

# Schéma départemental

en faveur des personnes handicapées

---

2014 - 2019





# PRÉAMBULE

Le schéma départemental en faveur des personnes handicapées s'inscrit dans le cadre complexe et mouvant du partage des responsabilités et compétences entre les pouvoirs publics et également dans un contexte où les situations de handicap amènent à interroger non seulement les politiques de soins mais également les politiques d'aménagement du territoire, du logement ou tout simplement l'accès à la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Pour toutes ces raisons, il est apparu particulièrement important d'asseoir ce schéma dans une démarche locale d'échanges et de réflexion partagée, enrichie d'un travail prospectif.

Les travaux se sont échelonnés sur 12 mois.

La réunion de lancement du 16 janvier 2013 a rassemblé autour des associations de personnes handicapées un éventail, le plus large possible, de partenaires et d'acteurs intervenant dans l'Indre auprès des personnes en situation de handicap. A partir d'une présentation des données existantes et connues du secteur, les différentes étapes d'élaboration du schéma ont été précisées.

Il a été proposé la réalisation d'une grande enquête sur la population accueillie par les établissements et services à domicile. Elle a été réalisée sur la base d'un questionnaire, bien évidemment anonyme, validé par les partenaires, rempli par chaque établissement ou service, dont les données ont été compilées à l'échelle départementale. Les résultats, ainsi que d'autres données d'activité ou statistiques, ont été présentés lors d'une réunion plénière le 7 mai 2013.

A partir des constats réalisés, 3 groupes de travail (adaptation et évolution des établissements, l'accompagnement à domicile et la coordination des soins) se sont réunis de mai à juillet 2013, à raison de 3 réunions pour chaque groupe de travail, soit 9 réunions. Leur composition était large et à chaque réunion, l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs du champ du handicap étaient invités. Chaque réunion a fait l'objet d'un compte-rendu, diffusé, lu et validé à la réunion suivante.

Le schéma auquel est annexé l'ensemble des comptes-rendus et documents présentés fait la synthèse des différents travaux menés. Il s'organise en trois parties principales :

- **un diagnostic ou état de lieux**, établi par une mise en perspective des points forts et des points faibles afin de construire de manière dynamique les propositions

Il apparaît ainsi que le département de l'Indre bénéficie aujourd'hui encore de l'avantage d'avoir su organiser des réponses adaptées, mais qui souffre cependant d'un émiettement des structures et services, de dispositifs (sociaux, sanitaires, médico-sociaux,...) spécialisés et parfois cloisonnés qui engendrent des rigidités, et de failles dans l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.

- **les orientations**, ancrées sur le diagnostic partagé et déclinant une série d'objectifs opérationnels à poursuivre

Trois grands axes ont été identifiés :

- accompagner les personnes et leurs aidants dans l'expression et la satisfaction de leurs besoins, en facilitant l'accès à l'information à destination de la personne handicapée, de son entourage et du grand public et également des professionnels ; ainsi qu'en contribuant à améliorer l'élaboration du projet de vie et son évaluation et à développer des dispositifs de proximité en faveur, en particulier, des aidants familiaux,
- poursuivre l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins, par la formation des professionnels, une organisation des établissements médico-sociaux ajustée à l'évolution des besoins, le développement de l'accueil familial et des maisons d'accueil familial, et une articulation appuyée entre les dispositifs médico-sociaux du handicap et les services sanitaires,
- faciliter l'intégration des personnes handicapées dans la vie locale, que ce soit en facilitant l'accès aux logements adaptés et aux soins de droit commun qu'en accompagnant l'insertion professionnelle et la participation à la vie sociale.

*- les fiches actions, traduction concrète de chacune des orientations fixées et véritables feuilles de route des actions à mener.*

Certaines dépendent exclusivement de notre volonté et de notre intervention ; la plupart, cependant, ne seront mises en œuvre qu'avec la mobilisation et le soutien d'autres partenaires.

Certaines nécessiteront un effort financier à partager en fonction des responsabilités et compétences des uns et des autres, d'autres auront pour effet d'améliorer l'utilisation des fonds publics, d'autres enfin reposent sur la volonté des acteurs de travailler ensemble.

**En conclusion, que tous ceux qui ont participé à cette réflexion en soient remerciés ; poursuivons nos échanges et notre engagement en vue de la réalisation de ce schéma permettant aux personnes adultes en situation de handicap de mieux vivre dans notre département.**

# Sommaire

## 1<sup>ère</sup> PARTIE - DIAGNOSTIC

<b>1</b>	<b>Les points forts du dispositif indrien</b>	Page 10
1.1	Des réponses nombreuses, diversifiées et adaptées...	Page 10
1.1.1	Diversité, importance et souplesse des types d'établissements et services	Page 10
1.1.2	Diversité géographique	Page 20
1.1.3	Des établissements rénovés	Page 20
1.1.4	Existence de réponses alternatives	Page 20
1.2	... Qui répondent globalement aux besoins exprimés	Page 27
1.2.1	Un faible nombre d'amendements CRETON	Page 27
1.2.2	Un nombre d'entrées réalisées annuellement important et un suivi attentif des « listes d'attente »	Page 28
1.2.3	Un nombre de résidents provenant d'autres départements variable selon le type d'établissement	Page 29
1.2.4	Des inadéquations validées en faible nombre mais de réels besoins de réorientation	Page 29
1.3	Le développement des dispositifs facilitant l'accompagnement à la vie à domicile	Page 31
1.3.1	La prestation de compensation du handicap (P.C.H.)	Page 31
1.3.2	Les S.A.V.S. et S.A.M.S.A.H.	Page 35
1.3.3	L'adaptation des logements dans le cadre du programme d'intérêt général (P.I.G.)	Page 40
1.3.4	Le développement d'actions pour favoriser l'accès des personnes handicapées à la vie sociale	Page 42
1.4	Un guichet unique, performant et reconnu : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.)	Page 42
1.4.1	Un service public de qualité au service des personnes en situation de handicap	Page 42
1.4.2	Une évaluation personnalisée et détaillée pour chaque demande	Page 44
1.4.3	Un rôle reconnu de tête de réseau qui permet un suivi rapproché des décisions	Page 46
<b>2</b>	<b>Les points faibles du dispositif indrien</b>	Page 48
2.1	Un émiettement des structures et services	Page 48
2.2	Des dispositifs spécialisés, et parfois cloisonnés, qui engendrent des rigidités	Page 48
2.3	Des failles dans l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées	Page 49

# Sommaire

## 2<sup>ème</sup> PARTIE – ORIENTATIONS

1	<b>Accompagner les personnes et leurs aidants dans l'expression et la satisfaction de leurs besoins</b>	Page 54
1.1	Faciliter l'accès à l'information	Page 54
1.1.1	A destination de la personne handicapée, son entourage et du grand public	Page 54
1.1.2	A destination des professionnels	Page 54
1.2	Développer l'élaboration du projet de vie et améliorer son évaluation	Page 54
1.2.1	Accompagner la personne dans l'expression de son projet de vie	Page 54
1.2.2	Développer les temps et lieux d'évaluation pour être au plus près des besoins	Page 55
1.2.3	Favoriser l'accès aux dispositifs non spécialisés « Handicap »	Page 56
1.2.4	Développer une instance de coordination de proximité	Page 57
2	<b>Poursuivre l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins</b>	Page 58
2.1	Poursuivre la formation des professionnels	Page 58
2.1.1	Travaillant en établissement	Page 58
2.1.2	Intervenant à domicile	Page 58
2.2	Ajuster l'organisation des établissements médico-sociaux à l'évolution des besoins	Page 59
2.2.1	Entre les différents types de structures médico-sociales	Page 59
2.2.2	Au sein des organisations elles-mêmes	Page 59
2.2.3	En poursuivant la rénovation et la modernisation des établissements	Page 60
2.3	Poursuivre le développement de l'accueil familial et des maisons d'accueil familial	Page 60
2.4	Développer l'articulation entre les dispositifs médico-sociaux du handicap et les services sanitaires	Page 61
2.4.1	Par le développement et l'adaptation des services de soins infirmiers à domicile S.S.I.A.D. spécialisés	Page 61
2.4.2	Par le développement de l'Hospitalisation A Domicile (H.A.D.)	Page 61
2.4.3	Par le développement de la capacité en S.A.M.S.A.H.	Page 62
2.4.4	Par le déploiement du dossier médical personnel (D.M.P.) auprès des personnes handicapées et des structures médico-sociales qui les accompagnent	Page 62
2.4.5	Par l'implication des acteurs du soin dans les dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées	Page 62
3	<b>Faciliter l'intégration des personnes handicapées</b>	Page 63
3.1	Faciliter l'accès aux logements adaptés	Page 63
3.2	Favoriser l'accès aux soins de droit commun	Page 64
3.3	Soutenir une politique d'insertion professionnelle (sous réserve des évolutions législatives sur les compétences des Conseils Généraux)	Page 64
3.4	Encourager la participation à la vie sociale	Page 66

# Sommaire

## FICHES ACTIONS

Fiche action 1	Faciliter l'accès à l'information pour les personnes en situation de handicap, les professionnels et l'ensemble de la population	Page 68
Fiche action 2	Favoriser la connaissance mutuelle des acteurs, de leurs dispositifs et prestations	Page 69
Fiche action 3	Mieux accompagner les personnes handicapées pour l'élaboration de leur projet de vie	Page 70
Fiche action 4	Poursuivre l'utilisation du Fonds de Compensation pour faciliter la réalisation du projet de vie	Page 71
Fiche action 5	Développer les outils et les temps permettant d'améliorer l'évaluation du projet de vie et des besoins	Page 72
Fiche action 6	Favoriser l'accès et les passerelles avec les dispositifs de droit commun et les autres dispositifs d'accompagnement social ou médico-social	Page 73
Fiche action 7	Développer à titre expérimental une instance/lieu de coordination de proximité autour des personnes en situation de handicap	Page 74
Fiche action 8	Adapter la formation des professionnels travaillant en établissement	Page 75
Fiche action 9	Améliorer la qualification des professionnels à domicile	Page 76
Fiche action 10	Adapter l'offre départementale d'accueil à l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap	Page 77
Fiche action 11	Poursuivre le développement des S.A.M.S.A.H.	Page 78
Fiche action 12	Optimiser les modalités d'organisation et de fonctionnement des établissements	Page 79
Fiche action 13	Poursuivre la politique de rénovation et de modernisation des établissements	Page 80
Fiche action 14	Poursuivre le développement de l'accueil familial	Page 81
Fiche action 15	Poursuivre le développement des maisons d'accueil familial	Page 82
Fiche action 16	Développer l'accès des personnes handicapées aux services de soins infirmiers à domicile spécialisés	Page 83
Fiche action 17	Développer l'accès des personnes handicapées aux services de l'hospitalisation à domicile (H.A.D.)	Page 84
Fiche action 18	Déployer l'accès au dossier médical personnel (D.M.P.)	Page 85
Fiche action 19	Développer le partenariat entre les acteurs du sanitaire de droit commun et les acteurs du handicap	Page 86
Fiche action 20	Développer la coordination des sorties hospitalières des personnes en situation de handicap afin d'assurer la continuité des soins sur leur lieu de vie	Page 87
Fiche action 21	Favoriser l'adaptation de l'habitat en faveur des personnes handicapées vivant à domicile	Page 88
Fiche action 22	Améliorer l'accès aux offres de logement locatif adapté	Page 89
Fiche action 23	Elaborer une charte de l'accès aux soins de la personne handicapée	Page 90
Fiche action 24	Soutenir une politique d'insertion professionnelle (sous réserve des évolutions législatives / compétences des CG)	Page 91
Fiche action 25	Encourager la participation à la vie sociale	Page 92
Fiche action 26	Assurer le suivi et l'évaluation du présent schéma	Page 93

# Sommaire

## ANNEXES

<b>I-COMPTES-RENDUS DES GROUPES DE TRAVAIL</b>	Page 97
Groupe 1            Adaptation et évolution des établissements	Page 97
Groupe 2            L'accompagnement à domicile	Page 108
Groupe 3            La coordination des soins	Page 127
 <b>II-BILAN ET PREMIERS ELEMENTS DE DIAGNOSTIC</b>	 Page 138
Réunion de lancement du 16 janvier 2013	
 <b>III-PRESENTATION DU DIAGNOSTIC</b>	 Page 169
Réunion de présentation du 7 mai 2013	
 <b>IV-LISTE DES AUTRES RENCONTRES</b>	 Page 241
 <b>V-VALIDATION PAR LES INSTANCES DECISIONNELLES</b>	 Page 243
PV de la commission de coordination ARS dans le domaine des « prises en charge et accompagnements médico-sociaux » du 20 novembre 2013	Page 244
PV du CDCPH de l'Indre du 10 janvier 2014	Page 251
Délibération de l'Assemblée départementale du 17 janvier 2014	Page 255
 <b>VI- GLOSSAIRE</b>	 Page 257





# 1<sup>ère</sup> partie

## Diagnostic

---

# 1. LES POINTS FORTS DU DISPOSITIF INDRIEN

## 1.1. Des réponses nombreuses, diversifiées et adaptées...

### 1.1.1. Diversité, importance et souplesse des types d'établissements et services

#### ▲ Diversité et importance des établissements et services

Le département de l'Indre dispose d'un grand nombre de types d'établissements et services en direction des personnes en situation de handicap :

- des Foyers d'Hébergement (F.H.) : ils assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité de travail pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un E.S.A.T. ou dans une entreprise adaptée.
- des Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.) ou foyers de vie : ils accueillent des personnes adultes disposant d'une certaine autonomie, mais nécessitant un accompagnement et une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne et dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé.
- des Foyers d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) : ils accueillent des personnes lourdement handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle, et rendent nécessaire l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.
- des Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.) : elles reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.
- des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) : ils ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées vivant à domicile par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens Familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.
- des Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) : ils s'adressent à des personnes pour lesquelles le S.A.M.S.A.H. se propose de faciliter et accompagner la vie à domicile. Ils offrent les mêmes services qu'un S.A.V.S. mais comporte en plus des prestations de coordination des soins.
- des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) : structure spécialisée, dans laquelle des personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées, et bénéficient d'un soutien médico-social et psycho-éducatif.
- des Services de Soins Infirmiers à Domicile (S.S.I.A.D.) : Ils assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
- des Services d'Accompagnement à l'Accueil familial (S.A.A.F.) : il s'agit d'un dispositif particulier pour développer et soutenir l'accueil familial.

- une Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficulté d'Insertion (M.A.T.A.H.D.I.) : elle accueille des travailleurs handicapés, répondant à certains critères, en vue de leur permettre de se réinsérer socialement et professionnellement.

Depuis le précédent schéma couvrant la période 2007 - 2012, il a été créé un foyer d'accueil médicalisé de 22 places dont 2 d'accueil temporaire qui a ouvert ses portes en avril 2013 et 30 place de S.A.M.S.A.H.

Quant aux services d'accompagnement à la vie sociale, ceux-ci ont été pérennisés et développés, en 2012, dans le cadre d'une procédure d'appel à projets : en application des dispositions du décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010, un avis d'appel à projet relatif à la création de quatre Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) couvrant le département de l'Indre a été publié au recueil des actes administratifs du Conseil général de l'Indre d'août 2011 (publié le 1er septembre 2011). Les candidats, après avoir demandé le cahier des charges, ont disposé de 90 jours pour déposer leur offre, soit jusqu'au 30 novembre 2011. La commission de sélection s'est réunie le 23 février 2012, a étudié les offres et a procédé au classement des projets pour chaque zone. Toutefois, une zone a été déclarée infructueuse et une nouvelle procédure d'appel à projet a eu lieu courant 2012. A l'issue de ces commissions, le Président du Conseil général de l'Indre a autorisé la création de quatre S.A.V.S. sur quatre zones d'intervention couvrant le département de l'Indre et attribuées à quatre associations gestionnaires.

Il est rappelé que ces services existaient d'ores et déjà depuis de très nombreuses années dans le département de l'Indre sous l'appellation de « Service d'Accompagnement à la Vie à Domicile (S.A.V.D.) » et que leur activité était importante. Pour autant, cette procédure a permis l'extension du nombre de places, de 202 à 280, conformément aux orientations du précédent schéma, ainsi que la formalisation et l'explicitation de leurs modalités de fonctionnement.

La capacité des foyers d'hébergement a diminué en parallèle ou à l'occasion de restructuration des établissements du fait de la baisse constatée de la demande de ce type d'accueil.

La capacité des foyers d'activités occupationnelles a également légèrement baissé, suite à de la transformation de places en places de foyer d'accueil médicalisé (C.S.P.C.P. d'Issoudun et Foyer de Vie Départemental de Pérassay), partiellement compensée par une extension (Etablissement Public Départemental Les Ecureuils) et une transformation de places de foyer d'hébergement en foyer d'activités occupationnelles (Association Aurore à Saint-Gaultier).

Le tableau ci-après montre l'évolution des structures d'accueil et services pour personnes handicapées :

	31/12/2006 nombre de places installées	31/12/2012 nombre de places installées	Ecart 2012/ 2006	30/06/2013 nombre de places installées
<b>Compétence Conseil général</b>				
Foyer d'hébergement (hébg permanent)	143	130	-13	130
Foyer d'activités occupationnelles (hébg permanent)	209	201	- 8	201
S.A.V.S.	202	280	+ 78	280
Accueil familial	100	125	+ 25	126
<b>Compétence ETAT</b>				
E.S.A.T.	435	475	+ 40	474
Maison d'accueil spécialisée	130	184	+ 54	184
Entreprise adaptée		122,7		
S.S.I.A.D.		27		27
<b>Compétence conjointe</b>				
Foyer d'accueil médicalisé <sup>(1)</sup>	89	102	+ 13	124
S.A.M.S.A.H.	0	30	+ 30	30

<sup>(1)</sup> avant ouverture des 20 places du F.A.M. A.D.A.P.E.I.

### Taux d'équipement :

Le département de l'Indre dispose toujours d'un taux d'équipement supérieur aux taux régional et national (en pourcentage pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans), excepté pour les foyers d'hébergement :

Au 31 décembre 2012 - En % pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans

	Nombre de places installées	Indre	Région Centre	France
<b>Compétence Conseil général</b>				
Foyer d'hébergement (héberg permanent)	130	1,63	1,56	1,18
Foyer d'activités occupationnelles (héberg permanent)	201	1,75	1,68	1,46
S.A.V.S.	280	2,50		
Accueil familial	125	1,10		
<b>Compétence ETAT</b>				
E.S.A.T.	475	4,28	3,82	3,46
Maison d'accueil spécialisée	184	1,70	0,63	0,74
Entreprise adaptée	122,7	1,10		
S.S.I.A.D.	27	0,20		
<b>Compétence conjointe</b>				
Foyer d'accueil médicalisé <sup>(1)</sup>	102 <sup>(1)</sup>	0,92 <sup>(1)</sup>	0,93	0,64
S.A.M.S.A.H.	30	0,30		

Sources : INSEE, DREES, STATISS 2012 <sup>(1)</sup> avant ouverture des 20 places du F.A.M. A.D.A.P.E.I.

Le taux d'équipement des services d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S.) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (S.A.M.S.A.H.) est globalisé pour la région Centre au niveau du référentiel STATISS 2012 et déclaré à 1,50 pour 1 000 habitants âgés de 20 à 59 ans, pour un taux calculé à 2,80 pour le département de l'Indre, montrant ainsi que l'offre de ces services est très développée dans l'Indre par rapport aux autres départements de la région Centre.

Enfin, dans le secteur relevant de la santé, compétence de l'Etat – Assurance Maladie – on note l'effort important réalisé pour les M.A.S. (+ 54 places : La Châtre, Chaillac, Valençay, M.A.S. psy) et pour les E.S.A.T. (+ 40 places par extension des structures existantes).

### ▲ Diversité et adaptation des modes d'accueil :

Les établissements offrent différentes formes d'accueil (internat complet, accueil de jour, accueil temporaire, accueil d'urgence). Les gestionnaires de ces établissements adaptent leur fonctionnement à l'évolution des besoins des personnes accueillies ou à accueillir.

Ainsi à la suite du précédent schéma, cette diversité et cette adaptabilité ont été développées notamment pour répondre à la question du « vieillissement ». Le temps partiel en E.S.A.T. des travailleurs handicapés accueillis en foyer d'hébergement a été rendu possible par la réorganisation de ces foyers visant à assurer une prise en charge en journée, lors des temps de non travail.

Le Conseil général a autorisé, dans le cadre des budgets, l'emploi d'A.M.P. pour accompagner les travailleurs handicapés en journée lors des périodes non travaillées. Actuellement, deux associations de l'Indre (Atout Brenne et A.D.A.P.E.I. 36) ont fait ce choix.

La suppression des critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux instaurée par la loi du 11 février 2005 a été prise en compte par les gestionnaires d'établissements et services qui ont recherché à adapter leurs prestations à l'évolution de la perte d'autonomie, et aux souhaits des personnes accueillies de demeurer au sein de leur lieu de vie habituel lorsque leur situation le permet.

En outre, 10 places de foyer de vie au Foyer de Vie Départemental de Pérassay ont été transformées en places de foyer d'accueil médicalisé et l'établissement public départemental de Chaillac a vu sa capacité s'étendre par création de 10 places de maison d'accueil spécialisée, à côté des 20 places de F.A.M. déjà existantes. Ces nouvelles places ont ainsi permis de compléter l'offre de service sur le territoire mais également de prendre en compte l'évolution de l'âge et des pathologies des personnes handicapées accueillies au sein de ces structures.

Enfin, pour répondre dans l'immédiateté à une situation de crise, mais aussi offrir une solution de répit pour les aidants, des places d'accueil d'urgence ou d'accueil temporaire existent au sein des établissements. Elles sont également utilisées pour l'accueil de « stagiaires », les « stages » sont une forme d'accueil qui s'est développée et a été formalisée à la suite du précédent schéma, notamment pour améliorer l'évaluation des besoins et du projet de vie des personnes.

Les différents types de perte d'autonomie et de handicap (handicap psychique, poly-handicap, déficience intellectuelle, traumatisés crâniens) sont pris en charge par les établissements et services de l'Indre soit dans le cadre de structures spécialisées (M.A.S. psy de l'UGECAM, M.A.S. autiste A Tir d'Aile, F.A.M. Trauma crânien Algira d'Orsennes, ...), soit dans le cadre d'établissements plus généralistes et polyvalents (F.A.M. des Aubrys, M.A.S. de Montipouret). Enfin, la diversité des structures est aussi attestée par la diversité de leur cadre juridique :








- Etablissements et services publics départementaux et locaux : Centre de Soins Public Communal pour Polyhandicapés d'Issoudun, Foyer de Vie Départemental de Pérassay, Etablissement Public Départemental à Caractère Social « Espace Benjamin » à Chaillac, Centre d'Accueil Les Ecureuils à Châteauroux.
- Etablissements et services issus d'associations locales : Association Atout Brenne, Association Aurore, ACOGEM.A.S..
- Etablissements et services émanant d'associations régionales : A.I.D.A.P.H.I.
- Associations et services rattachés à des mouvements associatifs nationaux : A.P.A.J.H., A.D.A.P.E.I., A.D.P.E.P., A.T.C.F.

