiments, espaces publics et transports</b>
--------------------------------	--

**La première réunion était co-animée par Françoise le Bray, chef du bureau de la qualité de la construction et du cadre de vie à la Direction Départementale de l'Équipement et par Malik Boutora, chargé de mission à la Direction des Transports du Conseil Général.**

En préalable, Christiane Celliere, chargée de mission handicap au Conseil Général est invitée à présenter le contexte général de l'élaboration du nouveau schéma départemental des Personnes Handicapées.

Ainsi qu'il a été présenté lors de la réunion de lancement du 2 octobre dernier, ce nouveau schéma sera conclu pour la période 2009-2013. Son élaboration est pilotée par le Conseil Général en lien étroit avec les établissements et services, partenaires institutionnels et communes. Ce schéma concernera à la fois les enfants et les adultes handicapés en raison des passerelles à mettre en place entre les différents dispositifs, contrairement au précédent schéma qui ne concernait que les adultes.

Les 7 groupes de travail mis en place vont se réunir jusqu'à la fin de l'année et début 2009. Suivra ensuite la phase de rédaction du schéma s'appuyant sur les propositions qui auront été formulées en groupes de travail, après qu'elles aient été priorisées et arbitrées, soumises à l'avis du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico Sociale (CROSMS) et à l'approbation de l'Assemblée départementale. L'objectif est de parvenir à une validation définitive à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2009.

Les premiers groupes de travail qui se sont tenus depuis le début de la semaine ont opéré des constats et tracé des orientations qui seront débattues dans les prochaines réunions.

A la suite de cette introduction, Françoise le Bray propose de faire un rappel légal et réglementaire sur les commissions communales d'accessibilité, la voirie les espaces publics et les bâtiments et de confier à Malik Boutora le soin de traiter du domaine des transports après présentation du premier point.

**Les commissions communales d'accessibilité** auraient dû être mises en place dès le vote de la loi de 2005 dans les communes ou intercommunalités de plus de 5 000 habitants. Cette disposition était d'application immédiate. Ces commissions ont un rôle consultatif et d'observatoire qui consiste à :

- dresser l'état des lieux de l'accessibilité dans tous les domaines,
- faire des propositions pour améliorer l'accessibilité
- recenser l'offre de logements accessibles

Elles doivent remettre un rapport d'activité annuel au Préfet, au Président du Conseil Général et aux membres du Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées, sans oublier les gestionnaires d'établissements concernés par les travaux envisagés.

Si localement, il existe un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), ayant la compétence transport ou aménagement du territoire, c'est ce dernier qui doit constituer la commission. Les communes de plus de 5 000 habitants qui le composent ne sont pas obligées de le faire. Si elles décident de créer une commission, c'est dans ce cas une structure informelle qui contribue aux travaux de la commission intercommunale.

A ce jour, 8 EPCI ont constitué une commission intercommunale d'accessibilité représentant 65 communes. 10 communes ont constitué des commissions informelles. Aucun rapport d'activité n'a été produit malgré une relance du Préfet en mai 2007.

La période électorale de 2008 a retardé le démarrage de ces commissions qui commencent maintenant à se mettre en place. Un rapport d'activité leur sera demandé début 2009 pour l'année 2008, elles doivent donc travailler rapidement.

**Dans le domaine des transports en commun**, c'est le Syndicat des Transports d'Ile de France (STIF) qui détient la compétence légale et est l'autorité organisatrice. Le Département n'a pas de compétence dans ce domaine, ce qui ne l'empêche pas de mener des actions volontaristes. L'article 45 de la loi précise cette compétence.

Dans ce cadre, le STIF a adopté un schéma directeur d'accessibilité au mois de février 2008. Le Conseil Général y a été associé. L'accessibilité des transports en commun (réseau ferré + routier) doit être effective en 2015. Il s'agit de définir les lignes qui pourront être mises en accessibilité et celles qui ne pourront l'être pour des raisons techniques. Dans ce cas, des services de substitution doivent être mis en place d'ici 2011.

Le Conseil Général va mettre en place un dispositif de transport à la demande pour les Personnes Handicapées, qui n'est pas un service de substitution, appelé PAM 77. L'exploitant en est Flexcité qui a pour actionnaire la RATP, Transdev et le GIHP. Ce service fait suite à celui géré par Transdom depuis de nombreuses années.

Ce mode de transport sera ouvert à différents motifs de déplacement sauf motifs relevant d'aides spécifiques : transports sanitaires relevant de l'Assurance Maladie, déplacements vers les Etablissements Sociaux d'Aide par le Travail (ESAT) et les Instituts Médico Educatifs (IME) relevant d'une prise en charge par ces établissements, transports scolaires qui relèvent du STIF.

Par contre, tous les déplacements afférent à une activité professionnelle ou à la vie sociale peuvent être pris en compte par PAM 77 sur le Département de Seine et Marne et au-delà, dans l'ensemble de la Région Ile de France.

A cet effet, le Département a reçu une délégation de compétence du STIF. La mise en service de PAM 77 est prévue pour le 20 octobre, pour ce qui est des inscriptions et des réservations, et le lancement officiel aura lieu le 3 novembre. Le Président du Conseil Général vient d'adresser à cet effet un courrier aux maires et aux Présidents d'associations, l'information « grand public » sera effectuée par voie d'affichage dans les abribus, dans la revue du Conseil Général, Seine et Marne Magazine, par l'intermédiaire des mairies et des Unités d'Action Sociale, notamment.

Ce service pourra être appelé au numéro suivant : 0810 0810 77 (prix d'un appel local), un site internet sera mis en ligne la semaine prochaine, [www.pam77.info](http://www.pam77.info).

Les tarifs usagers dépendent du nombre de kilomètres effectués :

Pour un trajet aller,

- 0 -15 kms : 2 €
- 15 - 25 kms : 6 €
- 25 – 50 kms : 10 €
- au – dessus de 50 kms : 30€

avec une prise en charge possible par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Concernant le matériel roulant, qui a fait l'objet d'un décret de 2006 et d'un arrêté de 2007, la loi prévoit qu'il doit être accessible à tous types de handicaps. La Région Ile de France (prochainement le STIF) conditionne ses aides à l'acquisition de véhicules à la prise en compte de l'accessibilité.

Enfin, le Conseil Général va se positionner sur les orientations du schéma directeur d'accessibilité et va opérer un diagnostic des points d'arrêt des lignes Seine et Marne Express. Pour information, notamment des communes, il est utile de savoir que le STIF finance la mise en accessibilité des points d'arrêt à hauteur de 100% du montant hors taxes des travaux. Cet organisme s'apprête également à subventionner les études préalables.

**Des diagnostics de ce type ont déjà été menés localement, mais il n'y a pas de connexion entre les transports et la voirie qui relèvent de compétences légales différentes. Il n'y a pas de date butoir pour la voirie alors que les transports doivent être mis en accessibilité**

**d'ici 2015.**

**Dans le domaine de la voirie et des espaces publics**, un décret de 2006 dispose que les plans d'accessibilité des communes doivent être réalisés sous un délai de 3 ans expirant en décembre 2009. Ils doivent permettre de garantir la chaîne des déplacements.

Une personne sur 3 est concernée car la qualité de vie est à améliorer pour un public large qui vise également les personnes âgées, les personnes momentanément handicapées, .....

L'objectif est d'effectuer un état des lieux, de repérer les « points durs » posant problème, de trouver la solution technique ou de déclarer l'impossibilité de réaliser les travaux, de fixer un échéancier de réalisation. Des dérogations sont possibles avec l'accord de la sous commission départementale d'accessibilité.

Pour le moment, un seul état des lieux, première phase du plan d'accessibilité, a été adressé à la DDE.

### **Constats, identification des besoins**

Des initiatives sont prises dans des communes pour organiser des forum d'**information** sur le civisme lié au handicap à destination des habitants, des forum santé avec mise en situation de handicap, des actions de sensibilisation des employés municipaux notamment sur le handicap mental. Le PACT ARIM se préoccupe de sensibiliser les personnels des bailleurs sociaux comme les gardiens d'immeubles.

Dans le domaine de la **communication**, il est signalé que les programmes culturels ne mentionnent pas leur accessibilité aux différents handicaps. Au niveau du Ministère, un groupe de travail « Culture et handicap » se penche activement sur ces questions

**Quelques « points durs »** d'aménagement urbain sont mentionnés, les trottoirs pas toujours aménageables, les zones où la vitesse est réduite à 30 kms/heure où il est difficile de faire cohabiter différents usagers car les repères habituels sont supprimés, (or la loi prévoit l'accessibilité pour tous), le mobilier urbain non conforme à la réglementation, les contraintes liées aux monuments historiques, l'installation des mairies dans des bâtiments anciens, l'absence de civisme qui accroît les difficultés de mobilité;

**Les professionnels du bâtiment ne connaissent toujours pas la réglementation.** Les personnes qui aménagent leur logement avec l'aide de la PCH font confiance aux promoteurs, aux entreprises, les bailleurs sociaux également et les logements livrés ne sont pas accessibles. Or, 100% des logements neufs hormis les maisons individuelles construites pour un usage propre doivent l'être.

Les commissions communales associent des personnes handicapées à leurs travaux mais il est nécessaire de **prendre en compte tous les types de handicaps** et les différentes formes de perte d'autonomie.

Les maires se posent aussi des questions sur **le choix des priorités de travaux** à opérer.

**De même pour les Etablissements Recevant du Public (ERP)** à mettre en conformité d'ici 2015. Les dossiers d'ERP sont examinés en commissions d'arrondissement pour les petits projets, en commission départementale pour les autres. 1200 à 1400 dossiers passent annuellement en commission, dont 1/5<sup>ème</sup> au moins concerne des aménagements intérieurs.

Les communes connaissent mal les obligations légales **par rapport aux commerçants, professions libérales installées sur leur territoire. Il existe pour le maire la possibilité d'interdire l'ouverture en suivant l'avis de la commission d'accessibilité qui en Seine et Marne est assez sévère.**

A ce sujet, les associations (qui sont représentées dans la commission départementale) craignent que les dérogations se multiplient et que la loi ne soit pas respectée en 2015 alors qu'il s'agit parfois de mesures simples à mettre en place.

### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

Il apparaît difficile de traiter tous les types de handicaps, chaque handicap possédant aussi ses propres spécificités, déficience auditive et visuelle, handicap mental.

Pour aider utilement le groupe de travail, il serait nécessaire d'**associer quelques experts à la prochaine réunion du 2 décembre 2008** :

- 1 représentant de l'association APEDA (handicap auditif) va être sollicité par Mme Montagne de la mairie de Cesson,
- M. Delaplace de l'association Retina (handicap visuel) contacté par Mme le Bray

Sur les autres secteurs d'intervention précédemment évoqués :

- un représentant du Conseil d'Architecture, d'Urbanisme et d'Environnement contacté par Mme le Bray
- un représentant des transporteurs contacté par M. Boutora
- Un architecte des Bâtiments de France (Jacques Moulin) contacté par Mme Lecat du Conseil Général
- La Fédération du Bâtiment et des Travaux Publics contactée par Mme le Bray

Sur les thèmes de travail issus de ces échanges, il est convenu de traiter à la prochaine réunion

1 – les questions relatives à la citoyenneté, au comportement ; la sensibilisation des habitants, la formation des professionnels

avec pour objectif de réfléchir à la création d'une banque de données à destination des communes et intercommunalités, à son contenu et à son support institutionnel. A l'initiative de François Torrent de la Mutualité Française, quelques personnes vont mener un travail d'approche sur ce thème.

**2 – les priorités à instaurer en termes de diagnostic et de réalisation de travaux en prenant en compte les prochaines dates butoir, 2009, 2011, 2015.**

**Compte tenu de l'ampleur de ces deux sujets, il sera vraisemblablement nécessaire d'ajouter une réunion de travail supplémentaire au mois de janvier.**

Au cours de la réunion, Françoise le Bray a remis aux participants une importante documentation sur la réglementation en matière d'accessibilité.

La deuxième réunion du groupe de travail était co-animée par Françoise le Bray, chef du bureau de la qualité de la construction et du cadre de vie à la Direction Départementale de l'Équipement et par Malik Boutora, chargé de mission à la Direction des Transports du Conseil Général.

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé.

L'ordre du jour de la réunion porte sur la notion d'accessibilité dans tous les domaines de la vie quotidienne, en s'attachant à déterminer des actions concrètes classées par ordre de priorité, ainsi que les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre.

Un petit groupe restreint a réfléchi sur la constitution d'une banque de données sur les espaces publics et la voirie, susceptible d'être intégrée dans un centre de ressources départemental, dans l'objectif de centraliser l'ensemble des informations dans un lieu unique. Ce centre pourrait également avoir une mission plus active de sensibilisation sur la réglementation à appliquer à travers les commissions communales ou intercommunales d'accessibilité.

Françoise le Bray donne des précisions quant aux différentes institutions qui seraient représentées sur les différents domaines de la banque de données, **les associations de personnes handicapées y seraient systématiquement associées.**

**Son champ d'intervention porterait sur :**

- la voirie et les espaces publics en associant la DDE, le PACT ARIM, le CAUE, les géomètres
- les transports publics en associant la DDE, le Département, le STIF, les transporteurs



- les Etablissements Recevant du Public en associant la DDE, le Département, le PACT ARIM, le CAUE, le SDIS, le CSTB, l'Architecte des Bâtiments de France
- le logement en associant la DDE, le CAUE, le CSTB, les bailleurs sociaux, la Fédération du BTP, les paysagistes

Malik Boutora informe le groupe de l'approbation par le Conseil Général en sa séance du 21 novembre 2008 d'un plan départemental d'actions sur le handicap propre aux services du Département qui s'appuie sur tous les domaines d'intervention dont ceux précédemment cités.

**En préalable, les membres du groupe de travail soulignent les difficultés que pose leur participation aux commissions communales d'accessibilité et d'une façon générale à l'ensemble des commissions auxquelles elles sont appelées à siéger, sans remettre en cause cette avancée de la loi de 2005.**

**Les associations mettent en place des formations pour aider leurs représentants à siéger aux Commissions Communales car leur avis doit être pris en compte dans l'instruction des permis de construire.**

Dans le domaine du handicap visuel, les associations vont publier début 2009 un recueil spécifique d'information, téléchargeable sur internet sur le site du CNPSA, rubrique accessibilité, à destination des pouvoirs publics et des architectes. L'ensemble de la chaîne du déplacement sera traité.

**Les déficients visuels sont des salariés non disponibles à priori pour siéger dans toutes les commissions. Ceci pose le problème du financement de ces disponibilités, à faire remonter aux pouvoirs publics. Déduire ce financement de la taxe due par les entreprises pour l'embauche de personnes handicapées pourrait être une solution.**

A l'Association des Paralysés de France, des actions de formation sont mises en place pour expliquer aux bénévoles les termes techniques utilisés dans les commissions.

Le débat est ensuite engagé sur la forme que pourrait revêtir cette banque de données ou centre de ressources spécialisé sur l'accessibilité.

**Le public concerné** serait l'ensemble des usagers, associations, bailleurs sociaux, ainsi que les architectes. Les maîtres d'ouvrage aussi sont concernés ainsi que toute la chaîne de réalisation des travaux jusqu'aux entreprises du bâtiment. La Fédération du Bâtiment et des Travaux Publics devrait être force de sensibilisation vis à vis de ses artisans.

**Cette banque de données doit elle être rattachée à la MDPH ?**

Cette question pose la question des moyens nécessaires pour faire fonctionner cette banque de données eu égard notamment au grand nombre de communes concernées dans le Département.

Il convient de considérer 2 niveaux d'information différentes :

- la personne handicapée qui s'adresse à la MDPH à l'occasion du dépôt d'un dossier.
- les techniciens et les communes qui pourraient prendre l'attache d'une structure indépendante qui réunirait les représentants de l'Etat, de la Région, du Département .

Cette banque de données peut être conçue de deux façons différentes :

- soit une structure légère en attribuant des missions supplémentaires aux institutions existantes : STIF, DDE, qui exercent déjà ce rôle d'information auprès des usagers
- soit une structure plus étoffée si l'on entend traiter l'ensemble des différents volets dans un même guichet avec des limites à ne pas dépasser, délivrer des conseils mais ne pas faire à la place des responsables.

Les communes attendent des réponses globales et souhaitent ne pas avoir à s'adresser à plusieurs interlocuteurs. 420 communes qui ont moins de 5 000 habitants, n'ont pas de commission communale d'accessibilité ni de service technique spécialisé. Les communes de plus de 5 000 habitants pourraient déjà donner l'exemple.

Dans ce centre ressources, il faudrait que quelques personnes spécialisées puissent donner des réponses aux services des communes, associations, professionnels du bâtiment en se penchant sur les questions de mobilier urbain, de pictogrammes, de balises sonores, la réglementation et les solutions techniques sur les terrasses et les balcons.....avec l'idée d'une généralisation et uniformisation des différents modes opérationnels au niveau départemental voire européen.

La création d'un site internet avec questions-réponses serait une première étape, pour délivrer périodiquement des informations sur les nouvelles réglementations..

**Ce centre pourrait aussi initier « une charte de citoyenneté »** dans le Département pour donner au public une vision globale de la chaîne de traitement du handicap. Quelles attitudes adopter face à une personne handicapée ? Ceci implique un partenariat entre techniciens et usagers.

La convention de Madrid de 2003 est oubliée aujourd'hui, elle instituait une charte de vie des personnes fragiles, elle pourrait être reprise dans le cadre des travaux du schéma départemental et faire l'objet d'une campagne de communication au niveau des communes et intercommunalités. La citoyenneté va cependant au delà de la question du handicap.

La loi de 2005 constitue également une charte de citoyenneté.

**A titre d'exemple, dans le cadre de la commission d'accessibilité intercommunale, la Communauté d'Agglomération de Saint Quentin en Yvelines a diffusé un questionnaire permettant aux usagers de signaler les obstacles rencontrés en matière d'accessibilité.**

**Ce centre de ressources doit il être globalisé ou être scindé en centres de ressources par thématiques ?**

Le découpage par thématiques ne convient pas car **la personne handicapée est confrontée dans sa vie quotidienne à tous types des problèmes.**

Ce centre ne doit pas exonérer chacun de prendre ses responsabilités et de faire les recherches nécessaires. Il pourrait soit renvoyer sur d'autres partenaires, soit donner des informations directement. Les portes d'accès seraient différentes selon les demandeurs. Faut-il aller jusqu'à recommander des entreprises qui travaillent dans une démarche de qualité pour ce qui concerne l'accessibilité ?

**D'où l'idée d'une reconnaissance de certification, ou de qualification, ou un label qualité des entreprises définis avec l'appui technique du CSTB, en lien avec la Fédération du Bâtiment et les usagers handicapés, comme il existe déjà un label « tourisme handicap » dans le domaine de la culture.**

Une réflexion identique pourrait être impulsée dans le domaine des transports avec le STIF.

**Des points de vigilance sont soulignés à cette occasion :**

**- cette certification ne doit pas retarder l'application de la loi de 2005 et la nécessaire mise en oeuvre de l'accessibilité du cadre bâti en 2015. Toutes les entreprises sont concernées labellisées ou pas.**

L'objectif est de généraliser le label et de garantir ainsi aux maîtres d'ouvrage l'obtention de l'attestation d'accessibilité.

- la question du prix proposé par l'entreprise labellisée sera posée à la commission d'appels d'offres.

- la certification demande du temps et du travail à l'entreprise. Le label ne présente pas cet inconvénient.

- les bureaux de contrôle et les architectes doivent aussi aider les communes, maîtres d'ouvrage, à respecter la loi avant que les travaux ne soient réalisés.

**Une nouvelle réunion est prévue le 9 janvier matin, à 9H30, pour préciser les orientations du groupe.**

**Les orientations concernant l'accessibilité intégrées dans le plan d'actions handicap du Conseil Général seront exposées en lien avec les travaux du schéma départemental des Personnes Handicapées.**

**La troisième réunion était co-animée par Françoise le Bray, chef du bureau de la qualité de la construction et du cadre de vie à la Direction Départementale de l'Équipement et**

**par Malik Boutora, chargé de mission à la Direction des Transports du Conseil Général.**

L'ordre du jour de cette réunion portait sur deux points :

- l'aménagement de la voirie avec un objectif de sécurité pour les personnes handicapées
- l'exposé du plan d'actions handicap du Conseil Général et le relevé d'items susceptibles d'être intégrés dans les propositions du schéma départemental.

Françoise le Bray rappelle que l'aménagement de la voirie avec un objectif de sécurité recouvre les actions suivantes :

- aménager pour modérer la vitesse,
- prendre en compte la voirie, l'espace urbain et la vie locale,
- proposer d'autres modes de déplacement que l'automobile.

Dans le domaine de la sécurité routière et de l'accessibilité, se pose la question de la frontière entre ces deux domaines. Est cité l'exemple des zones où la vitesse est limitée à 30 kms/heure et où les personnes handicapées visuelles ne disposent plus d'aucun repère du fait de la non séparation entre trottoirs et voie de circulation ainsi que de l'absence de repères auditif et tactile.

En dehors des aménagements eux mêmes, le suivi des aménagements et la prise en compte de l'accessibilité lors de la réalisation de travaux dans les communes doit être une préoccupation des élus. Souvent, des personnes handicapées sont invitées à tester ces aménagements. C'est le cas dans la commune de Vaux le Pénil. Leur avis doit cependant être considéré avec un certain recul dans la mesure où elles habitent elles mêmes la commune en question et ont intérêt à la réalisation des travaux.

La commune de Pontault Combault a mis en place une commission d'accessibilité en septembre 2008. Elle a entrepris le diagnostic de la voirie et au printemps, sera réalisé le diagnostic sur les bâtiments. Elle a finalisé un guide pratique du handicap en direction de tous publics et entrepris un travail de sensibilisation et de formation des personnels communaux qui accueillent du public. Enfin, un forum santé prenant en compte la question du handicap sera organisé le 11 mars, salle Jacques Brel.

**Deux propositions sont formulées :**

- **rédiger une charte à destination des collectivités locales pour rappeler les règles essentielles d'accessibilité et de citoyenneté,**
- **organiser un concours départemental des villes et villages accessibles qui créerait une émulation positive entre les communes qui s'investissent dans ce domaine**

**Le plan d'actions handicap du Conseil Général a pour objet de récapituler l'ensemble des actions que le Département a déjà mis en place et qui relèvent de 13 secteurs**

**d'intervention différents et d'en prévoir le développement sur les années à venir.**

Malik Boutora passe en revue les différents domaines susceptibles d'intéresser le groupe de travail.

Dans le domaine du logement, le recensement des logements accessibles est du ressort des commissions communales d'accessibilité. Peu de commissions sont en place et ce recensement n'est pas encore connu. Les attestations de fin de travaux sont toutes déclarées conformes alors que la plupart ne le sont pas. Cela relève de la responsabilité des architectes et des bureaux de contrôle. D'où l'importance de la formation des professionnels, architectes et services techniques.

Dans le domaine des bâtiments, il est relevé la nécessité d'une réaction urgente lorsque des travaux touchant l'accessibilité doivent être réalisés dans les collèges. Cette remarque rejoint la question du suivi des aménagements précédemment évoquée.

Dans le domaine des transports, PAM 77, le service de transport à la demande des personnes handicapées a été ouvert au mois de novembre 2008, et après quelques difficultés au démarrage, la situation tend à se normaliser. Ce service monte en puissance très rapidement (déjà + 40% d'activité par rapport à l'ancien service Transdom). Les moyens financiers estimés nécessaires au terme du contrat seront 5 fois plus importants que ceux consacrés à Transdom.

De même, le Conseil Général a lancé une étude sur les points d'arrêt des lignes Seine et Marne Express pour les rendre accessibles, bien qu'ayant aucune compétence dans le domaine des transports.

Pour répondre aux réclamations que pourraient faire les usagers des transports en commun handicapés, les responsabilités de chaque intervenant sont précisées :

- s'il s'agit d'un problème sur les véhicules, le transporteur est responsable car il peut prendre toute décision sur la circulation de ces véhicules sans en référer au Préfet,
- s'il s'agit d'un problème sur la voirie, selon le statut de cette voirie, ce sont le Département, les communes ou intercommunalités qui sont responsables,
- s'il s'agit d'un problème relevant de la politique globale, c'est le STIF qui est compétent.

