

**DIRECTION DU DEVELOPPEMENT SOCIAL
ET DE LA SOLIDARITE
SOUS-DIRECTION DES SOLIDARITES
POLE HANDICAP**

**DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES**

***COMITÉ RÉGIONAL DE L'ORGANISATION
SANITAIRE ET SOCIALE***

SECTION SOCIALE

SEANCE DU 25 JANVIER 2005

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL

EN FAVEUR DES ENFANTS ET DES ADULTES

EN SITUATION DE HANDICAP

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale prévoit l'élaboration de schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour 5 ans, déclinés au niveau national, régional et départemental, ce dernier échelon ayant la priorité.

Depuis septembre 2003, le Conseil général de Maine-et-Loire et l'État (DDASS – DDTEFP – Inspection Académique) accompagnés par le Cabinet Techné Conseil de Laval, ont piloté la démarche d'élaboration d'un schéma départemental pour les enfants et les adultes en situation de handicap, visant à améliorer les réponses proposées aux enfants et aux adultes porteurs de handicap.

Les réflexions et investigations ont été lancées à partir de trois grands axes :

- l'intégration et l'insertion (intégration scolaire, insertion professionnelle, vie à domicile)
- l'adaptation des structures médico-sociales à la diversité des besoins exprimés
- l'accueil, l'information, l'orientation des personnes handicapées et leurs familles.

Cette démarche, menée en partenariat avec les associations et les institutions du champ sanitaire et social, s'est déroulée en deux temps :

- phase 1 : état des lieux et diagnostic partagé
- phase 2 : orientations et propositions

Parallèlement, un comité de pilotage se réunissait régulièrement pour suivre cette démarche.

Au terme de 15 mois, ce schéma est formalisé sous la forme de deux rapports :

- un premier rapport de synthèse sur l'état des lieux et le diagnostic partagé
- un second regroupant les orientations et complété par une annexe d'équipement.

I – L' état des lieux et le diagnostic partagé bâtis à partir d'un vaste partenariat

L'état des lieux ayant pour but de présenter le dispositif en faveur des personnes handicapées, adultes et enfants, a été réalisé à partir de :

- une étude statistique de l'estimation des besoins basés sur des documents de référence (enquête HID régionale et départementale, données COTOREP, CDES, et CCPE, listes d'attente des établissements...) et du bilan du précédent schéma de 1994, arrêté uniquement par le Conseil général pour la population adulte.

- une analyse quantitative et qualitative des réponses apportées
- une analyse des parcours d'insertion, à partir de tables rondes sur les thèmes suivants :
 - * l'intégration sociale et scolaire des enfants
 - * la formation professionnelle des jeunes et l'entrée dans le monde adulte
 - * l'intégration professionnelle des adultes
 - * l'intégration sociale des adultes
 - * l'aide et le soutien à domicile des enfants et des adultes
 - * le vieillissement, le soutien à domicile et l'entrée en institution

A – Le secteur "enfants"

NB : Les données chiffrées mentionnées ci-après expriment la situation observée au 31 décembre 2002.

1 – La population concernée

1782 enfants seraient porteurs de handicaps en Maine-et-Loire et 1221 enfants et adolescents étaient bénéficiaires de l'AES au 31 décembre 2002 soit un ratio de 6,3 pour 1000 jeunes de moins de 20 ans (ratio de 7 pour la région).

2 – La scolarisation et les dispositifs d'accompagnement

La scolarisation en interne concerne près de 90 % des enfants accueillis en établissements de types IR et IME. 103 enfants sur 1474 accueillis dans ces mêmes établissements bénéficient d'une scolarisation en milieu ordinaire soit 7 % des enfants (la très grande majorité d'entre eux sont accueillis en IR).

Au 31 décembre 2002, le Maine-et-Loire dispose de 360 places de SESSAD. Les besoins professionnels repérés s'établissent à 304 places. Ils se répartissent sur l'ensemble du département avec une forte demande sur l'agglomération angevine.

3 – Le dispositif d'accueil en établissement ou service médico-social

A fin 2002, le département compte 1818 places en établissements d'éducation spéciale. Le taux d'équipement global en lits et places d'enfants handicapés pour 100 jeunes de moins de 20 ans est le plus élevé de la région (11,05 pour une moyenne régionale de 9,10).

Le taux d'équipement en SESSAD, soit 1,8 % est par contre le plus faible des départements ligériens.

C'est dans le domaine de la déficience intellectuelle ainsi que dans celui des troubles du comportement que l'on observe un équipement en lits et places particulièrement élevé.

En revanche, le taux d'équipement pour la prise en charge des déficiences motrices est inférieur aux taux régional et national.