## Les établissements et services de compétence Conseil général

Département de l'Indre

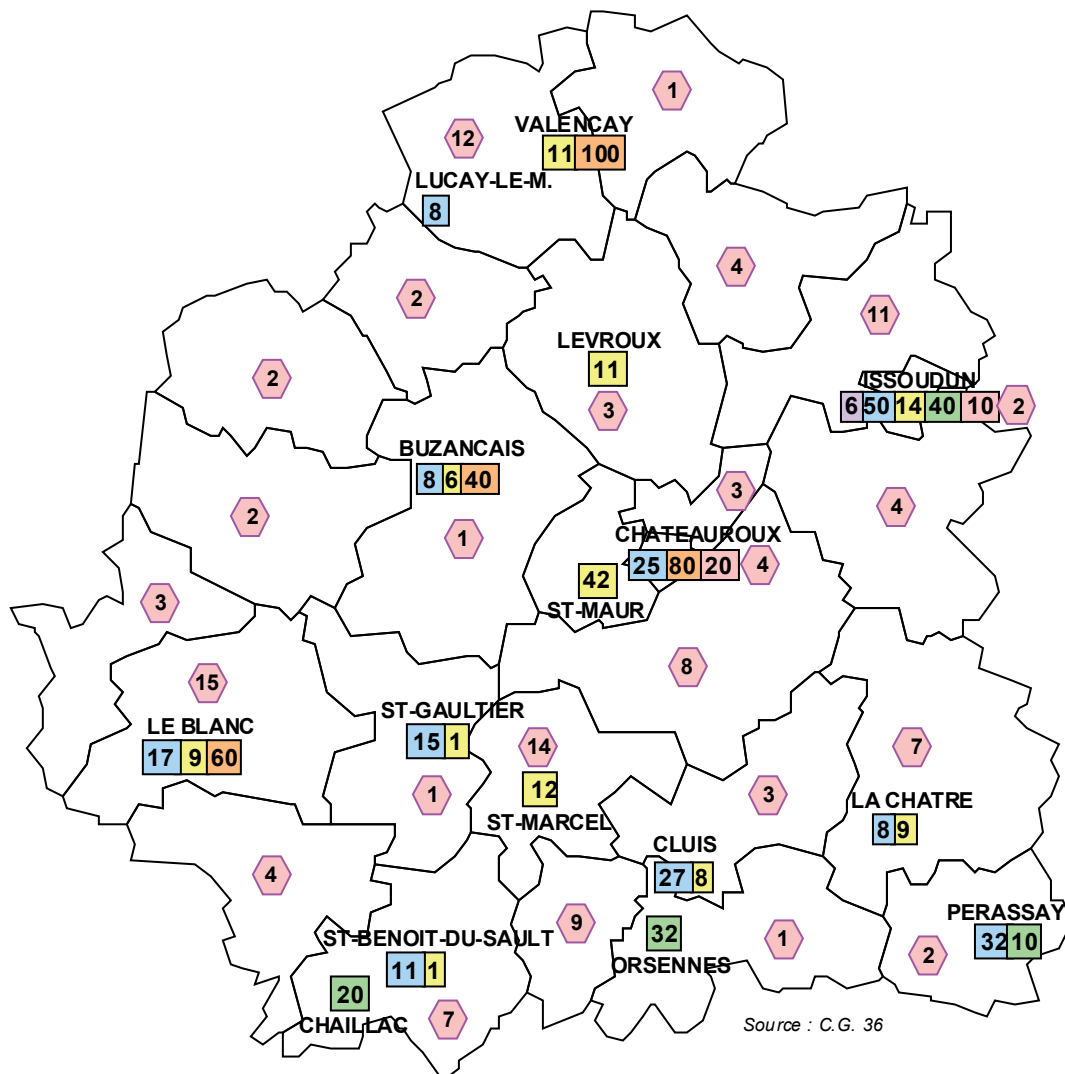
**Structures pour adultes handicapés**  
**compétence Conseil Général**  
**au 31 décembre 2012**

## Type de structures et capacité au 31 décembre 2012

	Foyer d'hébergement	} 130 places
	Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficultés d'Insertion (M.A.T.A.H.D.I.)	
	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)	280 places
	Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.)	201 places
	Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) (1) (2)	102 places
	Service d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) (1)	30 places
	Accueil familial (valeur cantonale)	125 places

(1) compétence conjointe (Etat &amp; Département)

(2) non comptées les 20 places du FAM des Aubrys









Source : C.G. 36

## Les établissements et services de compétence Etat ou de compétence conjointe Etat / Conseil général

Département de l'Indre

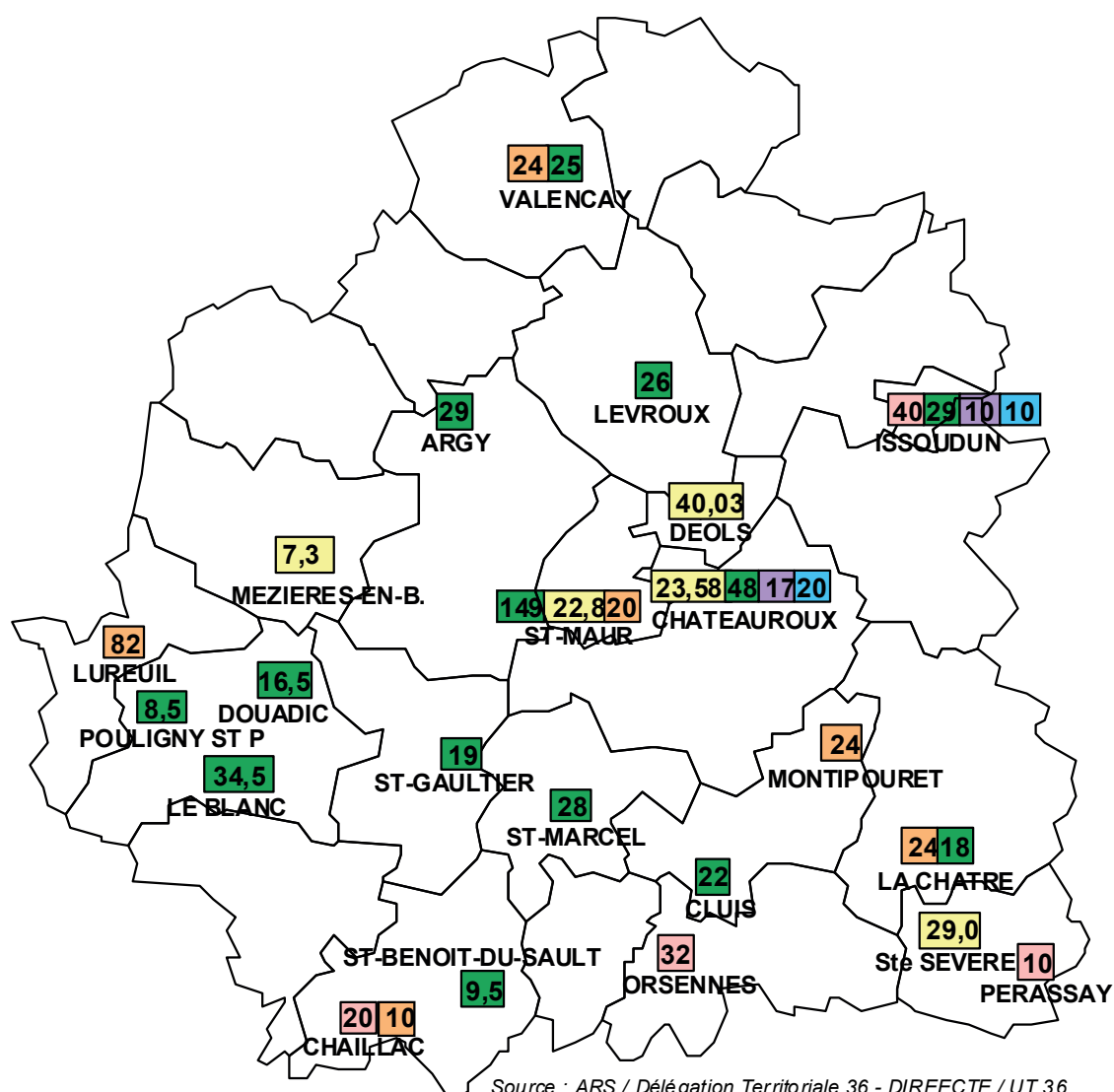
### Structures pour adultes handicapés compétence Etat ou compétence conjointe Etat / Conseil Général au 31 décembre 2012

#### Type de structures et capacité au 31 décembre 2012

	E.A. : Entreprise Adaptée ( <i>aides au poste consommées</i> )	122,71 aides au poste (en ETP)
	E.S.A.T. : Etablissement et Service d'Aide par le Travail	475 places dont 13 places « hors les murs »
	F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé (1) (2)	102 places
	M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé	184 places
	S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers à Domicile	27 places
	S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés (1)	30 places

(1) compétence conjointe (Etat & Département)

(2) non comptées les 20 places du FAM des Aubrys



Source : ARS / Délégation Territoriale 36 - DIRECTE / UT 36





## PERSONNES HANDICAPÉES

OFFRE D'ACCUEIL DANS LE DÉPARTEMENT (ne comptabiliser que les places installées au 30.06.2013)

Structures	Places en MAS	Places en FAM	Places en foyers d'activités occupationnelles				Places en foyers d'hébergement			Nombre de places en établissement d'hébergement pour personnes adultes handicapées	Nombre de places en accueil familial	Nombre total de places d'accueil	Nombre de places en SAVS	Nombre de places en SAMSAH	Nombre de places et service d'accompagnement
			internat	accueil de jour	hébergement tempor. ou urgence	Total	hébergement permanent	hébergement tempor. ou urgence	Total						
APAJH 36	FH					18			18						0
	FAO		7	1					8						0
	SAVS								0			40			40
	SAAF								0	20	20				0
CSFPCP Issoudun	FH					4			0		4				0
	FAO		32	18					50		50				0
	FAM	40							0	40	40				0
	SAMSAH								0		0	10			10
ADPEP 36	SAAF								0		0				0
	FH							41	3	44	44				0
	FAO		5	11	1	17			0	17	17				0
	SAVS					0		6	0	0	0	100			100
ADPEP 36	MATAHDI					6			0	6	6				0
	SAAF La Châtre					0			0	0	0				0
	SAAF Valençay					0			0	0	0				0
	FH					10			11	11	11				0
ATOUT BRENNÉ	FAO		20	8	2	30			0	30	30				0
	SAVS					0			0	0	0	60			60
	SAAF					0			0	0	0				0
	FH					0		1	1	1	1				0
Association AURORE	FAO		7	8		15			0	15	15				0
	SAVS					0			0	0	0				0
	FH					0			0	0	0				0
	SAAF					0			0	0	0				0
ADAPEI St Maur	FH					45			0	45	45				0
	FAM		22						22	22	22				0
	SAVS					0			0	0	0	80			80
	FH					0		8	8	8	8				0
ADAPEI Cluis	FAO		25	2		27			0	27	27				0
	FAO		32			32			0	32	32				0
	FAM	10				0			10	10	10				0
	FAM	20				0			0	20	20				0
EPDCS "Espace Benjamin a Chelliac	MAS	10				0			0	10	10				0
	FAM		32			0			0	32	32				0
	FAM					0			0	0	0				0
	FAO		15	10	2	27			0	27	27				0
Les Ecreulis Les Grands Chênes	SAAF					0			0	0	0				0
	SAAF					0			0	0	0				0
	SAMSAH					0			0	0	0	20			20
	UGECAM					0			0	0	0				0
MONTIPOURET	MAS	24				0			0	24	24				0
	MAS	82				0			0	82	82				0
	MAS	24				0			0	24	24				0
	MAS	20				0			0	20	20				0
IERM VALENCAY	MAS	24				0			0	24	24				0
	MAS	184	124	58	5	206	130	7	137	651	776	280	30		310
	TOTAL														

## Capacité des établissements au 31 décembre 2012

Maisons d'accueil spécialisées	
	Capacité
EPDCS « Espace Benjamin » Chaillac	10
Montipouret	24
A.C.O.G.E.M.A.S.	82
A tire d'aile	24
Gireugne	20
IERM Valençay	24
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>

Foyers d'accueil médicalisés	
	Capacité
C.S.P.C.P.	40
Foyer de vie départemental de Pérassay	10
EPDCS « Espace Benjamin » Chaillac	20
A.T.C.F.	32
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>

Foyers d'Activités Occupationnelles				
	internat	Accueil de jour	Hébergé temporaire ou urgence	Total
A.P.A.J.H. 36	7	1		8
C.S.P.C.P.	32	18		50
A.D.P.E.P. 36	5	11	1	17
Atout Brenne	20	8	2	30
Association Aurore	7	8		15
A.D.A.P.E.I. 36	25	2		27
Foyer de vie départemental de Pérassay	32			32
Foyer d'Accueil les Ecureuils	15	10	2	27
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>206</b>

Foyers d'Hébergement et M.A.TA.H.D.I.			
	hébergé permanent	hébergé temporaire ou urgence	Total
A.P.A.J.H. 36	6		6
Espérance Indre	12		12
C.S.P.C.P.	4		4
A.D.P.E.P. 36	41	3	44
A.D.P.E.P. 36 - Matahdi	6		6
Atout Brenne	10	1	11
Association Aurore	1		1
A.D.A.P.E.I. 36	50	3	53
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>7</b>	<b>137</b>

S.A.V.S.	
	Capacité
A.P.A.J.H. 36	40
A.D.P.E.P. 36	100
Atout Brenne	60
A.D.A.P.E.I. 36	80
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>

S.A.M.S.A.H.	
	Capacité
C.S.P.C.P.	10
U.G.E.C.A.M.	20
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

### Capacité des établissements au 30 juin 2013

Maisons d'accueil spécialisées	
	Capacité
EPDCS « Espace Benjamin » Chaillac	10
Montipouret	24
ACOGEM.A.S.	82
A tire d'aile	24
Gireugne	20
IERM Valençay	24
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>

Foyers d'accueil médicalisés	
	Capacité
C.S.P.C.P.	40
Foyer de vie départemental de Pérassay	10
EPDCS « Espace Benjamin » Chaillac	20
A.T.C.F.	32
A.D.A.P.E.I. 36	22
<b>TOTAL</b>	<b>124</b>

Foyers d'Activités Occupationnelles				
	internat	Accueil de jour	Hébergé temporaire ou urgence	Total
A.P.A.J.H. 36	7	1		8
C.S.P.C.P.	32	18		50
A.D.P.E.P. 36	5	11	1	17
Atout Brenne	20	8	2	30
Association Aurore	7	8		15
A.D.A.P.E.I. 36	25	2		27
Foyer de vie départemental de Pérassay	32			32
Foyer d'Accueil les Ecureuils	15	10	2	27
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>58</b>	<b>5</b>	<b>206</b>

Foyers d'Hébergement et M.A.TA.H.D.I.			
	hébergé permanent	hébergé temporaire ou urgence	Total
A.P.A.J.H. 36	18		18
C.S.P.C.P.	4		4
A.D.P.E.P. 36	41	3	44
A.D.P.E.P. 36 - Matahdi	6		6
Atout Brenne	10	1	11
Association Aurore	1		1
A.D.A.P.E.I. 36	50	3	53
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>7</b>	<b>137</b>

S.A.V.S.	
	Capacité
A.P.A.J.H. 36	40
A.D.P.E.P. 36	100
Atout Brenne	60
A.D.A.P.E.I. 36	80
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>

S.A.M.S.A.H.	
	Capacité
C.S.P.C.P.	10
U.G.E.C.A.M.	20
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

### 1.1.2. Diversité géographique

Les établissements et les services sont relativement bien répartis sur l'ensemble du territoire départemental, comme en témoignent les différentes cartes. Le léger déséquilibre antérieur de Châteauroux a été corrigé avec la création du F.A.M. de l'A.D.A.P.E.I.

### 1.1.3. Des établissements rénovés

En réponse aux préconisations du précédent schéma, de nouvelles structures ont vu le jour, tels la maison d'accueil spécialisée gérée par l'Établissement Public Départemental de Chaillac et le foyer d'accueil médicalisé « les Aubrys » porté par l'A.D.A.P.E.I. 36 sur Châteauroux.

Des opérations de rénovation de structures ont été réalisées afin d'offrir aux personnes accueillies des éléments de confort, d'hygiène, de fonctionnement de la vie quotidienne adaptés à leurs besoins, mais aussi afin de respecter les normes d'accessibilité et de sécurité. Certaines opérations ont été réalisées (le foyer d'activités occupationnelles géré par le Centre d'Accueil Les Ecurieuls à Châteauroux, le foyer d'activités occupationnelles et le foyer d'accueil médicalisé du Foyer de Vie Départemental de Pérassay, le foyer d'hébergement « Les Aubrys » à Châteauroux géré par l'A.D.A.P.E.I. 36), une est sur le point d'être engagée (foyers d'hébergement et d'activités occupationnelles de Le Blanc et Saint-Benoît-du-Sault, gérés par l'association « Atout Brenne »), d'autres sont en cours d'étude (foyers d'activités occupationnelles de Saint-Gaultier et de Cluis).

Au final, ce seront 310 lits qui seront modernisés pour un coût financier de 13.886.563 euros, subventionnés par la Région Centre et le Conseil général de l'Indre dans le cadre de la Convention Région/ Département pour un montant de 8.800.000 euros.

### 1.1.4. Existence de réponses alternatives

#### ▲ Le département de l'Indre comporte également deux structures innovantes (M.A.T.A.H.D.I. et S.A.A.F.)

La M.A.T.A.H.D.I. (maison d'accueil temporaire pour adultes handicapés en difficulté d'insertion sociale et professionnelle) a été créée en 1997 par l'association départementale des pupilles de l'enseignement public de l'Indre (A.D.P.E.P. 36). Elle est destinée à accueillir 6 à 10 adultes handicapés déficients intellectuels avec troubles associés, reconnus par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de l'Indre, travailleurs handicapés ou orientés par elle dans un établissement de type ESAT ou Entreprise Adaptée, mais qui n'ont pu soit trouver une place dans ces structures, soit se réinsérer socialement et professionnellement.

La M.A.T.A.H.D.I. a pour objectifs :

- d'héberger en urgence et temporairement des personnes handicapées en situation d'exclusion sociale et/ou professionnelle, faute de logement notamment ;
- d'assurer au bénéfice de ceux-ci un accompagnement éducatif immédiat, une aide au développement de l'autonomie sociale, au travers de la vie quotidienne et renforçant les acquis et la socialisation

nécessaires pour un retour ou une entrée dans le corps social : ces démarches tendant à parvenir notamment à la location d'un appartement personnel, à l'organisation de la vie matérielle quotidienne, à l'accès à des loisirs socialisés ;

- d'assurer une démarche de retour ou d'entrée dans le monde du travail ordinaire : progressivement et à partir d'un emploi en contrat aidé mais aussi en dispensant aux bénéficiaires du projet une formation de niveau V, adaptée au niveau de chacun, en fonction des éléments d'un projet individualisé relatif à l'insertion professionnelle, s'appuyant et contractualisé sur les résultats d'un bilan de compétences passé en début de prise en charge par chaque bénéficiaire.

La M.A.T.A.H.D.I. est rattachée administrativement, en ce qui concerne l'hébergement, au foyer et service d'accompagnement à la vie sociale gérés sur Issoudun par l'A.D.P.E.P. 36. La M.A.T.A.H.D.I. garde toutefois son budget propre en ce qui concerne le fonctionnement quotidien.

Le Département intervient pour la prise en charge de l'hébergement et de l'accompagnement éducatif.

La formation professionnelle et les bilans de compétence sont pris en charge par l'A.G.E.F.I.P.H. et la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

Une convention lie les trois partenaires (Conseil général de l'Indre, AGEFIPH et A.D.P.E.P. 36).

Les usagers accueillis à la M.A.T.A.H.D.I. participent au financement des charges de fonctionnement, sur la base d'une participation forfaitaire. La durée du séjour est en moyenne d'une année.

### ▲ **L'Accueil familial et l'appui du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (S.A.A.F.)**

L'accueil familial est une alternative au maintien à domicile et à l'hébergement en établissement. Cela consiste pour une personne âgée et/ou handicapée qui ne peut plus ou ne veut plus rester à domicile, à être hébergée et à partager la vie d'un particulier agréé par le Conseil général, « l'accueillant Familial ». Le dispositif a pour objet d'offrir à ces personnes un hébergement individualisé et personnalisé dans un environnement Familial paisible et sécurisant concourant au maintien de leur autonomie, à la préservation et/ou au développement de leurs capacités physiques et intellectuelles.

Le dispositif est juridiquement reconnu depuis la loi du **10 juillet 1989**. La loi de modernisation sociale du **17 janvier 2002** a réformé certains aspects de celui-ci et les décrets du 30 décembre **2004**, du 03 août **2010** et du 22 juin **2011** y ont apporté des modifications.

Le Département exerce un rôle prépondérant dans la mise en œuvre du dispositif. Il a la responsabilité de l'organisation et du suivi du dispositif d'accueil familial ainsi que de l'agrément et de la formation des accueillants Familiaux.

Il bénéficie pour cela du soutien du Service d'Accompagnement à l'Accueil familial (S.A.A.F.), dispositif particulier créé dans l'Indre sous la forme d'un réseau chargé :

- de coordonner le réseau sur la zone d'intervention et de contribuer à la coordination départementale du dispositif,
- de prospecter la zone d'intervention en relation avec les établissements et services existants afin de trouver des familles d'accueil,
- d'activer des campagnes de sensibilisation en partenariat avec l'Agence Nationale Pour l'Emploi et les réseaux institutionnels existants,
- d'animer le réseau au travers de réunions regroupant l'ensemble des personnes concernées par le dispositif et d'actions de soutien individualisées en direction des familles accueillantes,
- de participer à l'élaboration et l'organisation des plans de formation pour les accueillants Familiaux,
- de contribuer à l'évaluation du dispositif sur la zone d'intervention et au niveau départemental.

En 2004, ont été déterminées 6 zones d'intervention couvrant la totalité du territoire indrien (Le Blanc, La Châtre, Issoudun, Valençay, Buzançais et Châteauroux). Chaque zone comprend, sur son territoire, plusieurs établissements d'accueil pour adultes handicapés, dont un est l'établissement « pivot ». Celui-ci accueille l'équipe de coordination du dispositif, dispose de moyens financiers de fonctionnement et de possibilités d'hébergement d'urgence sur l'ensemble de sa zone de référence.

Département de l'Indre  
**Dispositif des accueillants familiaux**  
**SAAF par zone d'intervention**  
**actualisation juin 2013**



Les orientations du schéma en faveur des personnes handicapées 2007-2012 visaient à développer et adapter l'accueil familial parmi l'ensemble des réponses existantes dans le département.

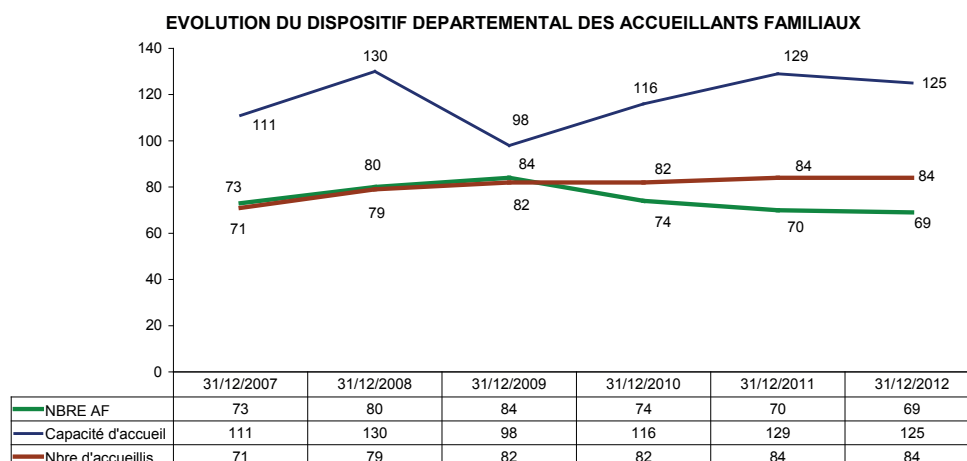
Dans le cadre de l'adaptation du dispositif, le Département a conclu en 2008 avec chaque établissement « pivot » des S.A.A.F. une convention pour la mise en œuvre effective des missions de chacun. Arrivant à échéance en 2013, ces conventions sont en cours de renouvellement. Les dispositions des nouvelles conventions ont été modifiées pour tenir compte des observations des établissements, notamment dans la répartition des rôles respectifs des équipes S.A.A.F. et des services du Conseil général, mais également pour prendre en compte quelques rééquilibrages géographiques.

Le Département s'est également engagé dans une démarche de qualité concernant l'accueil familial. Il a initié l'élaboration et l'adoption d'une charte de partenariat entre l'accueillant Familial et le S.A.A.F. Elle a pour but de permettre un accompagnement global et cohérent des personnes concourant à l'accueil familial dans une dynamique coopérative. Elle engage les différents acteurs à mettre en œuvre un accueil familial social de qualité ancré dans un vrai professionnalisme. Elle a également pour but de déterminer les rôles et missions du S.A.A.F. ainsi que celles des accueillants Familiaux agréés, rappelant les principes fondamentaux de la philosophie du dispositif départemental.

Afin de faciliter la coordination des différents intervenants auprès des personnes accueillies et des accueillants Familiaux et pour les aider dans leur activité d'accueil, le Département a mis en place des réunions mensuelles de réseau réunissant l'équipe des S.A.A.F. et les services du département permettant d'évoquer les situations individuelles et de traiter conjointement les demandes d'accueil et régulièrement des groupes de parole sont organisés par les S.A.A.F.

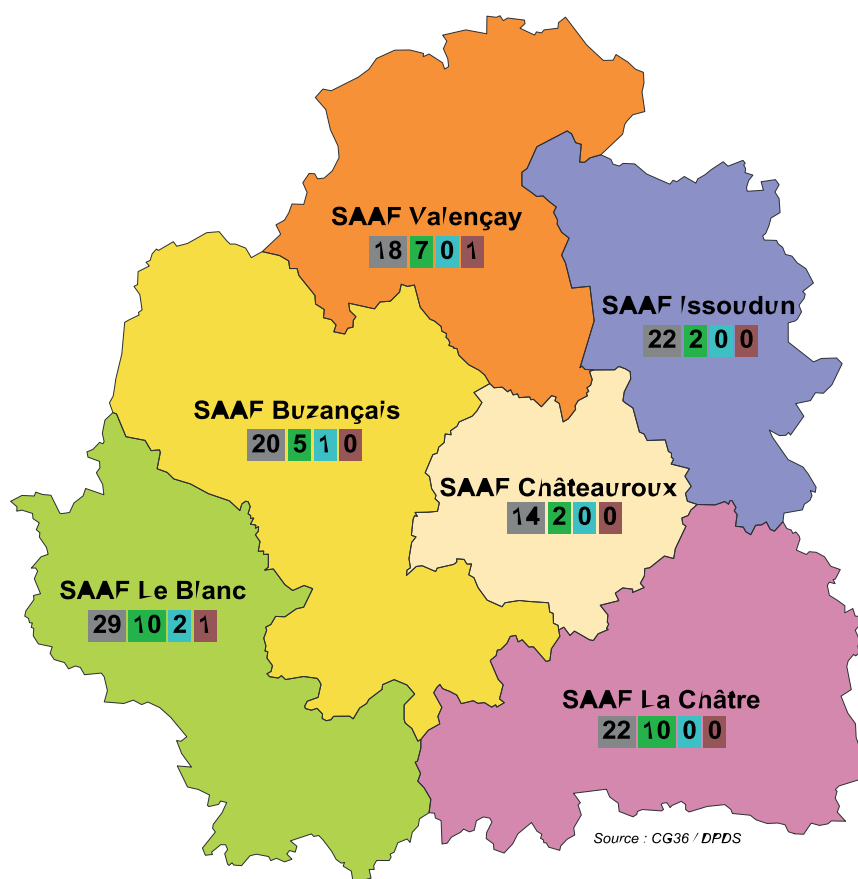
A partir de 2008, le Conseil général a organisé la formation continue des accueillants Familiaux. Ainsi, de 2008 à 2011, 70 accueillants Familiaux ont suivi un premier module de formation. Puis en 2012, le Conseil général a pu proposer une formation sur le thème de « l'alimentation des personnes accueillies niveau 1 » qui a été suivie par 11 accueillants et une formation sur le thème de « la mise en place et la fin d'un accueil » qui a été suivie par 20 accueillants. Ce programme de formation a représenté pour le Conseil général une dépense de 15.954 euros pour les années 2011 et 2012.

Dans le cadre de l'objectif du schéma précédent de développer l'offre d'accueil familial, on peut constater que la capacité d'accueil proposée par les accueillants est passée de 111 places au 31/12/2007 à 125 places au 31/12/2012 soit une augmentation de 14 places (+ 13%).



On constate également sur la même période que le nombre de personnes accueillies n'a cessé d'augmenter passant de 71 personnes au 31/12/2007 à 84 personnes au 31/12/2012 soit une augmentation de 13 personnes (+ 18%). La capacité d'accueil est donc satisfaisante puisqu'elle permet de répondre à la demande et que le nombre de places vacantes et disponibles rapidement est de 41 places au 31/12/2012. De plus, il est à noter que ces places sont réparties sur l'ensemble du territoire indrien et permettent ainsi aux personnes handicapées et/ou âgées d'avoir une diversité de choix quant à la localisation de leur lieu de vie.