Toutefois, les services du Département peuvent dans tous les cas relayer les réclamations des usagers auprès des structures compétentes.

**Il est donc proposé d'inscrire dans le cadre du schéma le suivi de la mise en place de PAM 77 ainsi que l'aménagement des points d'arrêt des lignes Seine et Marne Express.**

Enfin est posée la question du contrôle de l'effectivité des travaux réalisés que ce soit dans le cadre de la politique contractuelle du Département en direction des communes ou intercommunalités ou de l'attribution de la PCH.

La loi prévoit en effet qu'une collectivité ne peut attribuer de subvention pour la réalisation de travaux qui ne répondraient pas aux normes d'accessibilité et dans ce cas, peut en demander la restitution au maître d'ouvrage. **Il convient donc d'organiser les modalités de ce contrôle** pour ne pas financer des travaux hors normes y compris pour l'aménagement de logements dans le cadre de la PCH et d'inscrire également cette proposition dans le cadre du schéma départemental.

<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n°4 Accès à la cité et à la vie sociale</b> <b>Sous groupe B emploi, logement</b>
--------------------------------	---

**Cette première réunion était co-animée par Viviane Massacrier, Chef de Service insertion sociale et professionnelle au Conseil Général et par Annie Sirvent, Secrétaire Générale de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.**

Pour débiter la réunion, Viviane Massacrier a demandé à chacun des participants de se présenter et de préciser ses attentes quant aux objectifs poursuivis par le groupe de travail. Annie Sirvent remercie le représentant de l'ANPE de sa présence qu'elle estime indispensable compte tenu du thème abordé de l'emploi des personnes handicapées.

**Constats, identification des besoins**

Au cours de ce tour de table, les difficultés suivantes ont été relevées :

- L'accès au logement de droit commun, l'adéquation entre l'offre et la demande, l'adaptation du logement, l'accompagnement dans la prise en charge quotidienne,
- La coordination emploi et logement dans un parcours de vie, et sur un secteur géographique donné, notamment pour les personnes lourdement handicapées,
- L'accès à l'emploi de droit commun et le maintien dans l'emploi, l'aide à l'intégration en ESAT et en entreprise, le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire,
- L'accès aux transports pour les personnes travaillant en ESAT. (La mise ne place début novembre de PAM 77 ne résoudra pas ce problème solutionné ponctuellement lorsque l'établissement a organisé un circuit de ramassage ou que la Prestation de Compensation du Handicap intervient pour couvrir le surplus des dépenses.)
- L'insuffisance d'échanges d'informations sur les outils disponibles.

Les constats suivants ont été effectués :

- importance de l'accompagnement dans l'accès et le maintien dans l'emploi, la gestion du logement, nécessité d'éviter les ruptures de parcours,
- absence de politiques concertées chaînant les nombreux dispositifs.

## **Dans le domaine de l'emploi et de l'insertion professionnelle,**

Plusieurs expériences sont mentionnées :

- celle menée par l'Inspection Académique depuis l'année scolaire 2006 – 2007 visant à construire des parcours de formation pour de jeunes collégiens ou lycéens handicapés grâce à un accompagnement spécifique par des professionnels du secteur médico-social dans le cadre de conventions signées avec les Centres de Formation pour les Apprentis (CFA). Les secteurs d'activité concernés sont le bâtiment, les espaces verts, la restauration. Ce dispositif s'adresse à des jeunes présentant des troubles des fonctions cognitives. Il sera bientôt ouvert à des jeunes handicapés sensoriels. Il est également envisagé de nouer des contacts avec les ESAT pour élargir le panel de solutions possibles à l'issue de ce parcours.
- La mission de montage d'opérations d'Initiatives 77, opérateur du Conseil Général dans le domaine de l'insertion. A ce titre sont cités la mise en place d'un chantier d'adaptation de logements dans le parc privé mené en lien avec le PACT ARIM 77 pour faciliter le retour à domicile de personnes handicapées, après une hospitalisation, et dans le domaine de l'emploi, le projet de formation de 12 personnes handicapées bénéficiaires du RMI aux métiers de l'accueil et du secrétariat en lien avec les services du Conseil Général.

**Au vu de ces expériences, Annie Sirvent conclut que de nombreux partenaires sont positionnés tout au long du parcours d'insertion des personnes handicapées et qu'il semble nécessaire de mettre en réseau tous les acteurs afin de donner plus de lisibilité aux différents dispositifs.**

Est cité l'exemple du projet RECORD (Réseau de Ressources Coordonnées pour l'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap , au service de la MDPH ) porté par 5 réseaux nationaux dont la FAGERH , à titre expérimental, dans 8 départements dont la Seine-et-Marne. Une plaquette est en cours de préparation qui regroupe l'ensemble des informations concernant l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Le rôle du Plan Départemental d'Insertion des Personnes Handicapées (PDITH) est rappelé regroupant un certain nombre de partenaires a pour objectif de coordonner et de faire connaître les différentes prestations existantes. Un nouveau coordonnateur prendra ses fonctions début novembre. En dehors de son rôle de coordination, ce plan développe aussi un axe jeune ainsi qu'un axe maintien dans l'emploi.

La MDPH a conclu des conventions avec des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale pour un accueil de proximité des personnes handicapées, les Unités d'Action Sociale du Département réalisent aussi ce premier accueil, mais cela est peu connu. La MDPH a mis en



place un numéro vert et une personne est spécialement chargée de délivrer des informations aux communes et aux services sociaux.

Le dispositif Cap Emploi concerne tous les types de handicaps mais a besoin de trouver des relais auprès d'autres partenaires.

**Il est souligné aussi l'importance d'articuler les différents financements émanant de l'Etat, de la Région, du Département, faute de quoi, ces financements risquent d'être mal utilisés et de privilégier la logique de service à celle de structure.**

Le fonctionnement par appel d'offres semble contraire à cette logique. Les objectifs posés le sont en termes quantitatifs de placement dans l'emploi alors que les personnes ont souvent besoin de prises en charge dans la durée pour pouvoir s'insérer.

**Priorité pourrait donc être donnée à la création d'une dynamique de réseau entre les professionnels favorisant la communication sur l'existant et regroupant des informations aujourd'hui « atomisées ».** Si cette coordination a forcément un coût, elle permettrait toutefois de faire des économies par ailleurs par une meilleure utilisation des dispositifs.

**Dans le domaine du logement,**

Il est difficile de savoir qui doit réaliser les travaux d'adaptation du logement. Certains bailleurs font ces travaux, d'autres s'y refusent. La PCH apporte des aides à cet effet.

Les communes et intercommunalités de plus de 5 000 habitants ont l'obligation de recenser l'offre de logements accessibles et les CCAS peuvent être vecteurs d'informations de par leur proximité avec les usagers.

**Le recensement de l'offre disponible de logements adaptés existants comparé à la demande fait l'objet d'une expérimentation en Rhône Alpes.** C'est le dispositif « ADALOGIS » expérimenté à l'initiative de la fédération des PACT ARIM. A partir du mois de janvier prochain, ce dispositif pourra être étendu aux départements volontaires. Il pourra plus tard concerner aussi les logements neufs.

Cet outil recense les logements mais ne les attribue pas. Une articulation s'impose donc avec la Préfecture et les bailleurs sociaux.

Un échange de vues s'engage ensuite sur l'opportunité d'intégrer la dimension logement et hébergement lors de la création d'un ESAT. Si une unanimité se dégage pour convenir qu'il faut dissocier les deux domaines, sauf à créer des sortes de « ghettos » autour de ces établissements, le groupe convient toutefois que le dossier de création devrait comporter des

données sur les possibilités de logement existant à proximité. En effet, faute de pouvoir se loger, des personnes orientées en ESAT renoncent à y travailler. Il en est de même pour les lignes de transports qui devraient pouvoir être identifiées à l'amont.

### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

**En conclusion générale, apparaît la nécessité de mettre en place un centre de ressources au niveau départemental qui aurait plusieurs objectifs :**

- **Délivrer de l'information aux professionnels et coordonner leur intervention dans une logique de réseau, et de service à la personne,**
- **Délivrer de l'information aux personnes handicapées pour les aider à mieux s'orienter et définir leur parcours de vie,**
- **Constituer un groupe de veille réactif sur les dispositifs qui se créent, et les problèmes qui se posent aux personnes handicapées dans le cadre de ce parcours, en y associant des représentants des usagers.**
- **faire vivre le schéma départemental dont la durée s'étale sur plusieurs années (2009 – 2013)**

Afin d'approfondir les deux sujets, emploi et logement, il est convenu d'organiser deux réunions de travail supplémentaires organisées par thèmes. Les inscriptions des participants se faisant sur la base du volontariat.

Ces réunions sont fixées le 9 décembre après midi de 14 H à 16 H 30 pour le thème logement et le 10 décembre après midi de 14 H à 16 H 30 pour le thème emploi. Les salles de réunion seront précisées ultérieurement.

**La réunion du 15 décembre est maintenue et permettra de faire une synthèse générale des travaux.**

**La deuxième réunion était co-animée par Viviane Massacrier, Chef de Service insertion sociale et professionnelle au Conseil Général et par Annie Sirvent, Secrétaire Générale de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.**

Le compte rendu de la réunion précédente est validé.

Il est rappelé en préambule les conclusions de la dernière réunion et la décision de travailler en 2 sous groupes pour traiter séparément les thèmes de l'emploi et du logement. Le 15 décembre, les travaux des 2 sous-groupes seront synthétisés en vue de présenter des propositions dans le cadre du schéma départemental..

**La réunion du 9 décembre était consacrée à la problématique du logement de droit commun** en secteur diffus (hors hébergement).

Il est noté que les demandes et les réponses attendues sont différentes entre handicap moteur, mental, psychique.

**Différentes solutions sont recherchées :**

**- la mise en place d'un outil de recensement de la demande pour mieux connaître l'offre de logements adaptés et les demandes formulées.**

Dans la région bordelaise, une personne effectue l'interface avec les bailleurs pour traiter les demandes de logement des personnes handicapées.

Les PACT ARIM portent un programme expérimental appelé « ADALOGIS » déposé à l'INPI sous la forme d'un serveur informatique destiné à rapprocher l'offre et la demande de logements adaptés pour les Personnes Handicapées. C'est également un outil d'observation de la demande.

Tous les maîtres d'ouvrage publics et privés alimentent cette base de données de même des propriétaires privés qui souhaitent vendre leur logement. Une grille a été établie par type de handicaps.

La procédure suivie par ADALOGIS intègre une démarche de concertation et la mise en place d'une structure pilote. L'adhésion préalable de l'Etat, du Département et des bailleurs sociaux est indispensable.

Les expériences menées démontrent l'importance du portage par le Conseil Général, portage qui doit être intégré dans le contexte local.

Les CCAS n'ont connaissance que de 20% de logements du contingent communal. Un outil centralisé de ce type leur permettrait de connaître l'intégralité des logements accessibles et adaptés.

Les communes de plus de 5000 habitants ont l'obligation de recenser les logements adaptés. Or la commune ne peut le faire sans consulter les bailleurs qui n'ont cependant aucune obligation de transmettre l'information.

Les bailleurs ont connaissance de leur parc au niveau de leur service travaux (mais pas de leur service gestion) mais la loi interdit de mettre en évidence dans les fichiers informatiques les logements adaptés. Les bailleurs ont cependant l'obligation de le faire dans le cadre de leur plan

stratégique de patrimoine.

**Autre difficulté :** Le bailleur ne peut percevoir la Prestation de Compensation du Handicap, laquelle est attribuée à la personne handicapée. Cela freine la réalisation des travaux.

50 logements ont été adaptés par le PACT ARIM en lien avec les bailleurs sociaux avant l'instauration de la PCH.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie admet des dérogations des Conseils Généraux pour le versement de la PCH au bailleur. La déduction du montant des travaux d'adaptation réalisés de la taxe foncière payée par les bailleurs, qui pourrait être incitative, diffère d'un secteur à l'autre. (certains bailleurs sont exonérés de taxe foncière).

Il ne faut pas faire de la confusion entre accessibilité et adaptation. La PCH concerne l'adaptation. L'accessibilité répond à une obligation légale, les logements doivent être accessibles et adaptables.

Sur le logement neuf, les travaux d'accessibilité sont obligatoires. Sur le logement ancien, ils doivent être réalisés à l'occasion de travaux importants. Des travaux d'adaptation ont été réalisés dans le cadre du Programme Social Thématique Départemental mais la reconduction du financement de l'Etat, du Département et du CIL dans le cadre du prochain Plan Départemental d'Actions pour le Logement des Personnes Défavorisées n'est pas assurée. Sur le parc privé, certains bailleurs sont intéressés car sécurisés par l'accueil d'une personne handicapée qui se maintiendra dans le logement et le respectera davantage.

L'environnement du logement est important ( positionnement en centre ville et proximité des services et des transports) de même que le coût du loyer. A contrario, des solutions sont peut être à rechercher en milieu rural où il semble que les personnes handicapées soient plus à l'aise qu'en secteur urbain où elles ne sont pas en sécurité, d'autant qu'un réseau de transport à la demande, PAM77, a été mis en place. Cela peut être aussi un moyen de faire vivre le village au niveau de ses commerces...

#### - **L'estimation des besoins**

Certaines personnes ne disent rien de leur handicap de peur de ne pas obtenir de logement. Il faut utiliser les réseaux d'information existants.

Le fichier de demandeurs de logement de la Préfecture peut –il être exploité à cet effet ?

**Dans le cadre de la commission DALO**, l'inadaptation au handicap peut rendre prioritaire la demande. Un bilan doit être effectué prochainement, Cette commission va devenir la commission unique de demande de logements sur le parc public.

#### - **Les actions expérimentales :**

**4 associations se sont regroupées sur le sud du Département**, le CIS de Nemours, le COS de Nanteau sur Lunain , les Centres d'hébergement de Melun et Fontainebleau.

Dans le cadre de la CLILE et de l'OPAH de Nemours, a été avancée l'idée de mettre en place une Agence Immobilière à Vocation Sociale avec pour support une structure intercommunale en projet afin de constituer une offre privée de logements. Sur l'OPAH de Nemours, 120 logements sont identifiés mais les propriétaires doivent être rencontrés, convaincus et aidés à monter leur dossier.

Il faudrait éviter de « spécialiser » le logement mais plutôt se rapprocher de l'ensemble des publics qui ont des problèmes d'accès au logement. C'est l'objectif des Agences Immobilières à Vocation Sociale.

**Une expérimentation régionale en cours permettrait aux associations de louer des logement** et de les sous louer à des personnes en difficulté, grâce à un financement de l'Etat à hauteur de 11 000 € par an représentant le coût total du loyer et des charges. Le locataire paie alors une redevance et non un loyer.

**Pour les personnes ne pouvant vivre seules, existent différentes formules, expérimentations, concepts**

- \* la formule d'appartements partagés, de maisons relais, habitat individuel avec animation collective,

- \* les logements avec gouvernantes, dispositif qui ne sera pas reconduit faute de moyens,

- \* Les appartements thérapeutiques : le PACT ARIM a acquis et loué des appartements thérapeutiques pour des personnes traumatisées crâniens suivis par une équipe du centre de Villebouvet. Les amis de l'atelier font de même pour des personnes handicapés psychiques sur la ville de Nemours.

- \* Une réflexion est menée sur l'accueil familial pour des personnes âgées et handicapées (parents et enfants handicapés). L'accueil familial est très développé dans le Pas de Calais.

- \* Une expérimentation menée par l'ASSADRM pour faire intervenir des aides à domicile y compris la nuit.

- \* Les services de portage de repas pour personnes âgées qui pourraient être mis à disposition des personnes handicapées.

- \* le concept de l'école ouverte dans certaines villes nouvelles qui accueille des scolaires et des personnes handicapées dans un cadre intergénérationnel.

**La troisième réunion était co-animée par Viviane Massacrier, Chef de Service insertion sociale et professionnelle au Conseil Général et par Annie Sirvent, Secrétaire Générale de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé.

## **Organisée le 10 décembre, cette réunion avait pour thème l'emploi**

3 points principaux ont été évoqués :

- **l'adaptation offre/demande** : sensibilisation des entreprises et projection sur les offres à venir
- **le travail en réseau des acteurs** : pôle emploi, Cap Emploi, MDPH
- **le parcours de qualification et de formation à l'emploi** : chantiers d'insertion, ESAT hors les murs, forum emploi, le PDITH, la réforme de l'AAH

**En préalable, Il est noté l'importance de l'accompagnement pour accéder à l'emploi et s'y maintenir.** Le tuteur de l'entreprise doit avoir un réseau à l'extérieur de la structure pour régler différents problèmes (parrainage....)

**L'information disponible sur l'emploi** est disparate. L'ANPE, le dispositif Cap Emploi répondent à ce besoin d'information. Il est souligné l'importance du dépôt le plus à l'amont possible des offres d'emploi par les entreprises.

Chaque fin d'année, des enquêtes sont effectuées par le service public de l'emploi sur les besoins de main d'œuvre tout public, tout secteur d'activité, ce pourrait être un vecteur d'information.

Le dispositif Cap Emploi géré en Seine et Marne par l'ADIPPH a la possibilité d'organiser des rendez vous communs dans les entreprises, de traiter des contrats aidés, de mettre en place des actions de formation.

L'offre est supérieure à la demande, il y a une tension réelle et le Cap Emploi ne répond pas à tous les besoins des entreprises. La réactivité est importante : reconnaissance rapide de travailleur handicapé, mise en place de formations adaptées.

Le Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés, outil de coordination entre les différents partenaires et d'animation du réseau, sera relancé en 2009. Il aura pour tâche d'effectuer un état des lieux de l'existant et de proposer un plan d'actions pour les années à venir.

**Pour embaucher des personnes handicapées, les entreprises doivent juger davantage les compétences que le handicap.** La VAE, l'alternance sont des outils permettant d'optimiser les compétences.

Une difficulté importante constatée par la structure PRACTHIS, qui assure la fonction d'accompagnement territorial sur 2 autres départements, porte sur la sensibilisation des managers des entreprises, et sur les représentations classiques des salariés à l'égard du handicap à tous les niveaux de la chaîne. Des synergies ANPE, Cap Emploi, entreprises, sont pourtant possibles pour mutualiser les besoins, monter des formations collectives....dans le cadre de la gestion professionnelle des emplois et des compétences. Certaines entreprises ne savent pas comment procéder pour recruter.

L'AGEFIPH a signé un accord avec le FIPHFP concernant les trois fonctions publiques. Les SAMETH peuvent intervenir également dans la fonction publique pour contribuer à maintenir les salariés sur leur postes de travail.

Quels sont les besoins des fonctions publiques ? au niveau du CG, une charte pour l'emploi a été signée par le Département et les organisations syndicales qui encourage l'embauche de personnes handicapées sur les postes de travail vacants ou nouveaux.

### **Les difficultés de réponse aux besoins des entreprises**

Le niveau de formation de base des personnes handicapées est globalement peu élevé. Les problèmes linguistiques sont importants. Il faut reconnaître la réalité du public qui est celle d'un public de bas niveau de qualification. Ce n'est pas le handicap physique qui est le plus difficile à gérer mais surtout les difficultés sociales, l'incapacité à tenir les rythmes de travail et les problèmes de transport.

D'où l'importance des actions de remobilisation cognitive. .

Il y aurait dans le Département 1500 personnes handicapées, inscrites comme demandeurs d'emploi avec des niveaux de formation initiale et des compétences diverses mais celles qui possèdent les niveaux les plus élevés trouvent facilement du travail.

C'est le handicap physique qui pose le moins de problème d'insertion professionnelle. Les entreprises craignent plutôt les problèmes de comportement, de retard...

Des forums emploi sont organisés mais les entreprises participent peu. Il faudrait les renouveler deux fois par an pour donner des informations et des réponses croisées aux personnes, aux partenaires et aux entreprises sur les structures et dispositifs existants susceptibles de les aider.

**Le passage de l'emploi protégé au milieu ordinaire** nécessite de lever certains freins. En cas d'échec dans le milieu ordinaire, un droit de retour existe même en surnombre. Cette souplesse contribue à l'acquisition d'autonomie et à l'insertion professionnelle. De même avec l'outil chantier d'insertion, l'ESAT hors les murs.

### **Quel outil de suivi de la personne ?**

Le Dossier Unique du Demandeur d'Emploi peut être utilisé dans le cadre de la co-traitance. Un passeport pour l'emploi peut être instauré, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH pourrait également assurer ce suivi d'autant que la CNSA doit demander un accès au DUDE pour les MDPH.

### **La Réforme de l'AAH**

Elle pose l'obligation de vérifier l'employabilité de la personne qui demande l'AAH. Le cadre national n'est pas encore posé alors que cette réforme doit entrer en application le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Pour toute personne qui demande une reconnaissance de travailleur handicapé, la MDPH aura également l'obligation de faire une proposition d'orientation, d'où un impact direct sur le

pôle emploi, la MDPH, le Cap Emploi et une nécessaire concertation entre les partenaires.

### **Les dispositifs d'insertion professionnelle pour les jeunes handicapés**

#### **- Le DISPEH, Dispositif d'insertion Sociale et Professionnelle des Elèves Handicapés**

l'Education Nationale a la volonté de développer ce dispositif au niveau régional. Créé il y a 2 ans au nord du département, ce dispositif a pour objectif d'inviter des jeunes, quel que soit leur lieu de scolarisation (IME, IMPpro, UPI, lycée) à découvrir les métiers de la restauration, du bâtiment, des espaces verts dans les CFA, à y faire un stage de découverte des métiers, puis éventuellement ensuite à suivre une formation voire en apprentissage.

L'EN travaille à une reconnaissance de leur qualification par une certification . Se pose également la question de leur statut : IME, IMPPro puis statut de stagiaire de la formation professionnelle ? On rencontre le problème de la sécurité pour l'utilisation de machines outils.

- **L'action Etape Relais** développée il y a quelques années par le COS de Nanteau sur Lunain avec des IME, IMPPro du sud du Département portait sur le repérage précoce de jeunes orientables en milieu ordinaire, lesquels étaient appelés à suivre une action de pré orientation de 3 à 6 mois, puis une formation ou à accéder à l'emploi hors milieu protégé.

**La quatrième réunion était co-animée par Viviane Massacrier, Chef de Service insertion sociale et professionnelle au Conseil Général et par Annie Sirvent, Secrétaire Générale de la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé avec observations.

**L'ordre du jour de la présente réunion porte sur une synthèse des deux sous groupes :**

#### **Le logement**

Les difficultés rencontrées :

- l'adaptation du logement en milieu ordinaire : l'outil ADALOGIS permet de recenser l'offre de logements adaptés et les demandes des personnes, cet outil porté par le PACT ARIM est mis en place à titre expérimental en lien avec les bailleurs sociaux.
- le recensement de l'offre : les bailleurs sociaux et les CCAS n'ont pas une connaissance précise des logements adaptés
- la réalisation des travaux d'adaptation : les bailleurs sociaux ne sont pas incités à faire des travaux dans les logements anciens, du fait des règles d'attribution de la PCH à la personne et non au bailleur. Il y aurait pour le Département, un aménagement possible de cette règle.



- L'estimation globale des besoins d'adaptation des logements : elle est difficile à réaliser de façon centralisée, sauf à exploiter le bilan de la première année de fonctionnement de la commission DALO (Droit au Logement Opposable).

Des actions expérimentales sont menées, sur le sud du département visant à travailler en réseau sur l'insertion sociale et professionnelle, au niveau régional sous la forme d'une aide à la sous location.

D'autres besoins spécifiques sont mis en évidence :

- Création de logements partagés pour les personnes handicapées avec un service supplémentaire de nature collective.
- Adaptation des logements quelle que soit la nature du handicap : Toutes les informations auditives doivent pouvoir être visualisées, notamment en terme de sécurité.
- Développement des maisons relais pour accueillir des personnes âgées vieillissant et leur enfant handicapé.

La Prestation de Compensation du Handicap ne finance pas tous les aménagements de logements de même que le fonds de compensation. D'autres sources de financements doivent être sollicitées.

L'Association pour le Logement des Grands Invalides (ALGI) accorde des subventions ou des prêts en fonction des ressources de la personne ou de sa famille. **D'où la nécessité de mettre en place un outil d'information sur les dispositifs existants pour les personnes et les professionnels.**

Sur le champ de la communication, il convient de développer des moyens adaptés à tous les types de handicaps : la création de centres relais pour permettre à des personnes sourdes vivant à domicile de communiquer, d'appeler des entreprises... à lier aux dispositifs de communication concernant les personnes âgées.