Au 31 août 2002, 115 enfants et adolescents handicapés restaient cependant en attente de place en établissements ou services dont 60 en attente de SESSAD. En 2002, 88 enfants du Maine-et-Loire étaient pris en charge en dehors de la région. Ils représentaient 17 % de l'effectif régional.

Par ailleurs, c'est en Maine-et-Loire que les jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON sont les plus nombreux, la grande majorité se trouve en IME (80 %) le reste en établissements pour enfants polyhandicapés.

Enfin, on relèvera que 116 enfants autistes sont recensés en Maine-et-Loire. Le taux de prise en charge dans le département est de 5,9 pour 10000 habitants de moins de 20 ans, il est inférieur à la moyenne régionale (6,3).

B – Le secteur "adultes"

1 - Le bilan du schéma départemental de 1994

L'évaluation du schéma départemental de 1994 permet de constater :

- qu'il convient de développer des places d'accueil temporaire et d'accueil de jour ainsi qu'une politique en faveur des personnes handicapées dites vieillissantes.

- qu'il est nécessaire de favoriser le maintien à domicile par un renforcement de la concertation autour des problèmes d'accessibilité.

En 2002, le département de Maine-et-Loire comptait 7 779 bénéficiaires de l'AAH.

Sur 14 036 décisions rendues par la COTOREP, 48 % concernent l'orientation professionnelle et 52 % l'attribution des aides et allocations.

3 007 Reconnaissance Qualité Travailleur handicapé ont été attribuées ou renouvelées par la COTOREP en 2002 et 1 040 allocations compensatrices pour tierce personne étaient attribuées.

2 - L'intégration sociale des adultes

Qu'elle passe par le milieu ordinaire ou l'accueil en établissement, elle vise à valoriser les rôles sociaux et l'accès aux droits fondamentaux.

Le département compte 16 Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) pour 226 places, 6 services d'aide à domicile (SAD) pour 42 places.

Le maintien à domicile se heurte principalement à la saturation des services, à la nécessaire formation des personnels ainsi qu'au manque de solvabilité des bénéficiaires.

Les ratios des structures au 31/12/2002 dans le Maine-et-Loire montrent que les taux d'équipement du département sont proches des taux moyens nationaux mais qu'ils se situent en deçà de la Région des Pays de la Loire.

Au 1^{er} mars 2004, le Maine-et-Loire disposait de 370 places de foyer d'hébergement, de 436 places en foyer de vie, de 169 places en maison d'accueil spécialisée, de 78 places en foyer d'accueil médicalisé et de 75 places en accueil familial.

Au 31 août 2002, 2349 adultes étaient en attente d'un accueil : ces attentes concernent principalement les CAT (40 %), les maisons d'accueil spécialisées (26 %) et les foyers occupationnels (19 %) avec 354 places.

3 - L'insertion professionnelle

Le secteur du travail protégé compte au 31/12/2003 :

- 1 176 places de CAT installées (23 CAT)

- 905 places d'atelier protégé (17 AP)

soit un taux d'équipement supérieur aux ratios nationaux. Le taux d'équipement en atelier protégé (2,3) est supérieur au taux moyen régional (1,5) alors que celui des places en CAT est légèrement inférieur (3 pour 3,3).

Malgré cela, le nombre de places existantes en CAT ne permet pas de faire face à la demande.

L'intégration professionnelle des adultes s'est vu dotée en 2002 d'un réseau de structures CAP Emploi. En 2003, ce service a accompagné 800 personnes et en a placé 220 en 2002.

En 2003, 2 300 travailleurs handicapés étaient inscrits à l'ANPE.

En outre, l'intégration professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs handicapés s'inscrit dans une politique départementale à travers le Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) avec des actions de formations spécifiques ou d'action de maintien dans l'emploi.

4 - Les perspectives pour les personnes handicapées vieillissantes

Le schéma gérontologique 2003 du Maine-et-Loire propose de développer et diversifier les formules d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Il faut retenir le chiffre de 34 695 personnes handicapées de plus de 40 ans ayant un dossier COTOREP, dont 26 826 de plus de 50 ans pour envisager les besoins futurs, faute de disposer d'une évaluation plus précise de cette population.

5 - Le soutien de la psychiatrie

Le partenariat entre établissements médico-sociaux et la psychiatrie, moins développé que dans le secteur enfant, s'avère indispensable.

Le Maine-et-Loire enregistre un taux d'équipement en psychiatrie générale supérieur au taux régional (1,54 ‰ pour 1,34 ‰) et au taux national (1,36 ‰).