## Répartition des places en accueil familial au 31/12/2012



**Total places agréées = 125**

**Places libres d'accueil permanent à temps complet = 36**

**Places libres d'accueil permanent à temps partiel = 3**

**Places libres d'accueil temporaire à temps complet = 2**

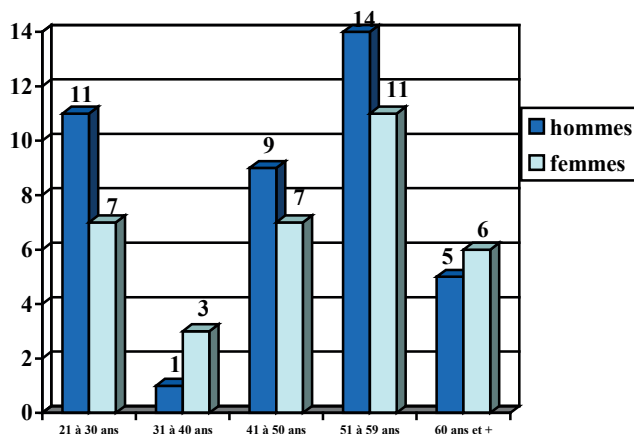
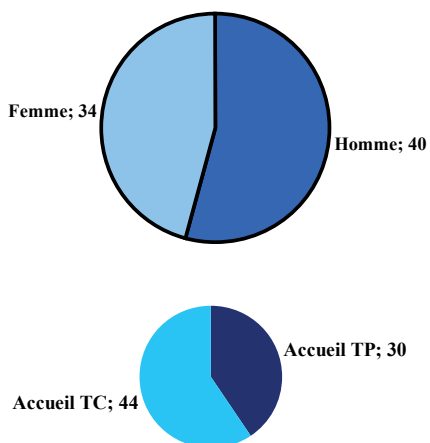
Les personnes handicapées sont celles qui bénéficient le plus du dispositif de l'accueil familial par rapport aux personnes âgées. Au 31/12/2012, sur les 84 personnes accueillies, on dénombrait 63 personnes handicapées de moins de 60 ans et 11 personnes handicapées de plus de 60 ans soit au total 74 personnes (88 % des personnes accueillies).

Personnes accueillies	31/12/2007	31/12/2008	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012
Personnes Handicapées de moins de 60 ans	61	63	71	63	66	63
Personnes Agées et Handicapées de plus de 60 ans	10	16	11	19	18	21
<b>TOTAL</b>	71	79	82	82	84	84

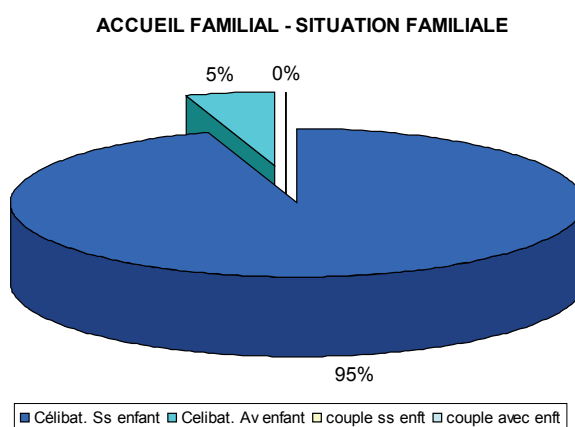
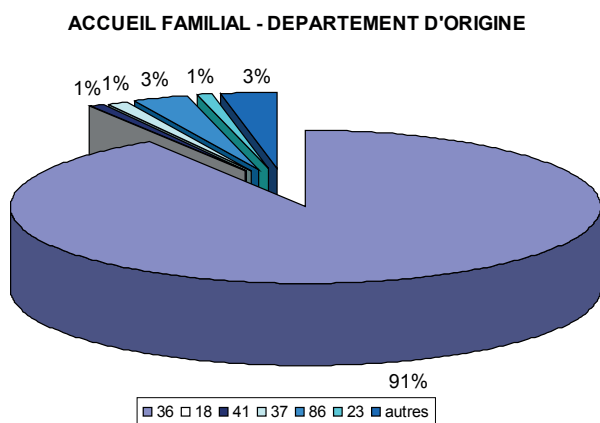
Parmi ces 74 personnes, 40 sont des hommes ayant en moyenne 45,8 ans et 34 des femmes ayant 47,3 ans en moyenne. Les 2/3 (66 %) sont sous tutelle et un tiers (33 %) sous curatelle, les mesures de protection étant assurées à près de 90 % par les associations.



### Répartition par sexe, âge et fréquence d'accueil

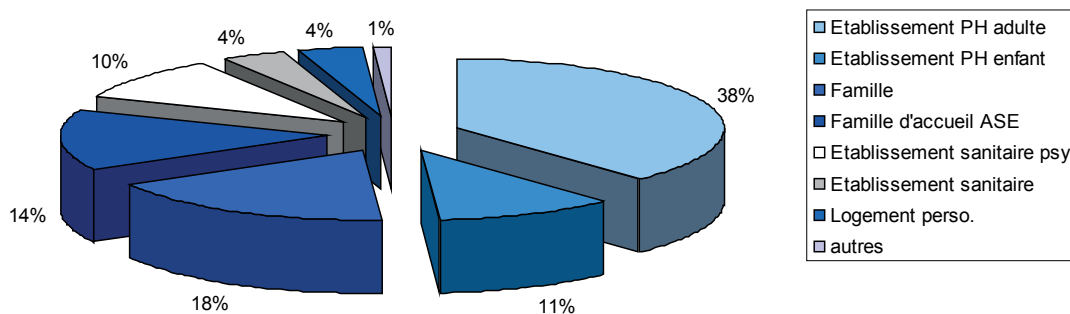


Ce sont exclusivement des personnes célibataires et à 91 % originaires de l'Indre.



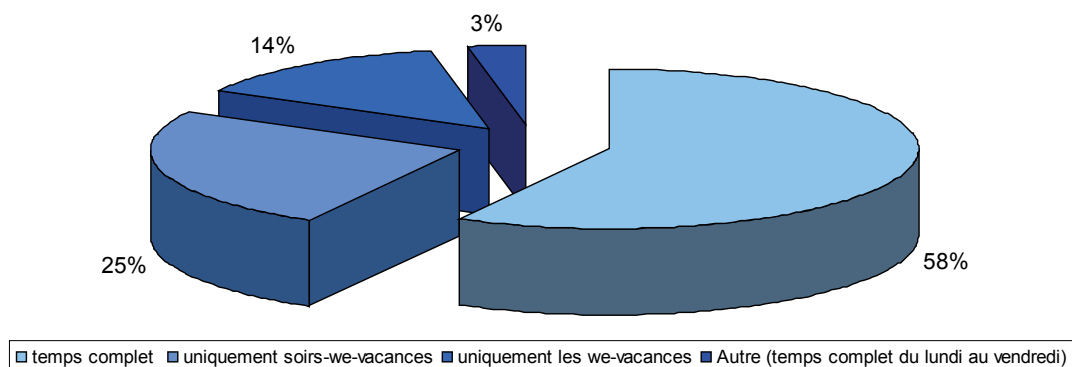
Les personnes accueillies viennent essentiellement des établissements pour personnes handicapées adultes à 38 % mais aussi des dispositifs enfants, éducatifs ou du handicap (25 %).

### ACCUEIL FAMILIAL - LIEU DE VIE ANTERIEUR A L'ENTREE EN FA ADULTE



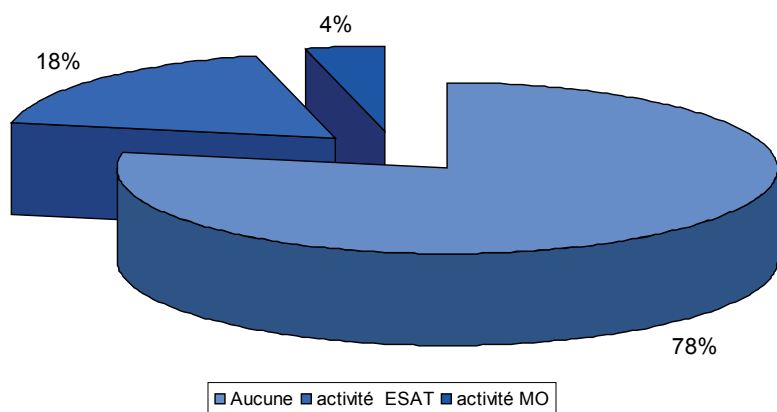
La plupart sont accueillis à temps complet (58 %) ou en complément d'une activité de jour (25 %).

#### ACCUEIL FAMILIAL - MODE D'HEBERGEMENT ACTUEL EN FA



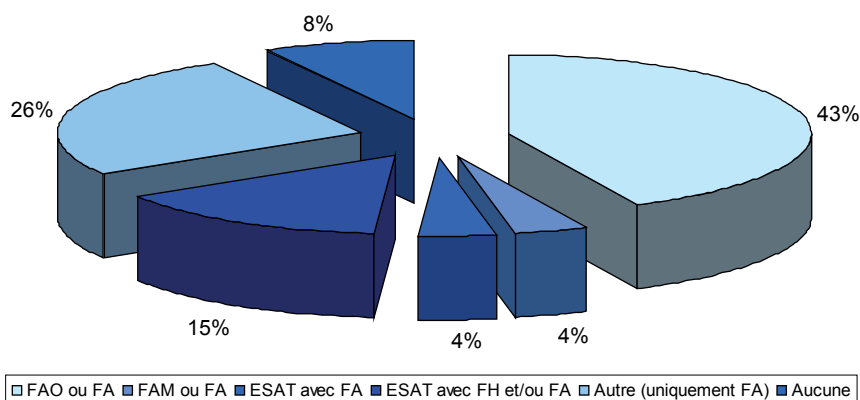
Parmi ceux exerçant une activité de jour, celle-ci correspond en majorité à un emploi en ESAT puis, dans une moindre mesure, à un emploi en milieu ordinaire.

#### ACCUEIL FAMILIAL - SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE



43 % des personnes accueillies ont une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées (C.D.A.P.H.) préconisant un accueil familial ou un Foyer de vie et 26 % une orientation uniquement en « Famille d'accueil ».

#### ACCUEIL FAMILIAL - ORIENTATION MDPH



## L'Accueil familial regroupé

Le Département de l'Indre a réaffirmé, lors de l'élaboration du Schéma Handicap 2007-2012, sa volonté de poursuivre le développement de l'accueil familial en visant à diversifier cette forme d'accueil. Aussi, il s'est engagé à soutenir les projets d'accueil familial regroupé ou « maisons d'accueil familial ». Il s'agit de soutenir les projets, menés obligatoirement soit par des communes soit par des structures intercommunales, de création d'ensembles immobiliers destinés à accueillir des accueillants Familiaux dans des logements adaptés pour cette activité. A la différence de l'accueil familial classique où l'accueillant peut exercer son activité en étant soit propriétaire soit locataire de son logement mais avec l'autorisation du propriétaire, en accueil familial regroupé, il ne peut être que locataire.

Le Département a adopté le 15 janvier 2010 le règlement relatif à l'aide départementale pour le développement de l'accueil familial regroupé et a doté le dispositif d'une autorisation de programme de 64.000 euros. L'aide du Département consiste au versement d'une subvention pour aider à la création de ces ensembles immobiliers locatifs. A titre exceptionnel, l'aide peut être accordée à une opération de réhabilitation. La construction (ou réhabilitation) doit concerner au minimum deux logements permettant l'activité de deux accueillants Familiaux. Cette aide est de 152 euros/m<sup>2</sup>, plafonnée à 16.000 euros par logement et à deux logements par opération. L'objectif est de permettre la réalisation de dix opérations soit 20 logements sur une durée de programme de 5 ans (de 2010 à 2015).

Un projet a été réalisé à CHASSENEUIL comprenant trois logements dont deux subventionnés pouvant accueillir chacun trois personnes âgées et/ou handicapées. La maison d'accueil familial ainsi créée a débuté son activité en septembre 2012 : 2 accueillantes s'y sont installées et accueillent pour l'une 2 personnes, pour l'autre 3 personnes. La recherche d'une 3ème accueillante est en cours.

En 2012, la commune de CREVANT a déposé un dossier ayant le projet de créer deux logements. Les travaux sont en cours. D'autres communes se sont intéressées au projet d'accueil familial regroupé et ont entamé des études de faisabilité.

## 1.2. ...Qui répondent globalement aux besoins exprimés

### 1.2.1. Un faible nombre « d'amendements CRETON »

L'amendement CRETON qualifie la dérogation permettant le maintien à titre exceptionnel d'un jeune handicapé dans un établissement pour enfants au-delà de son 20<sup>ème</sup> anniversaire, faute de places dans un établissement pour adultes handicapés conforme à l'orientation prononcée par la C.D.A.P.H.

Au 31 décembre 2012, 17 jeunes indriens de plus de 20 ans sont maintenus en établissements pour enfants, dont 4 hors du département de l'Indre.

Parmi ces 17 jeunes, 2 sont nés en 1990, 2 sont nés en 1991 et 13 sont nés en 1992.

L'orientation adulte prononcée par la C.D.A.P.H. est la suivante :

- 1 orientation en M.A.S.
- 6 orientations en E.S.A.T. avec foyer d'hébergement
- 5 orientations en foyer de vie ou accueil familial
- 3 orientations en foyer de vie
- 2 orientations en F.A.M.

Il est constaté que l'essentiel des orientations concernent les ESAT et les foyers de vie.

Au 1er juillet 2013, le département de l'Indre ne recense plus que 12 jeunes bénéficiant d'un amendement Creton :

- les 2 orientations F.A.M. ont pu être réalisées avec l'ouverture en avril 2013 du foyer d'accueil médicalisé « Les Aubrys » géré par l'A.D.A.P.E.I. 36,
- 6 jeunes ont pu intégrer un établissement en relation avec leur orientation,
- 1 jeune est sorti du dispositif en raison d'un refus d'orientation,

- 4 nouveaux jeunes bénéficient depuis début 2013 de cet amendement : 2 ont une orientation en M.A.S., 1 en foyer d'hébergement ou accueil familial et le dernier en foyer de vie ou accueil familial.

Les équipements indriens répondent donc globalement aux besoins exprimés, la majorité des jeunes sortant d'un établissement pour enfants trouve dans des délais raisonnables une place en corrélation avec l'orientation prononcée par la C.D.A.P.H.

### 1.2.2. Un nombre d'entrées réalisées annuellement important et un suivi attentif des « listes d'attente »

Un nombre important de personnes handicapées accèdent aux établissements avec l'orientation prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Ainsi, 120 entrées ont été réalisées sur 2012 et se répartissent comme suit :

- 13 en famille d'accueil
- 14 en foyer de vie
- 10 en foyer d'accueil médicalisé
- 25 en maison d'accueil spécialisée dont 2 en maison d'accueil spécialisée à vocation psychiatrique
- 15 en foyer d'hébergement
- 43 en ESAT

L'enquête réalisée dans le cadre du diagnostic au début de l'année 2013 fait ressortir que de nombreuses personnes sont entrées au cours des dix dernières années en établissement, montrant ainsi un certain turnover des résidents au sein des structures. Il a été constaté que les personnes entrées il y a moins de 10 ans représentent :

- 50 % des résidents en F.A.O.
- 60 % des résidents en F.A.M.
- 60 % des résidents en F.H.
- 70 % des résidents en M.A.S.

Au 31 décembre 2012, des « listes d'attente » – orientations prononcées non réalisées - tenues par la M.D.P.H. existaient pour tous les types d'établissements et de services médico-sociaux adultes. Elles étaient de :

- Foyer d'hébergement ou accueil familial : 47 personnes
- F.A.O. ou accueil familial : 60 personnes (dont 8 amendements CRETON)
- F.A.M. : 39 personnes (dont 2 amendements CRETON)
- M.A.S. : 44 personnes (dont 2 amendements CRETON et dont 14 vers une M.A.S. à vocation psychiatrique)

Afin d'assurer un suivi de ces situations, la M.D.P.H. a mis en place un protocole visant à évaluer le degré d'urgence du besoin d'accueil mais aussi la réalité de celui-ci. Les personnes sont dites non prioritaires, si elles disposent déjà d'une solution d'accompagnement, même si celle-ci n'est pas aussi adaptée que l'orientation demandée.

Ainsi, au 2 mai 2013, la situation était la suivante :

	F.A.M.	F.A.O. / F.A.	F.H. / F.A.	M.A.S.	Total
Nbre de personnes en attente	29	69	54	46	198
<b>Dont</b>					
Personnes prioritaires	13	24	19	23	79
Personnes non prioritaires	6	35	29	16	86
Personnes ne souhaitant plus aller vers l'orientation retenue	10	10	6	7	33

A cette même date, des places sont disponibles :

- 3 places en F.A.M.
- 8 places en F.A.O.
- 41 places en accueil familial
- 17 places en foyer d'hébergement
- 5 places en M.A.S.

Ainsi, l'analyse purement quantitative des orientations non satisfaites est à manier avec précaution. Alors même que des places sont disponibles, des personnes se trouvent en situation d'attente. L'analyse globale indique cependant qu'il n'existe pas de déficit de place dans le département, mais que l'adéquation entre le projet de vie de la personne et les places disponibles ne correspond pas toujours.

En effet, certaines personnes disposent d'une orientation, et sont comptabilisées dans la « liste d'attente », mais ne recherchent pas de place à court terme. Il peut s'agir de personnes accompagnées par des aidants familiaux vieillissants dont l'orientation a été prise « par précaution » pour l'avenir ou une orientation demandée par l'entourage d'une personne alors que la personne n'était pas réellement demandeur. Les places laissées disponibles peuvent également avoir pour origine la localisation géographique, la spécificité de la prise en charge au sein de l'établissement, les modalités d'accueil (internat / externat).

### 1.2.3. Un nombre de résidents provenant d'autres départements variable selon le type d'établissement

Globalement, les résidents originaires de l'Indre représentent 75,6 % de la population accueillie.

La proportion des résidents originaire de l'Indre est quasi exclusive en foyer d'hébergement (91 %), et en foyer d'activités occupationnelles (88 %) mais nettement moins marquée en maison d'accueil spécialisée (65 %) et surtout en foyer d'accueil médicalisé (60 %).

Département d'origine	Foyer hébergement	Foyer activités occupationnelles	Maison d'accueil spécialisée	Foyer d'accueil médicalisé
Indre	91 %	88 %	65 %	60 %
Cher	3 %	3 %	4 %	8 %
Indre et Loire		1 %	6 %	6 %
Loir et Cher		1 %	4 %	1 %
Loiret			3 %	6 %
Haute Vienne				4 %
Vienne		1 %	2 %	1 %
Creuse		2 %	1 %	
Autres	6 %	4 %	15 %	14 %

### 1.2.4. Des inadéquations validées en faible nombre mais de réels besoins de réorientation

Les orientations « non conformes » restent marginales et ne représentent que 24 personnes sur les 571 personnes accueillies en établissement au moment de l'enquête, soit 4,20 %. Aucune des personnes suivies en S.A.V.S. ou S.A.M.S.A.H. n'ont « d'orientation non conforme ».

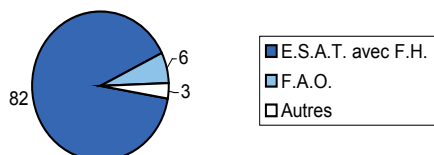
Il est ainsi constaté :

- 7 % d'orientations non conformes en foyer d'activités occupationnelles (13 personnes), correspondant pour 1 % (2 personnes) à une orientation E.S.A.T. avec foyer d'hébergement, 5 % (9 personnes) à une orientation foyer d'accueil médicalisé et 1 % (2 personnes) à une orientation autre
- 2 % d'orientations sont non conformes en foyer d'accueil médicalisé (2 personnes), correspondant à une orientation maison d'accueil spécialisée

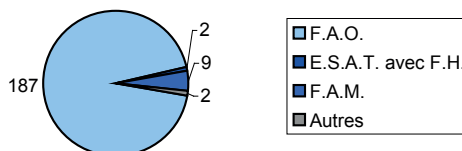
- 9 % d'orientations non conformes en foyer d'hébergement (9 personnes), correspondant pour 3 % (3 personnes) à une orientation autre et 6 % (6 personnes) à une orientation foyer d'activités occupationnelles
- aucune orientation non conforme en maison d'accueil spécialisée

Ces données sont en baisse très sensible depuis le précédent schéma (111 personnes en inadéquation, dont 38 en établissement et 73 en S.A.V.S.), conséquence des efforts faits par les établissements et services pour accueillir des personnes relevant effectivement de leur autorisation mais aussi des créations de places réalisées, qui ont permis aux personnes d'accéder à une place correspondant à leurs besoins.

**Structure d'accueil F.H. : orientations non conformes**

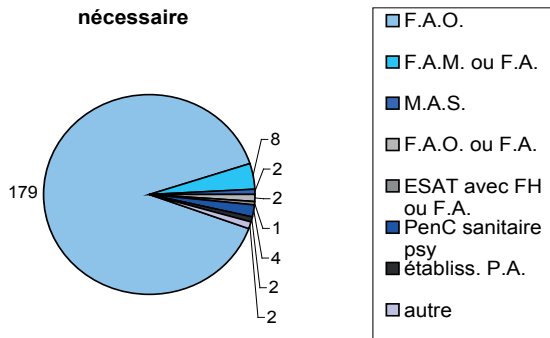


**Structure d'accueil F.A.O. : orientations non conformes**

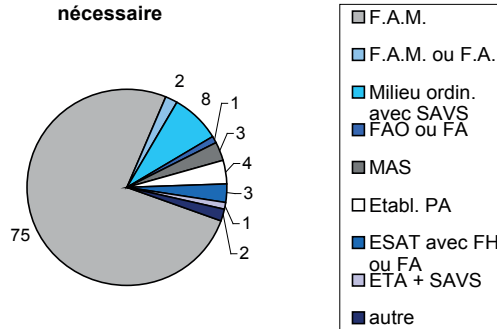


En revanche, selon l'enquête, des réorientations semblent nécessaires pour 70 personnes accueillies dans les établissements.

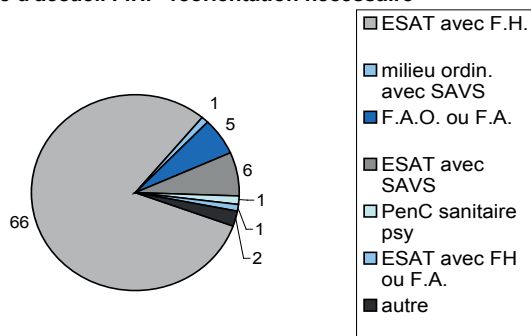
**Structure d'accueil F.A.O. - réorientation nécessaire**



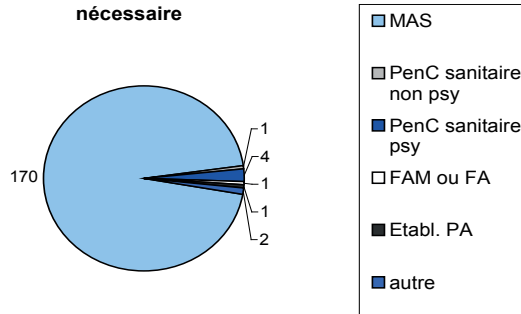
**Structure d'accueil F.A.M. - réorientation nécessaire**



**Structure d'accueil F.H. - réorientation nécessaire**



**Structure d'accueil M.A.S. - réorientation nécessaire**



Cependant, là aussi, depuis le précédent schéma, le nombre de ces réorientations est en diminution, puisqu'en 2006, elles représentaient 19 % (105 personnes sur 544 personnes présentes). Les plus significatives sont celles relatives aux F.A.M. (le taux est passé de 44 % à 24 %).

	Personnes nécessitant d'être réorientées de ce type d'établissement	Personnes nécessitant d'être réorientées vers ce type d'établissement	Solde
F.A.O.	21	8	13
F.A.M.	24	11	13
M.A.S.	9	5	4
F.H.	16	5	11
ESAT avec S.A.V.S.		6	
ETA avec S.A.V.S.		1	
Milieu ordinaire avec S.A.V.S.		9	
Etabl PA		7	
Prise en charge sanitaire non psy		1	
Prise en charge sanitaire psy		9	
Autre		8	
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>70</b>	

On notera également qu'un nombre non négligeable des réorientations nécessaires seraient à faire vers des dispositifs d'accompagnement à domicile ou vers d'autres dispositifs que ceux du handicap (sanitaires,...).

### 1.3. Le développement des dispositifs facilitant l'accompagnement à la vie à domicile

#### 1.3.1. La Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H.)

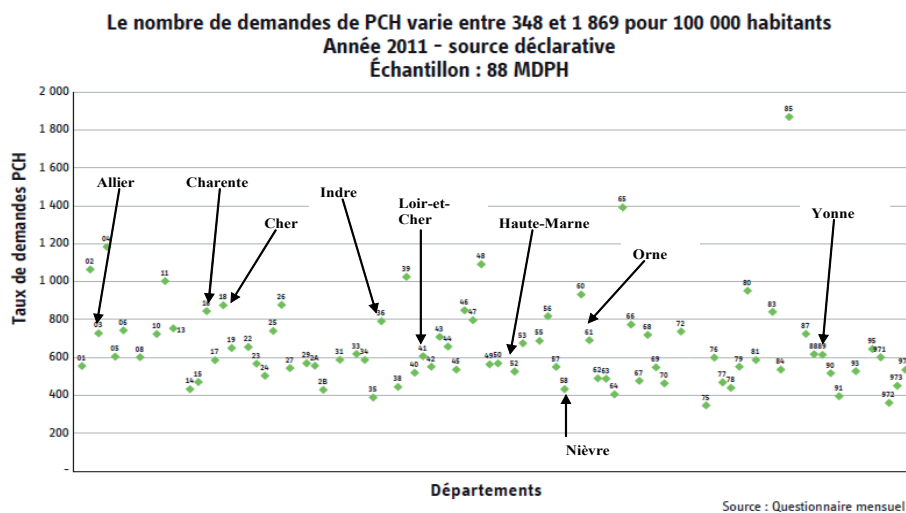
L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (A.C.T.P.) avait été créée afin de permettre aux personnes les plus handicapées de faire face aux frais occasionnés par la nécessité de faire appel à l'aide d'une tierce personne à domicile pour effectuer les actes essentiels de la vie. Cette allocation, qui a été remplacée depuis le 1er janvier 2006 par la prestation de compensation du handicap (P.C.H.), ne concerne plus que les personnes qui la percevaient déjà et qui ont choisi de la conserver et de ne pas opter pour la P.C.H. lors des renouvellements de droits auprès de la M.D.P.H.. Au 1er janvier 2013, 326 personnes sont encore bénéficiaires de cette prestation dans l'Indre.