### **L'Emploi :**

Les points suivants ont été précédemment soulevés :

- l'adaptation offre/demande en notant que l'offre d'emploi est aujourd'hui supérieure à la demande,
- la sensibilisation des entreprises, mais aussi la difficulté de répondre à leurs besoins,
- l'importance de l'information sur l'emploi, et la nécessaire réactivité sur l'offre,
- l'importance de l'accompagnement pour accéder à l'emploi ou s'y maintenir,
- le partenariat et le réseau d'acteurs, avec la relance du PDIPH, vecteur d'information,
- l'importance des outils de parcours, et de mise en valeur des compétences, par la VAE et l'alternance, l'outil de suivi DUDE désormais accessible à un certain nombre d'institutions,
- les difficultés différentes selon les handicaps, physiques et psychiques, qui rendent

l'insertion professionnelle plus ou moins facile,

- la difficulté du passage du milieu protégé en milieu ordinaire et l'intérêt du droit de retour,
- la prise en compte la réforme de l'AAH début 2009,
- les dispositifs d'insertion professionnelle concernant les jeunes handicapés.

L'accent est mis sur l'incidence des déficiences cognitives dans l'accès à l'emploi. La procédure de **prise en compte de la lourdeur du handicap** (utilisée dans le cadre du maintien dans l'emploi) doit être réinterrogée en lien avec la question de la « performance » d'autant que beaucoup de personnes cumulent plusieurs pathologies et l'ensemble de leurs difficultés doit être pris en compte.

C'est la DDTEFP qui instruit le dossier de reconnaissance de la lourdeur du handicap et doit en évaluer le coût en lien avec l'entreprise. L'employeur réalise difficilement cette évaluation du moindre rendement de la personne. Il serait nécessaire de disposer d'un support offrant quelques points de repères (exemple du « travail à la tâche » dans le milieu industriel).

Dans la fonction publique aujourd'hui, la notion de performance existe aussi. Des efforts ont été réalisés, l'accès à la fonction publique se fait sans concours pour les personnes handicapées mais celle-ci doit aussi évoluer sur l'aménagement des postes de travail, l'évaluation...

Les entreprises veulent résoudre toutes seules ce problème complexe de poste de travail. Des investigations supplémentaires de type médical sont parfois indispensables.

Les difficultés de la personne handicapée, mais aussi les souhaits des personnes non handicapées sur leur poste de travail ou leurs difficultés propres doivent aussi être écoutés.

La situation des personnes qui connaissent des durées de chômage supérieures à un an pourrait être inventoriée dans l'objectif d'identifier d'éventuelles pathologies freinant leur retour à l'emploi..

**L'accompagnement concerne aussi l'équipe de travail.** Il faut faire évoluer les mentalités, dans les faits les équipes de travail doivent être accompagnées pour accepter les difficultés de la personne handicapée. Cette acceptation est souvent liée au bon vouloir de l'encadrement. Il y a de plus en plus d'accords d'entreprises pour sensibiliser les agents et leur permettre de s'approprier le problème du handicap.. Cela pourrait relever du parrainage, de la formation et de la sensibilisation des encadrants.

La question de la communication est importante, il faut travailler sur l'image du handicap et délivrer des messages sans prendre le risque qu'ils ne desservent les personnes.

Il y a 1400 ESAT en France qui concernent tous les types de handicaps. Ils sont amenés à évaluer les capacités de personnes qu'ils embauchent. Les entreprises pourraient se servir de leurs compétences dans ce domaine, ce qui favoriserait la création de liens entre milieu ordinaire et milieu protégé.

Il est indispensable de reconnaître le milieu protégé comme secteur d'insertion à part entière. **L'ESAT**

**fournit un véritable travail (exemple du restaurant de l'ESAT de Combs la Ville). C'est d'autant plus important pour permettre aux travailleurs en ESAT d' accéder au logement. Le travail adapté peut aussi être un outil de réussite sociale car toutes les personnes handicapées ne peuvent ou ne souhaitent pas travailler en milieu ordinaire.**

**Dans le domaine de la formation**, un outil CAP VAE concernant 120 personnes leur permet de présenter un certificat d'aptitude ou un titre professionnel en restauration, blanchisserie industrielle, espaces verts.

Sur cette première expérience, 30 personnes ont obtenu leur diplôme et souhaitent continuer à travailler dans le secteur d'activité considéré. L'accompagnement en VAE a porté sur 150 à 200 heures.

Le DISPEH va dans le même sens, pour les élèves jeunes, il les entraîne à se projeter dans l'avenir.

Les entreprises adaptées pourraient être utiles mais ne sont plus suffisamment aidées. Elles n'offrent qu'un nombre limité de places mais constituent aussi un outil pour faciliter le passage du milieu protégé vers le milieu ordinaire.

**A été évoquée enfin la question du maintien dans l'emploi en milieu ordinaire** des personnes sourdes et malentendantes qui ont besoin d'une interface d'interprétation dans les réunions, formations... Dans le cadre de la PCH, un financement est possible pour l'interprétariat sur le lieu de travail mais de façon forfaitaire, la procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap recense l'ensemble des coûts pour l'entreprise et l' AGEFIPH peut intervenir dans le cadre du financement du SAMETH.

Il existe un ESAT spécialisé à Emerainville pour personnes sourdes et malentendantes. De même, pour des personnes malvoyantes.

En conclusion, les membres du groupe s'accordent à reconnaître que le schéma départemental doit être porté par une volonté politique forte, et prospective, mais qu'il n'est pas simple de donner des réponses à des problèmes relevant de facteurs multiples.

<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n°4C Accès à la vie sociale</b>
--------------------------------	--

**Cette première réunion du groupe de travail n°4C, Accès à la Vie Sociale (sports, loisirs, tourisme, culture....) était co-animée par Dominique Delavesne, Directeur des Sports et de la Jeunesse au Conseil Général et par Laurent de Lamare, Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports de Seine et Marne.**

Après s'être présentés, les deux co-présidents de ce groupe de travail ont demandé à Christiane Cellière, chargée de mission handicap au Conseil Général, de présenter le contexte de l'élaboration du nouveau schéma départemental des Personnes Handicapées.

Ce nouveau schéma doit prendre effet sur la période 2009-2013. Ce qui le différencie du précédent schéma qui portait sur la période 2004-2008 réside dans le vote de la loi du 11 février 2005 intervenue après la période de préparation de ce schéma. La dimension globale d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées n'était alors que très peu prise en compte, le précédent schéma étant surtout axé sur les développements des établissements et services.

Les 7 groupes de travail ont été mis en place et se réunissent désormais pour la troisième fois. La réflexion porte de façon prioritaire sur une meilleure articulation des dispositifs et structures existants de façon à faciliter la formulation et la continuité des parcours de vie. Des projets innovants sont également recherchés allant dans le même sens.

Les propositions qui émaneront des groupes de travail seront arbitrées par un comité de pilotage, l'objectif étant l'approbation du nouveau schéma à la fin du premier semestre 2008.

Dominique Delavesne introduit ensuite la réunion en rappelant que le quotidien des personnes handicapées est souvent marqué par l'isolement et que la convivialité qu'apportent la pratique d'activités de sport, de culture et de loisirs peut contribuer à rompre cet isolement.

Le groupe de travail ne traitera pas de l'accessibilité des bâtiments et des transports, question examinée par d'autres groupes de travail, mais de l'offre de services existante en direction des personnes porteuses de handicap moteur, mental ou sensoriel, dans les domaines culturels, sportifs et de loisirs, en s'attachant à dresser des constats sur ses forces et ses faiblesses, à identifier les besoins et envisager les pistes de travail pour y répondre.

Les questions de formation des personnels, de sensibilisation des publics « ordinaires », de circulation de l'information ainsi que les expériences innovantes pourront servir de support aux échanges, en distinguant :

- d'une part, les activités développées par des associations dédiées aux handicaps, où l'on reste « entre soi »,
- d'autre part, celles favorisant une mixité sociale, à vocation d'intégration auprès de structures tout public.

Laurent De Lamare insiste sur l'intérêt que présente la démarche participative engagée, qui doit donner du contenu au nouveau schéma départemental des personnes handicapées. Le groupe de travail devra s'attacher à dresser des constats, évaluer les besoins, puis faire des propositions.

Un tour de table est ensuite effectué permettant à chaque participant de se présenter et de faire valoir ses attentes, ses constats par rapport au thème de l'accès à la vie sociale. Les échanges qui ont eu lieu ont permis de faire ressortir de façon synthétique un certain nombre de points.

### **Constats, identification des besoins**

**\* les établissements et services, les collectivités territoriales (communes et département), mettent en place des activités sociales pour les personnes handicapées.** Mais cette volonté induit :

- **une organisation importante** : planifier et préparer la sortie, identifier les équipements accessibles, accompagner les personnes, rechercher le matériel adapté, recourir à des bénévoles.... Ces contraintes empêchent parfois certains établissements de réaliser des projets sportifs.

Cependant un certain nombre d'établissements médico-sociaux organisent entre eux des échanges sportifs, les 5 musées du Département disposent de médiateurs culturels ayant chacun une spécialisation sur un type de handicap.

- **Une demande de formation des équipes accueillantes**, notamment sur le handicap mental
- **Un effort de communication d'une part sur les équipements existants accessibles** (cf questionnaire mis en place par la commission départementale sport handicap) **et d'autre part sur l'offre de loisirs en direction des structures et personnes ressources**,

**\*d'autres difficultés sont repérées**

#### **difficultés tenant aux personnes**

- **La difficulté de faire venir des personnes individuelles sur des activités, et**

**notamment sur la visite des musées**, surtout fréquentées par des groupes, pour des raisons tenant aux moyens de transport et de communication. Cela est vrai également pour les jeunes autistes scolarisés en établissements médico-sociaux qui sont souvent mis à l'écart pour diverses raisons et notamment la différence d'âge avec les autres enfants qui participent aux mêmes activités.

- **La mauvaise connaissance qu'ont les mairies du public handicapé, qui fréquente surtout les associations.** Or les communes jouent le rôle de service de proximité. Les Centres Communaux d'Action Sociale travaillent avec leur Union Nationale à l'élaboration d'une convention avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) relative à l'instruction des dossiers.

Elles ont également un rôle important à jouer dans l'éducation à la citoyenneté, pour faciliter la vie sociale des personnes handicapées dans les communes (pour la circulation sur les trottoirs, l'accès aux magasins, à la cantine pour les élèves handicapées...)

- **la difficulté d'intégration des personnes handicapées en milieu ouvert**, le « regard » des autres que les personnes handicapées ne sont pas prêtes à affronter, l'absence de formation au handicap des encadrants, des clubs sportifs, la lourdeur de certains handicaps.
- **la barrière de la communication pour les déficients auditifs**, jeunes ou adultes et pour ces derniers d'un certain âge qui n'ont jamais été scolarisés, des problèmes d'illettrisme.
- **la difficulté pour certaines compagnies de théâtre qui font jouer des personnes handicapées** de se faire reconnaître par des théâtres dans la programmation des représentations, d'où la question des incitations possibles pour attirer la population sur ce type de spectacles.
- **les bibliothèques municipales** qui sont le premier lieu de culture de la cité sont rarement conformes aux normes d'accessibilité de même que les fonds documentaires
- **la faible demande d'accueil de personnes handicapées dans les équipements touristiques** : gîtes ruraux, campings, hôtels ; les dossiers sont difficiles à monter en raison des contraintes réglementaires.

#### **difficultés tenant aux structures et aux équipements**

- **la difficulté d'obtenir des créneaux horaires pour les activités sportives**, les équipements sont très utilisés et les seuls créneaux accessibles se trouvent à l'heure du déjeuner. Il est fait état de la pratique d'un Syndicat à Vocation Unique du Département de s'engager dans la construction d'établissements pour personnes handicapées et dont l'expérience pourrait être reproduite y compris pour la construction de gymnases
- **le cloisonnement des établissements médico-sociaux en Ile de France** qui empêche les rencontres sur des activités communes. Cependant un certain nombre d'établissements et services du Département sont ouverts sur l'extérieur et encouragent les habitants de la commune à venir pratiquer des activités sportives dans les

équipements des établissements

- **La difficulté de rendre accessibles les monuments historiques et le caractère expérimental de certaines activités :** visites organisées en langues des signes, organisation du site pour les visites effectuées par les non voyants ou mal voyants, réflexion sur le handicap mental.

### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

Tout au long de ces débats, des propositions ont été avancées,

#### **Sur la question de l'information :**

- organisation par la MDPH de réunions publiques avec les CCAS pour expliquer le montage des dossiers et la formulation des projets de vie,
- poursuite du projet de carte interactive destinée à faire connaître les équipements accessibles du Département
- information sur la labellisation « tourisme handicap » et incitation des propriétaires privés à aménager des gîtes, campings, hôtels accessibles
- information par le CDOS en direction des associations sportives concernant la possibilité qui leur est donnée d'accueillir des personnes en situation de handicap

#### **sur la question de la sensibilisation, de la formation :**

- interventions auprès des encadrants d'activités sportives, des personnels accueillants dans les centres sociaux et les MJC, des médiateurs culturels,
- organisation de journées portes ouvertes dans les établissements médico-sociaux, journées handivalide dans les associations sportives
- campagnes d'éducation à la citoyenneté dans les communes ( rangement des poubelles, stationnement des véhicules sur les trottoirs) par le biais de forum handicap
- campagnes de sensibilisation dans les collèges et les lycées
- sensibilisation des jeunes aux métiers du handicap

#### **sur la question des personnes ressources :**

- intervention d'éducateurs sportifs dans les établissements médico-sociaux pour adultes
- réunion des animateurs culturels du Département

#### **sur la question d'un espace de connaissance départemental**

- imaginer la création d'un centre de ressources

**la prochaine réunion du groupe de travail qui aura lieu le 19 décembre 2008 à 14 heures à Savigny le Temple sera l'occasion de travailler sur la définition de ce centre de ressources.**

**La deuxième réunion du groupe de travail n°4C, Accès à la Vie Sociale (sports, loisirs, tourisme, culture....) était co-animée par Dominique Delavesne, Directeur des Sports et de la Jeunesse au Conseil Général et par Laurent de Lamare, Directeur Départemental de la Jeunesse et des Sports de Seine et Marne.**

Le compte rendu de la réunion précédente est validé.

L'ordre du jour de la présente réunion porte sur la définition du lieu ressources d'accès à la vie sociale et loisirs, ses missions, ses moyens, ses outils.

**La configuration de ce centre de ressources est tracé dans ses grandes lignes , il a pour objectifs de :**

- mettre en réseau les professionnels et les bénévoles, favoriser les échanges d'expériences entre eux,
- mutualiser les ressources existantes, sous forme de bases de données,
- organiser la circulation de l'information, la formation des publics, professionnels et bénévoles.

**La vocation d'un centre de ressources est d'être une tête de réseau, et d'organiser un maillage du territoire départemental en se dotant de relais de proximité, formés à cet effet.**

**Ce sont ces relais de proximité qui définiront le public concerné par l'information délivrée par le centre de ressources et identifieront les organismes contribuant à la production de l'information. Les centres relais pourront eux mêmes désigner des points d'accueil locaux.**

La création d'un site en ligne au niveau départemental est intéressant car le département est vaste, mais il faut toucher aussi les PH isolées qui n'ont pas accès à internet et pour cela, les relais locaux sont indispensables : **UAS, CCAS, comités départementaux handisport ou sport adapté (reconnus d'utilité publique), centres socio- culturels.....** Les professionnels et les bénévoles sont complémentaires. En outre, pour répondre à certains handicaps, l'écrit ne doit pas être le seul moyen de communication.

Il serait légitime que le centre de ressources départemental soit piloté par la MDPH, **qui serait cette tête de réseau, ce qui pose la question des moyens nécessaires pour faire fonctionner cet outil, capitaliser et mettre en réseau les informations et diffuser ces informations.**



**Quelques exemples des ressources disponibles** sont donnés : guide Tourisme et handicap, guide à usage des professionnels, remis aux établissements labellisés, revue Patrimoine actualités, guide d'ingénierie touristique, état des lieux des sites accessibles sur site CDT, guide sport handicap

Des difficultés sont repérées :

**La première difficulté concerne la circulation de l'information pour les personnes isolées :** divers supports de communication pourraient être utilisés : la revue du Conseil Général, Seine-et-Marne Magazine qui est adressée dans tous les foyers du Département, les journaux municipaux, un annuaire des organismes intervenants dans le champ du handicap. Un questionnaire pourrait être envoyé aux personnes pour connaître leurs souhaits.

**La deuxième difficulté réside dans la motivation des personnes à bénéficier des activités existantes,** et dans **leur accompagnement des personnes handicapées** aux activités, de façon individuelle ou collective. L'information ne suffit pas forcément à les motiver pour s'y rendre. Les SAVS-SAMSAH n'y parviennent pas toujours. La dimension handicap n'est pas intégrée dans les UAS, le sujet sera peut-être revu à l'occasion de la création des maisons départementales de la solidarité. Mais on se heurte à une question de charge de travail.

**Il faut décroiser le monde du handicap et favoriser la mixité sociale,** on doit pouvoir trouver de l'information sur le handicap ailleurs que dans le secteur du handicap. On doit pouvoir sensibiliser, former et professionnaliser les professionnels et les bénévoles, ouvrir les activités aux personnes valides.....

**Les jeunes handicapés restent entre eux, ne vont pas dans les centres de loisirs, cela pose des problèmes de responsabilité aux élus qui en outre subissent la pression des parents. Les animateurs ne sont pas formés, le système de recrutement des centres de loisirs n'est pas adapté.**

**Les musées doivent proposer des activités en prenant garde de ne pas créer des ghettos, l'association Culture du Cœur pourrait être un partenaire intéressant et contribuer à alimenter le Centre de Ressources.**

3 niveaux sont identifiés,

- informer la personne handicapée,
- l'accompagner,
- vivre ensemble avec un relais pris par les citoyens

La population handicapée est plus importante que celle recensée. Une grande partie va très peu vers la vie sociale, comment la toucher sur les 514 communes du Département ? L'information ne peut être accessible à l'ensemble de la population. Le seul vecteur est la citoyenneté, les

communes sont les plus proches des citoyens mais leurs moyens de fonctionnement sont plus ou moins développés.

Il faut changer les mentalités mais cela prend du temps, les bénévoles, les professionnels, les élus doivent s'en charger. les grands événements (gratuité le jour de la journée internationale du handicap, événement sur Louis Braille, jeux de la francophonie....) doivent pouvoir être utilisés pour sensibiliser les citoyens .

L'APF développe un réseau de bénévoles sur les quartiers nord de Melun et va chercher les personnes à domicile sur 3 thèmes : petit bricolage, accompagnement à domicile, accompagnement à l'extérieur.

**Conclusion :**

Il est proposé la création d'un centre de ressources à la MDPH recensant les structures d'accueil ainsi que les offres de loisirs et animant un réseau de relais sur le terrain, des échanges de bonnes pratiques et d'expériences, organisant des séquences de formation avec les partenaires.

**In fine, il appartiendra aux élus de trancher quant à la priorité à donner à cette proposition.**

<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n°5 maintien à domicile et accompagnement</b>
--------------------------------	--

**La première réunion était co animée par Françoise Raymond, Directrice adjointe des Personnes Agées/Adultes Handicapés au Conseil Général et Stéphanne Reverre-Guépratte, chargée de mission psychiatrie, santé mentale à la DDASS.**

Françoise Raymond introduit la réunion en commentant plusieurs documents qui ont été remis aux participants et comprenant des données sur :

- les allocations versées et le nombre de bénéficiaires,
- les différents services intervenant à domicile.

Elle précise également qu'un accord cadre a été signé le 18 avril 2008 entre l'Etat, le Département et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, d'une durée de 3 ans, qui a pour objectifs :

- de développer et de diversifier les actions et services afin de mieux répondre aux besoins des usagers : création de plates-formes de services, développement des gardes itinérantes de nuit, services de portage de repas, aide aux loisirs et à la vie sociale
- de moderniser et professionnaliser ces services au moyen d'actions de formation et de qualification des intervenants, démarche qualité, tableaux de bord, télégestion, etc

Cette convention est assortie de moyens financiers, à hauteur de 2, 7 M€ pour la CNSA et 750 000 € pour le Département, soit au total un engagement financier de 3 450 000 €.

L'Assemblée départementale sera saisie le 21 novembre prochain d'un rapport visant à financer 15 services différents retenus par un comité de sélection. Ces interventions porteront notamment sur le financement de la formation de professionnalisation, au permis de conduire, aux premiers secours, les gardes de nuit itinérantes, le développement d'une plate forme de services ,les groupes de paroles pour les aidants.

Commencent ensuite les échanges proprement dits portant sur les différents services intervenant au domicile des personnes handicapées.

**Constats, identification des besoins**

**Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).** Le territoire départemental est couvert par la présence de GEM à Meaux, Coulommiers, Dammarie- les-Lys. Un 4<sup>ème</sup> doit ouvrir d'ici la fin de l'année sur le sud du département. Le souhait de développer ce dispositif apparaît un objectif partagé par les participants, en priorité sur les territoires non couverts à ce jour. A cet égard, il est fait part d'une forte demande sur Lagny.

Il ressort toutefois qu'une étude plus fine de l'existant, des budgets, des moyens complémentaires nécessaires pour recruter du personnel qualifié doit être effectuée.

En outre, se pose un problème de transport pour les malades psychiques qui souhaitent se rendre dans ces groupes. .

(Sur ce sujet, une première information est délivrée par Christiane Celliere, chargée de mission handicap, sur la mise en service par le Conseil Général, à la fin du mois d'octobre, d'un mode de transport à la demande pour les personnes handicapées, dénommé PAM 77. Ce service concernera l'ensemble du département de Seine et Marne, Paris et une partie de l'Ile de France mais il ne pourra se substituer aux transports pris en charge par d'autres institutions, transports scolaires, transports sanitaires, transports devant être financés par les ESAT et les IME. Une importante campagne d'information va être lancée auprès notamment des mairies et des Unités d'Action Sociale du Département.)

#### **Sur les SAVS/SAMSAH :**

**A partir du recensement et de la cartographie présentés aux participants et de l'échange avec la salle, il ressort que :**

- **la couverture territoriale est imparfaite**
- **la lisibilité de l'offre s'avère insuffisante**
- **il y a un manque de régulation et de coordination au niveau territorial**
- **il est nécessaire de clarifier les rôles des services, plus particulièrement celui des SAMSAH**

Un état des lieux des services actualisé ainsi que les évolutions prévues pour 2009 sera présenté au prochain groupe de travail prévu le 29 octobre, ( actualisation en cours de réalisation par le groupe 1) .

Le partenariat semble en effet difficile à gérer car les places sont limitées et nécessitent une régulation. Il est impossible de mettre en place une fin de prise en charge pour certains malades psychiques dont l'état de santé est cyclothymique.

Un travail sur l'évaluation des besoins semble donc indispensable.

Pour certains, les SAVS ne souhaitent pas trop se faire connaître et notamment auprès des ESAT du fait de ces limites. Les secteurs de psychiatrie sont également en demande d'accompagnement par ces services. Ces derniers jouent également un rôle d'orientation vers

les Foyers d'Accueil Médicalisés ou les Maisons d'Accueil Spécialisées.

Il a été évoqué l'expérience de logements avec gouvernantes menée sur l'agglomération de Melun et s'adressant à des malades sortant d'hôpital psychiatrique qui sont accompagnés par un SAMSAH. Se pose aujourd'hui la question du financement et du public accueilli.

Le rôle des SAMSAH n'est pas le même que celui des SAVS, et chaque situation est individuelle. **Il est donc nécessaire de disposer d'une palette d'outils et d'un maillage de services sur tout le Département.**

**Pour les SAMSAH, notamment, la question de la durée de prise en charge est posée.** Il apparaît nécessaire de clarifier les missions des services tout en ayant à l'esprit que ces missions sont aussi fonction de l'offre existante par ailleurs.

Certains participants font ainsi état de prises en charge longues à défaut d'orientation possible ou par exemple de difficulté à faire hospitaliser certaines personnes.