II – Des orientations visant à développer des réponses adaptées et organisées entre elles

Pour élaborer ces orientations, trois autres groupes thématiques se sont ajoutés aux précédents :

- dispositif et accompagnement au changement
- information, orientation, conseil aux bénéficiaires et aux familles
- équipement et territoires

Au terme de cette consultation élargie, de ce partage d'expériences et de connaissances, le schéma développe quatre axes principaux :

- l'information, l'écoute, le soutien et l'aide aux personnes, à leurs familles et leurs aidants
- le développement de la proximité et des coopérations à partir des territoires
- l'intégration des enfants, adolescents et adultes

- la prise en compte adaptée de tous les handicaps

A – Des réponses apportées par un développement de l'information, de l'écoute et du soutien concomitamment à un travail d'équipement de proximité et par territoire

1 - Une diffusion de l'information et un suivi des parcours

Il est apparu primordial :

- d'organiser, de faire circuler et de rendre accessible l'information concernant le handicap en s'adressant aux enfants et aux adultes, aux familles, au grand public et aux professionnels
- d'améliorer le suivi des parcours et la coordination des interventions.

Pour cela, il est nécessaire d'organiser un réseau avec la constitution d'un collège d'experts, qui développera notamment des moyens permettant une appropriation de références communes à tous les acteurs locaux.

Le second objectif porte sur une meilleure coordination des acteurs basée sur le recensement des besoins, le suivi des listes d'attente et des places disponibles et l'organisation de nouveaux projets.

Pour cela, le schéma prévoit de privilégier une organisation en fonction des pays et communautés d'agglomération et d'accompagner la mise en place dans chaque territoire d'un plateau technique minimal ouvert vers l'extérieur pour permettre une diversité de réponses, limiter les éloignements non choisis et servir de lieu d'information et de coordination en lien éventuel avec le CLIC existant.

Sur chaque territoire, une "conférence médico-sociale de territoire" animée conjointement par la Direction du développement social et de la solidarité et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales sera mise en place ; elle permettra de recenser les besoins et de construire des réponses adaptées.

2 - Un équipement par territoire

Les équipements à créer ou à transformer devront tenir compte des notions d'implantation territoriale et de couverture géographique, opposables aux promoteurs. Les Pays ou Communautés d'Agglomération sont parfois regroupés pour mieux apprécier les besoins.

Plusieurs niveaux de pertinence au sein des territoires ont été retenus :

- selon les populations concernées :

- * principe de proximité appelant des réponses à des niveaux infra départementaux : déficience intellectuelle ; handicap psychique, troubles envahissants du développement, troubles du comportement

- * principe de spécialité appelant des réponses au niveau du département : déficiences auditives et visuelles, déficience motrice, polyhandicap, traumatismes crâniens.

- * handicap rare : niveau national ou régional

- selon les missions :

- * l'accueil et l'information relève d'une réponse de proximité

- * le diagnostic et l'orientation dépendent généralement d'une réponse par un service spécialisé

* l'aide à domicile et la prise en charge en établissement relèvent prioritairement d'un niveau de proximité

* les prises en charge particulières relèvent d'un service spécialisé.

La proximité sera systématiquement recherchée pour rapprocher le service de l'utilisateur, et contribuer au développement social local.

Le système d'information sur les parcours sera amélioré par un travail de réseau renforcé entre les établissements, les services et les commissions CDES et COTOREP.

Des projets communs seront travaillés avec les partenaires tels que la psychiatrie et l'aide sociale à l'enfance.

Les démarches qualité seront utilisées pour améliorer les relations inter-partenaires et favoriser un échange de bonne pratique.

En outre, la formation des professionnels sera renforcée pour une meilleure prise en compte des évolutions du secteur des personnes handicapées (ex. vieillissement) et une amélioration de la qualité de leur accompagnement.

B – Des réponses apportées pour une intégration de tous à tous les âges et une prise en charge de tous les handicaps

1 - Les enfants

L'intégration scolaire de tous les enfants constitue une priorité fondamentale. Elle doit tenir compte des possibilités de l'enfant mais aussi de ses difficultés à se maintenir ou à retourner vers les milieux scolaires ordinaires.

Pour accompagner le développement de la scolarité en milieu ordinaire et favoriser la souplesse et la multiplicité des réponses, le développement de places de SESSAD est également une priorité forte.

Il doit être réalisé pour une part notable par redéploiement des places existantes.

Il s'agit enfin de développer les prises en charge conjointes avec le domaine sanitaire (CMP et CMPP) et les articulations avec tous les acteurs concernés pour éviter les ruptures de prise en charge, trop souvent synonymes d'échecs.

L'intégration sociale des enfants porteurs de handicap doit également être recherchée dans tous les milieux de vie qu'ils fréquentent (modes de garde de la petite enfance, structures de loisirs).