Le dispositif de la P.C.H. tient compte de manière plus globale de la nature et de l'importance des besoins de compensation au regard du projet de vie de la personne handicapée. Les charges prises en comptes sont liées à 5 types de besoins constituant les 5 éléments de la prestation :

- 1<sup>er</sup> élément : aides humaines, y compris celles apportées par les aidants familiaux lorsque l'état de la personne nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ou une surveillance régulière, des frais supplémentaires imposés par l'exercice d'une activité professionnelle ou une fonction élective
- 2<sup>ème</sup> élément : aides techniques
- 3<sup>ème</sup> élément : aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée voire des surcoûts résultant de son transport
- 4<sup>ème</sup> élément : charges spécifiques ou exceptionnelles comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap
- 5<sup>ème</sup> élément : aides animalières

Ce dispositif étant favorable à une prise en charge globale de la personne handicapée, le Département de l'Indre doit répondre à une forte demande.

En effet, le taux de demandes de P.C.H. dans l'Indre est plutôt supérieur aux autres départements « comparables » tels que l'Allier, le Loir-et-Cher, la Haute-Marne, la Nièvre, l'Orne et l'Yonne.



On constate également que la proportion de bénéficiaires de la P.C.H. dans l'Indre, qui est de l'ordre de 5,9 personnes pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans, est supérieure à la moyenne nationale qui est de 4,8 pour 1000. La situation est similaire si l'on y ajoute les bénéficiaires de l'A.C.T.P. : 9 bénéficiaires pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans dans l'Indre contre 7,4 bénéficiaires au plan national.

### Répartition des bénéficiaires P.C.H. et A.C.T.P. en France

Année 2011	Proximité entre départements <sup>(1)</sup>	Répartition des bénéficiaires		Nb de bénéf. P.C.H. et AC/ 1000 PA de 20 à 59 ans	Nb de bénéf. P.C.H./ 1000 PA de 20 à 59 ans	Nb de bénéf. P.C.H./ 1000 PA de 0 à 59 ans
		P.C.H.	A.C.T.P.			
France entière		65,0%	35,0%	7,4	4,8	3,3
Indre		65	35	9,0	5,9	4,1
Allier	3,2	66	34	8,5	5,6	3,9
Charente	3,5	75	25	10,9	8,1	5,7
Cher	3,3	62	38	12,2	7,5	5,2
Loir-et-Cher	3,6	69	31	7,3	5,1	3,4
Haute-Marne	3,4	56	44	11,5	6,4	4,4
Nièvre	3,3	55	45	11,7	6,4	4,5
Orne	3,7	68	32	9,1	6,2	4,2
Saône-et-Loire	3,6	69	31	8,4	5,8	4,0
Yonne	3,4	59	41	9,7	5,8	3,9

<sup>(1)</sup> distance calculée sur 33 indicateurs socio-économiques

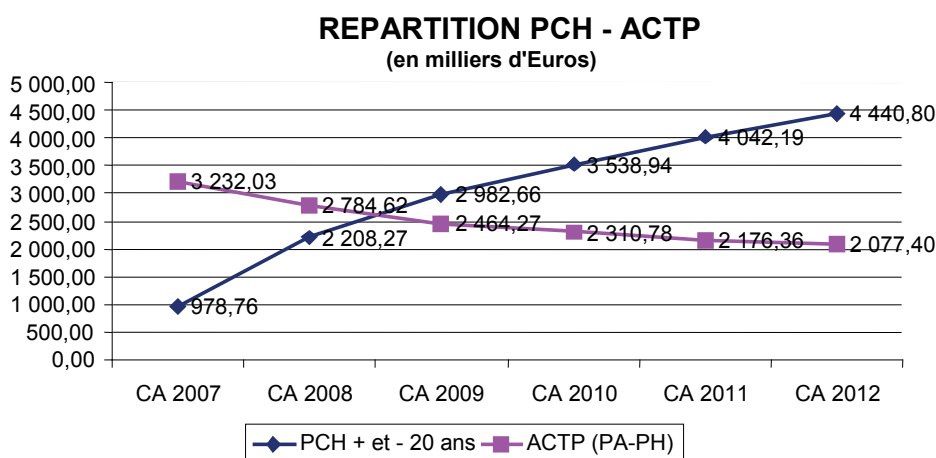
Cette forte demande de P.C.H. dans l'Indre a eu pour conséquence une très forte augmentation de l'activité de l'instance de décision d'attribution de ce droit : la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) de l'Indre. Au cours du précédent schéma 2007-2012, la C.D.A.P.H. a en effet prononcé en cumulé 3.574 décisions de P.C.H. adultes qui correspond en 2012 à une augmentation de 147 % des décisions par référence à l'année 2007 et a donné 2.034 accords (soit + 89 % d'accords en 2012 par référence à l'année 2007).

Activité de la C.D.A.P.H. de l'Indre de 2007 à 2012								
Nombre	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	Taux d'évolution de l'année 2012 par référence 2007
Décisions P.C.H. adulte	361	406	621	604	691	891	3.574	147 %
Accords P.C.H. adulte	226	261	445	332	342	428	2.034	89 %

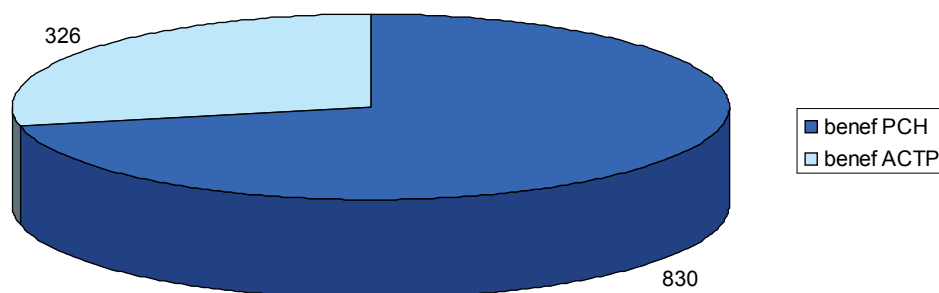


La forte montée en charge de la P.C.H. se traduit également dans les faits par une augmentation des dépenses du département : pour la P.C.H. (adulte et enfant), le montant payé au compte administratif de 2012 s'élève à 4.440.800 euros contre 978.760 euros en 2007 soit une augmentation de 353,7 % et le montant versé dans le cadre de l'A.C.T.P. reste à un niveau conséquent (2.077.400 euros).

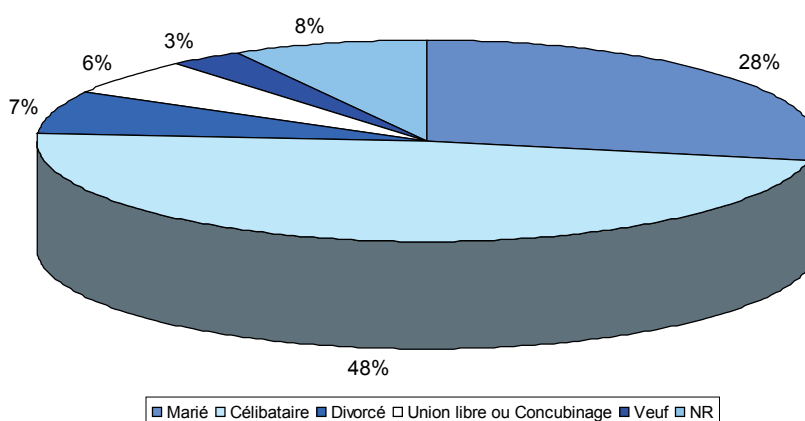
### Montants P.C.H. et A.C.T.P. payés dans l'Indre



Ainsi, le département de l'Indre comptabilise au 1er janvier 2013, 830 bénéficiaires de la P.C.H. et 326 bénéficiaires de l'A.C.T.P.

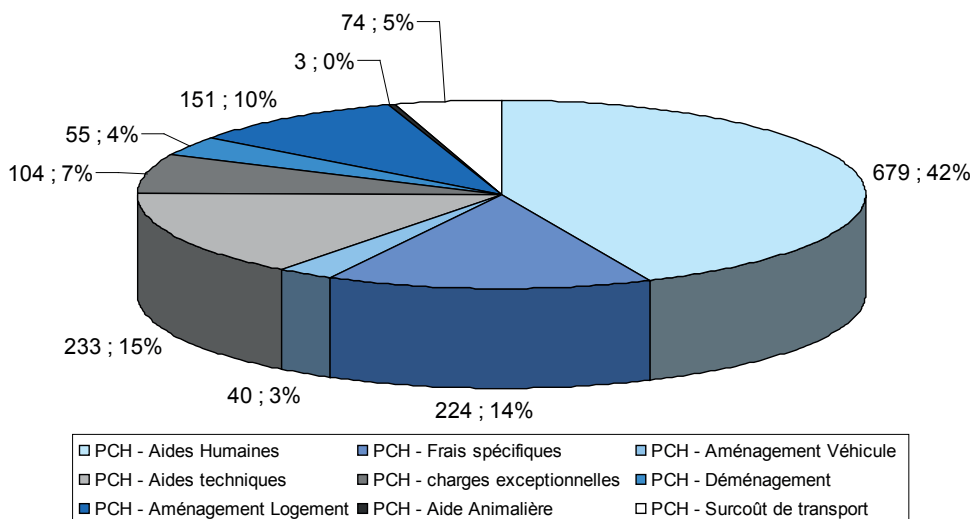


L'âge moyen est de 49 ans et près de la moitié des personnes (48 %) sont célibataires et 58 % vivent seules.



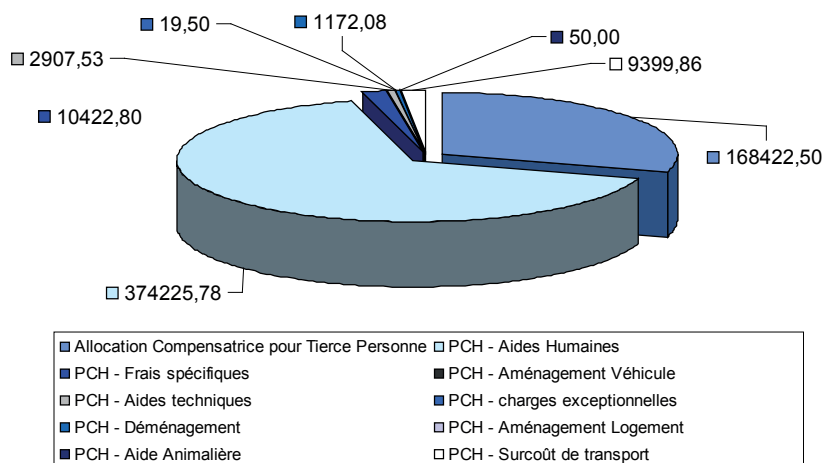
Parmi les éléments de la P.C.H. attribuée dans l'Indre, le volet aide humaine représente une part prépondérante des plans de compensation (42 %) suivi du volet aides techniques (15 %) et frais spécifiques (14 %).

### Répartition de la PCH par volet pour le mois de janvier 2013

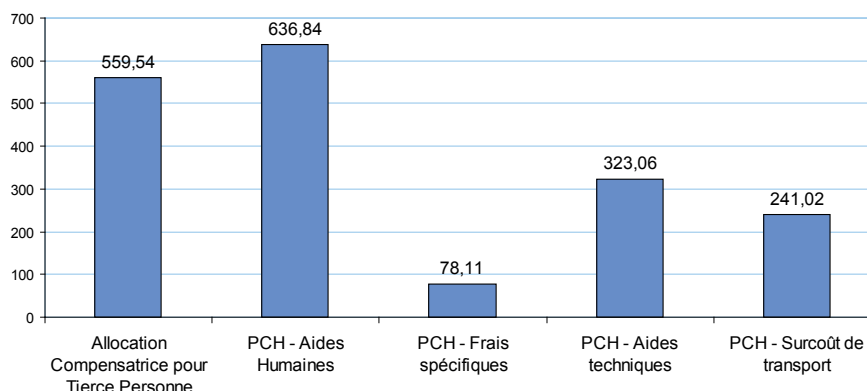


La prépondérance du volet de l'aide humaine de la P.C.H. se retrouve dans le montant financier, en volume (374.225,78 euros pour le mois de janvier 2013), mais surtout en part relative puisque l'aide humaine de la P.C.H. repose sur un versement régulier alors que les autres éléments de la P.C.H. font l'objet de paiements ponctuels. Le montant moyen (mensuel) du seul élément aide humaine de la P.C.H. est de 636,84 euros et est supérieur à celui de l'A.C.T.P. (559,54 euros).

### Répartition des montants PCH et ACTP payés pour le mois de janvier 2013

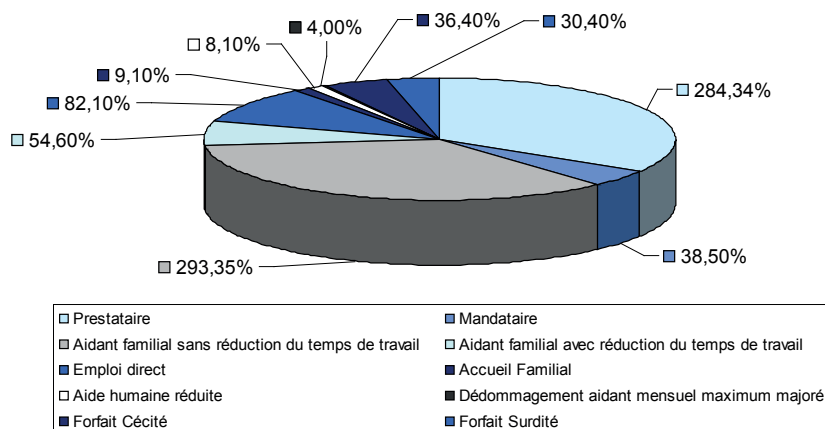


### Montants moyens mensuels ACTP et PCH payés pour le mois de janvier 2013

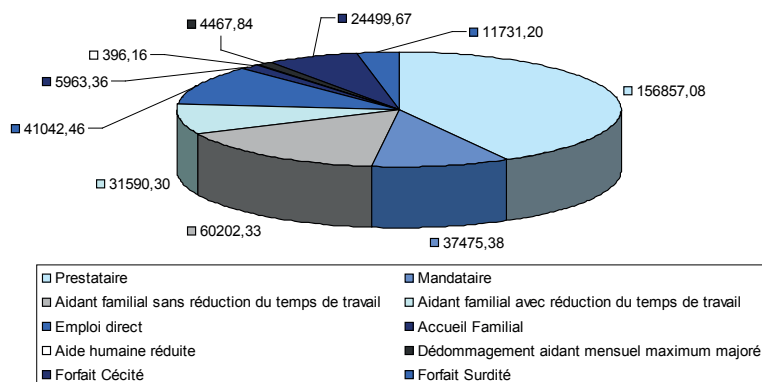


Dans le volet aide humaine, le dédommagement de l'aidant familial représente 41 % des prestations attribuées contre 34 % pour le recours aux services prestataires, 15 % pour l'emploi direct et le service mandataire. En revanche, il pèse moins financièrement que le recours aux services d'aide à domicile : pour le mois de janvier 2013, son montant s'élève à 31.590,30 euros alors que le montant payé pour les services prestataires s'élève à 156.857,08 euros ce qui correspond à 117 E.T.P. (Equivalent Temps Plein).

Répartition du volet aide humaine de la PCH pour le mois de janvier 2013



Répartition des montants payés en aide humaine de la PCH pour le mois de janvier 2013



La P.C.H. a donc permis une nette amélioration de la prise en charge des besoins des personnes handicapées. Reste une difficulté : le tarif fixé par arrêté ministériel (17,59 euros de l'heure) pour valoriser les heures d'aide humaine, assurées par les services d'aide à domicile prestataires agréés, qui n'a pas évolué depuis 2008. Or, les besoins en aide humaine sont les besoins les plus essentiels (aide à l'habillage, à l'hygiène, à l'alimentation, au déplacement...). Parallèlement, les tarifs des associations ont augmenté. De ce fait, la P.C.H. ne finance pas la totalité du coût des interventions prévues et un reste à charge apparaît pour les personnes handicapées. Ce reste à charge de 1 à 3 euros de l'heure est d'autant plus pénalisant que la personne est lourdement handicapée et que son besoin d'heures est élevé.

### 1.3.2. Les S.A.V.S. et S.A.M.S.A.H.

Il s'agit de services officiellement reconnus depuis la loi du 2 janvier 2002 et le décret du 11 mars 2005 et que l'on retrouve dans la plupart des départements et qui ont vocation à apporter aux personnes en situation de handicap, à domicile, l'accompagnement socio-éducatif qui leur est nécessaire et leur évite l'entrée en institution collective, type foyer d'hébergement ou foyer de vie.

L'accompagnement prodigué peut consister :

- dans le cadre d'un S.A.V.S., en une aide à la réalisation des actes quotidiens de la vie, un appui à l'insertion scolaire, universitaire, ou professionnelle, un suivi éducatif et psychologique, à la délivrance d'informations et de conseils personnalisés...

- dans le cadre d'un S.A.M.S.A.H., en la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile, une aide pour l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre.

Afin de répondre à un besoin de coordination des soins en faveur des personnes handicapées vivant à domicile, besoin relevé lors du schéma du handicap 2007-2012, les autorités compétentes en la matière (Conseil général et Etat) se sont appuyées sur les nouvelles dispositions réglementaires (arrêtés des 28 janvier et 18 mai 2009) pour créer en 2009 un service à vocation départementale de 20 places S.A.M.S.A.H. pour personnes souffrant de handicap psychique, géré par l'UGECAM Centre, et un service de 10 places S.A.M.S.A.H. pour personnes lourdement handicapées, géré par le CSPCP d'Issoudun, destiné aux personnes vivant dans les communes situées au-dessus d'un axe Ecueillé-Pérassay (cf carte ci-dessous).



*Zone d'intervention et capacité :*

- **SAMSAH géré par l'UGECAM Centre** : 20 places - Ensemble du département (Arrêté du 18-05-2009)
- **SAMSAH géré par le CSPCP Issoudun** : 10 places - Communes situées au dessus d'un axe Ecueillé-Pérassay (Arrêté du 28-01-2009)

Concernant les S.A.V.S., fort de son expérience en Services d'Accompagnement à la Vie à Domicile (S.A.V.D.) et de ses 202 places existantes au 31/12/2006 lors de l'élaboration du précédent schéma du handicap, le Conseil général, dans le cadre d'une procédure d'appel à projet, a veillé à l'adéquation des besoins avec l'offre en la rendant plus lisible et en permettant à chaque organisme retenu d'élaborer un projet de service. Cette opération a permis d'augmenter la capacité disponible pour la porter à 280 places S.A.V.S. depuis 2012 réparties sur l'ensemble du territoire indrien entre 4 organismes gestionnaires : Atout Brenne, A.P.A.J.H, A.D.A.P.E.I., A.D.P.E.P..

## Département de l'Indre

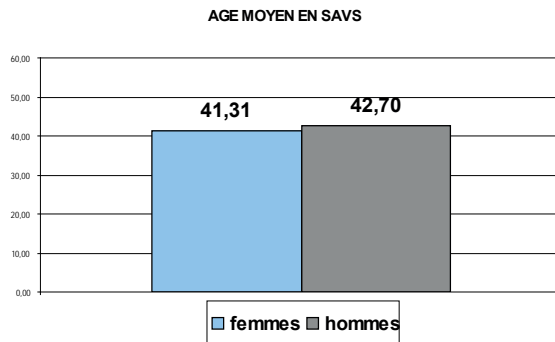
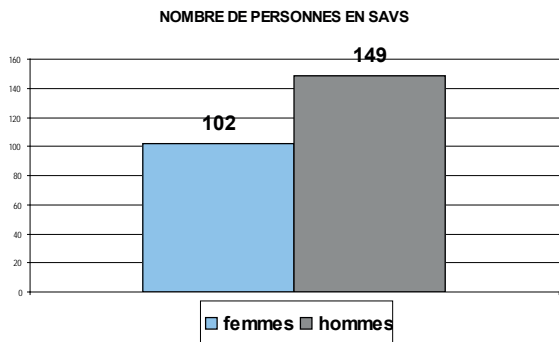
## SAVS

Zones d'intervention  
juillet 2013

- Zone 1 : Atout Brenne = 60 places
- Zone 2 : APAJH 36 = 40 places
- Zone 3 : ADAPEI 36 = 80 places
- Zone 4 : ADPEP = 100 places

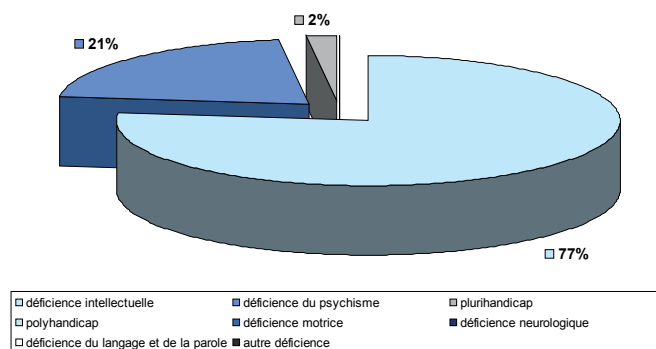
L'enquête réalisée en janvier 2013 pour la préparation du présent schéma a permis d'établir un profil des personnes accompagnées dans le cadre d'un S.A.V.S. et celles accompagnées dans le cadre d'un S.A.M.S.A.H..

Il en résulte que parmi les 251 personnes accompagnées dans le cadre d'un S.A.V.S. en janvier 2013, la majorité sont des hommes (59 %) et la moyenne d'âge est de 42 ans. Elles vivent en logement autonome et la plupart sont célibataires (68 %) mais 32 % vivent en couple. Les 2/3 (65 %) ont suivi un cursus scolaire en Institut Médical Educatif. 78 % de ces personnes bénéficient d'une mesure de protection juridique, majoritairement une mesure de curatelle très largement exercée par les associations. Plus de la moitié d'entre elles pratiquent des loisirs en autonomie.

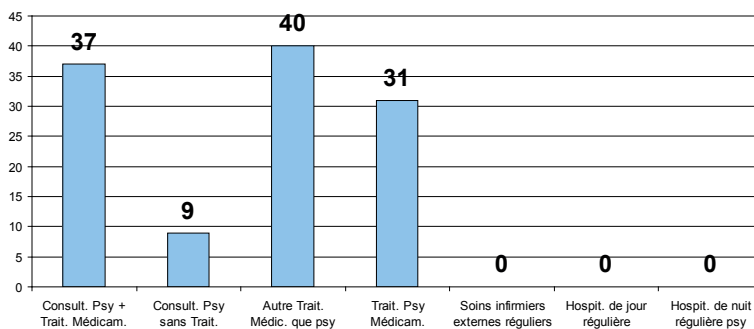


La déficience intellectuelle est le handicap de 77 % des personnes accompagnées en S.A.V.S. et la plupart (68 personnes sur 117 réponses) suivent un traitement psychiatrique.

SAVS - TYPE DE HANDICAP OU DEFICIENCE PRINCIPALE

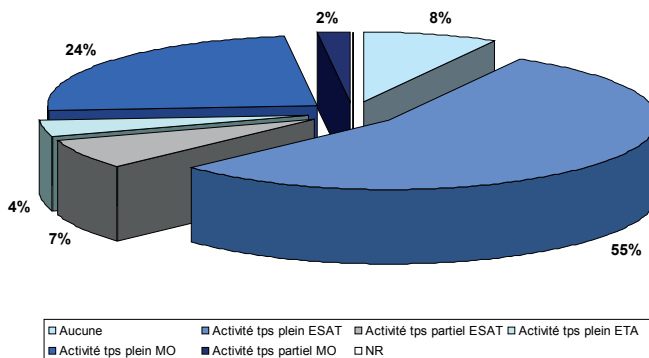


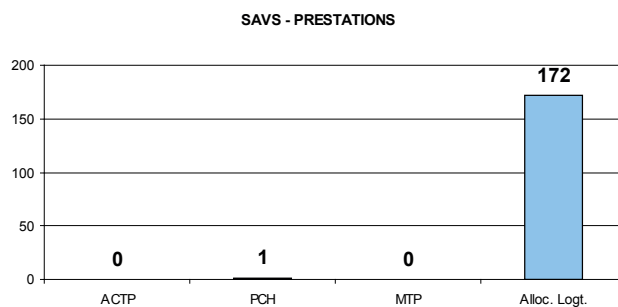
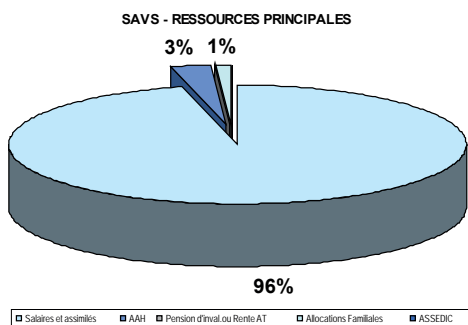
SAVS



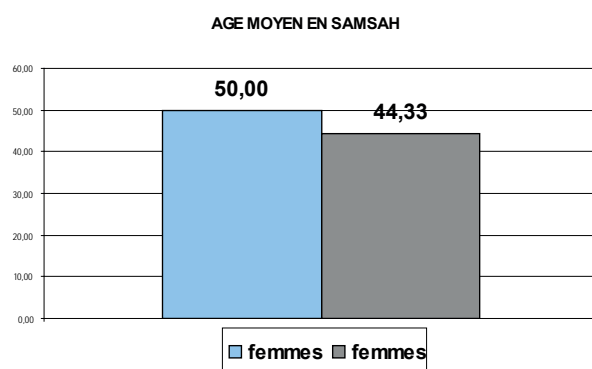
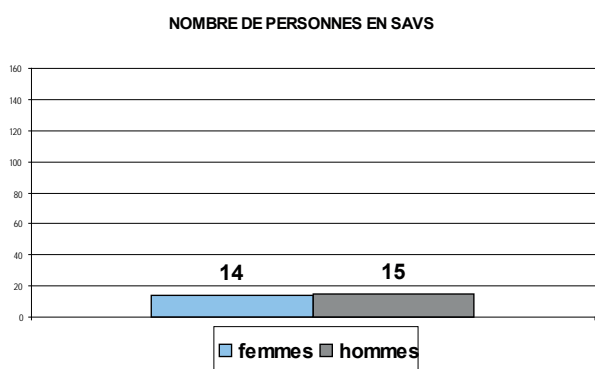
Malgré leur handicap, 62 % des personnes accompagnées en S.A.V.S. travaillent en ESAT, très majoritairement à temps complet, et perçoivent donc des salaires.