**Les CCAS gèrent également des services d'aide et d'accompagnement à domicile** et peuvent être complémentaires d'autres services, d'où un besoin de coordination.

**Les SSIAD** ont des temps d'intervention auprès des personnes handicapées moins importants que les SAMSAH (  $\frac{3}{4}$  d'heure au lieu de 2 heures) et peu de places à proposer, seulement 30 sur le Département. Ils répondent mieux au handicap physique que psychique.

Des expériences sont menées entre SAVS, SAMSAH, SSIAD financées par la CNSA allant dans le sens de la complémentarité dans le respect des compétences de chacun.

Globalement, les services d'aide à la personne s'améliorent. Mais **il manque des auxiliaires de vie ayant suivi une formation spécifique** pour s'occuper de personnes lourdement handicapées comme celles qui sont « trachéothomisées »

Enfin, sont relevés des besoins en accueils de jour qui participent à la qualité du maintien à domicile. Certains mènent des expériences s'adressant à des personnes handicapées moteur ou des personnes sortant d'IME n'ayant pas encore la capacité physique de travailler afin de développer cette capacité et espérer intégrer un ESAT.

**Tout cela pose le problème de l'évaluation du degré d'autonomie.** La MDPH fait souvent appel au plateau technique des SAVS pour l'aider à réaliser cette évaluation à domicile. Elle ne fait pas pour le moment le lien entre l'orientation décidée en commission CDAPH et la mise en œuvre effective des décisions prises, tout en sachant que les capacités d'accueil des diverses

structures sont limitées. La Prestation de Compensation du Handicap ne couvre pas tous les besoins et notamment la fonction d'aide ménagère qui peut être nécessaire pour une personne handicapée psychique.

**Est soulevée la question de la parentalité** concernant des couples handicapés moteur ou psychique avec un jeune enfant. Le service d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale est financé par la Caisse d'Allocations Familiales mais sur une durée limitée. Est évoqué le relais que pourraient assurer les UAS et notamment les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et la Protection Maternelle et Infantile, ce qui nécessite une coordination des intervenants à domicile.

Les services d'aide à domicile ont un rôle à jouer pour permettre aux parents de « souffler », mais ils ont besoin de formation pour apprendre à s'occuper des enfants.

**Pour apprendre à travailler ensemble, est évoquée l'idée d'un lieu de réflexion au niveau départemental**, la mise en place d'une cellule ayant la capacité de collecter les expériences de chacun.

**Puis, est évoquée la question de la rémunération des personnels intervenant à domicile.** Ils subissent aujourd'hui la concurrence d'entreprises commerciales parfois moins chères et offrant un service de bonne qualité. Les associations devront donc accepter le changement et travailler au niveau des territoires et des métiers.

C'est le Département qui fixe la tarification des services qu'il a autorisés. Une réflexion devra être menée sur les possibilités d'évolution de salaires, peut être par l'intégration dans les conventions signées avec le Conseil Général de plans d'intéressement liés à la qualité du service rendu.

En matière de qualité, **la formation et la bientraitance** doivent être travaillées continuellement. La bientraitance des usagers va de pair avec celle des personnels.

Sont citées des expériences d'ateliers d'art thérapie, de musicothérapie, les plateformes de services, les gardes de nuit itinérantes.

**L'accueil familial peut constituer un moyen alternatif temporaire au maintien à domicile** par exemple pour des séjours de rupture. Cela nécessite une fluidité de l'action des différents intervenants et des financements. En outre, il y a peu de candidats et les besoins sont mal connus.

**Le dispositif « Maison-relais » /résidence accueil pour personnes handicapées psychiques » est également abordé et peut constituer une alternative intéressante au logement « autonome ».** Ces résidences sociales particulières, d'une capacité réduite – 20 à 25 logements- peuvent permettre, à des personnes handicapées psychiques, notamment, de bénéficier d'une prise en charge adaptée ( présence en journée d'un couple d'hôtes

avec possibilité d'intervention d'un SAVS, SAMSAH, SSIAD, aide ménagère ...ou de tout autre service ).

### **Récapitulation des idées/remarques/propositions**

En conclusion de ces échanges , il est convenu de retenir trois thèmes de travail principaux qui seront traités dans les réunions suivantes :

- **29 octobre 2008 : besoins des personnes handicapées** : évaluation, qualité, financement, bientraitance, formation, aidants...
- **24 novembre 2008 : couverture territoriale des services** : missions, coordination, régulation des SAVS, SAMSAH, SSIAD, des Services d'Aide à Domicile
- **4 décembre 2008 : les alternatives et/ou « soutiens » au maintien à domicile** ( maisons relais, GEM, accueils de jour...)
- **16 décembre 2008 : synthèse globale + orientations**

**Il est convenu d'associer un « expert » des services de l'ASE d'une UAS pour traiter de la question de la parentalité** . Christiane Cellière l'évoquera à la réunion des directeurs d'UAS à laquelle elle participe le 26 octobre prochain.

**La deuxième réunion du groupe de travail était co-animée par Françoise Raymond et Stephane Reverre-Guepratte.**

le compte rendu de la réunion précédente du 20 octobre a été approuvé.

Le thème de la réunion du 29 octobre portait sur l'analyse des besoins des personnes handicapées et plus particulièrement sur les points suivants :

- 1 - modalités de réalisation de l'évaluation des besoins, à l'amont et tout au long de la vie de la personne handicapée,
- 2 - mise en place du Plan de Compensation,
- 3 - qualité de la prise en charge, formation, professionnalisation, accompagnement des aidants familiaux, bientraitance.

**Concernant le premier point sur l'évaluation,**

L'objectif donné à l'évaluation est de permettre à l'usager d'évoluer dans son parcours de vie et de donner aux professionnels un outil de travail.

Les services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH) utilisent à cet effet **des grilles d'évaluation** destinées à apprendre à connaître la personne dans différents domaines : santé, entretien du logement, emploi, vie sociale, loisirs..., à la mettre en confiance et à déterminer avec elle si un accompagnement est possible dans le cadre d'un projet individuel. L'évaluation peut être conçue soit de façon globale soit par secteurs d'intervention, en fonction des différentes problématiques des personnes.

Cette évaluation est d'abord réalisée pour une période d'observation courte, 3 à 6 mois, elle fait l'objet d'actualisations ultérieures avec la personne. Lors de ces actualisations, la vision de l'équipe d'accompagnement est confrontée avec celle de la personne accompagnée.

Il est souligné la difficulté de réaliser une évaluation correcte de la situation des personnes handicapées psychiques qui connaissent une alternance de bonnes et mauvaises périodes.

Le décryptage des besoins est souvent difficile car la personne handicapée ne formule pas obligatoirement la bonne demande. La famille peut, selon les cas, être plus ou moins largement associée à la définition du projet individuel. Elle le sera d'autant plus que la personne, jeune ou adulte, vit au domicile des parents ou qu'elle est largement soutenue par eux. Tout le monde s'accorde à dire que l'intervention d'un tiers dans la définition du projet de vie permet à la personne handicapée de s'exprimer plus librement.

Le décret 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA) indique que l'appréciation des besoins doit prendre en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée.

L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH utilise ce guide d'évaluation, GEVA, qui intègre ces volets.

La formalisation des besoins a des incidences sur l'accès aux droits. Il existe un problème de méconnaissance de ce que finance la Prestation de Compensation du Handicap, notamment pour les personnes handicapées psychiques qui ont un problème de surveillance et de stimulation dans l'action. La MDPH dispose d'un chargé de mission Développement des partenariats locaux et Communication pour délivrer toutes informations utiles aux partenaires.

Les services d'aide à la personne, SAVS, SAMSAH, interviennent normalement sur prescription MDPH. Ils reçoivent à cet effet une notification de décision d'orientation mais sans éléments d'évaluation et sont contraints à refaire eux mêmes une évaluation.

La MDPH pour sa part, ne peut transmettre ces informations qui sont la propriété de la personne elle-même qui seule peut décider de les communiquer, d'autant qu'elles sont souvent couvertes par le secret médical.



Cette position qui peut paraître rigoriste n'empêche pas de **réfléchir à une articulation** entre les deux types de structures.

Ainsi, un manque d'articulation entre l'évaluation MDPH établie avec le GEVA et les grilles d'évaluation utilisée par les services SAVS-SAMSAH est noté. De même, il n'existe pas de grille commune utilisée par l'ensemble de ces services, chaque service ayant établi la sienne.

Au vu des échanges et constats, il est proposé **de travailler sur l'élaboration d'une grille commune partagée, MDPH-partenaires afin d'harmoniser les méthodes d'évaluation et de mieux appréhender les besoins particuliers des personnes handicapées psychiques et cérébro lésées.**

La nécessité d'instaurer un **travail en réseau** et d'identifier **une personne référente** de la mise en œuvre du plan de compensation est également notée. Mais Qui peut jouer le rôle du chef d'orchestre et faire le lien entre tous les intervenants ? Pour les enfants scolarisés, c'est le rôle de l'enseignant référent. **Les responsables de pôles de la MDPH devraient pouvoir faire ce lien. Les moyens actuels ne le permettent toutefois pas.**

Les personnes handicapées vieillissantes connaissent de nombreuses difficultés dans leur accompagnement et prise en charge. Les maisons de retraite ne sont pas forcément adaptées pour les accueillir. Sortant d'ESAT, elles ne souhaitent pas quitter le foyer d'hébergement où elles ont vécu de nombreuses années. Cette problématique va s'amplifier dans les années à venir et nécessiter de la souplesse dans les modes de prise en charge, notamment entre financeurs. **D'où l'intérêt de mieux travailler en réseau dans le cadre de plate formes de services.**

## **2 – concernant le deuxième point et le troisième point sur la mise en œuvre du Plan Personnalisé de Compensation (PPC) et la qualité de la prise en charge,**

la PCH permet de financer notamment des aides humaines et techniques, des aides en matière de transport et d'adaptation du logement. Le PPC peut intégrer la rémunération d'aidants familiaux ou de prestataires de services, parfois de façon mixte selon des proportions qui peuvent être modifiées dans le temps. La MDPH donne, à la demande, la liste des services susceptibles d'intervenir mais ne réalise pas d'accompagnement à la mise en œuvre du PPC. Les responsables de pôles le font parfois en fonction de leurs disponibilités.

Les services du Conseil Général effectuent un contrôle de l'effectivité de la mise en œuvre de la PCH au niveau financier mais pas de suivi qualitatif sur le terrain.

Donc, personne ne sait si le PPC mis en œuvre répond bien aux besoins de la personne. Aucun regard extérieur n'est susceptible d'évaluer la bienveillance ou la maltraitance même involontaire. En effet, faute de temps d'intervention suffisant ou de formation sur les bons gestes techniques à adopter, l'aidant qui intervient peut provoquer une situation de « maltraitance bienveillante ». **Aucun service n'a qualité pour vérifier la qualité des interventions et donner des conseils aux familles.**

Dans ce domaine existent toutefois des actions d'aide aux aidants familiaux organisées par la CRAMIF, la MSA, des CCAS, des associations. Il s'agit d'actions collectives d'échanges d'informations sur des thèmes variés parfois définis en fonction des besoins de ces aidants, de groupes de paroles, organisés de façon hétérogène. Il n'est pas facile de sensibiliser et de mobiliser les familles d'autant qu'elles vivent comme « un abandon » le fait de laisser la personne handicapée dont elles ont la charge le temps de ces réunions. D'où la nécessité de tisser des liens avec les associations d'aide à domicile toujours dans une logique de réseau et d'informer les aidants familiaux de ces possibilités de remplacement. La complémentarité des aidants familiaux avec les professionnels, leur rôle et leur engagement dans la durée doivent être soutenus. Les lieux d'écoute et de parole pour combattre le sentiment d'isolement et favoriser le partage d'expérience doivent être développés et généralisés sur le territoire départemental.

Faute de temps, la question de la formation n'a pu être abordée et le sera lors de la réunion suivante qui se tiendra le **lundi 24 novembre, à l'Espace Kangourou, Mutuelle de Seine et Marne, 14 rue René Cassin à Melun avec pour thème principal la couverture territoriale des services.** lors de cette réunion, la carte actualisée des SAVS et SAMSAH ainsi que des projets sera remise aux participants.

La réunion du 4 décembre aura lieu à l'UAS de Sénart à Lieusaint et la dernière, le 16 décembre, à la salle Bourdelle, à la Préfecture à Melun.

**La troisième réunion du groupe de travail était co animée par Françoise Raymond, Directrice adjointe des Personnes Agées/Adultes Handicapés au Conseil Général et Stéphanne Reverre-Guépratte, chargée de mission psychiatrie, santé mentale à la DDASS.**

Le compte rendu de la réunion précédente auquel sera intégré les observations de Stéphanne Reverre-Guepratte est validé.

**L'ordre du jour de la présente réunion portait sur la couverture territoriale des différents services, l'identification de leurs missions, leur complémentarité et leur coordination.**

Les points suivants ont été examinés :

- la connaissance des missions de chaque service, la formation des personnels

**Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD)** interviennent essentiellement auprès des personnes âgées mais le besoin d'aide auprès de personnes handicapées est en augmentation. La prise en charge de ces deux catégories d'usagers relève de compétences différentes et nécessite une meilleure connaissance des intervenants spécialisés que sont les SAVS et les SAMSAH du territoire.

Les tâches des SAAD consistent à entretenir le logement, donner des conseils sur son aménagement, entretenir le linge, faire les courses, préparer les repas, aider à la prise des repas, à la toilette (non médicalisée), réaliser les actes administratifs élémentaires, favoriser les sorties et le lien social. Ces tâches sont inscrites dans le plan d'aide, elles ont pour but autant que possible, de favoriser le retour à l'autonomie de la personne. Cependant, les SAAD n'ont aucune lisibilité sur le projet de vie des personnes et ne s'estiment pas compétents pour intervenir en termes d'animation et de création de lien social. D'autres types de personnels sont nécessaires : Aides Médico-Pédagogique (AMP), animateurs, moniteurs éducateurs, Auxiliaires de Vie Sociale (AVS).

L'UNA a mis en place un programme sur le handicap dans le cadre d'un plan d'action, sur la période 2007-2010, plan qui va être décliné au niveau départemental. Pour ce faire, elle a signé des conventions avec des associations qui traitent de handicap, édité un guide de bonnes pratiques et va organiser des actions de formation.

Les SAAD soulignent qu'il faut assurer un environnement familial et social de qualité en formant et accompagnant les aidants familiaux.

**Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)** interviennent en soins techniques (actes médico-infirmiers) et en soins d'hygiène et de confort, sur prescription médicale, essentiellement sur des pathologies physiques. Leur temps d'intervention auprès des personnes est limité (3/4 d'heure à 1 heure) par rapport au temps que peuvent leur consacrer les SAAD et les SAMSAH.

Le soin est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale mais l'Etat limite de plus en plus la création de places. (actuellement, 6 à 7 personnes pour 1 équivalent temps plein contre 5 personnes il y a 20 ans). Les SSIAD n'ont pas le droit de faire de la publicité et sont concurrencés par des services privés qui tendent à se multiplier et ne présentent pas les garanties de qualité nécessaires. Ils tendent à développer des temps pleins de travail pour limiter le turn over des personnels.

Les SSIAD travaillent en complémentarité avec les SAAD, parfois par le biais de conventions de partenariats. Le passage de relais est indispensable notamment pour l'aide à la toilette ou la

prise de médicaments qui ne relèvent pas de la responsabilité des SAAD. Ce passage de relais doit se faire rapidement dès constatation du besoin, sinon il ne se fait pas.

Ces services interviennent dans l'accompagnement de la dépendance. Il n'existe pas de prise en charge de la rééducation, les kinésithérapeutes n'ont pas le temps, les AVS vont souvent au-delà de leur rôle (orthophonie). Ces personnels spécialisés ne sont pas financés ou alors au détriment du personnel soignant dans les SSIAD.

**Ces différents services doivent intervenir de plus en plus auprès de personnes lourdement handicapées. La formation et la qualification des personnels sont insuffisantes.**

**Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)** sont compétents en matière de soins d'accompagnement social, de suivi éducatif et psychologique.

Leur rôle est de favoriser l'accès aux soins de la personne handicapée et de coordonner l'action des différents intervenants.

➤ La structuration des services

De nombreuses associations d'aide à domicile ne parviennent pas à obtenir l'agrément CROSMS car elles ne réalisent pas suffisamment d'heures de travail. Le regroupement des structures et la disparition des petites associations sont sous jacents. Le difficulté d'équilibrer les budgets conduit à s'interroger sur la participation financière des familles aidées.

Se pose la question de la rémunération des personnels intervenant à domicile et de leurs conditions de travail. Ce personnel est en fin de carrière physiquement et moralement « cassé ». Des solutions doivent être recherchées pour aménager ces carrières.

**Seules des structures juridiques d'une certaine taille mutualisant plusieurs services pourraient permettre de supporter la lourdeur actuelle de la gestion.** L'exemple est donné des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), outil complexe à mettre en œuvre car regroupant des personnels de statuts différents.

➤ La coordination des interventions

Chaque service doit pouvoir assurer ses missions et passer des relais. L'articulation des prestations doit se faire dans le cadre d'un projet personnalisé. Les SAAD qui interviennent dans l'aide à la personne, les SSIAD compétents en matière de soins, les SAVS et les SAMSAH qui sont compétents dans les deux domaines, doivent se coordonner pour travailler en complémentarité. Cependant, l'offre de services existante n'est pas toujours lisible, l'organisation d'ensemble ni claire ni précise, ce qui pose la question de la bonne utilisation des fonds publics.

**D'où l'idée d'une plate forme de régulation pour travailler sur la durée et la continuité de la prise en charge des personnes handicapées.**

Il est difficile de faire une évaluation de la situation individuelle des personnes sans faire le suivi du plan d'aide.

**D'où l'idée d'un référent qui pourrait faire ce lien et dont la légitimité ne pourrait être contestée.**

- Les différentes orientations politiques

La politique de compensation du handicap est récente, de même que la création de services tels que SAVS et SAMSAH.

Les CCAS sont chargés de par la loi de la coordination de l'action sociale sur la commune.

L'évaluation et le suivi des personnes handicapées relèvent des missions légales de la MDPH qui peut s'appuyer à cet effet sur les CCAS.

**Le Département qui délivre les autorisations de fonctionnement et finance les services d'aide à domicile doit donner de la lisibilité à ses axes d'intervention prioritaires et déterminer s'il souhaite mener une politique d'incitation à la structuration et au regroupement de ces services.**

- Les outils à mettre en place

Différents guides existent. Le guide du handicap du CNFPT en direction des collectivités locales mériterait d'être décliné au niveau départemental,

Le réseau des SAVS et des SAMSAH pourrait intervenir en matière de formation des professionnels de l'aide à domicile,

Certains accompagnements pourraient être réalisés de façon collective,

Au niveau des SAAD, l'offre réelle de prise en charge des personnes handicapées pourrait être formalisée dans le cadre d'un projet de service. Des passerelles seraient à créer avec les centres sociaux en matière d'animation,

Des Groupes d'entraide mutuelle pour les personnes handicapées physiques.....

**La quatrième réunion du groupe de travail était co animée par Françoise Raymond, Directrice adjointe des Personnes Agées/Adultes Handicapés au Conseil Général et Stéphanne Reverre-Guépratte, chargée de mission psychiatrie, santé mentale à la DDASS.**

Le compte rendu de la précédente réunion a été approuvé.

**L'ordre du jour de la présente réunion porte sur les alternatives au maintien à domicile : Groupes d'Entraide Mutuelle, maisons relais, accueil familial, accueil de jour, accueil temporaire.**

Les GEM ont pour objectif principal de lutter contre isolement des personnes adultes handicapées. Ils ont été créés à l'origine par des psychiatres et des patients sous l'appellation « club »..

L'impulsion donnée par l'Etat a permis de créer 300 GEM au niveau national. Une subvention annuelle d'un montant de 75 000 € est allouée par la DDASS permettant le financement du fonctionnement (locaux, personnel...)

Des crédits existeraient au niveau national permettant de développer davantage ces structures. Dans ce cadre, la diversification, le développement de nouvelles activités « plus intellectuelles et créatives » pourraient être encouragées afin de répondre aux besoins et attente d'un plus grand nombre de personnes.

Les GEM accueillent des malades psychiques sans reconnaissance particulière de handicap, ils répondent parfois à une demande sociale qui interfère avec l'accueil des usagers présentant plus particulièrement un handicap psychique. Le public est en effet très divers, ce sont des personnes fragiles, parfois désocialisées, avec un parcours empreint de difficultés et des problèmes psychiatriques.

Ils fonctionnent un peu comme un accueil de jour, les personnes viennent quand elles le souhaitent.

Les GEM donnent lieu à des partages de savoirs, des sorties, des activités diverses selon les idées, demandes et besoins des adhérents. Des échanges existent avec d'autres GEM d'autres départements.

Il existe 4 GEM dans le département. Leur lieu d'implantation doit être bien choisi, pour des raisons évidentes d'accessibilité et parce que les personnes sont sensibles à l'environnement : ils doivent être situés à proximité des transports en commun, en centre ville. La localisation en pied d'immeuble, dans les quartiers denses particulièrement, n'apparaît pas opportune car génère un sentiment d'insécurité. Dans certaines villes, pour des raisons de coût, il est toutefois pointé la difficulté de louer des locaux en centre ville.

Les GEM ou les clubs doivent être gérés par les adhérents (obligation réglementaire, partenariat avec association marraine). Des formations permettant de les aider en ce sens existent.

Au niveau local, la communication sur l'existence de ces structures passe par l'intermédiaire des partenaires, de l'hôpital psychiatrique, des mairies, de journées portes ouvertes, du bouche à oreille....

Les GEM s'adressent aux personnes présentant des troubles psychiatriques mais pourraient s'adapter et s'ouvrir à d'autres formes de handicaps.

**En conclusion, les GEM doivent se développer dans la diversité des publics et des activités.**

**Les maisons relais ou résidences accueil**, sont des formes particulières de résidences sociales. Par ce statut et par la présence d'un couple d'hôtes (maître et maîtresse de maison), cette formule permet de combiner logement « privatif » et vie collective. A l'origine, les maisons relais étaient principalement orientées vers les personnes en situation de précarité. Le programme expérimental « résidences accueil » a permis l'ouverture de structures orientées vers l'accueil du public souffrant d'un handicap psychique.

Aujourd'hui, le programme expérimental est arrivé à terme et la prise en compte de l'ensemble des publics est intégrée dans le programme général « maison relais ».

Les maisons relais constituent donc une formule intermédiaire entre le logement autonome et la structure d'hébergement.

Sur le Département, les projets tendent à se développer. A titre d'exemple, l'AFTAM a acheté la discothèque de la Ferté sous Jouarre pour implanter une maison relais, les villes de Coulommiers et de Meaux sont intéressées.

Pour information, le schéma classique est l'acquisition par un bailleur social du bâti et la gestion de la maison relais par une association.

Pour l'investissement, ces structures sont financées par l'Etat (DDE) ou dans le cadre d'une délégation des aides à la pierre, par la collectivité délégataire. Pour le fonctionnement, une subvention (16 euros maximum par jour et par place) est accordée par la DDASS, laquelle peut être complétée par des contributions des collectivités notamment

Le fonctionnement de ces structures repose sur l'intervention auprès de la personne de différents services d'accompagnement (SAVS, SAMSAH, SAAD) et des services de droit commun (UAS, tuteurs, secteur psychiatrique).

Les personnes peuvent bénéficier de l'APL foyer et s'agissant de logement, il n'y a pas de limitation de durée. Les personnes sont chez elles et bénéficient d'un titre d'occupation.

Le logement est attribué via une commission d'attribution regroupant le gestionnaire et l'ensemble des partenaires intéressés et impliqués dans le projet (CCAS, CG, secteur psychiatrique.....).

Il n'est pas nécessaire d'avoir une reconnaissance handicap pour entrer dans le logement mais cette reconnaissance est obligatoire pour bénéficier de certains services d'accompagnement (SAMSAH, SAVS....)

Le projet social permet de préciser le public concerné, les conventionnements à passer avec différents partenaires. La mixité des publics doit être encouragée.

Il est précisé que l'équilibre budgétaire est difficile à établir au-dessous de 20 places, étant entendu que la capacité maximale admise pour ces structures est de 25/30 places.