S'agissant des plus âgés, les objectifs du schéma sont l'amélioration des modalités de préparation et d'accompagnement des jeunes de plus de 16 ans dans la formation, l'insertion socio-professionnelle ou l'entrée dans la vie adulte.

Enfin, l'accueil en établissement doit être repensé au regard de l'évolution des besoins des jeunes : l'accueil en établissement spécialisé des jeunes présentant des déficiences intellectuelles légères ou des troubles du comportement deviendra moins fréquent et la nécessaire adaptation de l'offre de service à une population en plus grande difficulté supposera une refonte des projets d'établissements et un renouvellement des habilitations.

2 - Les adultes

- Vie à domicile / Accueil en institution

L'intégration des adultes se fait dans le cadre d'une vie à domicile ou d'un accueil en institution.

Le droit à compensation sous-tend la possibilité du maintien de la personne handicapée à son domicile. Pour le département, une aide supplémentaire sera apportée aux personnes ayant perdu le bénéfice d'heures d'aide à domicile financées précédemment par la CPAM.

Le maintien pourra aussi être favorisé par le développement de l'aide directe aux aidants familiaux par un soutien complémentaire ou par des propositions d'accueil de jour, d'accueil séquentiel ou temporaire notamment.

Ce maintien passe également dans certains cas par une aide à la parentalité pour des parents en situation de handicap.

Les articulations entre domicile et institutions pourront également s'appuyer sur la création de plates-formes de services polyvalents et territorialisés permettant le développement des services ou de modes d'accueil plus légers.

- Intégration sociale et soutien

L'intégration sociale nécessite un soutien aux personnes qui ont besoin d'un accompagnement pour l'accès à la vie sociale, aux loisirs.

A cette fin, le bénévolat pourra être encouragé en tant qu'outil complémentaire.

L'objectif est de renforcer la participation des personnes aux manifestations culturelles, sportives et festives.

La question des transports est centrale pour l'intégration sociale. Il conviendra de sensibiliser les collectivités locales à prendre en compte le handicap dans les questions de transports et de favoriser un système de mutualisation des véhicules des établissements.

- Intégration professionnelle et diversité des réponses pour une adaptation au besoin

Il importe tout d'abord de mieux préparer et accompagner les travailleurs en situation de handicap en favorisant des parcours évolutifs permettant de progresser en fonction de leurs aptitudes, compétences et attentes, à la fois dans le milieu protégé et en milieu ordinaire.

Dans cette perspective, il est souhaitable également de développer une « perméabilité » entre les dispositifs, une plus grande souplesse dans les parcours et une meilleure adaptation formation/emploi.

Le schéma préconise en second lieu de faire évoluer le regard de l'entreprise sur les travailleurs handicapés pour mettre en évidence leurs compétences et ainsi faciliter des intégrations réussies.

Enfin, est préconisé le développement de collaborations plus étroites entre la psychiatrie et les structures de travail protégé pour améliorer l'évaluation en situation de travail des personnes présentant un handicap psychique ou cérébro-lésées pour favoriser une mise au travail et un accompagnement adaptés.

- Intégration et vieillissement

Un travail immédiat doit être conduit pour mieux appréhender les besoins des personnes handicapées vieillissantes vivant au domicile de leur famille afin d'aider ces familles par des solutions d'accueil souples, ponctuelles et durables.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes vivant seules doit être mieux soutenu par l'intervention d'équipes et de services adaptés.

Enfin, il s'agit de mettre en adéquation l'offre de service des établissements aux personnes handicapées vieillissantes avec les projets de vie et types de réponses proposées en prévoyant des modalités de passerelle.

La qualité de cet accompagnement est liée au renforcement de la formation des professionnels, à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes en lien avec le plan de modernisation des aides à domicile.

Conclusion :

Toutes les propositions élaborées à partir d'un important travail de concertation avec l'ensemble des partenaires du secteur handicap sont donc reprises dans le document d'orientations du schéma départemental en faveur des enfants et des adultes en situation de handicap.

Ce schéma est accompagné d'une annexe d'équipement consistant en un plan d'équipement à cinq ans qui tiendra compte de l'émergence de besoins nouveaux.

La mise en œuvre de ce schéma débutera après son adoption prévue à la fin du 1^{er} trimestre 2005.

Un suivi sera assuré par le comité de pilotage, coprésidé par la Direction du développement social et de la solidarité et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Celui-ci se réunira deux fois par an pour adapter les priorités nouvelles et faire un état d'avancement des travaux à partir de tableaux de bord, établis à partir des indicateurs de suivi retenus dans les fiches actions.

Le Directeur Général Adjoint chargé
du développement social et de la solidarité

SIGNE

Michel PÉRANZI

Le Directeur départemental
des affaires sanitaires et sociales

SIGNE

Jean-Marie LEBEAU