SAVS - SITUATION EMPLOI

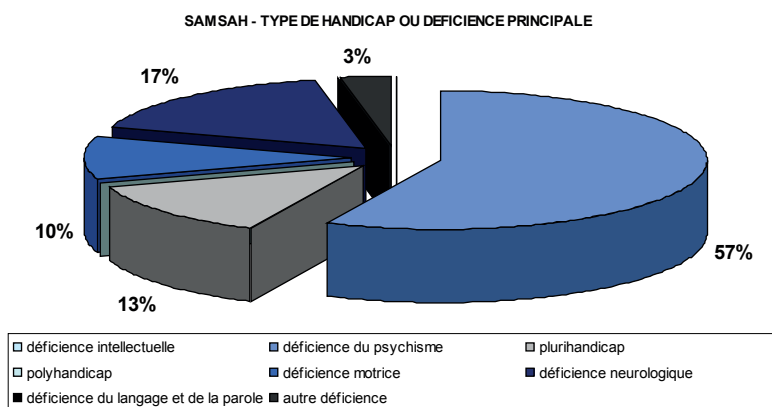


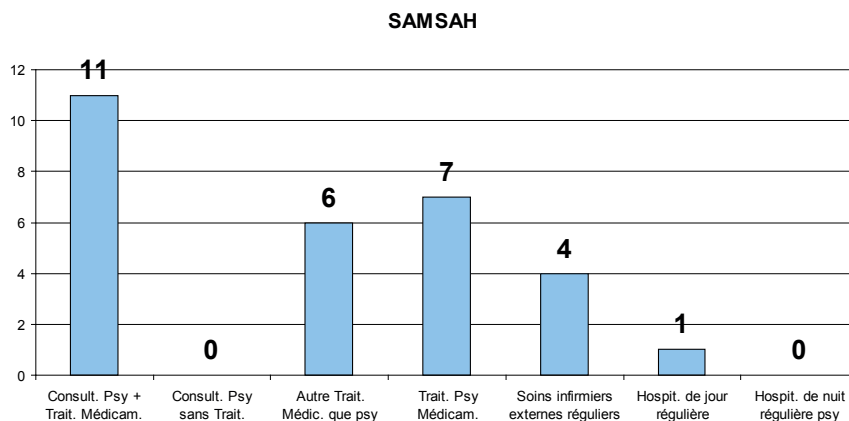


Concernant le S.A.M.S.A.H., en janvier 2013, on dénombre 30 personnes accompagnées, ce qui représente la totalité des places créées. Ce sont à parité des hommes et femmes dont la moyenne d'âge est de 50 ans pour les hommes et 44 ans pour les femmes. Ces personnes vivent en logement autonome (7 % sont hébergées par la famille). 94 % sont célibataires et seuls 37 % sont sous protection juridique. 1/3 des personnes pratiquent des loisirs en autonomie.

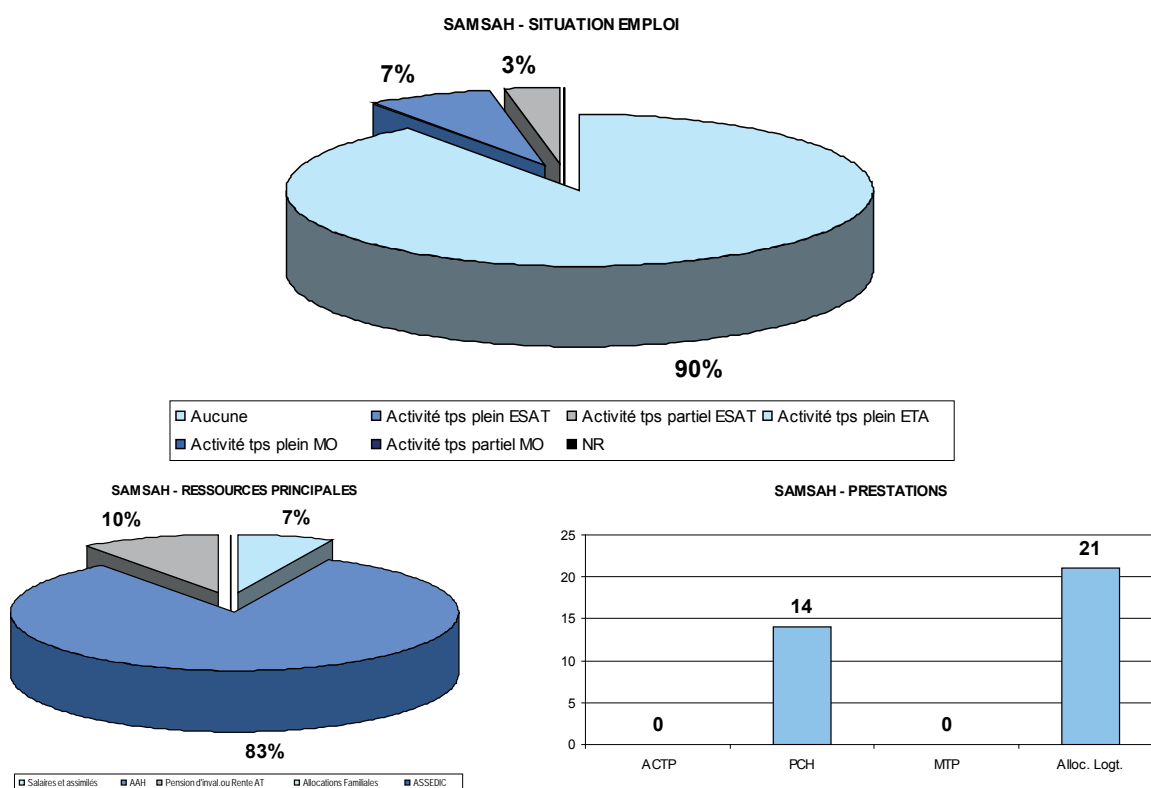


57 % souffrent d'une déficience du psychisme et 17 % d'une déficience neurologique (18 personnes sur 30 ont un traitement psychiatrique).





En majorité, ces personnes ont suivi un cursus scolaire en milieu ordinaire allant largement au-delà du primaire (53 % ont un niveau CAP/BEP, 17 % un niveau collège), mais par contre 90 % d'entre eux n'ont pas d'emploi. La moitié bénéficie de la P.C.H. et 83 % de l'A.A.H..



Ces éléments permettent de constater que les personnes accompagnées en S.A.M.S.A.H. ont un profil différent des personnes accompagnées en S.A.V.S. et donc que le S.A.V.S. ne suffisait pas à répondre aux besoins spécifiques de ces personnes. La création de ce service a donc permis de répondre favorablement à des besoins d'accompagnement médico-social, qui n'étaient pas satisfaits jusqu'à présent, et ne pouvaient l'être par les S.A.V.S.

Il est à noter également que la totalité des personnes accompagnées, soit en S.A.V.S. soit en S.A.M.S.A.H., ont une orientation de la C.D.A.P.H. conforme à leur prise en charge. Néanmoins, 22 personnes suivies en S.A.V.S. en janvier 2013 nécessitent une réorientation et notamment vers un établissement (pour 44 % d'entre eux) et 8 personnes suivies en S.A.M.S.A.H. vers une prise en charge sanitaire et psychiatrique.

### 1.3.3. L'adaptation des logements dans le cadre du Programme d'Intérêt Général (P.I.G.)

L'adaptation des logements constitue souvent une clé importante pour le maintien à domicile. Des sanitaires non adaptés, la maison entière ou certaines pièces devenues inaccessibles, sont des obstacles pour que la personne handicapée puisse demeurer chez elle de façon autonome.



Il existe de nombreux dispositifs d'aide à la pierre, à l'amélioration de l'habitat pilotés notamment par l'Etat (A.N.A.H.).

La multiplicité des dispositifs existants, des intervenants financiers potentiels, la nécessité de fournir une évaluation technique précise des travaux à envisager, rendent, pour les personnes handicapées, le montage de ce type d'opération complexe. De plus, le coût de ces aménagements peut parfois se révéler très important et laisser à la charge de la personne un montant non négligeable l'amenant à renoncer à réaliser les adaptations nécessaires à son maintien à domicile.

Aussi, pour atténuer ces difficultés, le Département de l'Indre s'est engagé depuis plusieurs années par une action volontariste dans un programme d'aide pour l'adaptation et la mise aux normes d'habitabilité des logements occupés par des personnes âgées et/ou handicapées : le « Programme d'Intérêt Général » (P.I.G.).

Ce programme d'adaptation de l'habitat s'adresse aux personnes handicapées ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % reconnu par la M.D.P.H. et aux personnes âgées de 60 ans et plus, propriétaires de leur logement. Le propriétaire bailleur qui envisage de louer le logement à une personne de 60 ans et plus ou handicapée peut également bénéficier de ce programme. Les travaux concernés portent sur des adaptations de salles de bains, WC, l'accessibilité du logement et l'adaptation des circulations (monte-escaliers, acheminement extérieur, rampes et mains-courantes, barres d'appui...).

Ce programme a fait l'objet d'une convention conclue le 9 octobre 2008 pour une durée de 6 années entre le Département de l'Indre et l'Etat, l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (A.N.A.H.), ainsi que des partenaires volontaires tels que le Conseil Régional, le Comité d'aide à la Construction (C.O.D.A.C.), la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.) et le Régime Social des Indépendants (R.S.I.). Il couvre la totalité du territoire du département et a pour objet d'assurer l'accompagnement des demandeurs dans le montage des dossiers et le financement des travaux. L'objectif est l'amélioration de 1.200 logements sur la période de la convention soit en moyenne 200 logements par an.

Cet accompagnement a été confié à un opérateur pour la période 2008-2014 : l'Agence Départementale pour l'Information sur le Logement (A.D.I.L.) financée à ce titre par l'A.N.A.H., le Conseil Régional et le Conseil général, puis repris en gestion directe à partir de 2015 par le Conseil général via la DPDS.

Cet organisme a un rôle de guichet unique chargé d'aider la personne :

- pour la définition de son projet : un technicien spécialisé va à domicile pour évaluer le besoin et définir le programme des travaux,
- pour le financement du projet : recherche des financements possibles (subventions, prêts, avantages fiscaux...) en fonction de la situation de la personne, élaboration du plan de financement du projet en fonction des aides et prêts mobilisables au regard de la situation (ressources, handicap, caisses de retraites...), montage du plan de financement, suivi administratif jusqu'au paiement des subventions.

Il suffit pour la personne handicapée et/ou âgée de s'adresser à l'opérateur qui fournit alors un dossier à compléter et à réception de celui-ci instruit la demande jusqu'à la phase de paiement.

Depuis la création du dispositif jusqu'en septembre 2013, le Conseil général de l'Indre a validé pour 470.212,74 euros de subventions, 361.292,02 euros ont été réglés. Parmi les personnes aidées, 30% sont des personnes handicapées ayant une incapacité reconnue d'au moins 80 % (dont 40 sont bénéficiaires de la P.C.H.).

Pour l'ensemble des partenaires, le montant total de subventions accordées depuis 2005 s'élève à 3.320.920 euros correspondant à 938 dossiers validés et à 6.296.799 euros H.T. de travaux à financer.

BILAN PIG 2007-2012								
	2005	2006	2007	2008-2009	2010	2011	2012	Total
Nombre d'opérations	138	66	114	101	177	173	169	938
Montant total des travaux	966 180	491 692	1 204 410	524 757,93	1 018 295	1 088 170	1 003 304	6 296 799
Financement des travaux								
Conseil général	13 438	7 278	16 641	57 935,09	102 393	111 828	117 334	426 847
A.N.A.H.	249 466	157 621	215 499	256 608,00	389 327	386 250	351 428	2 006 199
autres	173 325	73 857	79 572	1 600,00	24 840	51 252	66 483	470 929
Région				86 002,42	102 393	111 215	117 334	416 944
<b>Total</b>	<b>436 229</b>	<b>238 756</b>	<b>311 712</b>	<b>402 146</b>	<b>618 953</b>	<b>660 545</b>	<b>652 579</b>	<b>3 320 920</b>

Il est à noter que la part de l'autofinancement est souvent nul pour les personnes les plus lourdement handicapées qui de ce fait bénéficient de la P.C.H. permettant de financer 100 % du projet.

#### 1.3.4. Le développement d'actions pour favoriser l'accès des personnes handicapées à la vie sociale

Le sport, les loisirs et la culture, considérés comme des facteurs d'insertion sociale, permettent un enrichissement personnel important pour la personne en situation de handicap et renforcent le développement du lien social. Ce sont également des activités visant à améliorer la connaissance du handicap par le grand public et changer le regard de la société.

Depuis le précédent schéma départemental en faveur des personnes handicapées, les événements et manifestations se sont créés, multipliés ou enrichis.

A titre d'exemple, le collectif Handi'Arts organise des ateliers artistiques tout au long de l'année et un important festival une fois par an à Châteauroux. Pendant une semaine, le festival Handi'Arts permet la participation à des ateliers artistiques, un travail sur les expressions scéniques, la réalisation d'un spectacle final, des rencontres variées et la vie pendant une semaine dans le village Handi'Arts. La notoriété de ce festival a rapidement été importante : la première édition en 2006 avait accueilli 150 stagiaires et la deuxième 210 participants. Lors de sa 8<sup>ème</sup> édition en 2013, le festival a réuni quelques 360 stagiaires en situation de handicap, plus de 1000 spectateurs sur les spectacles et de nombreux bénévoles venus de tous horizons.

Le comité départemental de randonnée pédestre a organisé en juin 2013 la 2<sup>ème</sup> « Rando pour Tous », randonnée accessible à tous, avec un parcours de 12 km pour les valides et 5,5 km pour tous. 150 personnes, dont un tiers en situation de handicap, se sont retrouvées pour favoriser la mixité handi/valides et offrir un moment d'échange et de rencontre.

Parmi les événements sportifs, Handi Cap' Foot, 7<sup>ème</sup> édition en 2013, est un événement organisé par la Berrichonne Football de Châteauroux réservé aux personnes en situation de handicap mental et/ou physique. Avec la participation des joueurs professionnels de la Berrichonne Football et l'appui de bénévoles organisateurs, cet événement se décompose en 2 axes : 1 tournoi de football et des animations sous forme d'ateliers en fonction d'un thème annuel.

D'autre part, à partir d'un thème fixé chaque année au niveau national, chacun peut prendre l'initiative d'organiser une manifestation répondant aux objectifs de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM). Localement, depuis 2009, la semaine est impulsée par l'UNAF.A.M. (union nationale de Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et le Contrat Local de Santé (Atelier Santé Ville) de Châteauroux. Il est proposé au public un programme riche et varié d'informations et sensibilisation à la santé mentale. Pour sa 4<sup>ème</sup> année, le collectif SISM (Semaine d'Information sur la Santé Mentale) a été un succès et a touché près de 1600 personnes.

Ces quelques exemples ne sauraient éluder les multiples autres manifestations, actions locales et adaptations, qui s'organisent sur le département et qui permettent toujours plus l'inclusion des personnes en situation de handicap.

### 1.4. Un guichet unique, performant et reconnu : la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M. D. P.H.)

#### 1.4.1. Un service public de qualité au service des personnes en situation de handicap

Dans chaque département a été créée une maison départementale des personnes handicapées afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services afin de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille.

La M.D.P.H. exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la

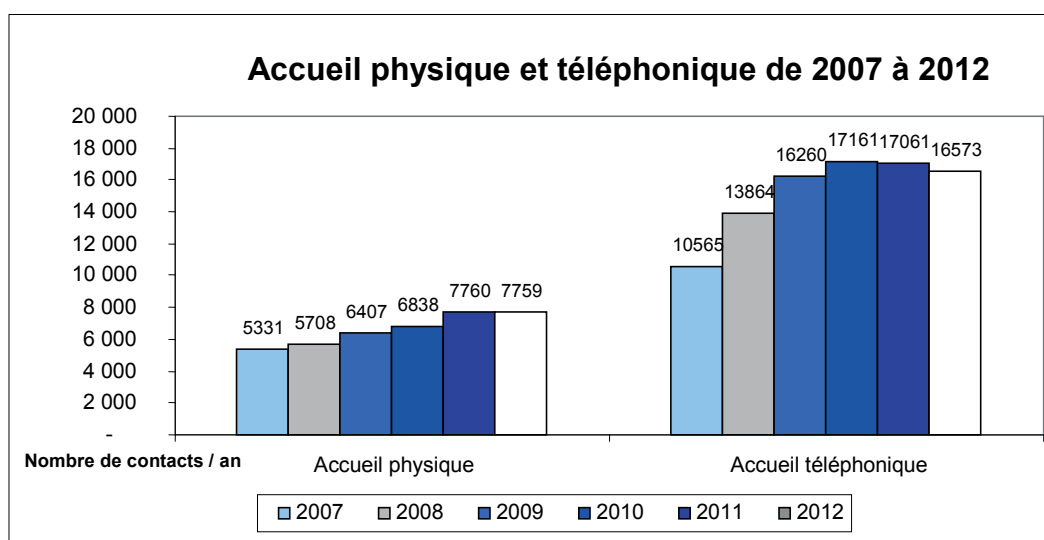
mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir.

Concernant l'accueil, la M.D.P.H. de l'Indre dispose d'un accueil téléphonique et physique ouvert en continu de 8h30 à 17h15, du lundi au vendredi. Cette grande plage d'ouverture permet de pouvoir répondre le plus largement aux questions des usagers. Les agents d'accueil sont en lien avec le logiciel métier qui leur permet une réponse personnalisée sur l'état d'avancement du dossier du demandeur. Les agents de l'accueil physique sont en mesure d'informer les personnes :

- désirant une simple information ou une aide à la rédaction des dossiers de demande et des projets de vie,
- souhaitant connaître l'avancement de leur dossier,
- convoquées par la M.D.P.H. pour l'évaluation de leurs demandes.

Un bureau d'accueil dédié est également disponible en cas de besoin, pour les entretiens personnalisés et confidentiels.

L'évolution des flux d'accueil téléphoniques et physiques est précisée ci-après. En 2012, 7.759 personnes se sont présentées à l'accueil physique (soit 30 personnes par jour en moyenne) et 16.573 personnes ont téléphoné (soit 65 appels par jour en moyenne).



La M.D.P.H. réalise l'évaluation des demandes et l'attribution des droits et prestations relevant de sa compétence :

- Aides financières ou de compensation (A.A.H., C.P.R., P.C.H., A.E.E.H. et ses compléments)
- Cartes (carte d'invalidité, de priorité pour personne handicapée, et, pour le compte de la D.D.C.S.P.P. : évaluation médicale pour les cartes de stationnement)
- Orientation professionnelle (milieu ordinaire/protégé), formation et orientation vers un établissement ou un service médico-social (F.A.O., F.A.M., M.A.S., S.A.V.S., S.A.M.S.A.H., accueil familial)
- Parcours de scolarisation, formation, soins pour les enfants (A.V.S., orientation scolaire, transports scolaires, matériel pédagogique adapté, établissement ou service médico-social)

Les évaluations sont réalisées dans un premier temps par l'équipe pluridisciplinaire interne à la M.D.P.H. qui comporte des professionnels de secteurs variés et complémentaires (contrôleurs- coordinateurs, assistantes sociales, infirmières, ergothérapeutes, médecins, ...).

Dans un deuxième temps, les évaluations sont présentées en équipe pluridisciplinaire externe afin de confronter les points de vue, les expertises et d'aboutir à la validation d'une proposition de plan personnalisé de compensation (P.P.C.). Le P.P.C. est ensuite présenté à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.) qui décide de l'attribution des droits et prestations.

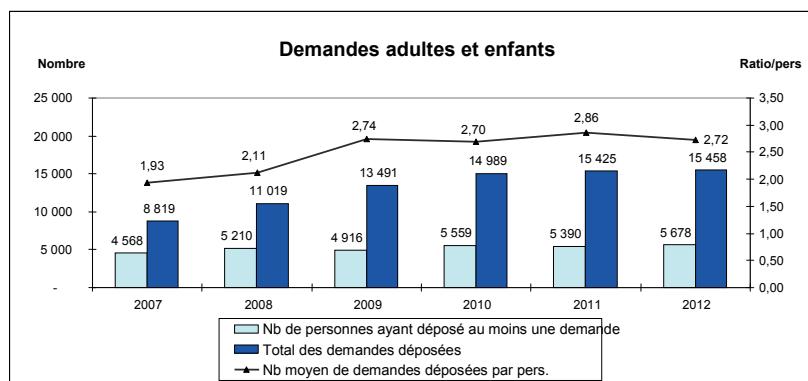
Pour l'exercice de ses missions, la maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

La M.D.P.H. de l'Indre, depuis sa mise en place au 1er janvier 2006, recherche continuellement à améliorer son fonctionnement afin de s'inscrire durablement comme un service public de qualité pour les usagers et ce, en prenant en compte la forte évolution d'activité.

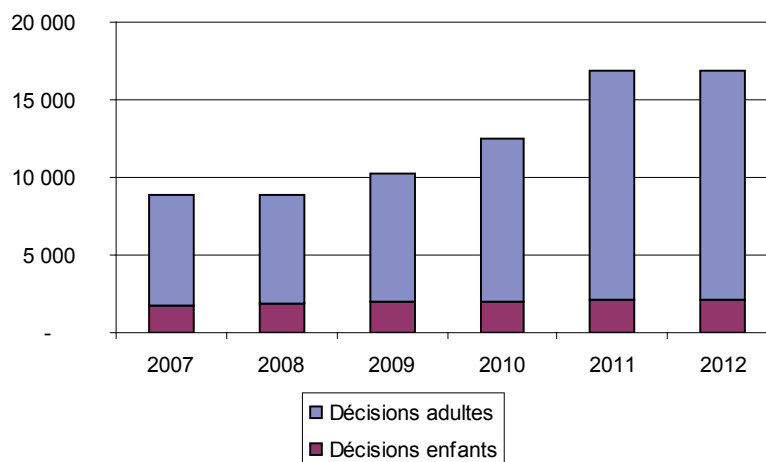
Le nombre des demandes et de décisions depuis 2007 pour les secteurs adultes et enfants sont précisés ci-après.

Après des augmentations régulières du nombre de demandes déposées à la M.D.P.H. (8.819 demandes en 2007, 15.458 demandes en 2012), une stagnation est observable depuis les années 2011-2012.

Pour mémoire, les demandes déposées correspondent aux premières demandes et aux renouvellements déposés spontanément par les usagers ainsi qu'aux demandes déposées suite aux recommandations de l'équipe pluridisciplinaire et de la C.D.A.P.H.. Globalement, en 2012, le nombre moyen de demandes déposées par personne est de 2,7 demandes.



Les décisions de la C.D.A.P.H. suivent également la même tendance.



	Total	% évolution N-1/N	dont décisions adultes	dont décisions adultes
2007	8 819		7 092	1 727
2008	8 864	0,51 %	7 037	1 827
2009	10 218	15,28 %	8 223	1 995
2010	12 443	21,78 %	10 491	1 952
2011	16 935	36,10 %	14 853	2 082
2012	16 871	- 0,38 %	14 764	2 107

#### 1.4.2. Une évaluation personnalisée et détaillée pour chaque demande

Chaque réception de dossier fait l'objet d'un examen attentif par les agents de la M.D.P.H. permettant :

- de s'assurer que le dossier est recevable et comporte les pièces obligatoires (formulaire de demande, certificat médical, justificatif d'identité)

- de solliciter des compléments d'information médicaux, sociaux ou professionnels
- de mesurer le degré d'urgence de la demande

L'objectif est de limiter les délais d'instruction en s'assurant de la prise en compte du besoin dès la réception du dossier.

Ainsi, le délai moyen de traitement des demandes (adultes et enfants) était de 2,8 mois en 2012. Il est ainsi en nette diminution par rapport à 2011 où il était de 4 mois et respecte les délais fixés par l'article R 241-33 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ainsi, malgré l'augmentation des demandes entre 2007 et 2012, la M.D.P.H. a su s'adapter en réorganisant ses méthodes de travail (recrutement de médecins, polyvalence des agents, amélioration de l'outil informatique...) afin d'assurer une réponse dans les meilleurs délais à chaque demande

Pour la réalisation de l'évaluation de la demande, la M.D.P.H. s'appuie sur de nombreuses sources et de nombreuses informations afin de réaliser une évaluation détaillée et personnalisée, médicale, sociale et/ou professionnelle.

Le projet de vie, élément important pour l'évaluation et la compréhension du besoin de la personne, devrait accompagner chaque demande. Pourtant, en 2012, 122 personnes sur 4 645 (2,6 %) l'ont exprimé par écrit au sein du dossier de demande. Cette étape reste encore à ce jour insuffisamment complétée par les demandeurs malgré l'appui de l'accueil physique et téléphonique pour le remplissage du formulaire de demande.

Compte tenu du volume important des demandes déposées et de leur nature très différente (première demande ou renouvellement ; une ou plusieurs demandes), les modalités d'évaluation sont différenciées : certaines sont réalisées sur dossier, d'autres nécessitent des consultations médicales, des entretiens à la M.D.P.H. ou des visites à domicile avec plusieurs professionnels.

Ainsi, toute personne déposant une demande de P.C.H. et entrant dans les critères de la P.C.H. est rencontrée à domicile par une évaluatrice, toute première demande d'A.A.H. fait l'objet d'une évaluation médicale.

Pour 2012, 4.824 évaluations et suivis de dossiers ont été réalisés dont 31 % ont fait l'objet d'une convocation médicale à la M.D.P.H. (les autres évaluations médicales étant réalisées en fonction des pièces du dossier) et 10 % d'une évaluation à domicile, chez l'utilisateur.

A noter que les situations ayant nécessité une convocation de l'utilisateur par le médecin ont par ailleurs été vues sur pièce préalablement au rendez-vous médical.

Les outils d'évaluation de compensation du handicap utilisés par la M.D.P.H. sont principalement :

- le GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des Familles, (utilisé partiellement pour certains volets),
- le guide barème (annexe 2 – 4 du Code de l'Action Sociale et des Familles),
- et l'outil d'éligibilité contenu dans le référentiel P.C.H. (annexe 2 – 5 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Des outils locaux portant sur l'évaluation de l'insertion professionnelle ont également été élaborés sur la base du GEVA.

L'équipe pluridisciplinaire interne à la M.D.P.H. s'appuie également sur les évaluations professionnelles réalisées dans le cadre :

- d'une pré-orientation réalisée par les CRP (Centre de Rééducation Professionnelle), permettant d'évaluer la capacité à suivre une formation dans le cadre d'un reclassement professionnel et apportant une évaluation sur le parcours de la personne, sur ses aspirations en terme de reconversion, et enfin sur la définition d'un projet compatible avec le handicap. La pré-orientation débouche vers une formation qualifiante en CRP,
- d'un soutien de l'ADPEP via la MATAHDI. Pour mémoire, la M.A.T.A.H.D.I. (Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés et Difficulté d'Insertion sociale et professionnelle), permet de réinsérer des personnes handicapées psychiques éloignées de l'emploi, grâce à des missions en milieu ordinaire (contrat d'accompagnement dans l'emploi : C.A.E.).