Il est toutefois noté la difficulté de trouver un bâti disponible et adapté. A cet égard, les anciens hôtels présentent une architecture particulièrement adaptée et pourraient être reconvertis.

**Il s'agit donc un outil intéressant même s'il n'est pas toujours très facile de le mettre en œuvre.**

**L'accueil familial :** C'est un mode alternatif d'accueil entre le maintien à domicile et le placement en établissement. Son développement apparaît comme une solution pertinente et complémentaire à l'offre actuelle. Cependant, il reste très peu développé.

En Seine et Marne, une convention est passée entre le Département et l' ADAPEI pour l'accueil familial spécialisé (enquête d'agrément concernant l'évaluation sociale et psychologique, le suivi des accueillants et des accueillis). 50 personnes handicapées mentales sont prises en charge aujourd'hui dans ce cadre en Seine et Marne.

**L'accueil familial pourrait se développer davantage comme une alternative aux aidants familiaux pour des temps de répit.** Beaucoup de personnes placées en foyer d'hébergement n'ont pas de famille et restent dans les établissements toute l'année. Un accueil familial **serait bénéfique pour des accueils de week-end, vacances.**

L'accueil familial pourrait faire l'objet d'une orientation MDPH dans le cadre du projet de vie de la personne.

En effet, le repère familial est important., il est gage d'acquisition d'autonomie pour les personnes handicapées. Les anciennes familles d'accueil de l'ASE pourraient jouer ce rôle. Mais elles ne sont pas incitées à le faire ni sur le plan financier ni sur le plan de leur statut, et elles sont déjà amenées à se remplacer entre elles.

Développé pour le handicap mental, l'accueil familial pourrait concerner également d'autres types de handicaps.

D'autres accueils familiaux ne sont pas répertoriés comme tels, ceux réalisés à l'intérieur d'une même famille. Ils relèvent essentiellement de l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap consacrée dans de larges proportions à financer des aidants familiaux.

Un rapport récent a été remis à Valérie Létard, Secrétaire d'Etat chargée de la Solidarité. Il



formule des préconisations visant à revaloriser le statut des familles d'accueil, améliorer la procédure d'agrément, créer un label qualité de l'accueil familial, élargir l'accueil familial aux personnes handicapées vieillissantes.

**L'accueil de jour :** en Seine et Marne, les structures spécialisées en accueil de jour proposent 124 places. Il y a des projets autorisés mais non installés soit 7 structures pour 173 places et 66 places réparties dans les établissements existants.

**Pour plus de souplesse, il conviendrait de développer des accueils de jour adossés des structures existantes,** formule qui crée de la dynamique dans l'établissement, mais qui peut aussi être organisé dans des lieux extérieurs, et répondre à la demande d'externats de proximité. Ces accueils de jour pourraient travailler sur l'acquisition de compétences tel l'accès à l'emploi pour des jeunes sortant d'IME pas encore prêts à entrer en ESAT.

Les différents publics concernés par l'accueil de jour seraient :

- les jeunes en foyer occupationnel pouvant vivre à domicile avec l'intervention d'un SAMSAH
- les personnes vieillissantes en ESAT qui travaillent à temps partiel et ont du temps libre à gérer.
- les travailleurs handicapés « retraités » vivant en foyer d'hébergement, ou dans leur famille et n'ayant pas l'âge d'entrer en maison de retraite.

Il semble difficile de faire émerger les projets d'accueil de jour car les moyens de fonctionnement ne semblent pas suffisants.

Différentes solutions complémentaires peuvent être mises en place :

- 2 studios ont été réservés à l'accueil de jour dans les résidences pour personnes âgées de la ville de Melun et accueillent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et des personnes handicapées, pour des séjours temporaires et de préparation à une entrée en établissement.
- Les auxiliaires de vie peuvent passer du temps à domicile pour soulager les aidants à la condition de convaincre les familles.
- Les accueils de jour pour personnes âgées intégrant différents ateliers pourraient être ouverts à des personnes handicapées.

**L'accueil temporaire** concerne les périodes de vacances, (enfants hébergés dans les établissements qui ferment l'été, ou en famille pour des temps de répit), de préparation à entrer dans les établissements, ( élèves scolarisés en UPI avec accueil en IMPpro dans le cadre du Dispositif d'Insertion Sociale et Professionnelle des Elèves Handicapés (DISPEH).

La prise en charge des frais d'accueil au titre de l'aide sociale est limitée à 3 mois par an.

**L'objectif formulé en conclusion de la présente réunion est d'apporter un maximum de la souplesse dans le fonctionnement des dispositifs, pour leur permettre d'évoluer et d'offrir un panel de services susceptibles de répondre aux besoins individuels**

La prochaine et dernière réunion du groupe de travail aura lieu à la Préfecture, le mardi 16 décembre 2008. Elle sera consacrée à effectuer la synthèse des travaux et à dégager les grandes thématiques susceptibles d'être proposées dans le cadre du schéma départemental.

**La cinquième du groupe de travail était co animée par Françoise Raymond, Directrice adjointe des Personnes Agées/Adultes Handicapés au Conseil Général et Stéphanne Reverre-Guépratte, chargée de mission psychiatrie, santé mentale à la DDASS.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été approuvé.

L'ordre du jour de la présente réunion porte sur la synthèse des travaux et la définition des différents axes à arrêter de façon prioritaire.

En préambule, il est rappelé que le maintien à domicile n'est pas antinomique de l'acquisition d'autonomie ( pour une personne handicapée psychique, sa priorité peut être d'intégrer un appartement indépendant de celui de ses parents)

**5 grands axes prioritaires sont relevés qui donneront matière à l'élaboration de fiches actions**

**Axe prioritaire n°1 : - élaborer une grille d'évaluation commune des besoins des personnes handicapées,**

**- Contexte :**

Il existe plusieurs grilles d'évaluation différentes, le GEVA pour la MDPH (qui a une valeur réglementaire), les grilles spécifiques des SAVS et SAMSAH...ces grilles qui ne s'articulent pas entre elles, ne permettent pas d'évaluer dans leur globalité les besoins des personnes handicapées et de favoriser l'expression de leur projet de vie.

La grille GEVA est utilisée par la MDPH pour évaluer la situation des personnes et définir les solutions de compensation. L'utilisateur final est la personne elle-même qui est dépositaire de la grille et peut décider de la confier à d'autres services.

Une grille unique permettrait aux professionnels de communiquer entre eux, voire d'un Département à l'autre, et de porter des regards croisés sur la situation de la personne

- **Objectifs opérationnels** : harmoniser, mettre en cohérence l'évaluation globale et personnalisée de la situation des personnes et de leurs capacités, assurer une équité de traitement, le partage d'informations entre professionnels en amont et aval du plan de compensation

- **Moyens** :

former à l'utilisation de la grille GEVA les professionnels, responsables de secteur des SAAD, les chefs de services, infirmières des SAVS et SAMSAH, les services hospitaliers et centres de rééducation, les SSIAD, un référent travailleur médico-social par UAS...

La formation permettra à chaque utilisateur de déterminer la partie de la grille à utiliser en fonction du handicap de la personne.

- **Objectif final** : pour les différents professionnels, adopter et maîtriser une grille d'évaluation unique.

Elargir l'utilisation de la grille d'évaluation à toutes les situations de perte d'autonomie.

**Axe 2 : adapter, diversifier et coordonner l'offre de services médico-sociaux, faciliter l'accès aux soins pour garantir un parcours de vie personnalisé**

- **contexte** :

L'offre de soins est très déficitaire, des zones sous médicalisées ont été identifiées. Les SAAD sont également déficitaires sur certains territoires.

Le travail en réseau n'existe pas, les services sont cloisonnés. La sortie d'hospitalisation pose la question d'une meilleure coordination avec les services existants, par exemple ceux qui interviennent dans l'aménagement du logement....

La solvabilisation de la demande par la PCH favorise l'émergence de services privés non contrôlés qui interviennent à domicile.

- **Objectifs opérationnels** : assurer une meilleure continuité dans la prise en charge de l'usager, travailler en réseau, garantir la couverture territoriale des services, la réactivité et la fluidité des parcours

-**moyens** :

développer les SPASAD (services polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile), les conventions partenariales, la création de places dans les SSIAD et dans les hôpitaux pour les malades psychiatriques,

accompagner la transformation de SAVS en SAMSAH avec une double mission d'accompagnement et de coordination de soins,

mettre en place d'une équipe mobile d'urgence de psychiatrie

organiser le maillage des différents acteurs au niveau de plate formes de services dont il convient de définir les modalités de pilotage.

Clarifier le rôle de chaque structure dans un souci de continuité des parcours de vie.

- **objectif final** : favoriser autour de la personne handicapée la coordination des acteurs et des intervenants dans la perspective d'une prise en charge globale.

**axe 3 : favoriser la formation, la professionnalisation des intervenants, la valorisation des métiers.**

- **contexte** :

La formation et la qualification des personnels d'aide à domicile intervenant auprès des personnes handicapées est insuffisante, voire inexistante. Faute de temps d'intervention suffisant ou de formation adaptée, les aidants professionnels peuvent provoquer des situations de maltraitance passive.

D'autres difficultés sont pointées : les SAAD ne sont pas suffisamment financés, les SSIAD ne peuvent recruter des Aides Médico-Psychologiques contrairement aux SAMSAH.

- **objectifs opérationnels** : organiser la formation continue et diplômante des professionnels, rendre plus attractifs les métiers d'aide à domicile, faire intervenir les rééducateurs auprès des aidants, favoriser le développement d'un secteur d'activité créateur d'emplois.

- **moyens** :

autoriser la création d'une association d'aide à domicile par secteur en se préoccupant du devenir des SAD existants.

poursuivre la mise en application de la convention signée entre le Département et la CNSA.

Favoriser l'intervention des SAVS et SAMSAH en matière de formation des professionnels de l'aide à domicile.

Repenser les projets de services des SSIAD en fonction des besoins des personnes.

Mettre en place dans les SAAD un plan d'intéressement lié à la qualité de la prestation, compensé financièrement par le Conseil Général.

Donner la possibilité aux personnels de réaliser un véritable parcours de carrière, favoriser le tutorat

Diversifier l'équipe de direction pour assurer la globalité des prises en charge (palette de compétences)

- **objectif final** : améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées.

**Axe 4 : accompagner et soutenir les aidants familiaux et les aidants familiaux (environnement proche)**

- **contexte** :

l'entourage est un facteur essentiel de maintien à domicile. 62 % des adultes handicapés sont soutenus par un ou plusieurs aidants non professionnels. Dans 9 cas sur 10, ce sont des membres de la famille. La complémentarité entre professionnels et aidants familiaux doit être soutenue et permet de prévenir les situations de crise.

- **Objectif opérationnel** : impulser des démarches de soutien aux aidants familiaux sur la base d'une approche territorialisée et partenariale.

- **moyens** :

dresser un répertoire des ressources de soutien des aidants (lieux d'échanges, groupes de paroles, réseaux...) qui pourrait être communiqué avec le plan de compensation du handicap

effectuer une veille technologique

organiser des lieux d'accueil d'urgence

délivrer de l'information et de la formation aux aidants familiaux (actions collectives, groupes de paroles) en s'appuyant sur les établissements spécialisés

-**objectif final** : aider les aidants familiaux à continuer à vivre normalement en réduisant leur isolement et en évitant leur épuisement, prévenir ainsi les situations de maltraitance

**axe 5 : promouvoir les modes d'accueil alternatifs (jour, nuit, temporaire, séquentiel, urgence) °**

- **contexte** :

Les modes d'accueil alternatifs sont indispensables pour garantir la réalisation des parcours de vie et réduire les effets des logiques institutionnelles et des logiques de filières. Ils sont

insuffisamment développés.

- **objectifs opérationnels** : adapter l'accueil en fonction des besoins de la personne et de son entourage quelle que soit sa situation de handicap et dans un objectif de proximité.

- **moyens** :

mener une étude pour mieux cibler les besoins en modes d'accueil alternatifs par secteurs géographiques et bassins de vie

inclure dans les projets d'établissements la diversification des modes d'accueil en prenant en compte la problématique des transports

développer les Groupes d'Entraide Mutuelle, l'accueil familial le week-end en assouplissant les règles d'agrément et de financement pour le rendre attractif.

-**objectif final** : assurer la continuité des parcours de vie en s'adaptant à l'évolution des besoins

## COMPTE RENDU DE REUNION

Groupe de travail n°6 vie en établissements  
et services de suite

**La première réunion était co-animée par Dominique Barillot, chef de service des Etablissements et du Contrôle Qualité au Conseil Général et par Virginie Damion, Inspectrice au service Handicap et Dépendance de la DDASS.**

Après un tour de table de présentation des différents participants à ce groupe de travail, Dominique Barillot précise la liste des établissements qui ont fait l'objet d'un avis favorable du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-sociale en vue d'une ouverture dans les 3 à 4 années à venir :

- 5 centres d'accueil de jour,
- 11 Foyers d'Accueil Médicalisés pour personnes handicapées psychiques dont 1 pour les jeunes adultes souffrant de la maladie d'Alzheimer,
- 2 foyers de vie, 3 foyers d'hébergement, 4 SAMSAH.

Virginie Damion explique que le groupe 1 aura pour tâche d'établir le bilan du schéma et ses perspectives, le groupe 6 a pour thématique la qualité de la prise en charge et entre autres celle des jeunes et des personnes âgées.

A titre informatif, la liste des établissements et services programmés pour les enfants sera présentée lors de la prochaine réunion.

### **Constats, identification des besoins**

#### **1 – Prise en charge peu adaptée pour :**

##### **Les personnes souffrant de troubles psychiques**

Les établissements se sentent en difficulté pour les prendre en charge correctement d'autant qu'ils ont beaucoup de mal à travailler avec les établissements sanitaires

##### **Les plus jeunes**

Pour les très jeunes enfants de la tranche d'âge des 0-3 ans et souffrant de handicaps très lourds, les crèches et les halte-garderies ne sont pas adaptées. Il faudrait réfléchir à la création de structures spécialisées permettant aux parents de conserver une activité professionnelle et

constituant un outil pour le secteur psychiatrique, les CAMSP et les CMPP.

Les ITEP sont en nombre insuffisant (25 places en internat) pour répondre aux besoins car l'on rencontre dans les commissions spécialisées de la MDPH, beaucoup d'enfants de 6 – 8 ans ayant des troubles du comportement ou des problèmes psychiques.

Les rythmes actuels de fermeture des établissements pendant les vacances d'été ne sont pas adaptés à la vie professionnelle des parents, ce qui leur pose un problème de garde et nécessite de revoir les amplitudes de prise en charge. Des structures intermédiaires pourraient accueillir les jeunes et adultes pendant les week-ends et les vacances scolaires.

A noter que 3 IME dans le Département proposent ce service.

### **Les 20 ans**

Les ressources se situent en effet sur l'axe nord-sud et il existe peu d'offre de services pour des jeunes en milieu rural lesquels ont un problème de mobilité pour se rendre dans d'autres secteurs du Département. Pour cette raison, certains parents choisissent leur retour à domicile.

Le Département a en effet donné priorité à l'implantation d'établissements et services en milieu urbain afin de favoriser au maximum l'insertion sociale des personnes. Ne serait il pas opportun de réfléchir désormais pour les ESAT à la création de petits établissements de proximité ?

Les places à temps partiel en ESAT sont peu sollicitées sauf par des IME pour des temps de préparation à une activité professionnelle alors que cela n'est pas leur vocation première et qu'elles devraient être occupées par des personnes n'ayant plus la possibilité de travailler à temps complet.

La diversité des modes de fonctionnement et de financement pose donc la question de la possibilité de décider d'une double orientation pour une même personne : par exemple, à la fois centre d'accueil de jour et ESAT dans le cadre d'un projet personnalisé. Elle ne doit pas constituer un blocage pour organiser des passerelles entre les dispositifs.

Est cité l'exemple du foyer de Villemer, foyer occupationnel + foyer médicalisé avec transport organisé. Ce foyer est destiné aux personnes handicapées psychiques pour les aider à élaborer un projet de vie ainsi qu'un projet professionnel en leur permettant de participer à des ateliers d'espaces verts, menuiserie, restauration. Une convention passée avec des ESAT permet de préparer la mise au travail en lien avec des séjours séquentiels dans différents établissements.

### **Les personnes âgées :**

Le vieillissement des populations induira l'adaptation des structures existantes laquelle nécessite l'apport de moyens financiers adaptés à un encadrement plus important des



personnes. Question de la prise en compte du vieillissement dans les établissements médico-sociaux.

**La population précaire: ...**

Reconnue comme personne handicapée, mais, vivant dans la rue.

La question de son employabilité est abordée face au décret qui va paraître

**2 ) La question de la diversité des statuts des établissements et des besoins d'évolution et d'adaptation :** foyers de vie se transformant en foyers médicalisés, accueillant des séjours de rupture pour jeunes et adultes, des jeunes ayant besoin de mûrir un projet de vie, des personnes handicapées vieillissantes....

Il serait donc utile de resituer ce que font les établissements par secteur géographique.

Les modes de financement sont différents entre celui de l'Assurance Maladie qui finance les établissements pour enfants sous forme de forfait global et celui du Département qui paie l'aide sociale au pro rata des personnes accueillies sous forme de tarification. Si la personne est hébergée, le Département récupère 70% de l'AAH et 90% des autres ressources ; si la personne est en centre d'accueil de jour, elle continue à bénéficier de la totalité de l'AAH.

Le constat est également dressé du manque de professionnels, psychiatres, généralistes, ergothérapeutes pour travailler en établissements. Pourquoi ne pas réfléchir à une mutualisation de leur temps d'intervention ?

**D'où l'idée de plate-formes de services, répondant à la demande de populations différentes, l'accompagnement restant quant à lui réalisé au niveau des bassins de vie.**

Pour statuer en toute connaissance de cause quant à ces plate-formes de services, il faudrait disposer d'une analyse de besoins. La MDPH n'est pas encore outillée pour produire cette analyse qui pourrait alors s'appuyer sur les listes d'attente des établissements comparées aux places disponibles. De même, pourrait être dressée la pyramide des âges des travailleurs en ESAT.

**3 - Souplésses des établissements pour répondre aux parcours de vie, notion déduite des précédents débats.**

Les places dans les établissements et services sont en nombre insuffisant, les temps d'attente sont longs, les passerelles manquent : avec le secteur sanitaire manquent surtout pour les personnes souffrant de handicap psychique, pour les très jeunes enfants nécessitant des gestes techniques à la sortie de l'hôpital, et pour les personnes sans domicile fixe qui ne bénéficient

plus de possibilité d'hébergement en accueil de jour et hôpital la nuit.

Il est donc indispensable de multiplier les solutions alternatives, en lien avec le groupe 5 qui traite du maintien à domicile et des services d'accompagnement, dans l'attente d'obtenir une place en établissement. Cela nécessite d'adopter une démarche pédagogique auprès des parents qui ne comprennent pas toujours l'intérêt de solutions successives pour mettre en place le meilleur projet de vie possible et sont en attente d'un placement à vie de leur enfant en établissement. (exemple du FAO qui est un foyer d'accueil et d'orientation pour une période transitoire d'observation)

**4 - La piste d'un conventionnement systématique** entre le secteur de l'enfance et celui des adultes est avancée, elle réglerait le recours cas par cas à un « réseau » personnel.

**5 - La qualité du travail des établissements, le respect des droits des usagers en application de la loi de 2002** représentent un thème de travail spécifique est survolé, faute de temps, lors de la présente réunion.

#### ***Récapitulation des idées/remarques/propositions***

**Il est décidé d'un commun accord de consacrer les prochaines réunions de travail aux thèmes suivants :**

- **30 octobre 2008, analyse de besoins : nouveaux services, lien avec le secteur sanitaire, passage enfant-adulte dans l'objectif d'une plus grande souplesse et adaptation des établissements et services**
- **25 novembre 2008 : plate-forme de services, contenu, organisation, territoire**
- **5 décembre 2008 : démarche qualité et animation dans les établissements**
- **17 décembre 2008 : synthèse et propositions**

**La deuxième réunion était animée par Dominique Barillot. Virginie Damion, absente, était excusée.**

Le compte rendu de la réunion du 21 octobre a été approuvé après quelques corrections.

**Dominique Barillot présente l'ordre du jour de cette réunion : analyse des besoins des personnes handicapées, améliorations à apporter dans les modes de fonctionnement, passerelles entre les prises en charge des enfants et des adultes, souplesse des procédures, cohérence de la répartition géographique.**

Un premier constat important est effectué : « Il fût une époque où la personne accueillie s'adaptait à l'établissement, aujourd'hui, c'est l'établissement qui doit s'adapter à elle ».

Partant de cette réalité, les projets d'établissements sont en constante évolution, qu'il s'agisse des tranches d'âges accueillies, des durées de séjour ou des modes d'accueil.

Pour des jeunes sortant d'UPI ou de classes de lycée et qui intègrent un IME, 3 ou 4 années sont souvent nécessaires pour suivre une formation professionnelle, ce qui repousse d'autant l'âge de départ de l'établissement.

Par ailleurs, qu'il s'agisse de jeunes ou d'adultes, on constate aujourd'hui de la part des familles une forte demande d'accueil en internat non exclusive de la demande d'accueil de jour, ainsi qu'une demande d'accueil permanent le soir, les week-ends et les vacances scolaires (quelque soit la structure concernée), pour leur permettre de mener une vie personnelle et professionnelle normalisée. Les familles attendent aussi des prestations très diversifiées : psychiatre, bilan professionnel....

- D'où un besoin de **souplesse de fonctionnement**. L'établissement est conçu comme un prestataire de services à la carte qui doit suivre les conditions actuelles de vie des parents. Il doit donc développer différents modes d'accueil permettant à la personne handicapée de mener son parcours de vie sans ruptures au sein de la même structure. Cette souplesse de fonctionnement est liée à la mise en place d'une **souplesse dans les agréments**.

Pour autant, le développement des échanges entre établissements et le mélange des tranches d'âge paraît également important au niveau de la dynamique créée entre les personnes. Une mutualisation des moyens des établissements, formalisée conventionnellement, pourrait répondre à cet objectif dont la réalisation entraîne de la part de la MDPH de la **souplesse dans les orientations** décidées en commission. Celles ci devraient pouvoir être doubles chaque fois que nécessaire (ce qui se pratique déjà en commission 3).

- **Et un besoin de souplesse dans l'accompagnement des parcours de vie :**

Pour les jeunes adultes qui ont besoin d'une continuité de prise en charge, le passage du milieu familial ou d'un IME à un foyer pour adulte où l'on est moins entouré, est mal vécu et nécessiterait que soit créées **des structures intermédiaires plus structurantes et rassurantes facilitant cette transition**.

De même pour des personnes qui ont des difficultés à entrer dans un ESAT ou à s'y maintenir. Ce type d'établissement est passé d'une situation de sous traitant à une situation de prestataire de services avec enrichissement des métiers proposés aux personnes handicapées. L'évolution de la typologie du public qui souffre de plus en plus de handicap psychique contraint le personnel à s'adapter. Un atelier préparatoire sans contrainte de rendement serait un outil intéressant qui pourrait être développé à partir d'un foyer de vie sans création de nouvelle

structure.

**Cette souplesse doit enfin se retrouver dans les procédures administratives**, il est en effet impossible d'être accueilli à l'hôpital la nuit et le jour en établissement. La Sécurité Sociale ne peut enregistrer 2 tarifications différentes le même jour. La solution résiderait dans l'application du forfait global à tous les établissements, (ce qui est le cas pour l'accueil temporaire financé par l'Etat), ce qui donnerait aux personnes l'assurance de la meilleure prise en charge et permettrait aux établissements d'être payés dans de telles situations.

En cas d'urgence, les établissements accueillent en l'absence de notification MDPH avec contact préalable avec cet organisme, la DDASS ou le Conseil Général.

**Dans ces conditions, où se trouve la limite de la réponse que doivent apporter les établissements médico-sociaux ?**

**- limites quant aux champ d'intervention :**

S'agissant des loisirs, les centres de vacances du milieu ordinaire ne peuvent ou ne veulent accueillir des enfants lourdement handicapés, n'ayant pas les compétences nécessaires. Certains établissements expérimentent des séjours sans soins avec d'autres catégories de personnel, notamment éducatif.

La CAF peut aider au financement de séjour.