Il est à regretter que certains dispositifs, pilotés par l'Etat, d'aide à l'évaluation et à l'insertion professionnelle aient disparu faute de financement.

Afin d'assurer une évaluation de qualité, des réunions de synthèse et de concertation sont également organisées sur l'initiative de la M.D.P.H. ou à la demande d'un partenaire sur des situations complexes afin de permettre un échange avec les professionnels concernés et la personne handicapée ou sa Famille pour aboutir à une analyse partagée de la situation. Ces réunions permettent de définir un plan d'intervention coordonné et ses modalités de mise en œuvre. Elles portent également sur les situations de prise en charge des jeunes au moment du passage au secteur adulte et sont de plus en plus utilisées afin de parvenir à une prise en charge concertée. Ainsi, en 2012, 46 réunions de concertation/synthèse se sont tenues (30 en 2011, soit + 53 %).

Enfin, lorsque la personne handicapée est déjà prise en charge dans une structure (établissement ou service), la M.D.P.H. sollicite cette structure afin d'avoir un retour sur la prise en charge. Sous forme d'un « rapport d'évolution », le partenaire peut ainsi participer à l'évaluation en appréciant les besoins, les demandes, les difficultés et les progrès de la personne en situation de handicap qu'il accompagne au quotidien.

Tous ces outils et documents de travail font régulièrement l'objet d'une revue d'amélioration afin de perfectionner la qualité des évaluations.

Les évaluations réalisées par l'équipe pluridisciplinaire interne à la M.D.P.H. sont ensuite présentées lors des réunions d'équipe pluridisciplinaire externe auxquelles participent, en fonction des besoins :

- des représentants du secteur de pédopsychiatrie et de psychiatrie,
- des représentants de l'insertion professionnelle : Cap Emploi
- des représentants de la CARSAT et de la CPAM
- des représentants de l'Education Nationale,
- des représentants des services sociaux du Conseil général,
- des représentants du secteur hospitalier (centre de rééducation)

Il est important de souligner que la C.D.A.P.H. (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de l'Indre n'a fait l'objet que de quelques recours contentieux (48 décisions contestées en 2012 soit 0,28 % de l'ensemble des décisions prises). Ceux-ci ont fait l'objet de décisions des différents tribunaux qui confortent majoritairement la position retenue par la C.D.A.P.H. de l'Indre. Ainsi, sur un total de 55 décisions rendues en 2012, 76 % ont été confirmées totalement ou partiellement par les tribunaux (65 % totalement et 11 % partiellement).

#### 1.4.3. Un rôle reconnu de tête de réseau qui permet un suivi rapproché des décisions

La M.D.P.H. ne pourrait pas assurer un service public de qualité sans le fort partenariat local, la réactivité des professionnels du secteur du handicap et la volonté durable de perfectionner l'existant dans l'intérêt des personnes en situation de handicap.

Ainsi, depuis le dernier schéma départemental des personnes handicapées, plusieurs conventions ou protocoles ont été signés :

- La convention cadre Etablissement ou service d'Aide par le Travail (ESAT) – Centre psychothérapeutique de Gireugne (CPG) (2009)
- Le protocole de suivi des orientations de la C.D.A.P.H. et de gestion des urgences des personnes handicapées (2012)
- La convention cadre régissant les accueils de « stagiaires » au sein des établissements pour adultes handicapés Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.) – Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) (2012)
- La convention cadre Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.) – Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) – Structures de soins psychiatriques (2013)
- La convention cadre régissant les accueils de « stagiaires » au sein des établissements pour adultes handicapés Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) (2013)



Les conventions avec le centre psychothérapique de Gireugne ou les structures de soins psychiatriques ont pour but de favoriser un partenariat inter-secteur. La coordination entre ces partenaires contribue à garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique.

Les conventions cadres régissant les accueils de « stagiaires » au sein des F.A.O., F.A.M. ou M.A.S. ont été réalisées partant du constat que la décision d'orientation, et celle d'admission, sont des engagements importants pour la personne handicapée, pour son entourage, pour l'établissement, et engagent également les finances publiques assurant le financement du séjour. La personne handicapée elle-même, son entourage et l'ensemble des acteurs, se doivent donc de rechercher la plus grande pertinence possible de cette décision. A cette fin, la pratique très largement reconnue de « stage » s'est développée.

Toutefois, faute de cadre législatif, réglementaire ou conventionnel, cette pratique de stage pourtant courante mettait l'établissement et la personne accueillie dans une situation juridique et financière obscure et aléatoire. Depuis, la réalisation des stages est encadrée conventionnellement et permet l'évaluation d'un projet de vie en situation réelle avant une potentielle décision d'orientation.

Afin d'assurer un suivi des décisions prises par la C.D.A.P.H., un protocole de suivi des orientations et de gestion des situations préoccupantes a été établi en 2012 avec l'ensemble des établissements médico-sociaux (ESAT, F.H., F.A.O., F.A.M. ; les M.A.S. relevant de la compétence de l'ARS).

S'agissant du suivi des décisions prises par la C.D.A.P.H. (les orientations) : un tableau mensuel reprenant les effectifs accueillis est transmis par chaque établissement aux services de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Parallèlement, un tableau mensuel établi par la M.D.P.H. liste les personnes bénéficiant d'une orientation en établissement médico-social sans mise en œuvre effective (suivi des listes d'attente). Les établissements prennent l'engagement de consulter cette liste avant toute entrée et informent par ailleurs la M.D.P.H. de tout mouvement au sein de leurs structures.

Concernant la gestion des situations préoccupantes, pour lesquelles une entrée en établissement est prioritaire, des critères ont été définis afin de prioriser les besoins. Les situations prioritaires sont les suivantes :

- personnes n'ayant aucune prise en charge en établissement médico-social, suite par exemple au décès des aidants familiaux,
- amendements CRETON : sortie d'IME dans la 19ème année avec une orientation prononcée,
- réorientations qui mettent à mal la personne handicapée et l'établissement d'origine,
- inadéquations entre l'accueil actuel et l'orientation prononcée.

Le suivi des listes d'attente donne lieu à des échanges avec les partenaires dès que nécessaire sur les situations prioritaires.

S'agissant des urgences, la M.D.P.H. est chargée de la coordination des situations. Toute situation d'urgence est ainsi transmise à la M.D.P.H. qui en évalue le degré. La M.D.P.H. est le seul interlocuteur qui centralise l'ensemble des informations (contact auprès d'établissements, de services...) et contacte l'établissement mandaté pour accueillir la personne sur l'une de ses places d' « urgence ». Un courrier officiel est transmis à l'établissement pour l'informer de l'utilisation de la place d'urgence.

Chaque catégorie d'établissement dispose sur le département de quelques places d'urgence destinées à répondre à un besoin urgent et ponctuel (1 mois renouvelable), laissant du temps pour l'étude d'une solution pérenne.

Mis en place en 2012, l'efficacité du protocole est incontestablement prouvée comme outil de gestion des orientations et des urgences.

Au-delà des conventions, des échanges réguliers avec les structures locales, les associations, les partenaires institutionnels et le secteur sanitaire assurent une remontée d'informations, de problématiques et amènent à la construction d'outils communs.

A titre d'exemple, la création en 2011 d'une fiche de liaison domicile - hôpital qui a été élaborée conjointement entre le centre hospitalier de Châteauroux, l'Association des Paralysés de France (APF) et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) avec le soutien du Conseil général.

En effet, l'entrée ou le séjour en hôpital constitue un moment souvent délicat pour toute personne. Dès lors que celle-ci présente un handicap, quel qu'en soit sa nature (moteur, psychique, mental, sensoriel), l'accueil et la prise en charge peuvent s'en trouver compliqués. La fiche a pour objectif de faciliter l'hospitalisation et

d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée présentant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % ainsi que son retour, par une continuité de l'information. La fiche est renseignée par la personne elle-même ou ses aidants habituels, sur la base du volontariat, préalablement à l'entrée au sein de la structure de soins ou lors de son admission dans l'établissement de santé.

Enfin, le travail de partenariat qui est mené avec les services du Conseil général en charge de l'accueil familial permet également, lors du suivi des listes d'attente, de trouver des solutions pérennes pour les personnes en situation de handicap.

## 2. LES POINTS FAIBLES DU DISPOSITIF INDRIEN

### 2.1. Un émiettement des structures et services

Il est constaté que la plupart des structures d'accueil sont de faible capacité. En effet, sur les 15 organismes gestionnaires, 10 gèrent des structures de moins de 25 places.

Les foyers d'hébergement, excepté celui des « Aubrys » géré par l'ADAPEI 36, ont une capacité inférieure à 10 places.

Sur les 9 foyers d'activités occupationnelles, 5 ont une capacité inférieure à 20 places.

Sur les 6 maisons d'accueil spécialisé, 1 seule possède une capacité de 82 places, les 5 autres disposant de moins de 25 places.

Seule la capacité des foyers d'accueil médicalisé se situe entre 20 et 40 places, à l'exception du F.A.M. de Pérassay (10 places), mais ce dernier est adossé au foyer d'activités occupationnelles de 32 places.

La majorité des structures à compétence départementale sont donc de faible taille. Même si elle est ressentie comme Familiale et conviviale, cette faible capacité engendre des difficultés de fonctionnement, notamment lors des absences du personnel (maladie mais aussi formation) qui remettent immédiatement en cause l'organisation du travail et des activités des résidents.

Les recrutements pour remplacer le personnel absent sont également rendus difficiles dans des structures situées en milieu rural.

De plus, ces établissements disposent de postes nécessitant des salariés ou des agents à temps non complet et les gestionnaires rencontrent des difficultés pour des recrutements sur cette base.

Quant aux formations, la mise en place de session en interne est rendue délicate en raison d'un effectif peu conséquent dans chaque structure.

### 2.2. Des dispositifs spécialisés, et parfois cloisonnés, qui engendrent des rigidités

Le dispositif indrien est riche de diverses prises en charge spécialisées qui répondent globalement aux besoins. Toutefois, certains facteurs historiques peuvent ralentir l'efficacité du dispositif dans le département.

Ainsi, l'aggravation de l'état de santé de la personne souffrant de handicap et sa perte d'autonomie amènent l'établissement à une adaptation interne parfois hors de son champ de compétence. Lorsque des réorientations sont demandées (de F.A.O. vers un F.A.M. par exemple, ou de F.A.M. vers une M.A.S.), leur réalisation effective, pourtant au bénéfice de la personne, ne se met pas toujours en place. Il existe en effet parfois un blocage, un cloisonnement, du fait d'une situation établie qu'il est douloureux de changer. Certains établissements ne mettent pas en œuvre une réorientation car ils ne souhaitent pas voir partir la personne handicapée accueillie, le personnel vivant la séparation comme un abandon, alors même que la nouvelle évaluation représente une meilleure réponse aux besoins de la personne et non une régression.



A l'inverse, certains établissements souhaiteraient réorienter une personne du fait de sa perte d'autonomie mais ne peuvent le faire en raison du manque de place dans les établissements spécialisés.

Ce cloisonnement engendre des rigidités dans la mise en oeuvre des prises en charge adaptées. Il existe entre les différentes catégories d'établissements (F.H., F.A.O., F.A.M., M.A.S.) et il est renforcé par la spécificité des prises en charge au sein d'une même catégorie d'établissement, en fonction du type de handicap.

Concernant le vieillissement des personnes handicapées, il apparaît que l'âge n'est pas le facteur déterminant à prendre en compte dans la prise en charge. La recherche d'une prise en charge adaptée doit se fonder essentiellement sur le niveau d'autonomie, de dépendance et le besoin d'accompagnement de la personne. Ainsi, la création d'établissements spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes n'apparaît pas pertinent car la notion de vieillissement n'a de sens qu'au regard de la perte d'autonomie, qui rejoint le critère d'orientation en établissement médico-social.

La prise en charge dans un établissement ou un « service » donné est à considérer comme une étape dans le parcours de la personne, en fonction de son autonomie, et non comme une fin en soi. La connaissance mutuelle des dispositifs indriens doit permettre de consolider une vision globale du meilleur parcours de vie possible pour la personne en situation de handicap, quel que soit son âge.

### 2.3. Des failles dans l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées

Le soin pour une personne handicapée ou non, c'est toute action qui vise à conserver, maintenir ou réparer la santé globale d'un individu.

Au cours de la vie d'une personne handicapée, celle-ci aura recours de nombreuses fois à des soins. Ceux-ci sont donc indissociables du projet de vie global de la personne, ils en sont même l'essence car le parcours de vie doit être en cohérence avec l'approche globale de sa santé.

Les personnes handicapées ont recours à différents types de soins, les actes de prévention de la santé (éducation pour la santé, détection des cancers du colon, du sein...), les soins des actes essentiels de la vie (toilette, élimination...) les soins techniques aigus lors d'un épisode aigu de maladie (pansements, injections), les soins techniques « quotidiens » (trachéotomie, poche de colostomie, perfusions...).

Pour autant l'accès aux soins sera différent selon que la personne est prise en charge en établissement ou à domicile. Force est de constater que dans les deux cas la totalité des dispositifs mobilisables est méconnue tant de la personne handicapée que des professionnels.

#### ▲ Difficultés liées à la prise en compte du consentement de la personne handicapée

L'article L.111-4 du code de la santé prévoit « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6, ou la Famille, ou à défaut, un de ses proches, ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L.1111-6 ou la Famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Or, cet article du code de la santé donne lieu à des interprétations tant de la part des médecins que des tuteurs et pose souvent des problèmes dans la prise en charge de la personne handicapée hospitalisée.

La désignation de la personne de confiance prévue par le code de la santé lors d'une hospitalisation est une disposition qui n'est pas bien connue des personnes handicapées. De même, les directives anticipées, qui peuvent aussi faciliter la prise en charge médicale de la personne, sont rarement exprimées.

L'aspect de la santé dans le projet de vie de la personne handicapée devrait donc être préparé bien en amont d'une hospitalisation ou d'un soin médical et faire partie intégrante de son projet de vie. A ce jour, ce sont plutôt des décisions dans l'urgence qui sont prises.

### ▲ **Difficultés liées au fonctionnement de l'offre de soins**

Les horaires des soins tant pour les actes essentiels de la vie (toilette, habillage) que pour les soins infirmiers plus complexes sont souvent une source de mécontentement pour la personne handicapée et quelques fois amènent à une renonciation à des soins spécialisés faute de possibilité pour ses services de proposer une autre solution à la personne.

Compte tenu de la pénurie de professionnels de santé et de l'absence d'accessibilité pour certains cabinets, la personne handicapée se retrouve parfois aux urgences alors qu'un avis de médecine libérale aurait suffi.

Pour les soins urgents de nuit ou le week-end, bien que l'Indre soit dotée de quatre maisons médicales de garde (Argenton-sur-Creuse, Châteauroux, La Châtre et Issoudun), le transport du domicile vers ces maisons médicales la nuit ou le week-end est souvent problématique pour les personnes handicapées.

La sortie d'établissement de santé est problématique, tant dans la continuité du soin (livraison de matériel, ordonnance, médicaments, soins infirmiers ou kinésithérapie...) que dans les informations transmises et nécessaires souvent pour remettre en place des aides à domicile (H.A.D., P.C.H., S.S.I.A.D., auxiliaires de vie).

La prise en charge des résidents des établissements médico-sociaux pour un bilan même court pose souvent des problèmes d'organisation aux services hospitaliers, malgré le progrès constaté depuis la mise en place de la fiche de recueil des informations sur la vie de la personne. Cette fiche est encore insuffisamment utilisée.

Même s'il existe un numéro d'urgence national pour faciliter l'appel des personnes ayant des difficultés de communication orale (n° 114 joignable par fax ou SMS, modèle de fax pour le 114 avec présence de pictogrammes), celui-ci est rarement connu et utilisé.

Les services d'hospitalisation à domicile ne couvrent pas la totalité de l'Indre, alors qu'ils apportent un confort indéniable au malade handicapé par une sortie plus rapide et sécurisée des soins aigus hospitaliers. Les personnes handicapées qui habitent dans ces zones non desservies ont donc une perte de chance.

De même les S.S.I.A.D. pour personnes handicapées ne couvrent que la moitié nord-est du département et l'agglomération de Châteauroux laissant une vaste zone avec une prise en charge sur dérogation par les S.S.I.A.D. pour personnes âgées. Cette absence de S.S.I.A.D. spécialisé est aussi préjudiciable au maintien dans des conditions sanitaires satisfaisantes des personnes handicapées à domicile. La prise en charge même ponctuelle des personnes handicapées hébergées dans un établissement spécialisé non médicalisé (foyer d'hébergement, F.A.O.) ne se fait pas alors qu'elle pourrait permettre de garantir la continuité d'accueil et prévenir des hospitalisations.

Pour la couverture en S.A.M.S.A.H. :

- le S.A.M.S.A.H. spécialisé en psychiatrie couvre la totalité du département, mais la liste d'attente est conséquente,
- le S.A.M.S.A.H. pour personnes lourdement handicapées n'existe pas sur la moitié nord ouest à sud est du département.

### ▲ **Difficultés liées à la méconnaissance des dispositifs de droit commun, des réseaux spécifiques**

Afin de faciliter l'accès aux soins de nombreux dispositifs existent :

- l'accès à la couverture maladie universelle ou à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est un droit pour la plupart des personnes handicapées, mais ce droit n'est pas toujours utilisé par méconnaissance des démarches. Les démarches pour les obtenir s'avèrent compliquées pour des

personnes handicapées souvent isolées à domicile, et ce sont des démarches volontaires de la personne,

- de même ; lorsque la pathologie relève d'un classement en ALD (affection longue durée), la prise en charge à 100 % des soins de cette pathologie facilite les soins, mais c'est aussi une démarche volontaire de la part de la personne avec un certificat qui doit émaner de son médecin traitant,
- les droits à l'indemnisation des arrêts maladie, à l'invalidité, à l'allocation d'adulte handicapé, aux reclassements professionnels ou les aides au maintien dans les postes de travail, sont aussi des dispositifs mal connus et dont l'articulation est complexe.

De même, un nombre important de réseaux de santé spécifiques est recensé dans l'Indre. Ils sont souvent méconnus du grand public et des professionnels.

Par exemple, le CODES pour l'éducation à la santé, l'ANPAA 36 pour les addictions, le service de l'assurance maladie SOPHIA pour mieux vivre son diabète, le réseau OncoBerry, le Codespa, le réseau diabète Diapason 36, ALIS 36 pour le virus HIV, sont tous des acteurs potentiels de la prévention ou des conseils pour l'accès aux soins.

Le réseau Albatros permet en établissement comme à domicile d'évaluer les soins dentaires complexes nécessaires à une personne handicapée et de les prendre en charge à l'hôpital de Châteauroux.

Les centres de planification peuvent aider à la prise en charge des problèmes de gynécologie (contraception, protection contre les maladies sexuellement transmissibles, suivi médical).

### ▲ **Difficultés liées à l'absence d'adaptation des cabinets médicaux aux handicaps, mais aussi d'adaptation des campagnes de prévention, des programmes généraux**

L'accès des cabinets libéraux (médecin, infirmière, kinésithérapeute, dentiste) est souvent difficile voir impossible pour les personnes en fauteuil roulant et un certain nombre de refus de soins découle de cette inaccessibilité.

Les programmes nationaux de prévention de la santé qui sont proposés ne tiennent pas souvent compte de la spécificité de la personne handicapée. Le programme de prévention du cancer colo-rectal ou celui de prévention du cancer du sein ne sont pas adaptés aux personnes handicapées qui présentent des difficultés de compréhension ou des difficultés motrices.

Le CODES et ALIS 36 sont engagés dans une démarche d'adaptation de leurs programmes de prévention. Cette démarche est aussi à initier pour les autres acteurs de la santé intervenant tant sur le département que sur les campagnes nationales de prévention.

A ce jour, le développement du dossier médical personnel est embryonnaire pour les personnes handicapées et la communication vers ce public n'est pas adaptée.

### ▲ **Difficultés liées à la désertification médicale**

L'Indre compte au premier janvier 2012, 86 médecins généralistes pour 100.000 habitants, contre une moyenne nationale de 108.

Le chiffre est de 48 spécialistes pour 100.000 habitants contre une moyenne nationale de 94 et le département dispose de 35 dentistes pour 100.000 habitants contre une moyenne nationale de 57. Au niveau des kinésithérapeutes, le chiffre est encore plus alarmant, avec 41 kinésithérapeutes pour 100.000 habitants alors que la moyenne est de 91 au niveau national.

En revanche, seule la densité d'infirmiers libéraux est acceptable, le nombre d'infirmiers diplômés d'État est de 134, contre une moyenne nationale de 139.

Cette démographie désastreuse des professions médicales et paramédicales de notre département est bien sûr préjudiciable à un suivi médical correct.

Il devient très difficile pour un nouvel arrivant de trouver un médecin qui accepte des nouveaux patients et bien sûr il y a un risque de renonciation aux soins. Ces difficultés et ce risque sont majorés pour les personnes handicapées.

En outre, le manque de médecins et de spécialistes entraînent des frais financiers importants et non remboursés par l'assurance maladie pour consulter des praticiens dans les départements limitrophes (CHU de Tours, CHU de Limoges, CHU de Poitiers) et surtout l'absence de soins adaptés dans certaines situations notamment la rééducation à domicile.

Professionnels de santé libéraux ou mixte (1)			
En exercice au 1.01.2012			
Nombre et densité pour 100 000 habitants (2)			
Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP - RPPS traitements DREES- INSEE estimations de population au 01/01/2010			
Professions	CENTRE	Indre	FRANCE Métropolitaine
<b>Médecins généralistes</b>			
nombre	2 328	200	67 704
densité	91	86	108
dont praticiens de 55 ans et plus	1 117	10	30 354
<b>Médecins spécialistes</b>			
nombre	1 860	111	59 248
densité	73	48	94
dont praticiens de 55 ans et plus	981	71	30 161
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>			
nombre	4 188	311	126 952
<b>Chirurgiens dentistes</b>			
nombre	1 055	81	36 039
densité	41	35	57
<b>Infirmiers</b>			
nombre	2 172	311	87 236
densité	85	134	139
<b>M.A.S.seurs kinésithérapeutes</b>			
nombre	1 519	95	57 730
densité	60	41	91



# 2<sup>ème</sup> partie

## Orientations

---

# 1 ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LEURS AIDANTS DANS L'EXPRESSION ET LA SATISFACTION DE LEURS BESOINS

## 1.1 Faciliter l'accès à l'information

### 1.1.1 A destination de la personne handicapée, son entourage et du grand public

Les sources d'information à destination des personnes handicapées et du grand public sont nombreuses et variées : brochures, affiches, sites Internet d'associations, d'administrations territoriales ou de l'Etat. Pourtant, il est constaté un manque d'information sur de nombreux sujets : sur les droits (quelles sont les aides existantes ? quels sont les différents volets de la P.C.H. ? ...), sur des sujets d'actualité, de vie sociale, de loisirs, mais également sur les dispositifs de répit existants pour les aidants Familiaux. Il existe certes beaucoup de sources d'information, mais souvent avec une porte d'entrée spécialisée par type de handicap, de porteur institutionnel (Assurance Maladie, Etat, CNSA, ...) et évidemment sans l'aspect local.

Le groupe de travail sur l'accompagnement à domicile s'est positionné favorablement sur la création d'un site Internet spécifique qui pourrait répondre à toutes ces questions. Ce projet devrait permettre de renforcer l'information à destination de la personne handicapée, de son entourage et du grand public.

### 1.1.2 A destination des professionnels

Concernant les professionnels, s'ils connaissent généralement bien le dispositif dans lequel ils interviennent, ils manquent d'information sur ce qui se fait ailleurs. Les connaissances apparaissent cloisonnées. Pourtant, la juste information des professionnels garantit la meilleure réponse apportée à la personne handicapée.

Ainsi, par une présentation mutuelle des dispositifs existants : entre établissements de catégorie différente (F.H., F.A.O., F.A.M., M.A.S.), dispositifs et prestations mobilisables de la vie à domicile (S.A.V.S., S.A.M.S.A.H., S.S.I.A.D., accueil familial, services d'aides à domicile, P.C.H., A.A.H., C.R.P. ...), les professionnels pourraient échanger, créer des liens, un réseau, et profiter du savoir de l'autre, au bénéfice de la prise en charge de la personne en situation de handicap.

Le groupe de travail relatif à l'accompagnement à domicile propose ainsi que soit organisée une table ronde ou un forum permettant de nouer les premiers contacts, à charge ensuite aux professionnels de se rapprocher entre eux en fonction des problématiques abordées, pour approfondir leurs connaissances.

Le site Internet pourra également participer à l'information de ces professionnels via la mise en ligne d'informations qui leur seraient utiles au quotidien.

## 1.2 Développer l'élaboration du projet de vie et améliorer son évaluation

### 1.2.1 Accompagner la personne dans l'expression de son projet de vie

La loi du 11 février 2005 vise à mieux prendre en compte les besoins, les attentes et les choix de vie de la personne handicapée. Elle propose au demandeur d'exprimer, par écrit et de manière facultative, son projet de vie dans le formulaire de demande auprès de la M.D.P.H.

Le projet de vie permet à la personne concernée de faire part de ses attentes et ses besoins en relation

avec sa situation. Dans le cadre d'une demande formulée à la M.D.P.H., il offre la possibilité à la personne de préciser en quoi sa demande s'inscrit dans son projet de vie.

Le projet de vie peut concerner tous les domaines de la vie de la personne : vie professionnelle, lieu de vie, parcours médical, vie sociale, loisirs, culture... Cela peut être également une réflexion sur un projet d'avenir.

Il ne s'agit pas d'un document d'évaluation mais d'une information complémentaire très précieuse pour les équipes d'évaluation de la M.D.P.H. puisqu'il permet de comprendre comment vit la personne, quelles sont ses difficultés et ses attentes. Il permet à la M.D.P.H. de prendre en compte la singularité de chaque personne et de lui apporter les éléments de compréhension pour qu'elle puisse adapter les réponses à sa situation.

Par ailleurs, le projet de vie n'est pas figé. Il est évolutif et modifiable à tout moment.

Ainsi, lors des visites à domicile, les agents de la M.D.P.H. chargés d'évaluer le plan d'aide au titre de la Prestation de Compensation du Handicap participent à l'information des personnes et à l'évolution de leur projet de vie. L'information sur les dispositifs susceptibles d'être adaptés à la personne en situation de handicap peut concerner par exemple le Fonds de Compensation du Handicap. Ce Fonds est chargé d'accorder, selon des critères définis, des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après que les intéressés aient fait valoir l'ensemble de leurs droits. Ces aides peuvent parfois être nécessaires pour pérenniser le projet de vie des personnes, notamment à domicile.

Actuellement, au sein des formulaires de demande, le nombre de projets de vie complétés est faible au regard du nombre total de personnes ayant déposé des demandes (2,6 % des personnes l'ont exprimé dans le formulaire). Bien que facultative, l'élaboration du projet de vie est à développer :

- par une meilleure communication à destination des personnes handicapées et des professionnels les accompagnant sur ce qu'est le projet de vie et son intérêt dans le cadre de l'évaluation,
- par un renforcement de l'aide apportée à la formulation et à l'élaboration
- par le renforcement de l'information relative au Fonds de Compensation du Handicap et par la formalisation du processus de demande d'aides via ce fonds.

### 1.2.2 Développer les temps et lieux d'évaluation pour être au plus près des besoins

L'évaluation du projet de vie est une étape importante pour la personne handicapée car c'est cette étape qui va permettre à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de prononcer sa décision sur la base de l'analyse faite et d'ouvrir les droits, susceptibles de permettre la réalisation du projet de vie.

L'anticipation des besoins et la qualité de l'évaluation sont donc des facteurs importants dans la réussite du projet de vie de la personne handicapée.

L'amélioration de l'évaluation passe par une meilleure connaissance des dispositifs de l'Indre et par la poursuite du travail réalisé via l'utilisation de temps et lieux intermédiaires.

Suite au précédent Schéma Départemental des Personnes Handicapées, des conventions ont été réalisées pour faciliter l'accès des personnes handicapées à des périodes de « stage » de quelques jours à plusieurs semaines. En vue d'une orientation ou d'une réorientation : il s'agit là d'aider à l'élaboration ou à la modification du projet de vie. Il peut s'agir de jeunes majeurs sortant du dispositif de l'enfance handicapée, d'adultes vivant dans leur famille ou en milieu ordinaire ou d'adultes accueillis au sein d'un établissement d'une autre catégorie mais semblant nécessiter une réorientation ou un changement de lieu de vie.

Ce dispositif des stages est à poursuivre car son fonctionnement donne satisfaction. Il pourrait être perfectionné en améliorant la connaissance mutuelle qu'ont les établissements entre eux, par la prise en compte des missions et des spécificités de chaque catégorie d'établissement.

Certains établissements se sont dotés de lieux intermédiaires (logement « autonomes », « internes/externes », au sein de l'établissement) permettant, en interne, d'évaluer le degré d'autonomie des personnes et les démarches restant à accomplir pour envisager un projet de vie à domicile, avec ou sans l'appui d'un service d'accompagnement spécifique. L'évaluation est donc très pertinente car réalisée dans des conditions proches de la réalité future.



Concernant les évaluations professionnelles, les périodes de « stage » présentent également un fort intérêt dès lors que la durée permet une évaluation efficace en milieu de travail (durée d'une à deux semaines au minimum). Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et les Entreprises Adaptées (EA) de l'Indre accueillent régulièrement des stagiaires et participent ainsi activement au processus d'évaluation.

Des ateliers de type professionnels au sein des établissements peuvent également être utilisés, voire généralisés si possible, afin de faciliter l'évaluation et la transition vers le monde du travail pour les résidents.

Concernant les réorientations, au-delà des aspects d'évaluation à proprement parler, la phase d'information de la personne handicapée revêt une importance capitale. Il arrive de rencontrer des personnes réorientées vers un dispositif mais ne sachant pas à quoi il correspond. Autrement dit, il appartient à tous les professionnels du milieu du handicap de bien se connaître entre eux et de communiquer sur leurs missions. Un site Internet, des journées portes ouvertes, des réunions d'information, des stages... sont autant de moyens à (ré)utiliser afin que la personne handicapée puissent franchir les étapes de son projet de vie le plus naturellement possible, et ce, dès la demande de réorientation.

Enfin, il faut rappeler que la personne handicapée est au cœur du dispositif de la demande. Si la nécessité de travailler une demande d'orientation est incontestable, ce travail doit se faire dans le seul but de réaliser la volonté, lorsque celle-ci peut être exprimée, de la personne handicapée.

Il est en effet anormal que des personnes handicapées à qui une place en établissement est proposée la refusent au motif qu'ils ne sont pas demandeurs de cette orientation. Cela peut être la conséquence d'une demande exprimée en fait par un établissement précédent d'une autre catégorie, qui souhaite une sortie rapide de son établissement, ou par la Famille ou le tuteur, sans que la personne adhère au projet.

### 1.2.3 Favoriser l'accès aux dispositifs non spécialisés « handicap »

Le champ du handicap est riche de dispositifs variés et spécialisés. Toutefois, la réalisation du projet de vie et l'évaluation des besoins peut aussi passer par la mobilisation des dispositifs ou structures relevant d'autres champs (médical, social, expérimental...). Les personnes handicapées n'ont pas de raison d'être exclues, du fait de leur handicap, de ces autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou sanitaires.

Ainsi, pour certaines situations, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) peuvent répondre à un besoin ponctuel. Les ACT proposent un hébergement « à titre temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion ». Ils relèvent d'un financement de l'ARS.

Ils se situent comme une alternative à une hospitalisation ou à une vie à domicile difficilement réalisable en l'état. L'objectif est que les personnes puissent retrouver une autonomie dans la cité et accéder à un logement autonome. Afin de garantir le respect du droit à une vie Familiale des personnes hébergées, les appartements de coordination thérapeutique peuvent également accueillir leurs proches.

Fonctionnant sans interruption, de manière à optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, les ACT s'appuient sur une double coordination médico-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, Revenu de solidarité active...) et l'aide à l'insertion sociale.

Dans l'Indre, un premier projet d'ACT a été développé et mis en œuvre au 3ème trimestre 2013.

Un autre dispositif est également présent via les maisons relais. Elles sont destinées à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement autonome. Elles relèvent d'un financement D.D.C.S.P.P.

Les maisons relais s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire qui ne parviennent pas à accéder à un logement autonome.

Il est important de rappeler que la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais bien d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrant un cadre semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social.

La maison relais constitue une modalité particulière de résidence sociale. Elle ouvre droit au bénéfice de l'allocation personnalisée au logement (APL).



Il s'agit de structures de taille réduite, associant logements privés et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes, qu'il convient de rapprocher le plus possible du mode de fonctionnement et de vie d'une maison ordinaire.

Enfin, l'accueil familial thérapeutique, qui n'est pas présent dans l'Indre, pourrait être une structure intermédiaire particulièrement pertinente.

L'accueil s'adresse à des patients relevant d'une prise en charge sanitaire active en santé mentale susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu Familial. Le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible. Il s'agit notamment d'une phase de réadaptation et d'acquisition d'une certaine autonomie au cours de laquelle la prise en charge sociale et affective prend une dimension importante. La continuité des soins en santé mentale est assurée par le service assurant l'accompagnement des patients et des Familles d'accueil.

Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles psychiques susceptibles de retirer un bénéfice d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu Familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie.

Le recours à ce type d'accueil doit nécessairement passer par un centre hospitalier. Il est envisageable :

- en amont d'une hospitalisation, pour éviter la dégradation prévisible de l'état de santé d'un patient,
- en cours d'hospitalisation, des accueils ponctuels ou séquentiels (d'un à plusieurs jours par semaine) permettant de vérifier la pertinence d'un projet de déshospitalisation,
- en aval d'une hospitalisation, lorsque le retour du patient à son propre domicile n'est pas souhaitable (en prévention de rechutes favorisées par un environnement matériel et social «nocif») ou envisageable (cas des personnes sans domicile).

L'accueil familial thérapeutique est une solution de prise en charge transitoire, permettant (entre autres) de vérifier l'hypothèse d'un retour à l'autonomie ou d'un accueil familial «social».

#### 1.2.4 Développer une coordination de proximité

Au delà de l'amélioration de la connaissance, tant des personnes que des professionnels sur l'ensemble des dispositifs d'aide et d'accompagnement mobilisables, spécialisés ou non, il apparaît nécessaire d'aller plus loin et de manière plus directement opérationnelle dans le travail en réseau.

Il est ainsi proposé de créer des coordinations de proximité.

Au niveau du public, la coordination de proximité tendrait à favoriser le maintien (ou le retour après hospitalisation) des personnes handicapées dans leur milieu de vie dans des conditions optimales ou bien à faciliter l'accès aux structures susceptibles de leur apporter la prise en charge la plus adaptée à leur situation. Pour les personnes handicapées, la coordination favoriserait une meilleure évaluation de leurs besoins, une meilleure réponse à leurs attentes, une amélioration de la qualité et de la cohérence des interventions et une simplification des procédures.

Au niveau des intervenants, auxquels elle offrirait un espace de concertation et d'aide à la décision, la coordination de proximité permettrait de mieux analyser les besoins locaux pour y apporter les solutions les plus pertinentes, compte tenu des moyens existants et des possibilités de l'environnement local, d'accroître le confort et l'efficacité des actions par le décloisonnement des acteurs, l'organisation de la complémentarité, la simplification des procédures, l'évaluation des mesures mises en œuvre et la circulation des informations.

Ainsi, à titre expérimental, il est proposé la réalisation d'une instance de coordination de proximité pour les personnes handicapées sur le même principe que les coordinations gérontologiques pour les personnes âgées.

## 2 POURSUIVRE L'ADAPTATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE AUX BESOINS

### 2.1 Poursuivre la formation des professionnels

#### 2.1.1 Travaillant en établissement

L'augmentation générale de l'espérance de vie bénéficiant également aux personnes en situation de handicap et la suppression de la barrière d'âge conduisent les établissements et services à adapter l'accompagnement et la prise en charge des personnes accueillies à leur situation, ainsi que les organisations de service.

Les plans de formation des établissements et services doivent obligatoirement prendre en compte l'évolution des publics, leurs besoins et leur projet de vie, dans un objectif de meilleure réponse à la diversité des prises en charge à laquelle ils sont confrontés.

Pour justement assurer la continuité et la complémentarité des prises en charge, et éviter une usure professionnelle prématurée en raison notamment de l'évolution de la pyramide des âges, les professionnels doivent être formés et qualifiés.

Le renforcement de la formation continue des personnels passe par le développement des compétences supplémentaires et des techniques éducatives.

Pour ce faire, les établissements peuvent optimiser les dispositifs existants (VAE, apprentissage, formation en cours d'emploi ...) qui permettent également de valoriser les « faisant fonction ».

Les formations diplômantes et qualifiantes sont également à promouvoir. Sur ce point, le Conseil Régional joue un rôle central dans l'organisation de l'appareil de formation (schéma régional des formations sanitaires et sociales).

Les formations en intra qui permettent au plus grand nombre d'en bénéficier, soit pour un seul établissement, soit par regroupement, peuvent également être proposées : développement des comportements bienveillants (écoute, patience, respect de la personne handicapée et de son rythme de vie), mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles...

Les résultats des évaluations interne et externe auxquelles les établissements doivent se soumettre seront de bons indicateurs sur les besoins en la matière et sur l'évaluation du catalogue de l'offre en formation.

Le groupe de travail sur l'adaptation et l'évolution des établissements a fait ressortir les difficultés rencontrées par les professionnels sur la vie affective et la sexualité des personnes handicapées. Ce point est un droit fondamental au regard de la loi du 11 février 2005 ; les établissements sensibilisés devront prendre toutes les mesures facilitant la formation des professionnels sur ce sujet délicat.

#### 2.1.2 Intervenant à domicile

Les intervenants (services d'aide à la personne, services infirmiers ou encore services hospitaliers) peuvent être amenés, quand ils prennent en charge à domicile une personne dans le cadre de leurs missions, à devoir faire face à des difficultés propres à la situation de la personne handicapée (isolement, conduite addictive, désocialisation...) ou encore à des difficultés spécifiques liées au handicap même. Le professionnel peut être en difficulté et avoir par conséquent le sentiment de ne pas être suffisamment compétent, d'être mis en échec professionnellement. Cela peut conduire à un sentiment d'isolement dans le travail au quotidien.

Aussi, afin de répondre à ces difficultés, il est important d'une part de permettre aux professionnels de connaître davantage les spécificités de la prise en charge d'une personne handicapée et, d'autre part, leur permettre d'accéder à des formations spécifiques qui pourraient être prises en charge par l'OPCA.

L'accès à une meilleure connaissance du handicap peut être garanti dans le cadre d'une approche globale du handicap par l'accès à des présentations de dispositifs existants autour du handicap, par l'accès à des échanges entre les professionnels intervenant à domicile (table ronde, forum...). Le personnel de terrain pourrait accéder ainsi à une formation régulière et continue apportée par les intervenants des structures et services existants sur le territoire.

En fonction du niveau de connaissances acquises par les professionnels et de leurs compétences, la constitution d'un réseau pour avoir un échange ciblé entre partenaires, pour évoquer des sujets précis, afin de répondre au mieux au besoin de la personne handicapée, est aussi à privilégier.

Concernant en particulier les services d'aide à domicile qui peuvent être amenés, sur des situations complexes, à prendre le relais d'autres services notamment de soins et à effectuer des gestes à la limite de leur périmètre de compétence, là aussi il est important que des formations complémentaires et adaptées soient dispensées à ces professionnels dans l'objectif de mieux appréhender les limites à ne pas dépasser dans leur pratique professionnelle.

## 2.2 Ajuster l'organisation des établissements médico-sociaux à l'évolution des besoins

### 2.2.1. Entre les différents types de structures médico-sociales

Il est ressorti de l'enquête menée auprès des établissements au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2013 que certaines personnes handicapées vivant en établissement n'ont pas l'orientation décidée par la C.D.A.P.H. et/ou ont besoin d'une réorientation, notamment entre foyer d'hébergement et foyer occupationnel.

Il apparaît également un besoin de places en foyer occupationnel alors même qu'il existe parfois dans la même zone géographique des places disponibles en foyer d'hébergement.

Aussi, il est envisagé de transformer quelques places de foyer d'hébergement en places de foyer d'activités occupationnelles. Le volume et la localisation de ces transformations seront fonction des besoins mais aussi des opportunités susceptibles d'apparaître notamment à l'occasion d'opérations de restructuration.

De même, le département de l'Indre dispose d'un S.A.M.S.A.H. à vocation départemental de 20 places pour des personnes handicapées souffrant de handicap psychique (géré par l'UGECAM du Centre) mais que d'un seul S.A.M.S.A.H. en direction des personnes lourdement handicapées (géré par le Centre de Soins Public Communal pour Polyhandicapés d'Issoudun), d'une capacité de 10 places, et intervenant sur une partie seulement du département (zone nord-est du département, au dessus d'un axe Ecueillé-Pérassay).

Ainsi, la couverture géographique pour les personnes lourdement handicapées laisse dégarnie tout le sud ouest du département et une création sur cette zone semble aujourd'hui nécessaire afin de répondre aux besoins constatés.

Aussi, la création d'un S.A.M.S.A.H. de 10 places par procédure d'appel à projet pourrait intervenir sur la durée de validité du présent schéma.

### 2.2.2 Au sein des organisations elles-mêmes

L'accompagnement et la prise en charge doivent être adaptés aux besoins de la personne en situation de handicap, et à ses souhaits et habitudes de vie. Cette adaptation semble d'autant plus nécessaire pour permettre d'accompagner les personnes handicapées vieillissantes au sein des structures, dans le cadre de leur prise en charge.

Pour ce faire, les établissements doivent mettre en place une organisation tenant compte de ces éléments. Cela nécessite l'élaboration de plannings d'activités très souples et non obligatoires pour la personne accueillie pour laquelle l'adaptation à son rythme de vie doit être préservée.

Là où cela a été mis en œuvre, le développement d'accompagnement en journée des travailleurs handicapés accueillis en foyer d'hébergement sur les temps non travaillés a montré son intérêt. Cela permet

d'accompagner progressivement la transition vers un autre projet de vie. Cette organisation est donc à maintenir et à développer.

La détermination des temps forts de présence des personnels au cours de la journée permettra également d'ajuster les plannings en fonction des besoins recensés auprès des personnes handicapées.

Pour les structures de petite taille disposant d'un effectif peu important, ces adaptations peuvent vite se révéler compliquées. Aussi, il peut être intéressant de mener une réflexion sur d'éventuels regroupements d'établissements.

Il est évident que la pluridisciplinarité des équipes doit être privilégiée, afin de répondre aux obligations de la loi du 11 février 2005 relatives au développement des potentialités, et à l'épanouissement personnel et social des personnes accueillies. Une vigilance particulière doit donc être portée sur les recrutements, notamment en ce qui concerne la qualification du futur salarié ou du remplacement du salarié occupant un poste de « faisant fonction ».

Certaines qualifications sont plus difficiles à recruter en raison de la pénurie constatée de ces professionnels. Les établissements doivent se décloisonner et favoriser les mutualisations.

Les modalités de gestion des remplacements des personnels en place, absents pour cause de congés, maladie, formation..., sont à élaborer afin d'assurer la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge.

### 2.2.3 En poursuivant la rénovation et la modernisation des établissements

Bien qu'un certain nombre de structures aient été restructurées, voir reconstruites depuis 2008, l'équipement départemental comporte encore des établissements anciens nécessitant des travaux afin de les adapter aux normes aussi bien de confort, d'hygiène, de fonctionnement de vie quotidienne, que d'accessibilité et sécurité, actuellement en vigueur.

Aussi, il est préconisé d'engager, dans les années à venir, de nouvelles opérations de rénovation.

## 2.3 Poursuivre le développement de l'accueil familial et des maisons d'accueil familial

Axe majeur des précédents schémas, le département a réussi à adapter le dispositif accueil familial de façon à bien déterminer les rôles respectifs de la D.P.D.S., de la M.D.P.H. et du réseau S.A.A.F. tout en permettant un travail en commun pour mener à bien le suivi et l'accompagnement des personnes dans leur projet de vie et l'adaptation de leur plan personnalisé de compensation. Les conventions, conclues par le Conseil général en 2008 avec chaque établissement « pivot » des S.A.A.F. définissant les missions de chacun, ayant fait leurs preuves, ont été renouvelées en 2013 et serviront de support à l'activité en faveur de l'accueil familial.

Le département a également réussi à mettre en place à destination des Familles agréées des programmes de formation continue préconisés au précédent schéma et à relancer l'information relative à ce mode d'accueil à destination des professionnels (tuteurs, Familles, établissements) et du public.

Aujourd'hui ces objectifs sont atteints et s'inscrivent dans la durée. L'accueil familial est un métier exigeant et reste une activité de droit privé rémunérée formalisée par un contrat entre l'accueillant et l'accueilli et dont les protagonistes restent libres quant à la durée de leur lien.

Aussi, il apparaît aujourd'hui nécessaire :

- de continuer à soutenir le vivier des accueillants Familiaux existant et leur permettre de combler les places vacantes dont ils disposent,
- de compléter la formation des accueillants Familiaux par des formations continues diversifiées et adaptées à leurs besoins,
- de promouvoir le métier d'accueillant Familial en ciblant davantage le public recherché afin de mettre en adéquation l'offre et la demande,
- de faciliter les démarches administratives de l'accueilli quant à la rémunération de l'accueillant,

- de mieux faire connaître et reconnaître le professionnalisme des accueillants Familiaux auprès des autres acteurs du handicap (IME, F.A.O., F.A.M. ...).

Quant aux maisons d'accueil familial, le précédent schéma a donné l'occasion au département d'expérimenter ce type d'offre. Complémentaires aux offres d'hébergement existantes, les maisons d'accueil familial permettent aux accueillis et aux accueillants d'avoir un lieu de vie adapté au handicap puisque le projet de construction de ces maisons doit prendre en compte les normes concernant l'accessibilité des locaux aux personnes handicapées et offrir ainsi toutes les garanties de liberté de circulation et de sécurité à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments. En limitant le nombre d'accueillis et d'accueillants par maison, le dispositif permet en outre de conserver un caractère Familial à l'accueil tout en facilitant une vie sociale enrichie.

C'est pourquoi, le département envisage de poursuivre sa politique de soutien envers ce mode alternatif d'accueil complémentaire à l'accueil familial classique.

## 2.4 Développer l'articulation entre les dispositifs médico-sociaux du handicap et les services sanitaires

### 2.4.1. Par le développement et l'adaptation des services de soins infirmiers à domicile S.S.I.A.D. spécialisés

Le département de l'Indre est doté de deux S.S.I.A.D. pour personnes handicapées, un sur la « région » de CHATEAUROUX géré par l'A.S.M.A.D. et l'autre sur une ligne reliant la moitié nord-ouest à sud-est de CHATEAUROUX géré par le C.S.P.C.P. à ISSOUDUN. Sur le reste du département, en cas de besoin, les S.S.I.A.D. pour personnes âgées peuvent prendre en charge des moins de 60 ans sur dérogation et s'ils ont des places.

Le tarif applicable à la place de S.S.I.A.D. comprend une somme journalière pour la prise en charge des soins effectués par une infirmière, libérale ou non, qui ne couvre pas la totalité des actes complexes comme les injections d'insuline, les soins de trachéotomie, de pompes à morphine ou de jéjunostomie.

Les difficultés de prise en charge financière de ces lourdes pathologies médicales qui amènent souvent un refus de prise en charge de la personne ainsi que les refus de prise en charge par manque de place des S.S.I.A.D. pour personnes âgées introduisent une discrimination avec la prise en charge des personnes âgées et une perte de chance pour la personne handicapée.

Même si le secteur sanitaire prescrit les soins en S.S.I.A.D. nécessaires à leurs patients et si l'utilité de cette prise en charge pour la qualité des soins apportée aux patients n'est plus à démontrer, le patient refuse souvent cette prise en charge ; les horaires de passage sont difficiles à concilier avec les souhaits de la personne handicapée et l'articulation tant des horaires des autres intervenants que des tâches à accomplir par les aides à domicile posent problème.

Un effort d'explication par le biais d'un site Internet sur les compétences et les limites de chaque service est à prévoir afin d'optimiser la complémentarité des prises en charge et favoriser le projet de vie à domicile notamment.

La possibilité d'intervention du S.S.I.A.D. dans les établissements pour personnes handicapées non médicalisés est mal connue et sous utilisée. Une intervention dans ce sens est à prévoir pour rapprocher les différents S.S.I.A.D. des établissements médico-sociaux de leur secteur.

De même, la gravité des pathologies prises en charge par les S.S.I.A.D. et la durée importante de ces prises en charge nécessitent une collaboration étroite avec les services hospitaliers tant locaux qu'universitaires afin que les équipes hospitalières forment les intervenants du domicile aux nouvelles techniques de soins.

### 2.4.2. Par le développement de l'Hospitalisation A Domicile (H.A.D.) :

Les services d'Hospitalisation A Domicile (H.A.D.) ne couvrent pas la totalité de l'Indre alors qu'ils apportent un confort indéniable au malade handicapé par une sortie plus rapide et sécurisée des soins aigus hospitaliers. Leur développement dans la totalité de notre territoire serait une avancée majeure dans la prise en charge tant pour les personnes à domicile que pour les établissements médico-sociaux.

### 2.4.3. Par le développement de la capacité en S.A.M.S.A.H. :

Le S.A.M.S.A.H. a pour vocation dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté à contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées. Il favorise le maintien à domicile et permet la reprise ou la continuité ou des soins médicaux adaptés.

Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour coordonner tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le S.A.M.S.A.H., en permettant un maintien à domicile optimal, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution des grands handicapés isolés.

Le S.A.M.S.A.H. est un service méconnu des services hospitaliers, alors que la reprise de soins ou la coordination de ceux-ci à domicile évite souvent des hospitalisations injustifiées.

La couverture géographique pour les personnes lourdement handicapées laisse dé garnie tout le sud ouest du département et l'augmentation des places de S.A.M.S.A.H. pour y remédier apparaît nécessaire.

### 2.4.4. Par le déploiement du Dossier Médical Personnel (D.M.P.) auprès des personnes handicapées et des structures médico-sociales qui les accompagnent

Le dossier médical personnel est un dossier médical informatisé et sécurisé accessible sur Internet à partir de la carte vitale du patient et d'une carte d'identification du personnel de santé.

Le D.M.P. est réalisé par un professionnel de santé (le plus souvent le médecin traitant) avec l'accord du patient. Celui-ci autorise l'accès de son dossier ou pas aux différents intervenants de santé et notamment au SAMU.

Chaque professionnel de santé inscrit les informations utiles à la prise en charge médicale du patient qu'il soigne.

La région Centre bénéficie du déploiement du D.M.P. à partir de sites pilotes et le Berry a été choisi en 2012.

Les hôpitaux et notamment les SAMU sont en cours de déploiement. Le F.A.M. du CSPCP a été choisi pour un développement expérimental en 2013.

L'Etat axe son déploiement 2014 prioritairement sur les personnes âgées et les médecins libéraux, or il est intéressant de continuer le déploiement vers les structures médico-sociales médicalisées ou non de l'Indre pour personnes handicapées.

Compte tenu de l'intérêt du D.M.P. dans les prises en charge complexes des personnes handicapées, des campagnes d'information à l'attention des médecins et des patients sont à prévoir notamment pour ceux vivant à domicile.

Les différents établissements et services médico-sociaux, acteurs du secteur du handicap, devront être sensibilisés à l'intérêt du D.M.P. L'informatisation en cours des différents établissements est l'occasion du choix des logiciels informatiques conciliant la saisie des projets de vie et la saisie du D.M.P. par le médecin traitant, les soins ne pouvant se dissocier d'un projet de vie harmonieux.

### 2.4.5. Par l'implication du secteur du soin dans les dispositifs d'accompagnement des personnes handicapées

#### - la fiche de liaison domicile hôpital pour faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées

Lors du précédent schéma départemental en faveur des personnes handicapées, il était apparu que la prise en charge des personnes handicapées aux urgences ou dans les services hospitaliers posait des problèmes aux équipes soignantes par méconnaissance des particularités du handicap. La mise en place d'une fiche de liaison domicile/hôpital, sur l'initiative de l'APF et en collaboration avec le Centre hospitalier de Châteauroux, la M.D.P.H. et le Conseil général, doit permettre la prise en charge aux urgences ou en hospitalisation des personnes handicapées.

Le développement de l'utilisation de cette fiche est à promouvoir.