Les ESAT n'ont pas forcément les moyens de réaliser de l'accompagnement en milieu ordinaire de travail. (exemple des ESAT hors les murs dans les zones industrielles). Les ESAT sont toutefois très différents les uns des autres en fonction des populations accueillies et des partenariats qu'ils ont développés. Il existe une pression très forte de la commande publique tendant à aboutir à un taux de placement en milieu ordinaire de 3 à 5%, mais qui ne doit pas faire oublier le caractère médico-social de ces établissements.

**- limites quant aux difficultés de recrutement de certains professionnels :**

la situation est très mauvaise en Seine-et-Marne, notamment dans le secteur psychiatrique.

Dans le secteur enfance, le ratio départemental pour 1 000 enfants de moins de 16 ans est de 0,32 places, le ratio régional est de 0,96, le ratio national de 0,91.

Pour ce qui concerne les adultes, le ratio départemental est de 0,59 places pour 1 000 habitants, le ratio régional, 1,01, le ratio national 1,36.

Une explication réside dans l'absence de CHU en Seine-et-Marne et l'attraction du Département du Val de Marne où l'on trouve beaucoup de lits d'hospitalisation. Les écarts de revenus des professionnels de la santé avec le secteur libéral sont un facteur défavorable. Ces tendances risquent malheureusement d'empirer.

D'où un transfert de la population la plus lourdement handicapée du secteur médico-social sur le secteur sanitaire qui prend la forme d'Unités de Long Séjour, les personnes les moins

handicapées ayant aujourd'hui la possibilité de s'intégrer en milieu ordinaire. Certains jeunes refusent de se faire hospitaliser car ils trouvent dans le secteur médico-social une qualité de réponse que l'hôpital ne leur donne pas. Des conventions de partenariat pourraient utilement encadrer les modes de collaboration.

**- limites quant au vieillissement des personnes handicapées :**

les foyers de vie ne sont pas adaptés au « nursing ».

Trois cas de figures se présentent, les personnes handicapées qui vivent et vieillissent en établissement, celles qui vivent à domicile et entrent en établissement, souvent en urgence, celles qui travaillent en ESAT et vivent en foyer d'hébergement..

L'accueil en maison de retraite n'est pas toujours possible, le taux d'encadrement n'est pas le même qu'en établissement, le personnel éducatif n'existe pas. Parfois, les parents âgés sont admis en maisons de retraite avec leur enfant adulte handicapé.

Pour les personnes vivant à leur domicile, il faudrait développer l'intervention de services d'aide à la personne, car l'intervention du SAMSAH n'est plus suffisante. Et lorsque la famille ne peut plus faire face, des solutions d'accueil temporaire devraient au moins pouvoir être trouvées.

Les foyers d'hébergement continuent à accueillir les sortants d'ESAT le temps de mûrir leur projet pour la suite. D'où la nécessité de leur autonomie par rapport à l'activité professionnelle. Parfois, ils disposent d'appartements en milieu ordinaire pouvant répondre au besoin. Des accueils « temps libre » constituent une solution en attente d'orientation en foyer de vie ou occupationnel.

**- limites des dispositifs :**

les places d'accueil d'urgence ne sont pas en nombre suffisant car les places d'accueil temporaires, elles mêmes limitées, ne sont financées que si elles sont occupées. L'accueil temporaire est financé par l'Etat et l'Assurance Maladie sous forme de dotation globale, par conséquent, il est toujours financé même si les places ne sont pas occupées.

Les foyers d'accueil de jour ne peuvent accueillir des salariés d'ESAT en congès de maladie du fait de leurs heures d'ouverture.....la solution serait que les travailleurs en ESAT, en cas de maladie, puissent rester à domicile (y compris en foyer d'hébergement). Il faudrait peut être prévoir l'intervention dans ce cas de SAVS de manière ponctuelle.

Il en est de même pour les places en établissements médico-sociaux qui sont insuffisantes pour assurer le retour des enfants et adultes hébergés en Belgique.

Les familles d'accueil de l'Aide Sociale à l'Enfance se trouvent en difficultés lorsque les établissements sont fermés (périodes de congès et de week ends) et qu'elles hébergent des enfants polyhandicapés ou souffrant de troubles envahissants du développement. Ces enfants nécessitent une surveillance constante et des soins pour lesquels il est difficile de trouver des

spécialistes, ergothérapeutes, psychiatres dans certains secteurs du Département. Il n'y a pas assez d'assistants familiaux dans le Département. Il faudrait également plus d'accueils temporaires même si le Département est bien pourvu et que des projets sont en cours.

Est pointée la nécessité de recenser les moyens existants par une cellule de coordination. Il n'y a pas de visibilité de l'existence des établissements et de leurs prestations.

Un site internet mis en place par le COS doit recenser les places disponibles d'accueil temporaire sur le Département pour ce qui concerne les adultes, mais n'est pas alimenté.

L'ADAPEI a prévu d'ouvrir un lieu d'accueil pour enfants et adultes pour les vacances et les loisirs fonctionnant avec des personnels formés. Cela pose le problème du financement de cette structure relevant d'un dispositif extra légal par le Conseil Général.

**En conclusion, compte tenu des besoins de souplesse et des limites constatés précédemment, les membres du groupe souhaitent faire ressortir que les établissements médico-sociaux travaillent déjà en partenariat mais de façon « non officielle ».**

**Dominique Barillot indique pour terminer que les deux prochaines réunions seront consacrées à la démarche qualité des établissements, la plate forme de services qui devait faire l'objet de la réunion du 25 novembre étant traitée par le groupe 1.**

**La troisième réunion était co-animée par Dominique Barillot, chef de service des Etablissements et du Contrôle Qualité au Conseil Général et par Virginie Damion, Inspectrice au service Handicap et Dépendance de la DDASS.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été validé après observations. Il lui sera annexé un document concernant la création de places en ITEP.

La présente réunion était consacrée à la question de la qualité de vie en établissements. Celle-ci se décline dans le livret d'accueil, le contrat de séjour, les règles de fonctionnement de l'établissement. 3 points principaux ont été successivement abordés.

#### 1 – Prendre soin des personnes accueillies

**la qualité passe par l'accueil des personnes, l'accompagnement des projets de vie, la formation des personnels, le management, la mise en place de procédures, le confort du bâtiment, les activités supports.**

**Les établissements et services regrettent de ne pas avoir suffisamment d'éléments sur le parcours de vie de la personne, ils sont obligés de faire le point avec elle de façon systématique lorsqu'elle leur est orientée. Il conviendrait de lui éviter de revenir sur sa situation. Ils sont également amenés à identifier tous les acteurs présents dans le projet personnalisé.**

**L'information, la reconnaissance de la place des familles est importante pour éviter de générer des tensions avec la personne handicapée quel que soit son âge. Les attentes des familles ne doivent pas être occultées. Un accompagnement des familles paraît nécessaire notamment au passage à l'âge adulte.**

La démarche qualité porte sur 3 axes : accueil, prise en charge, évaluation. **Les évaluations internes et externes sont une obligation réglementaire.**

**Il n'existe pas de référentiels d'évaluation interne au niveau national. Des protocoles, des référentiels d'accueil et d'accompagnement existent dans les établissements, les professionnels ont participé à leur rédaction, condition importante pour qu'ils puissent se l'approprier..**

**Il n'existe pas non plus pour le moment de liste d'organismes agréés pour faire l'évaluation externe. Dans l'attente, les établissements et services ont eux mêmes mis au point des procédures. Ces procédures prennent des formes diverses.**

**- Les équipes sont réunies régulièrement pour faire une évaluation de leur travail et des points à améliorer. Des groupes de parole de parents et d'enfants peuvent être mis en place. Le conseil de vie sociale voire les familles peuvent être associées à ce travail d'évaluation.**

- Les chefs de service sont formés au management des équipes et fixent des objectifs à atteindre. Un plan de formation permet d'acquérir de nouvelles compétences.

- L'analyse des pratiques professionnelles avec l'aide d'un professionnel extérieur à l'établissement est fondamentale. Chaque salarié doit pouvoir s'auto réguler par rapport aux tâches qu'il doit accomplir.

Un établissement a fait le choix, lors de son ouverture, de la certification ISO, conçue comme un outil de management et d'auto évaluation. La démarche est portée par l'encadrement et les équipes. Elle se fait dans la transparence la plus totale par rapport à l'extérieur (site internet). La certification est une plus value au travail de l'établissement car elle est accordée par un organisme extérieur.

- **Il est convenu d'impulser entre établissements une démarche harmonisée d'auto évaluation en identifiant les points communs susceptibles de contribuer à l'instauration de passerelles entre eux.**

Toutefois, ces outils n'empêchent pas les situations de maltraitance. Y a t'il des alertes pour éviter de tels actes ?

Des sondages annuels sur la qualité du service sont effectués auprès des personnes handicapées et de leur famille.

Des fiches d'incidents sont établies où les équipes notent tous les faits inhabituels. Regroupées, elles permettent à l'encadrement de repérer les messages envoyés par les

personnes.

L'analyse des pratiques peut permettre de repérer les dérapages à l'amont.

Si un salarié est concerné par des actes de maltraitance, une cellule de crise est constituée pour traiter la situation. La direction générale est alertée, un rapport est transmis au conseil d'administration.

La qualité passe aussi par la sécurisation du personnel et la confiance accordée aux professionnels.

**La notion de gestion des risques** est importante surtout lorsque des soins sont délivrés. Des aides technologiques peuvent permettre d'éviter de mettre des professionnels en difficulté.

La maltraitance concerne souvent en effet les professionnels que la direction doit protéger jusqu'à preuve du contraire.

Il faut trouver le juste milieu entre rigidité et souplesse dans les protocoles, laisser de la place à l'intelligence des salariés. L'exemple est donné de l'administration de médicaments, en grande quantité dans les établissements. Des procédures écrites avec les professionnels existent, comment garantir leur application ?

C'est toute la différence entre l'erreur qui est un droit et la faute qui ne l'est pas. Si un salarié se trompe, il faut ensuite rattraper l'erreur, la faute consisterait à ne pas signaler l'erreur.

## **2 – Respecter le libre choix**

### **2-1 l'animation**

**Les activités sont intégrées dans le contrat de séjour** mais les taux d'encadrement fixés constituent une difficulté. Les établissements mettent en place des projets individualisés, modifiables, évolutifs travaillés avec les familles pour ce qui concerne les enfants.

Ces projets nécessitent une ouverture sur l'extérieur qui n'est pas toujours facile. L'exemple du dispositif DISPEH dans le domaine de l'insertion professionnelle illustre la difficulté de trouver des entreprises pour accueillir de jeunes stagiaires. Il en est de même pour l'accès à la piscine, d'où la nécessaire évolution sur le regard que la société porte sur le handicap.

La famille est souvent actrice dans les activités des enfants. Elle assure les transports. Lorsqu'elle ne peut le faire, **l'établissement gère le risque** de laisser aller et venir librement le jeune handicapé dans le cadre d'un travail interdisciplinaire entre professionnels et famille.

L'établissement gère aussi le risque dans les situations d'apprentissage professionnel avec utilisation de machines dangereuses incompatible avec la prise de certains médicaments. La législation n'est pas aidante en ce qu'elle préconise que le jeune observe mais n'agisse pas.

Pour ce qui concerne les adultes, des activités d'animation sont mises en place en partenariat avec des structures extérieures.

Ces échanges avec des partenaires extérieurs mériteraient d'être formalisés.



## **2-2 Le respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Se pose la question du respect de l'intimité des personnes handicapées. Des principes élémentaires doivent être respectés : frapper avant d'entrer dans la chambre, y pénétrer avec l'accord de la personne. De même, dans la relation avec elle, utiliser systématiquement le vouvoiement.

La question de l'accompagnement à la sexualité est posée ainsi que les limites de cet accompagnement. En Belgique, il existe des formations spécifiques sur l'accompagnement érotique. Il convient de sortir des tabous et de donner des explications aux familles, éviter l'ambiguïté et les malentendus tout en restant dans un cadre légal contraint. Parfois, les familles sont elles mêmes demandeuses car confrontées à cette question. Les professionnels doivent également être accompagnés sur ce sujet.

Un travail doit être effectué au niveau de l'institution sur la vie affective et sexuelle qui peut prendre des formes différentes : groupes de paroles, intervention de conseillers conjugaux, colloques...

L'éducation sexuelle est enseignée dans les IME.

Il faut aussi gérer les pulsions, traiter de l'estime de soi et du rapport à autrui.

La sensualité de manière générale peut passer aussi par des massages.

- **Il est proposé de mettre en place un groupe de réflexion commun entre les établissements sur ce thème.**

## **3- accompagner la sortie de l'institution**

les établissements neufs sont soumis aux normes de l'accessibilité dès établissement des plans. La qualité de l'hébergement va au-delà de la mise aux normes des locaux. En effet, il est cité l'exemple de mettre un lit double dans les chambres dans une structure pour adultes.

## **4 – accompagner la sortie de l'institution**

### **le lien avec l'hôpital**

Sont pointées les difficultés rencontrées pour hospitaliser les personnes, les personnels des hôpitaux auraient besoin d'être formés sur le handicap, les établissements médico-sociaux pourraient assurer cette formation.

- **Un travail en commun pourrait également être mené sur l'achat des médicaments qui représentent des sommes importantes pour les deux catégories d'établissements.** Des économies pourraient être trouvées dans le regroupement des achats. Cela nécessite une étude sur la structure juridique appropriée dans la suite d'un

travail déjà engagé par certains en lien notamment avec la DRASS.

Dans un autre domaine commun avec l'hôpital pourrait être celui des soins palliatifs, les personnels du secteur médico-social auraient besoin d'être accompagnés et formés.

Une autre piste concerne la création d'une crèche commune hôpital-MAS.

Autant d'exemples qui démontrent la nécessité de renforcer la solidarité des secteurs sanitaire et médico-social par le biais de conventionnements.

Il est convenu que l'ordre du jour de la prochaine réunion porterait à la fois sur :

- **la question des sorties de l'établissement, hors champ sanitaire**
- **la charte de la personne accueillie.**

**La quatrième réunion était co-animée par Dominique Barillot, chef de service des Etablissements et du Contrôle Qualité au Conseil Général et par Virginie Damion, Inspectrice au service Handicap et Dépendance de la DDASS.**

Le compte rendu de la réunion précédente a été validé.

L'ordre du jour de la présente réunion a porté sur la poursuite de l'examen des sorties d'établissement et sur la charte de la personne accueillie.

**- Comment se passe la réorientation de l'enfant sortant d'IME et devenu adulte ?**

Les orientations de sortie sont préparées dès l'entrée. 20% des jeunes sont orientés vers le milieu ordinaire dans le cadre du dispositif d'insertion sociale et professionnelle DISPEH, 70% vers le milieu protégé (ESAT, ESAT hors les murs), 10% ont des troubles psychiques non stabilisés, sans recours possible au secteur psychiatrique débordé, et sont orientés vers une MAS ou un foyer de vie.

Les ESAT eux mêmes sont saturés tant pour ce qui concerne l'hébergement que l'activité professionnelle. Peu d'ESAT existent pour les personnes souffrant de handicap psychique. 2 projets ont obtenu un avis favorable du CROSMS.

Les ESAT et foyers occupationnels refusent les jeunes pour cause d'imaturité ou demandent qu'éventuellement ils sortent de la structure après la période de stage. Au niveau de leur autonomie, certains jeunes auraient besoin de solutions intermédiaires entre l'ESAT et le foyer occupationnel. A partir du moment où il y a une orientation MDPH, se pose la question pour l'établissement de garder le jeune et gérer les éventuels problèmes d'imaturité.

Les ESAT devraient laisser plus de temps aux jeunes pour s'adapter au milieu du travail. Les ESAT sont des structures médico-sociales et pas des entreprises.

Certaines personnes ne relèvent plus de l'ESAT : travailleurs devenant âgés ou personnes se

dirigeant vers d'autres parcours.

La MDPH n'a pas toujours les bons éléments pour décider les bonnes orientations.

Pour ce qui concerne les adultes, les établissements souhaitent examiner le profil des personnes qu'ils accueillent et filtrent les admissions car il y a plus de demande que d'offre. Quand un adulte entre en foyer occupationnel, c'est souvent pour une longue période, ce qui implique des choix importants au niveau des admissions pour équilibrer les publics. L'intergénérationnel aussi est important.

Il apparaît trop de sélection par rapport aux publics demandeurs.

**Le secteur enfance et le secteur adulte doivent se rencontrer pour organiser ce passage entre les deux types de prise en charge et créer des passerelles avec le secteur sanitaire. Des rencontres sont prévues au niveau de l'Association des Directeurs d'Etablissements Médico-Sociaux.**

La CDAPH désigne dans les orientations qu'elle donne un certain type d'établissements, elle ne connaît pas leurs disponibilités. L'établissement devrait informer la MDPH de l'admission d'une personne 15 jours après sa réalisation ce qui faciliterait le suivi de son parcours de vie.

Il serait intéressant de diffuser les lieux et dates d'ouverture des nouveaux établissements avec la réserve des retards susceptibles d'être pris dans la réalisation des travaux. Une information devrait être organisée sur les places disponibles et les types de handicaps pris en charge.

Dominique Barillot communiquera par mail aux membres du groupe le document réalisé par le Conseil Général sur les établissements et services, à charge pour eux d'en vérifier les informations.

Au niveau des sorties, le département a souhaité qu'une priorité soit donnée aux personnes hébergées en Belgique (120 adultes) qui demandent à venir en Seine et Marne. Les temps d'attente actuels sont longs.

Pour pallier les listes d'attente, il serait intéressant de dresser la liste des solutions alternatives, accueils de jour et accueils séquentiels.

Ce sont des dossiers lourds sur le plan du montage du dossier ou de leur financement.

A titre d'exemple, les MAS et les FAM demandent une notification de la MDPH pour l'admission en places d'accueil temporaire. La raison en est que l'accueil temporaire ne peut faire l'objet d'une dotation globale car la règle de l'aide sociale contraint le département à n'intervenir financièrement que pour des personnes dont le domicile est situé dans le département. Le département n'est pas financeur mais autorité de tarification. Il est contraint d'établir un prix de journée.

La personne est obligée de constituer un dossier d'aide sociale en plus de son dossier MDPH..

Une révision de l'aide sociale pourrait être étudiée afin de permettre le développement de l'accueil

temporaire.

- La charte des droits des personnes accueillies. **Une liste de personnes qualifiées susceptibles de vérifier si les droits des personnes sont respectés a été établie et adressée aux établissements. Cette liste doit figurer dans le livret d'accueil au même titre que la charte.**

Comment rendre ces documents accessibles aux personnes déficients intellectuelles qui ont aussi droit à l'information : diverses solutions sont mises en place : groupes de travail, traductions avec pictogrammes, bande dessinée, livret d'accueil en DVD....certains établissements organisent des forums citoyens, des groupes de parole réguliers.

Les conseils de vie sociale constituent aussi des lieux d'échanges.

Pour les enfants, des réunions régulières sont organisées avec les jeunes et leurs familles, ils ont droit d'accès aux dossiers.

**Pour ce qui concerne les adultes, comment favoriser le maintien du lien familial ?** Les familles vieillissent et ont besoin de renouer des liens avec les personnes handicapées qu'elles avaient perdu de vue.

Le précédent règlement départemental d'aide sociale facilitait ce maintien en prévoyant la possibilité pour l'établissement de continuer à bénéficier de la contribution financière de la famille pendant les temps d'absence le week-end.

**Il serait opportun de profiter de l'auto évaluation des établissements pour faire un point de l'application de la loi de 2002, pour mesurer comment ces outils vivent dans les établissements, et identifier les difficultés rencontrées. Le CREAM ou d'autres organismes proposent une grille d'évaluation.**

**La prochaine et dernière réunion sera consacrée à la synthèse des travaux du groupe et à dégager les orientations prioritaires susceptibles d'être proposées dans le cadre du schéma départemental.**

**Annexe au compte rendu du 25 novembre concernant la création de places en ITEP.**

Capacité totale des ITEP :

- 25 en internat

- 69 en externat

Sessad "ITEP": 80 places sur 3 antennes

## Projets

25 places sur Meaux et sa région : ouverture de 1 janvier 2009

15 places sur le sud pour les adolescents en internat: rentrée scolaire 2009

10 places d'internat pour les adolescents à Claye Souilly : 2010

10 places sur le sud pour les petits (à partir de 8 ans) en externat

**La cinquième réunion était co-animée par Dominique Barillot, chef de service des Etablissements et du Contrôle Qualité au Conseil Général et par Virginie Damion, Inspectrice au service Handicap et Dépendance de la DDASS.**

Le compte rendu de la réunion précédente n'a pas été reçu par les membres du groupe de travail de même que le document recensant les établissements et services

**La présente réunion porte sur les axes prioritaires à proposer dans le cadre du schéma départemental.**

### **Axe 1: améliorer la connaissance des structures existantes et des besoins**

- **contexte** : Les établissements et services médico-sociaux sont souvent saturés et ne peuvent répondre aux orientations faites par la CDAPH. l'accompagnement à domicile a été développé dans le cadre du précédent schéma sans véritable analyse de besoins.

#### **- Objectifs opérationnels :**

recenser les moyens existants pour bâtir de véritables stratégies de développement ou d'évolution de ces moyens, éviter d'orienter des personnes sur des établissements n'offrant pas de disponibilités, avoir une vue prospective sur les personnes isolées et sur celles qui n'ont pas de solutions (personnes vieillissantes vivant en famille).

#### **-moyens :**

Mettre en place un logiciel (ou utiliser l'outil existant) permettant de recenser les places disponibles et les possibilités d'accueil, en définir le pilote et faire vivre cet outil par une insertion régulière des données disponibles. En définir les règles d'utilisation et d'alimentation. Prévoir une montée en charge progressive.. mettre en place un groupe de travail spécifique.

Associer les CCAS, la MDPH, la DDASS, le Conseil Général au repérage des besoins des personnes.

Travailler en réseau pour éviter des fermetures simultanées (pendant les périodes de congès) d'établissements et services.

Suivre et exploiter les suites données par les établissements aux orientations MDPH. Mettre en application l'Art R 146-36 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit une information en ce sens auprès de la MDPH, des établissements et services, sous un délai de 15 jours suivant le contact avec la personne.

- **objectif final** : optimiser les choix d'orientation, répondre aux besoins spécifiques de populations différentes.

## **Axe 2 : développer les modes d'accueil alternatifs, temporaires, séquentiels**

- **contexte** : il est difficile de trouver des réponses adaptées pour les jeunes qui sortent d'IME sans solution et n'ont pas envie d'entrer en foyer de vie. De même pour les enfants qui posent des problèmes de comportement.

- **Objectifs opérationnels** : multiplier les solutions alternatives d'accueil et d'orientation pour des enfants, adolescents, adultes permettant de gérer les périodes de transition entre deux situations, les périodes de congès et favoriser les passerelles entre établissements et services.

-**moyens** : accorder une dotation globale aux établissements qui développent ces modes d'accueil. Intégrer cette règle nouvelle dans le nouveau règlement départemental d'aide sociale.

- **objectif final** : garantir la fluidité et la continuité des parcours de vie, se donner du temps pour leur définition.

## **Axe 3 : partager les modes d'auto-évaluation**

- **contexte** : il n'existe pas de référentiels d'évaluation interne au niveau national. Les

établissements ont mis en place des protocoles, des référentiels d'accueil et d'accompagnement ainsi que des procédures d'évaluation qui leur sont propres.

- **Objectifs opérationnels** : échanger sur les pratiques, définir des points communs, engager une démarche continue de qualité et de gestion des risques.

- **moyens** :

Construire un outil de façon participative et concertée,

Fixer une date butoir de réalisation des auto-évaluations pour les établissements. La CNSA préconise 2 évaluations internes avant réalisation de l'évaluation externe. La première évaluation interne se fera sur la base de référentiels précis. Proposition : 31 décembre 2010.

- **objectif final** : améliorer qualitativement l'accompagnement des personnes, revoir les pratiques et les organisations professionnelles, sensibiliser régulièrement le personnel

#### **Axe 4 : travailler sur la vie affective et la sexualité des personnes handicapées**

- **contexte** : Cette dimension n'est pour le moment prise en compte que dans certains établissements, les mentalités ne sont pas prêtes aujourd'hui à l'intégrer.

- **Objectifs opérationnels** : Travailler sur ce sujet avec les familles, les professionnels, les personnes handicapées elles-mêmes. Donner aux adolescents une éducation sexuelle

-**moyens** :

Intégrer cette dimension dès la conception architecturale du projet d'établissement. (studios d'autonomie) et dans le projet de l'association.

Sensibiliser et former, accompagner le personnel et les résidents

Mesurer la notion de risques partagés

Délivrer de l'information sur les expériences existantes par le biais d'un groupe ressources.

Faire intervenir des tiers (sans oublier les familles et les usagers) issus de la société civile.

Prendre en compte l'accompagnement érotique et le désir d'enfant

- **objectif final** : respecter la dignité et l'intimité de la personne accueillie, faire évoluer les mentalités

**axe 5 : tisser des liens avec le secteur sanitaire**

- contexte : **l'hôpital accueille difficilement les personnes handicapées notamment par crainte qu'elles y séjournent sur de longues durée, renvoie les enfants souffrant de Troubles Envahissant du Développement vers les établissements médico-sociaux.**

**- objectifs opérationnels :**

Faciliter l'accueil des personnes handicapées dans les urgences des hôpitaux. Assurer la continuité des soins psychiatriques, adultes et enfants. S'inscrire dans les filières de soins déjà existantes. Accompagner le personnel des établissements médico-sociaux dans la gestion de la douleur et des fins de vie.

**- moyens**

Mobiliser le secteur sanitaire dans un groupe de travail, organiser des visites d'établissements

Identifier les conventions existantes et leur fonctionnement et les développer

Développer les relations existantes avec les médecins

- **objectif final** : mettre en place un partenariat éclairé entre établissements sanitaires et médico-sociaux



<b>COMPTE RENDU DE REUNION</b>	<b>Groupe de travail n°7 Observatoire et nouveaux supports d'échanges</b>
--------------------------------	---

**La première réunion du groupe de travail était co-animée par Michel Champeau, chargé de mission développement des partenariats locaux et communication à la MDPH et par Marie France Cadot, chef du service Handicap et Dépendance à la DDASS.**

En préambule, Christiane Celliere est invitée à rappeler le contexte de l'élaboration du schéma départemental des Personnes Handicapées. Ce schéma qui va se dérouler sur la période 2009-2013 concernera à la fois les enfants et les adultes, contrairement au précédent schéma signé conjointement avec l'Etat qui concernait uniquement les adultes.

7 groupes de travail se réunissent depuis lundi 20 octobre, ils ont permis aux différents participants de dresser un certain nombre de constats et d'exprimer leurs attentes. De ce brassage d'idées naît un certain nombre de propositions de thèmes de travail qui seront examinés lors des réunions suivantes.

Quelques thèmes se recoupent d'un groupe à l'autre, ce qui nécessitera peut être un recentrage des travaux des groupes.

Un tour de table est ensuite effectué permettant à l'ensemble des participants de se présenter.

Michel Champeau commente ensuite un document power point qu'il s'engage à adresser à chacun. Ce document pose les bases de ce que pourrait être un observatoire départemental du Handicap.

En effet, la MDPH ne dispose pas de l'ensemble des données relatives au handicap, de nombreux partenaires sont également détenteurs d'informations qu'il serait intéressant de partager sur un support unique.

L'objectif de cet outil serait de :

- faire émerger les besoins et les attentes d'informations,
  - définir les catégories d'informations que chacun détient ainsi que les conditions de recueil des données, les règles de circulation et d'accès à l'information, les conditions d'analyse,
  - permettre à chacun de répondre au mieux à ses missions,
- en résumé, un outil de communication et d'aide à la décision.

Ces données devront être sécurisées et ne seront pas nominatives.

Il convient donc que le groupe de travail se penche sur les questions suivantes : définition de l'observatoire, attentes des partenaires, finalités, pour quels besoins, pour quel type de gestion : statistique, opérationnelle, stratégique.

Marie France Cadot insiste sur le fait que depuis la mise en place de la MDPH, des informations erronées circulent souvent. Par méconnaissance de ce qui existe, on dit qu'il ne se fait rien dans le Département. D'où l'importance de disposer d'un outil d'observation de l'existant et de ce qui pourrait manquer notamment pour permettre au Département de se positionner par rapport à d'autres.

S'engagent ensuite les débats sur les attentes de chacun.

### **Constats, identification des besoins**

Les associations disposent d'un potentiel de savoir faire et de connaissances qui ne demandent qu'à se développer en fonction des besoins et de la demande des usagers. En effet, depuis le vote de la loi du 11 février 2005, c'est l'utilisateur qui définit son propre projet de vie. La connaissance de l'évolution des besoins est indispensable pour ajuster les moyens des établissements.

**La connaissance des besoins est compliquée.** Elle passe par une meilleure connaissance des populations concernées tout en sachant qu'une partie de la population handicapée échappe à toute statistique : personnes en hôpital psychiatrique, sans domicile fixe, incarcérées, jeunes hébergés en Belgique, personnes en activité professionnelle ne souhaitant pas faire connaître leur situation, enfants handicapés scolarisés en école privée hors contrat....

Pour ces personnes, diffuser de l'information sur leurs droits pour leur permettre d'y accéder est indispensable. En témoigne le questionnaire mis au point par la mairie de Melun dont le retour fait apparaître de la part des personnes handicapées une demande d'aide financière et non d'accessibilité, par méconnaissance des dispositifs existants.

Les besoins ne peuvent en effet être estimés qu'à partir du moment où les demandes sont faites. Le travail des autres groupes sur l'analyse des besoins viendra enrichir la réflexion sur le mode de construction de l'observatoire.

Il y a par ailleurs différents types de handicaps qu'il faut prendre en compte dans cette analyse.

L'observatoire doit être un outil fiable dans lequel chaque partenaire doit avoir confiance. Son exploitation doit être lisible, des choix seront nécessaires pour obtenir des données agrégées qui ne seront pas nominatives.

En dehors de la connaissance du public et de ses besoins, **la connaissance des ressources et donc des différents acteurs liée au développement récent de l'offre de services est tout aussi importante.**

Les ressources sont mises en œuvre par l'Etat et le Département en qualité de financeurs mais aussi d'autres institutions comme les communes qui mènent des actions en faveur du public handicapé. Les positionnements individuels des structures, dans une période de rigueur budgétaire, doivent être dépassés pour viser l'intérêt de l'utilisateur. A cet égard, la loi de 2005 a modifié l'état d'esprit général autour du handicap en introduisant la notion de parcours de vie. Un collectif inter associations s'est créé.

Le rapprochement des besoins et des ressources disponibles permettra de mesurer les écarts sachant qu'il y a peu ou pas d'offre disponible ou que cette dernière ne correspond pas toujours au choix des personnes en fonction de leur projet de vie.

Est cité l'exemple de la fermeture de l'ESAT artistique de la Ferté Sous Jouarre. Les personnes ont été orientées en dehors de leur volonté sur l'ESAT de Combs la Ville, sur des activités qui ne correspondent pas à leur savoir faire ou à leurs possibilités dans l'attente de la mise au point d'un projet artistique dans cet établissement.

L'absence de places disponibles peut également freiner l'expression des besoins.

La mise en place d'un outil de gestion des places disponibles est compliqué à mettre en œuvre, elle nécessite l'adhésion des partenaires chargé d'alimenter constamment la base de données. Elle serait toutefois utile pour diffuser une information que les acteurs n'ont pas toujours en temps voulu ( en cas d'ouverture de nouvelles structures) ou qui n'est connue que par certains.

Ceci soulève la **question du support juridique de l'observatoire**, son étendue et ses limites, l'adhésion des acteurs impliqués dans l'échange des données, ses moyens de fonctionnement.

La loi du 11 février 2005 positionne l'observatoire à la MDPH, d'où l'importance d'élaborer **une charte d'utilisation** à laquelle adhère chaque partenaire pour définir l'objectif poursuivi.

Deux autres questions se posent :

- la pérennité de cet observatoire liée à celle de son financement,
- l'actualisation permanente des données qui passe par des ressources humaines spécifiques.

Le fait que cet outil soit inscrit dans le schéma départemental des Personnes Handicapées lui confère un caractère d'opposabilité sur la durée de ce schéma. L'on peut penser qu'il sera évalué et perdurera si son utilité est démontrée.

Enfin, l'observatoire est identifié comme **un outil d'aide à l'évaluation du schéma départemental des Personnes Handicapées** en permettant aux institutions qui le pilotent d'anticiper certaines évolutions voire de réorienter certaines actions.

## Récapitulation des idées/remarques/propositions

- **L'observatoire du handicap repose sur une obligation légale et engage tous les acteurs du Département dans une approche globale de la personne**, c'est une condition de réussite intéressante.
- **Il doit s'appuyer sur des engagements formalisés**, charte, conventions, qui en précise le support, les modalités de gestion et de financement.
- **Son contenu est double : inventorier les ressources** sur la base d'un référentiel de présentation, les destinataires et les modalités de partage de l'information. **Définir les besoins** en les repérant le plus à l'amont possible et en identifiant les acteurs chargés d'alimenter l'analyse
- **Il a plusieurs fonctions** : analyse, évaluation des politiques départementales, orientations stratégiques des établissements.

Il est convenu d'un commun accord que la prochaine réunion du 12 novembre 2008 serait consacrée à l'analyse des besoins (connaissance des personnes) et des ressources (connaissance des acteurs).

**La deuxième réunion du groupe de travail était co-animée par Michel Champeau, chargé de mission développement des partenariats locaux et communication à la MDPH et par Marie France Cadot, chef du service Handicap et Dépendance à la DDASS.**

Le compte rendu de la précédente réunion du 22 octobre 2008 a été validé. Il a été convenu de joindre au compte rendu de la réunion du 12 novembre dernier le document power point précédemment présenté par les deux animateurs.

L'ordre du jour est ensuite abordé en distinguant les deux points soumis à débats, la connaissance du public, la connaissance des ressources.

### **1 – la connaissance du public**

Il s'agit de préciser quels sont les éléments d'information permettant de connaître la population handicapée sachant que ces données sont détenues par la MDPH mais aussi d'autres institutions comme la CPAM, la MSA, la CNSA au niveau des statistiques nationales.

En préalable, sont soulignées les limites de l'exercice :

- un certain nombre de demandes ne s'expriment pas car elles sont souvent liées à l'offre

disponible qui peut faire défaut dans certains cas. L'exemple est donné de l'offre de logements adaptée aux personnes handicapées psychiques.

- Toutes les personnes handicapées ne déposent pas un dossier à la MDPH, soit parce qu'elles relèvent d'un autre cadre, (pension d'invalidité délivrée par la CPAM, jeunes hébergés en Belgique qui passent à l'âge adulte), soit parce qu'elles ne souhaitent pas faire état de leur situation.

**L'Observatoire ne peut donc se limiter aux personnes dont le handicap est reconnu par la MDPH. Il faut donc bâtir un Observatoire de la personne en situation de handicap** en l'enrichissant d'informations ou de constats effectués par différents partenaires, associations, communes...de façon à anticiper la prise en charge de nouvelles formes de handicaps dans les années à venir. C'est ainsi que sous la pression des besoins constatés par les associations et la MDPH, l'Inspection Académique a pu créer à titre expérimental une classe spécialisée pour élèves dyslexiques.

***Quels sont les critères à prendre en compte pour parvenir à la connaissance du public ?***

La MDPH propose de s'appuyer sur :

- le projet de vie : (emploi, vie quotidienne...)
- les prestations délivrées ( AAH – AEEH – carte de stationnement...)
- les données géographiques
- les données démographiques
- les données médicales

L'entrée par le projet de vie suscite des débats. Il s'agit de données personnelles donc subjectives qui semblent importantes à connaître pour bien appréhender les besoins des personnes. Mais quels items choisir ? Une difficulté importante réside dans le fait que 80% des projets de vie ne sont pas remplis du tout ou alors pas par la personne handicapée elle même.

**Des indicateurs objectifs pourraient être extraits des éléments de la PCH attribuée.**

**Concernant les prestations, elles ne se limitent pas à celles délivrées par la MDPH.** Il conviendra d'y inclure les données de la CPAM et de la MSA, les personnes relevant du régime de la fonction publique...

Globalement, plus on diffusera des informations sur ces prestations, mieux on repèrera les besoins qui ne s'expriment pas aujourd'hui.

Sur la dimension géographique, c'est **le Département et localement le canton** qui sont retenus comme étant de dimensions plus exploitables que celles de la commune ou de l'Unité d'Action Sociale. Des membres du groupe soulignent l'importance de cette dimension territoriale dans la

connaissance des différents types de handicaps et des réponses à leur apporter ainsi que dans l'élaboration de stratégies pour l'avenir (problème de la pénurie de médecins à l'est du Département).

**Concernant les données démographiques, l'âge, le sexe et la situation de famille sont retenus.** La connaissance de l'âge permettra de faire des analyses à la demande à partir des tranches d'âges identifiées. La situation de famille s'appuiera sur les données de l'état civil et non sur la situation réelle de la personne, trop difficile à mesurer (une personne célibataire n'étant pas forcément isolée si elle est hébergée dans sa famille).

**S'agissant des données médicales, l'ensemble des établissements et services médico-sociaux doivent utiliser les mêmes critères inscrits dans la classification internationale du handicap.**

**Un travail a été mené par le groupe 1 aboutissant après extension de cette classification à 11 catégories de handicaps.**

**Or, aujourd'hui, l'enquête réalisée par le groupe 1 auprès de ces établissements et services fait apparaître un décalage très important entre l'agrément donné par le CROSMS et la réalité des accueils effectués surtout dans le secteur adulte.**

D'où la question de l'évaluation de la qualité de la prise en charge.

**Les personnes qui n'entreraient pas dans l'une de ces 11 catégories doivent être repérées.** Souvent, il est nécessaire de ne pas se limiter à la pathologie principale mais de définir et de prendre en compte également les pathologies associées de façon à permettre aux établissements qui accueillent de réaliser les adaptations utiles. Ceci pour une vision plus claire de la globalité des difficultés de la personne handicapée, dans son intérêt et celui de l'établissement qui doit lui apporter la meilleure réponse possible.

La connaissance du public induit la connaissance des besoins. L'adéquation offre/demande passe par une bonne connaissance des ressources.

## **2 – la connaissance des ressources**

**Elle concerne à la fois les ressources existantes générales, accessibles sans orientation de la CDAPH et celles dites spécialisés qui relèvent d'une décision de la commission.**

**Pour les premières, il s'agit prioritairement de communiquer de l'information au public.**

**Le support pourrait donc être un site web départemental dédié au Handicap.**

**Pour les secondes l'intérêt principal réside dans la mesure des écarts entre les besoins de compensation reconnus et les offres proposées. L'objectif visant à rechercher l'adéquation et faire évoluer les projets de service voire les agréments.**

La mise en place de l'Observatoire pose les questions suivantes :

- types de ressources, générales, spécialisées
- public visé (accès à l'information et partage)
- support institutionnel et informatique
- pilotage, de quelles fonctions a t'on besoin, avec quels moyens ?

l'élaboration d'un cahier des charges permettra de cerner ces questions.

**L'intégration de l'Observatoire dans le projet de Schéma Départemental permettra de dialoguer avec les décideurs.**

Lors de la prochaine réunion du 26 novembre, il est convenu de traiter des points suivants :

- **identification des ressources spécialisées par champ d'activité**
- **public visé par l'Observatoire (accès à l'information et partage)**

**La troisième réunion du groupe de travail était co-animée par Michel Champeau, chargé de mission développement des partenariats locaux et communication à la MDPH et par Marie France Cadot, chef du service Handicap et Dépendance à la DDASS.**

**Le compte rendu de la réunion précédente a été validé après observation.**

**L'ordre du jour de la présente réunion a porté sur une clarification du rôle de l'Observatoire.**

**Michel Champeau revient sur la définition de l'Observatoire : L'observatoire est l'agrégation d'indicateurs, données chiffrées, statistiques, susceptibles d'être exploitées, analysées pour définir des stratégies départementales.**

Il revêt deux aspects différents :

- un inventaire exhaustif des ressources disponibles pour renseigner le public en situation de handicap. Ce peut être l'objet d'un site web spécifique.
- Le rapprochement de la demande de la personne handicapée exprimée auprès de la MDPH, de la décision prise par la CDAPH et de sa mise en œuvre au niveau de différentes institutions ( Conseil Général, CAF, CPAM, établissements et services, Inspection Académique, structures d'insertion professionnelle.

Ce regroupement d'informations sur les suites données aux décisions MDPH permettra d'analyser les écarts et d'identifier les carences par secteur géographique, pathologies, catégories de publics....

Devra s'y ajouter l'étude des motifs des réponses négatives apportées par les différentes institutions ( par exemple sur l'attribution de l'AAH, de la PCH) qui conduira à s'interroger sur leurs conséquences sur le projet de vie des personnes.

De ce fait l'analyse quantitative des données permettra dans un second temps de se pencher sur l'analyse qualitative de la mise en œuvre du projet de vie, du Projet Personnalisé de Scolarisation. Une grille de données à observer pourra être établie et un questionnaire adressé aux personnes et familles.

Tout cela correspond à un travail complexe de statisticien. Pour sa part, la MDPH disposera en 2009 d'un traitement informatique unique des données des usagers lui permettant d'effectuer le suivi des décisions prises, comme le prévoit la loi.

Il est convenu que le présent groupe agissait comme instance de réflexion et non comme groupe projet, puisqu'il n'a pas pour vocation d'entrer dans des détails opérationnels.

**Pour progresser sur le contenu de cet observatoire, chaque institution, établissement et service est invité à produire d'ici le 5 décembre la liste des indicateurs qu'il estime pertinents et communicable et effectuer de véritables analyses.**

**Le rapprochement de ces indicateurs sera effectué par les deux animateurs et Myriam de Verclos, chargée de mission organisation qualité à la MDPH, le 9 décembre prochain. Pourront s'adjoindre 1 ou 2 membres du groupe intéressés.**

**De ce fait la réunion du groupe de travail du 9 décembre est supprimée et les résultats de l'étude seront communiqués lors de la dernière réunion du 18 décembre 2008.**

A été évoquée ensuite la question du partage de l'information et l'introduction dans l'observatoire de la fonction « communication ».

**Ont été identifiés comme étant susceptibles d'être intéressés par des informations sur le handicap :**

- l'utilisateur,
- les institutions,



- les élus

pour ce qui concerne l'utilisateur, il peut s'agir :

- du citoyen à qui peut être transmis un certain nombre d'informations statistiques globales
- de la personne handicapée à la recherche d'informations personnelles plus précises
- de personnes dont la situation particulière nécessite la transmission de données plus fines.

En dehors des sites internet qui ne sont pas accessibles à tous, la communication peut passer par le courrier (la MDPH envoie une information sur les points d'accueils avec l'accusé de réception du dossier), la transmission de guides (guide sur la scolarisation des enfants handicapés en cours de rédaction à l'Inspection Académique ), la mise à disposition par la MDPH sur les points d'accueil de fiches pratiques sur les prestations.

**L'observatoire doit-il être le moyen de donner la parole à l'utilisateur handicapé ?**

**Question non tranchée : d'un côté, prendre garde aux dérives possibles de la part d'utilisateurs en grande souffrance, d'autre part, remettre cet utilisateur au centre du dispositif pour appréhender des besoins non mesurables par ailleurs.**

**La communication peut passer par des groupes de paroles, des forums, colloques, internet, des guides, des fiches pratiques y compris en écriture braille.**

**La quatrième réunion du groupe de travail était co-animée par Michel Champeau, chargé de mission développement des partenariats locaux et communication à la MDPH et par Marie France Cadot, chef du service Handicap et Dépendance à la DDASS.**

**Le compte rendu de la réunion précédente a été validé.**

**Une réunion spécifique a permis de définir le contenu de l'Observatoire et de faire une proposition reposant sur la contribution de quelques membres du groupe de travail.**

L'ordre du jour de la présente réunion a permis d'examiner cette proposition présentée par Michel Champeau.

En préalable, il est précisé que L'Observatoire ne permettrait pas de suivre les parcours, lesquels relèvent d'analyses particulières effectuées à partir de cohortes.

Une distinction est faite entre l'Observatoire, outil d'analyse quantitatif, et l'outil d'information, de nature qualitative, qui vise la centralisation des ressources départementales.

La clé d'entrée des informations serait le dossier de demande de reconnaissance et de compensation déposé par la personne auprès de la MDPH. Suivent ensuite l'analyse des décisions de la CDAPH et de la mise en œuvre par les acteurs institutionnels. L'interaction de ces 3 éléments permet de faire des croisements de données, d'analyser les écarts. Il s'agit du socle minimum de l'Observatoire.

**Chaque institution devra définir ses besoins et les informations qu'elle souhaite partager.**

L'Observatoire recouvrirait donc une base de données départementale renseignée par différents acteurs.

**Première hypothèse :** La MDPH ou le gestionnaire de l'Observatoire centraliserait la totalité des informations. Il faut dans ces conditions que tous les partenaires s'engagent à fournir les informations utiles à la MDPH, à charge pour elle de les restituer une fois traitées. Les informations sont repérées à l'amont, pendant et à l'aval du parcours de la personne. Juridiquement, la mise en œuvre de cette hypothèse passe par un conventionnement avec les différents organismes.

**2ème hypothèse :** la MDPH agrégerait les fichiers des partenaires sous réserve d'un « calage » juridique préalable.

Quelle que soit l'hypothèse retenue, la mise à jour régulière des informations devra être effectuée par l'organisme qui détient l'information en fonction d'une périodicité préalablement définie.

Cette démarche peut se faire progressivement et par étape en commençant par la saisie des informations détenues par la MDPH, pour en envisager ensuite l'élargissement.

La question est posée de la possibilité de croiser ces données avec des enquêtes nationales : par exemple, celle concernant le recensement des enfants handicapés scolarisés en milieu ordinaire, en CLIS et UPI à une date donnée, les enfants scolarisés dans les unités d'enseignement (établissements médico-sociaux).

Si l'intérêt de telles études n'est pas à démontrer, il n'en reste pas moins qu'elles présentent des limites : par exemple, à l'occasion de la restitution de l'étude sur les enfants autistes à partir d'une cohorte précise, il a été constaté une déperdition du nombre des enfants concernés sur la durée de cinq ans car l'étude reposait sur le bon vouloir des familles et des établissements.

**La présentation des tableaux élaborés à partir du travail du groupe restreint a suscité les**

**remarques suivantes :**

**- Les demandes particulières des usagers en termes d'aides et de prestations**

Définir les demandes, s'agit il d'un nombre ?, la périodicité de restitution de l'information

Recouper le nombre de personnes physiques concernées par les demandes

Faut il indiquer les refus de mise en oeuvre, si oui indiquer le motif

Indiquer classes maternelles et primaires pour éviter la confusion entre le primaire et l'élémentaire.

**- L'environnement de la personne**

Sur l'insertion professionnelle, se pose la question de la qualification des indicateurs car la CDAPH ne fait pas ce type d'orientations qui relèvent du Cap Emploi.

Préciser la signification des les statuts d'aidant ? Incidence sur l'attribution de la PCH ?

Données médicales sur le handicap : indiquer les 11 catégories arrêtées par le groupe 1

Catégories socio-professionnelles : quid des scolaires ? renvoi au demandeur, donc les parents

Rajouter les handicaps retenus par d'autres organismes.

Acter l'année de naissance plutôt que l'âge pour faire des requêtes et des analyses par cohortes.

Voir la question de la domiciliation, le canton n'est pas forcément la bonne base géographique (ne recouvre pas par exemple les intercommunalités).

Ce tableau serait complété au moment de la demande et du renouvellement, il faudrait y rajouter les refus pour permettre d'effectuer des analyses susceptibles de faire évoluer la réglementation.

Les propositions de tableaux portent sur un balayage des données un peu complet pour bâtir un cahier des charges. Il reviendra ensuite à l'analyste qui mettra en place le projet d'approfondir les items

**Débat sur les délais,**

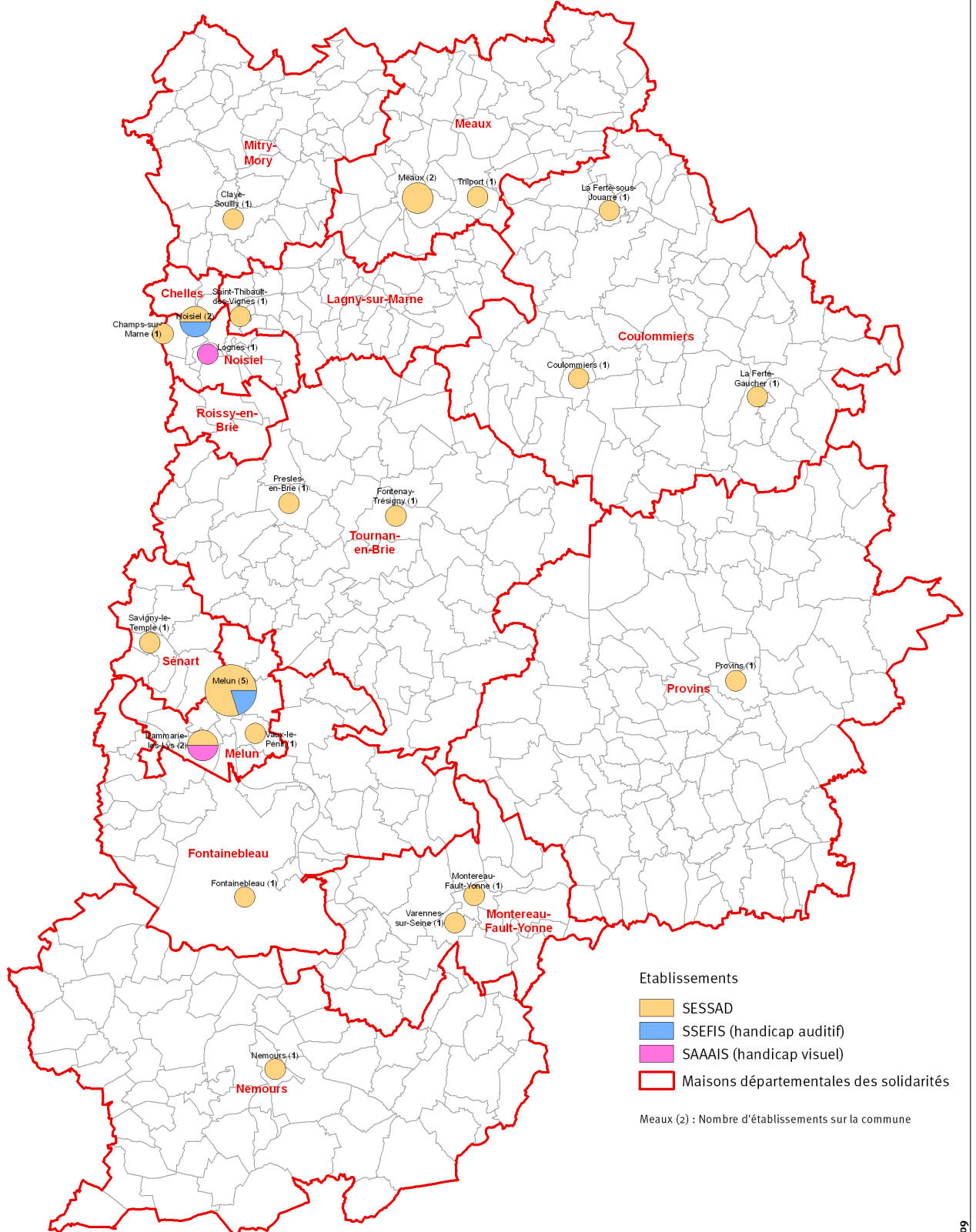
Faut il mesurer les délais s'écoulant entre la notification des décisions et l'aboutissement des orientations ?.

Il existe un temps d'attente entre le dépôt de la demande et la réalisation des orientations. Les délais de traitement ont une importance sur le comportement des acteurs, le déclenchement de solutions provisoires, la réalisation des parcours de vie.

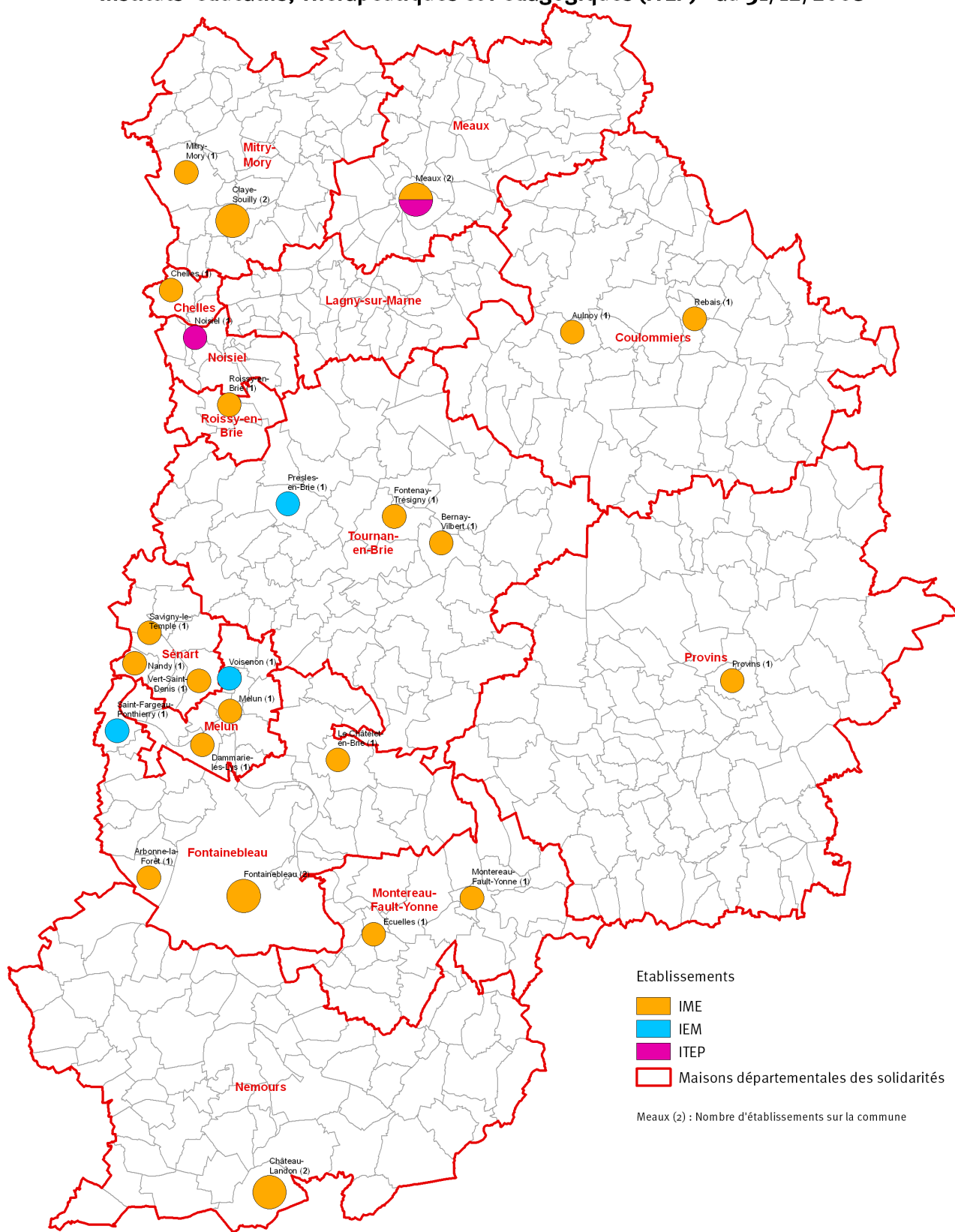
Par exemple, pour préparer une rentrée scolaire, l'Inspection Académique a besoin de connaître les délais d'attente des dossiers pour anticiper sur le nombre d'AVS à recruter, le matériel pédagogique à prévoir. De même, les retards d'orientation ont une incidence sur les entrées en établissements et les décaissements de la CPAM

L'observation des délais ne relève pas d'un jugement de valeur et concerne toutes les institutions. C'est un outil de pilotage politique pour évaluer et améliorer la situation.

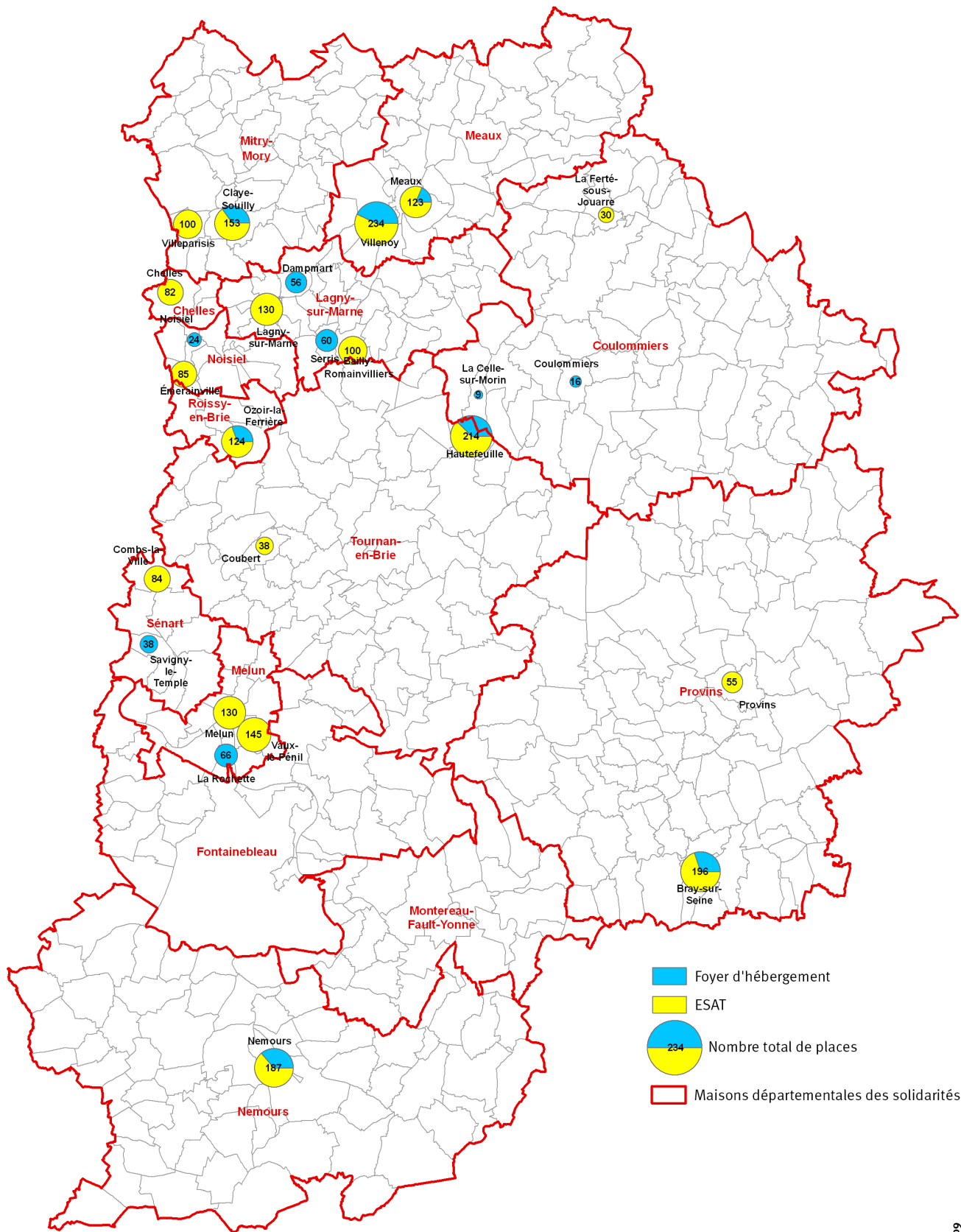




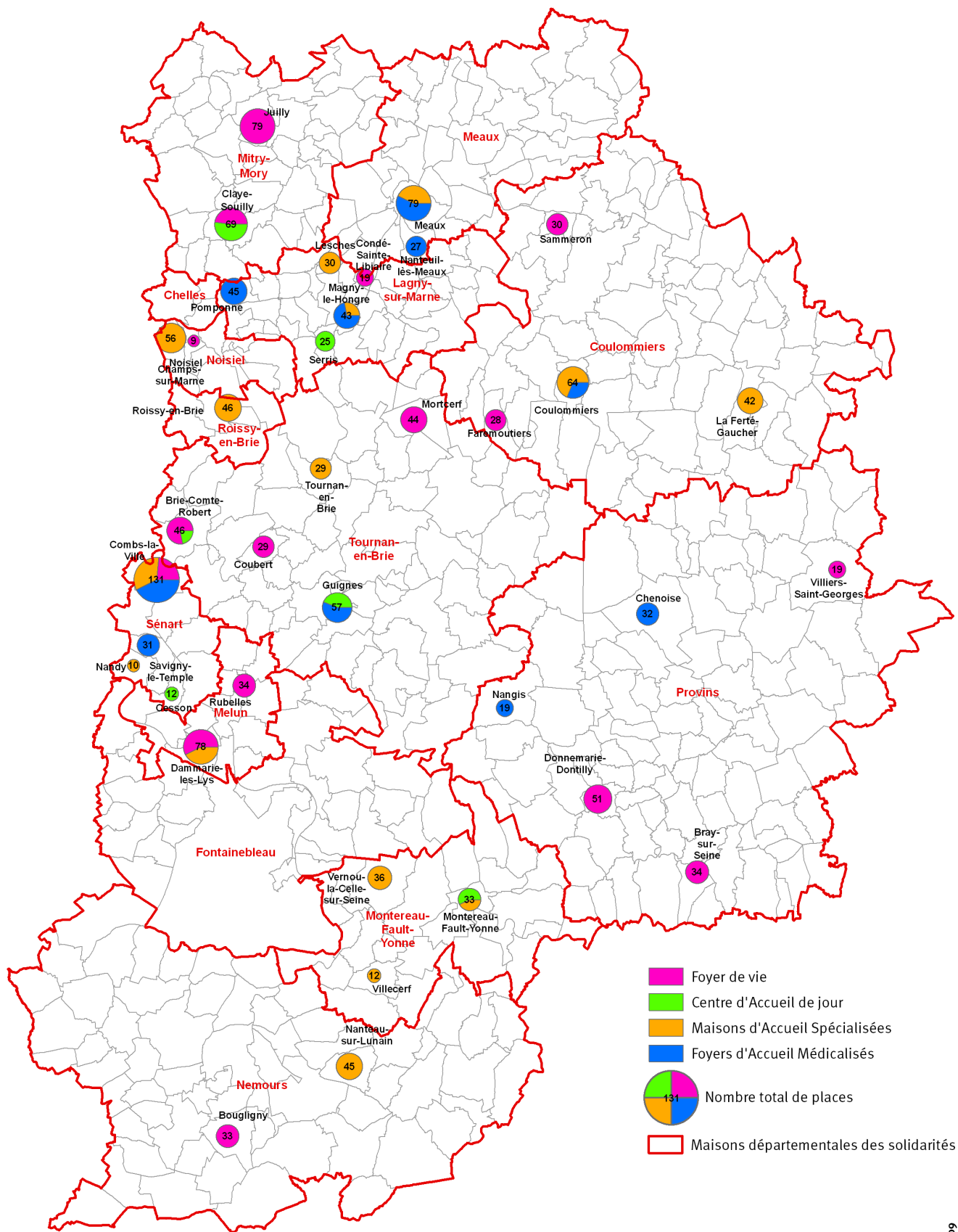
## Secteur Enfance Handicapée : Instituts Médico-Educatifs (IME), Instituts d'Education Motrice (IEM), Instituts éducatifs, Thérapeutiques et Pédagogiques (ITEP) - au 31/12/2008



## Foyers d'Hébergement, Etablissements et Services d'Aide par le Travail pour personnes handicapées adultes (au 31/12/2008)

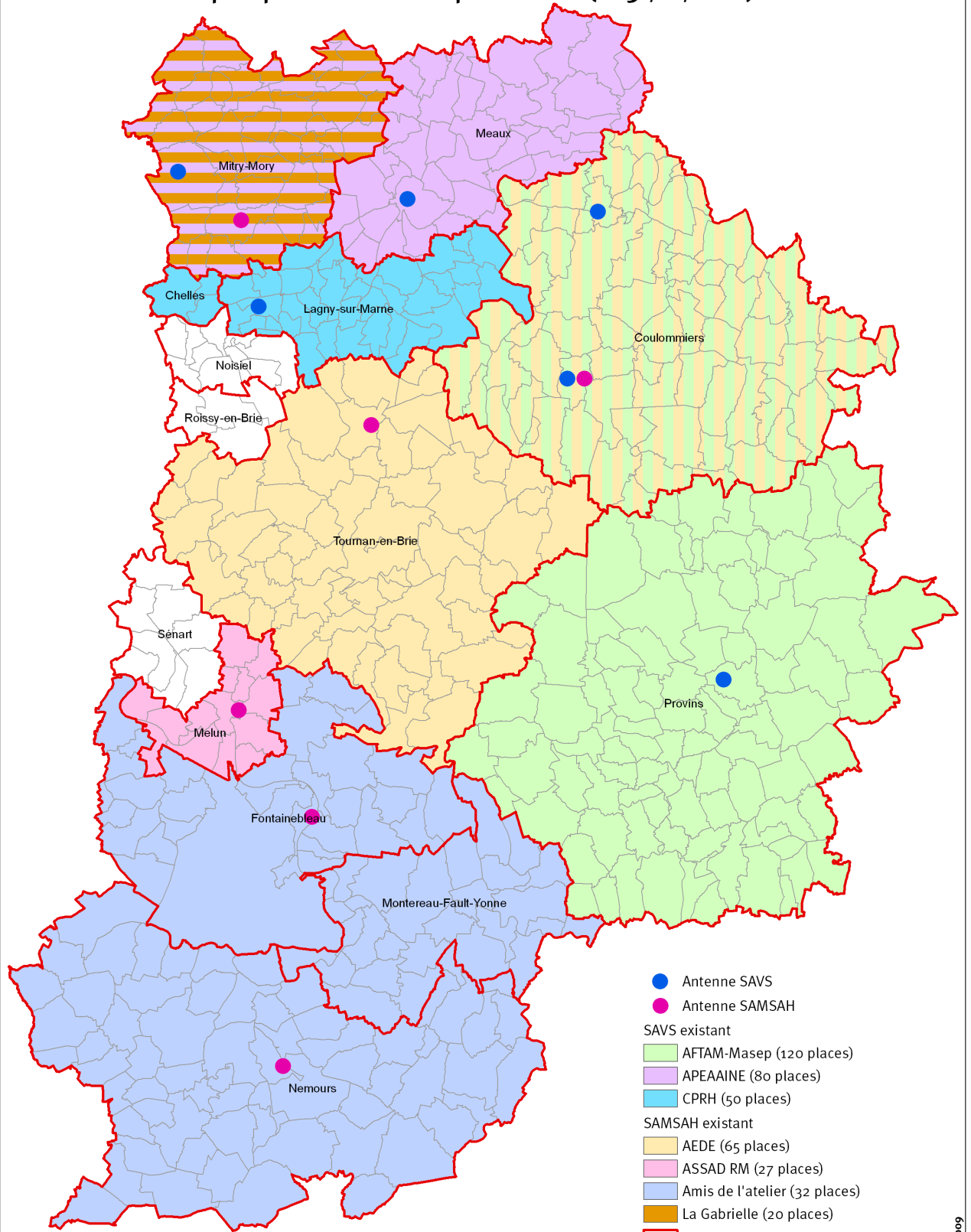


# Foyers de Vie, Centres d'Accueil de jour, Maisons d'Accueil Spécialisées, Foyers d'Accueil Médicalisés pour personnes handicapées adultes (au 31/12/2008)





## Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) autorisés, les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) autorisés pour personnes handicapées adultes (au 31/12/2008)



Cartographie : Département de Seine-et-Marne - SIG - mai 2009

Sources : Département de Seine-et-Marne - SIG - DPAAH

REPRODUCTION INTERDITE



## BESOINS RECENSES DE PLACES EN ETABLISSEMENTS ET SERVICES DANS LE DEPARTEMENT

<b>Services</b>	<b>Nature de l'opération</b>	<b>enfants</b>	<b>adultes</b>
SESSAD	Création	+160 places	
SAMSAH SSIAD	Création		+ 330 places dont une partie par transformation des SAVS existants*

\* enveloppe SAMSAH-SSIAD fongible

<b>Etablissements</b>	<b>Nature de l'opération</b>	<b>enfants</b>	<b>adultes</b>
CAMSP	Création installation	1 sur le secteur de Provins 1 à Meaux	
IME	installation	+ 120 places	
ITEP	installation	+ 60 places pour couvrir le Département	
MAS	installation		+ 200 places
FAM	installation		+ 400 places
Foyers de vie et d'hébergement éclaté	Création et installation		+ 150 lits
Médicalisation des foyers de vie	installation		+ 100 places
Accueils de jour	Création		+ 250 places
Groupes d'entraide mutuelle	Création		+ 4 GEM
ESAT	installation		+ 190 places
ESAT hors les murs	création		+ 100 places
Entreprises adaptées	installation		+ 25 places

Ces deux tableaux, réalisés à l'issue de la tenue des groupes de travail, retracent l'ensemble des équipements soit à installer qui ont fait l'objet d'une autorisation des services de l'Etat ou du Département, soit à créer en fonction des besoins recensés.

Ils ont été présentés et validés lors du Comité de pilotage du 12 mars 2009.

## GLOSSAIRE

### A

- AAH : Allocation aux adultes handicapés
- ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
- AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
- AES : Allocation d'éducation spéciale (remplacée par l'AEEH depuis janvier 2006)
- AFPA : Association pour la formation professionnelle des adultes
- AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- ALS : Allocation de logement social
- AMP : Aide médico-psychologique
- ANAH : Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- APF : Association des paralysés de France
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASE : Aide sociale à l'enfance
- AVS : 1. Auxiliaire de vie scolaire  
2. Auxiliaire de vie sociale

### B

- BAPU : Bureau d'aide psychologique universitaire

### C

- CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
- CAPSAIS : Certificat d'aptitude aux actions pédagogiques spécialisées d'adaptation et d'intégration scolaires
- CASF : Code de l'action sociale et des familles
- CAF : Caisse d'allocations familiales
- CCAS : Centre communal d'action sociale
- CCDPCSA : Commission consultative départementale de la protection civile, de la sécurité et de l'accessibilité
- CCH : Code de la construction et de l'habitation
- CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
- CFA : Centre de formation des apprentis
- CG : Conseil général
- CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
- CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique
- CLIS : Classe d'intégration scolaire

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique  
CMU : Couverture maladie universelle  
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse  
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
CRA : Commission de recours amiable (Caisse d'allocation familiale)  
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie  
CRF : Centre de rééducation/ de réadaptation fonctionnelle  
CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale  
CRP : Centre de rééducation /réadaptation professionnelle  
CVS : Conseil de la vie sociale

## **D**

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle  
DGAS : Direction générale adjointe de la solidarité (Conseil général)  
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

## **E**

EA : Entreprise adaptée  
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPSR : Equipe de préparation et de suite du reclassement  
ESAT : Etablissement et service d'aide par le travail  
ESMS : Etablissement social ou médico-social

## **F**

FAM : Foyer d'accueil médicalisé  
FDC : Fonds de compensation  
FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique  
FSI : Fonds spécial invalidité

## **I**

IA : Inspection Académique  
IME : Institut médico-éducatif  
IMP : Institut médico-pédagogique  
IMPro : Institut médico-professionnel  
IR : Institut de rééducation  
ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

**L - LSF** : Langue des signes française

## **M**

MAS : Maison d'accueil spécialisée  
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées  
MDS : Maisons départementales des solidarités  
MSA : Mutualité sociale agricole  
MTP : Majoration pour tierce personne

## **P**

PCH : Prestation de compensation du handicap  
PDITH : Programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés  
PMI : Protection maternelle et infantile  
PPS : Projet personnalisé de scolarisation  
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

## **R**

RASED : Réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté  
RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

**S**

SAAAIS : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile

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

SAMETH : Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SPE : service public de l'emploi

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

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

**T**

TED : Troubles envahissants du développement

TSL : Troubles spécifiques du langage

**U**

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle

UPI : Unité pédagogique d'intégration