#### - la participation aux équipes pluridisciplinaires de la M.D.P.H. et aux futures coordinations



Un nombre important d'acteurs participe déjà aux équipes pluridisciplinaires de la M.D.P.H. afin de finaliser les plans de compensation du handicap qui sont proposés à la personne handicapée. Certains acteurs du soin ne sollicitent pas toujours leur participation à ses équipes et il serait souhaitable qu'il apporte leur expertise pour enrichir les solutions proposées à la personne. De même, la participation du secteur sanitaire aux futures coordinations locales sera indispensable pour permettre à cette expérimentation de réussir son objectif d'aide et d'accompagnement global.

- Les familles d'accueil thérapeutiques

Le département de l'Indre est toujours dépourvu d'accueil en Famille d'accueil thérapeutique alors que la mission d'appui en santé mentale en 2005 préconisaient déjà la mise en place de cette prise en charge afin d'améliorer la sortie du milieu hospitalier psychiatrique. Une réflexion est à ré initier avec le secteur sanitaire psychiatrique et l'ARS afin de finaliser cette prise en charge sur le territoire de l'Indre.

## 3 FACILITER L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES

### 3.1 Faciliter l'accès aux logements adaptés

La problématique de l'accès à un logement adapté concerne aussi bien les particuliers propriétaires ou locataires de leur logement que les bailleurs sociaux.

Fort de son expérience sur la période 2008-2013 et des retombées positives du Programme d'Intérêt Général d'adaptation des logements sur le maintien des personnes à leur domicile, le département va renouveler la convention qui avait été conclue en 2008 et qui va arriver à échéance, avec l'Etat, l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (A.N.A.H.) et le Conseil Régional entre autres.

Concernant le parc de logements locatifs appartenant aux bailleurs sociaux, la création d'une plateforme de recensement des offres et des demandes de logement adapté a été formulée lors du précédent schéma. L'idée était de mettre en place un dispositif centralisé de recensement des offres de logements adaptés (avec des précisions quant à leurs caractéristiques) et des demandes (avec une qualification des besoins), afin de permettre une adéquation efficace des unes avec les autres. Cette plateforme offrirait une meilleure lisibilité des logements disponibles et leur niveau d'habitabilité par rapport au handicap propre de la personne.

Ce projet a fait l'objet de plusieurs réunions de travail avec les bailleurs sociaux mais n'a pas abouti, chaque bailleur ayant développé de son côté ses propres outils pour répondre à la demande de logement adapté.

Aussi, il est proposé :

- d'instaurer un partenariat étroit entre les différentes institutions et organismes intervenant en matière d'adaptation des logements, visant à mobiliser rapidement et efficacement les dispositifs existants et visant à permettre un accompagnement personnalisé de la personne handicapée par le bailleur social,
- de sensibiliser les professionnels bailleurs sociaux à la diversité des handicaps possibles (moteur, sensoriel, cognitif ou mental, polyhandicapés) afin d'envisager au mieux les adaptations des bâtiments, logements, parties extérieures, au-delà des normes et des exigences réglementaires sur l'accessibilité (choisir des portes moins lourdes à ouvrir, installer des barres de seuil à une bonne hauteur, supprimer les marches...).

## 3.2 Favoriser l'accès aux soins de droit commun

Les difficultés relatives à l'accès aux soins et à la santé pour les personnes handicapées constituent un point faible du dispositif indrien. Outre l'amélioration de l'articulation des dispositifs de soin et des dispositifs spécifiques d'aide et d'accompagnement évoqués précédemment, il importe aussi de veiller à ce que les personnes handicapées accèdent aux soins de « droit commun ».

Il a été relevé qu'il est important d'adapter le discours de santé face au public concerné. Aussi, une sensibilisation des acteurs locaux intervenant dans les messages de prévention comme le CODES, le réseau Respire, l'ANPAA, le réseau SOPHIA, le réseau OncoBerry, le Codespa, l'association Diapason, Alis 36, est à promouvoir.

Au-delà du discours, c'est aussi l'approche globale de la personne handicapée qui doit être mieux prise en compte.

En effet, la prise en charge des soins intimes et des problèmes de gynécologie notamment (contraception, protection contre les maladies sexuellement transmissibles, suivi médical) étant souvent délicate, une coopération avec le centre de planification est à construire afin que l'accès au soin se passe dans les meilleures conditions et avec une préparation préalable de la personne handicapée et du professionnel soignant. L'appui du personnel de l'établissement quand celle-ci est en établissement et l'appui de la Famille ou du moins de la personne de confiance est à rechercher.

L'approche globale de la personne handicapée est également à travailler dans le cadre des nouveaux droits accordés par les lois récentes quant à l'information et au consentement du patient notamment lorsque le patient est atteint d'une déficience intellectuelle.

Les refus de soins ou d'acte médical urgent posent également des questionnements au personnel soignant et aux organismes de protection de la personne (tutelle). Pour la personne sous curatelle la question est tranchée, c'est la personne qui est pleinement acteur de la coordination de ses soins qui décide. Pour la personne sous tutelle ce n'est pas tranché, le code de la santé publique prévoit l'accord du tuteur et le code civil prévoit l'accord de la personne si son discernement existe. Toute la question est l'appréciation par les médecins et les tuteurs de la capacité de discernement des personnes handicapées pour de multiples raisons (problème de communication, de déficience intellectuelle, gravité des conséquences éventuelles de l'acte médical ...). La désignation de la personne de confiance lors d'une hospitalisation peut résoudre en partie ce problème. Cette disposition n'est pas bien connue des personnes handicapées et une articulation avec les services de tutelle est à prévoir. Le travail avec les services hospitaliers, les juges, les tuteurs est à reprendre pour clarifier les procédures et la manière de faire les demandes d'accords éventuels. Le rôle du médecin traitant dans ces processus de décision doit être renforcé notamment lors des hospitalisations et des soins programmés.

Enfin, la rédaction d'une « charte » de l'accès aux soins des personnes handicapées est probablement à construire, un peu sur le modèle de celle des personnes âgées. Elle définirait les droits, les limites, l'adaptation de l'accessibilité aux documents écrits, l'information adaptée aux handicaps, la recherche d'un accord éclairé, les bonnes conduites des professionnels.

## 3.3 Soutenir une politique d'insertion professionnelle (sous réserve des évolutions législatives sur les compétences des Conseils Généraux)

A ce jour, le Conseil général n'a pas de compétence spécifique en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées. Certes, le transfert des ESAT est envisagé, mais le présent schéma a été élaboré sans préjuger de ce transfert, non encore organisé et validé par le législateur.

La loi de février 2005 a inscrit dans le marbre les notions d'égalité des droits et des chances, de participation et de citoyenneté des personnes handicapées. Pourtant, le taux de chômage de ces dernières reste deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population active. Aussi, des actions dans le département de l'Indre sont mises en place pour soutenir une politique d'insertion professionnelle et favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun.

Un des dispositifs innovants du précédent schéma en faveur des personnes handicapées, le SAISPAD



(Service d'Aide à l'Insertion Sociale et Professionnelle d'Adultes en Difficultés), géré par l'ADPEP, s'est interrompu au profit de la création d'un ESAT Hors-les-Murs (H.L.M.).

La mission de l'ESATHLM est de permettre aux personnes handicapées, jeunes sortant des établissements médico-sociaux ou personnes orientées en ESAT, d'élaborer un projet professionnel et de trouver ou de retrouver la possibilité d'intégrer le milieu professionnel ordinaire, soit par des stages soit par des mises à disposition temporaires via des détachements plus ou moins longs en entreprise.

Dans l'Indre, l'association ADPEP a mis en place ce projet. D'une capacité de 13 places en 2013, l'ESAT H.L.M constitue une passerelle favorisant le passage du milieu protégé au milieu ordinaire de travail pour le travailleur handicapé.

Chaque année, la C.D.A.P.H. se prononce sur des orientations en ESAT et préconise pour certains usagers de contacter l'ESAT HLM d'Issoudun.

En 2012, la C.D.A.P.H. de l'Indre s'est prononcée sur 292 orientations vers le milieu protégé.

Sur 12 places en ESAT HLM en 2012, 5 personnes ont pu réintégrer le milieu ordinaire.

Ainsi, cette structure innovante a permis pour 5 travailleurs handicapés de se réintégrer dans le monde du travail dit « ordinaire ». Grâce à un accompagnement soutenu, ces travailleurs sont toujours en exercice (information en date d'août 2013).

Les autres ESAT du département de l'Indre participent également à l'insertion des travailleurs handicapés en milieu ordinaire en les accompagnant sur le long terme vers l'acquisition de compétences supplémentaires (certificat d'aptitude « différents et compétents ») et d'une meilleure autonomie. En favorisant des périodes de détachement en milieu ordinaire de travail, des passerelles sont rendues possibles vers des entreprises adaptées ou vers d'autres entreprises du milieu ordinaire, en logement autonome avec ou sans S.A.V.S..

Concernant les demandeurs d'emploi, dans le cadre d'une compétence départementale, au sein d'un réseau national, chaque Cap Emploi assure une mission de service public en complément de l'action de Pôle Emploi. Dans l'Indre, l'objectif de Cap Emploi (Association gestionnaire : Ohé Prométhée) est de favoriser l'embauche des personnes handicapées dans les entreprises, privées ou publiques.

L'accompagnement est basé sur la relation à la personne. Il est orienté vers le développement de son autonomie et de son employabilité et appuyé sur des relations de coopération partenariale avec tous les opérateurs intervenant dans le parcours d'accès à l'emploi ou de maintien.

Au-delà de l'accès à l'emploi, le risque de perdre son emploi doit être minimisé. Ainsi, en terme de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), un service de proximité mis en place par l'Assurance Maladie permet de détecter et de prendre en charge le plus tôt possible les salariés en arrêt de travail qui risquent de ne pas reprendre leur emploi du fait d'un problème de santé (maladie, accident du travail, handicap, invalidité, etc.). L'objectif est d'assurer à ces salariés un retour à l'emploi dans les meilleures conditions possibles soit dans leur entreprise sur leur poste de travail ou sur un autre poste, soit par une réorientation professionnelle dans un autre secteur d'activité.

Ainsi, dans chaque caisse régionale d'assurance maladie, des cellules de coordination régionale pilotent la prévention de la désinsertion professionnelle. Dans l'Indre, la cellule PDP comprend la DIRECCTE, la SAMETH (association gestionnaire : Ohé Prométhée), la MSA, le service de santé au travail (AISMT), la CNAMTS, la M.D.P.H., la CARSAT et la CPAM.

Le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) aide également les entreprises et les salariés handicapés à assurer le maintien dans l'emploi. Ce service est financé par l'AGEFIPH pour le secteur privé et mis à disposition des établissements des fonctions publiques pour le compte du FIPHP. Les SAMETH proposent aux entreprises les services suivants :

- informations et conseils sur le cadre juridique et la démarche de maintien dans l'emploi,
- analyse de la situation et accompagnement dans la recherche et la construction de solutions adaptées,
- mobilisation des aides et prestations techniques, humaines et financières pour la mise en œuvre de la solution de maintien.

Concernant l'information des travailleurs handicapés, dans le cadre de la 4<sup>ème</sup> édition de la semaine « au Centre de l'emploi », une journée « un tremplin vers l'emploi » a été organisée le 23 mars 2013 par Pôle Emploi. Cette journée-forum à destination des publics les plus éloignés de l'emploi, dont les travailleurs handicapés, avait pour but de mettre en exergue les différentes structures d'insertion et d'accompagnement de ces publics

(ESAT, EA, organismes de formation, M.D.P.H., Conseil général, structures d'insertion, Cap Emploi...) ainsi que les emplois d'avenir.

Il est également à noter la multiplication des salons de recrutement en ligne pour les travailleurs handicapés (comme salons soutenus par l'AGEFIPH, citons : Handi2day, talents Handicap national...).

Au-delà des dispositifs existants, il faut rappeler que la formation reste le pilier de l'insertion professionnelle. Aussi, un regard attentif sur la scolarisation des jeunes, la réalisation de stages et leur connaissance du monde du travail sont des atouts importants pour faciliter leur intégration professionnelle future.

Citons ainsi le C.F.A.S. d'Orléans (centre de formation des apprentis spécialisés) vers lequel la C.D.A.P.H. prononce régulièrement des orientations. Il dispose de 2 lieux de formation dans l'Indre : à Valençay et Châteauroux. Il s'agit d'un CFA de droit commun en milieu ordinaire qui accueille des apprentis handicapés qui ont besoin d'un enseignement adapté et d'un accompagnement spécifique depuis sa création en 1984.

Ainsi, il est préconisé de poursuivre l'utilisation des dispositifs d'insertion professionnelle existants, spécialisés ou de droit commun, et de consolider l'entrée dans le monde du travail des jeunes adultes en situation de handicap.

### 3.4 Encourager la participation à la vie sociale

Pour toutes les personnes handicapées n'ayant pas accès au monde du travail, l'intégration et la reconnaissance sociale proviennent d'une participation à la vie culturelle, artistique ou encore sportive de la cité.

Aussi, il apparaît nécessaire d'encourager la participation à la vie sociale, quel que soit le lieu de vie de la personne handicapée, à domicile et en établissement. Chaque apprentissage, chaque initiative, chaque réussite est un pas vers cette intégration.

Quelques associations sportives dans le département de l'Indre accueillent des personnes handicapées et mettent en œuvre des actions pour adapter leurs installations ainsi que leur approche pédagogique. Le résultat en terme d'épanouissement, de développement personnel, de confiance en soi, de reconnaissance et de dynamisme qu'éprouvent les personnes pour qui l'intégration a pu être facilitée, est un formidable objectif pour la mobilisation de tous les acteurs du domaine artistique, culturel ou sportif.

Cette dynamique d'inclusion sociale se retrouve également au sein des établissements médico-sociaux et permet la participation des usagers en situation de handicap à des activités culturelles et sportives, ou à la réalisation de spectacles à destination du grand public. De ces initiatives sont nées de véritables liens avec l'extérieur et la participation régulière à des activités sociales locales.

Pour encourager ces initiatives, des actions complémentaires peuvent être envisagées : Tels l'accompagnement dans l'apprentissage et l'utilisation autonome des transports en commun, ou la diffusion de méthode d'accessibilité de l'information (facile à lire, facile à comprendre).

Au-delà de l'adaptation de l'activité en elle-même, le trajet à réaliser peut être un frein, du fait de la non adaptation des horaires des transports en commun, de leur non maîtrise par la personne handicapée ou de leur absence. Le mode de communication lui-même peut être un obstacle, s'il est trop complexe pour être compris.

Aussi, il est préconisé de :

- développer l'accessibilité des supports de communication (facile à lire, facile à comprendre),
- favoriser l'apprentissage de l'utilisation des transports en commun,
- favoriser la communication, via un langage accessible à tous, relative aux événements culturels et aux associations sportives,
- encourager l'ouverture des activités culturelles, artistiques ou sportives aux publics en situation de handicap, et encourager les usagers dans la découverte des activités existantes et la réalisation de leurs projets.



# Fiches

## actions

---

## FICHE ACTION N° 1

---

### FACILITER L'ACCES A L'INFORMATION POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, LES PROFESSIONNELS ET L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Permettre au plus grand nombre d'avoir accès aux réponses existantes, décloisonner les connaissances entre les professionnels, participer au changement du regard sur le handicap, intégrer le secteur du handicap dans la vie « normale ».

#### **Public visé :**

L'ensemble de la population

#### **Modalités :**

Créer une plateforme d'information de type site Internet permettant de diffuser l'ensemble des informations et de faire connaître les différents dispositifs d'aide et de soutien et leur application locale.

#### **Partenaires :**

Ensemble des partenaires du secteur, spécialisés ou non, associatifs, institutionnels.

**Financement :** Conseil général, GIP-M.D.P.H., tout partenaire souhaitant s'associer.

## FICHE ACTION N° 2 \_\_\_\_\_

### FAVORISER LA CONNAISSANCE MUTUELLE DES ACTEURS, DE LEURS DISPOSITIFS ET PRESTATIONS

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Renforcer les connaissances des intervenants du champ du handicap afin d'améliorer les réponses aux personnes en situation de handicap.

#### **Public visé :**

Toute personne intervenant dans le champ du handicap.

#### **Modalités :**

Dans le cadre d'une table ronde ou d'un forum, initier les contacts entre professionnels de secteurs différents.

S'appuyer sur les connaissances déjà existantes dans chaque secteur et chaque profession afin de les mettre en commun, de les échanger et de décloisonner les professionnels entre eux.

#### **Partenaires :**

Tous les acteurs du secteur du handicap.

**Financement :** Conseil général, GIP-M.D.P.H., tout partenaire souhaitant participer.

## FICHE ACTION N° 3

---

### MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES HANDICAPÉES POUR L'ÉLABORATION DE LEUR PROJET DE VIE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser l'expression du projet de vie de la personne.

Conforter les réponses apportées aux besoins par une meilleure connaissance du projet de vie de la personne.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées.

#### **Modalités :**

Perfectionner la communication sur le projet de vie, rappeler que le projet de vie est un élément important dans l'évaluation, qu'il est personnel et évolutif.

Renforcer l'aide à la formulation du projet de vie, permettre que l'élaboration et la rédaction du projet de vie soient facilitées et mieux comprises.

Solliciter au niveau national la réévaluation du tarif « aide humaine prestataire agréé » afin d'éviter les risques de renoncement du fait de la lourdeur du reste à charge.

#### **Partenaires :**

Toute personne amenée à accompagner la personne handicapée dans la rédaction de son projet de vie (professionnels de la M.D.P.H., des établissements et services, associations, aidants Familiaux, entourage...).

**Financement :** Conseil général, GIP-M.D.P.H., partenaires du champ du handicap.

## FICHE ACTION N° 4

---

### POURSUIVRE L'UTILISATION DU FONDS DE COMPENSATION POUR FACILITER LA REALISATION DU PROJET DE VIE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Renforcer l'information aux personnes en situation de handicap sur les aides que peut apporter le Fonds de Compensation du Handicap en vue de faciliter la réalisation du projet de vie.

#### **Public visé :**

Toute personne en situation de handicap.

#### **Modalités :**

Diffuser l'information dans le cadre de la plate-forme Internet, des visites à domicile des professionnels de la M.D.P.H. et via les professionnels du champ du handicap.

Formalisation du processus de demande d'aides au fonds de compensation.

#### **Partenaires :**

Tous les acteurs du secteur du handicap.

**Financement :** GIP-M.D.P.H. et les financeurs du fonds de compensation.

## FICHE ACTION N° 5

---

### DEVELOPPER LES OUTILS ET LES TEMPS PERMETTANT D'AMELIORER L'EVALUATION DU PROJET DE VIE ET DES BESOINS

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Améliorer l'évaluation du projet de vie et donc la réponse apportée.

Détecter ou confirmer les besoins d'orientation ou de réorientation vers les établissements ou services spécialisés.

#### **Public visé :**

Personnes en situation de handicap, vivant à domicile ou accueillies en établissement.

#### **Modalités :**

Continuer à mettre les personnes handicapées en situation de « réalité future » (via des stages, des périodes d'évaluation internes et l'utilisation de lieux intermédiaires).

Appuyer les partenaires afin que ces périodes de stage ou autre dispositif de mise en situation puissent se développer.

#### **Partenaires :**

GIP-M.D.P.H., établissements et services.

**Financement :** Conseil général, Etat, Assurance Maladie.



## FICHE ACTION N° 6

---

### FAVORISER L'ACCES ET LES PASSERELLES AVEC LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN ET LES AUTRES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL OU MEDICO-SOCIAL

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Améliorer l'évaluation du projet de vie.

Connaître les dispositifs existants et leurs critères d'admission.

Mettre en concordance l'offre et les besoins afin que les meilleures réponses puissent être apportées aux personnes handicapées.

#### **Public visé :**

L'ensemble des partenaires.

#### **Modalités :**

Diffuser les informations sur les dispositifs de droit commun, pouvant répondre aux besoins des personnes handicapées, sur le portail Internet.

Recenser les situations pour lesquelles ces dispositifs pourraient convenir.

Mettre en relation les demandeurs et les gestionnaires des dispositifs.

#### **Partenaires :**

Gestionnaires des dispositifs de droit commun, ensemble des acteurs du secteur du handicap.

**Financement :** Pas de financement spécifique.

## FICHE ACTION N° 7

---

### DEVELOPPER A TITRE EXPERIMENTAL UNE INSTANCE/LIEU DE COORDINATION DE PROXIMITE AUTOUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Créer un lieu d'échange pour les partenaires, notamment ceux intervenant à domicile, afin d'offrir un espace de concertation, d'aide à la décision et de coordination pour les situations dans lesquelles une coordination externe est nécessaire.

Faire remonter les besoins locaux afin de mieux les analyser et y répondre dans la mesure des moyens existants.

Favoriser une meilleure évaluation des besoins et des réponses pour les usagers.

Améliorer la qualité et la cohérence des interventions à domicile par une meilleure coordination des acteurs.

#### **Public visé :**

Partenaires du secteur du handicap, personnes en situation de handicap, aidants naturels, associations de proximité, mairies, acteurs et réseaux de droit commun.

#### **Modalités :**

Création d'une coordination de proximité pour les personnes en situation de handicap.

#### **Partenaires :**

Partenaires du secteur du handicap, personnes en situation de handicap, aidants naturels, associations de proximité, mairies, acteurs et réseaux de droit commun.

**Financement :** Pas de financement spécifique.

## FICHE ACTION N° 8

---

### ADAPTER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT EN ETABLISSEMENT

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Améliorer l'accompagnement et la prise en charge des personnes accueillies en établissement afin de prendre en compte l'évolution de leurs besoins.

#### **Public visé :**

Les professionnels travaillant auprès des personnes handicapées dans les établissements.

#### **Modalités :**

- Cibler les actions de formation visant à une meilleure prise en charge des différents types de handicap.
- Renforcer la formation continue des personnels.
- Optimiser les dispositifs existants (VAE, apprentissage, formation en cours d'emploi...).
- Promouvoir les formations diplômantes et qualifiantes.
- Développer les formations en intra ou regroupées entre plusieurs établissements.

#### **Partenaires :**

Etablissements publics et associations gestionnaires d'établissements.

**Financement :** OPCA, Conseil général, Conseil Régional.

## FICHE ACTION N° 9

---

### AMELIORER LA QUALIFICATION DES PROFESSIONNELS A DOMICILE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Permettre aux professionnels de disposer d'une offre de formation adaptée aux problématiques du handicap.

#### **Public visé :**

Les professionnels médico-sociaux intervenant à domicile.

#### **Modalités :**

- Réaliser un état des lieux des besoins en formation et des difficultés de recrutement.
- Faire intervenir les établissements et services médico-sociaux, les réseaux spécialisés pour dispenser la formation.
- Aménager aux professionnels des temps de parole, des temps d'échanges interprofessionnels.
- Promouvoir les formations diplômantes et qualifiantes.
- Développer les formations en intra ou regroupées entre plusieurs établissements.

#### **Partenaires :**

Etat, associations intervenant dans l'accompagnement à domicile des personnes handicapées.

**Financement :** OPCA, CNSA, Conseil Régional.

## FICHE ACTION N° 10 \_\_\_\_\_

### ADAPTER L'OFFRE DEPARTEMENTALE D'ACCUEIL A L'EVOLUTION DES BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANCIAP

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Permettre aux personnes handicapées d'être accueillies dans le type de structure correspondant à l'évolution de leur projet de vie et de leurs besoins.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées ayant besoin d'un accompagnement et d'une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne, dont le handicap ne permet pas ou plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, et de vivre de manière autonome à domicile et nécessitant un accueil en établissement.

#### **Modalités :**

Transformation de quelques places de foyer d'hébergement en places de foyer d'activités occupationnelles.

#### **Partenaires :**

Etablissements publics et associations gestionnaires d'établissements.

**Financement :** Conseil général.

## FICHE ACTION N° 11

---

### POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES S.A.M.S.A.H.

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser la vie à domicile en permettant à des personnes handicapées de disposer d'un accompagnement socio-éducatif et de prestations en soins continus et adaptées.

Assurer une couverture départementale.

#### **Public visé :**

Personnes lourdement handicapées et nécessitant une prise en charge globale.

#### **Modalités :**

Appel à projet pour la création de 10 places de S.A.M.S.A.H. couvrant la partie sud-ouest du département de l'Indre.

#### **Partenaires :**

Etablissements publics et associations gestionnaires d'établissements et services, ARS.

**Financement :** Conseil général et ARS.

## FICHE ACTION N° 12 \_\_\_\_\_

### OPTIMISER LES MODALITES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Assurer la continuité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes handicapées quels que soient leur âge et/ou l'évolution de leur handicap, accueillies au sein des établissements.

#### **Public visé :**

Les personnes handicapées accueillies au sein des établissements.

#### **Modalités :**

Poursuivre le développement de l'accompagnement en journée au sein des foyers d'hébergement tel que prévu par le précédent schéma pour les établissements ne l'ayant pas encore mis en place.

Elaborer des plannings d'activités souples et non obligatoires qui permettent un accompagnement et une prise en charge adaptés aux besoins de la personne en situation de handicap, tout en respectant ses souhaits et ses habitudes de vie.

Mettre en place une organisation de travail assurant une présence des professionnels en adéquation avec les activités proposées.

Privilégier une pluridisciplinarité des équipes, pluridisciplinarité pouvant s'organiser au travers de décroisement et de mutualisation avec d'autres établissements.

#### **Partenaires :**

Etablissements publics et associations gestionnaires d'établissements.

**Financement :** Conseil général et Assurance Maladie.

## FICHE ACTION N° 13

---

### POUR SUIVRE LA POLITIQUE DE RENOVATION ET DE MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS

**Objectifs et résultats attendus :**

Permettre aux personnes handicapées vivant en établissement de disposer de conditions d'accueil adaptées.

**Public visé :**

Personnes handicapées nécessitant un accueil en établissement.

**Modalités :**

Rénovation et/ou reconstruction des établissements le nécessitant.

**Partenaires :**

Etablissements publics et associations gestionnaires des établissements.

**Financement :** Conseil général, Etat, Conseil Régional.



## FICHE ACTION N° 14 \_\_\_\_\_

### POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE L'Accueil FAMILIAL

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Développer ce mode d'accueil et d'accompagnement.

#### **Public visé :**

Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement régulier et les accueillants Familiaux agréés.

#### **Modalités :**

- Poursuivre les actions de communication sur l'accueil familial et le métier d'accueillant familial.
- Continuer le partenariat avec les établissements pour que l'accueil familial soit reconnu comme une solution alternative adaptée aux personnes handicapées.
- Faciliter les démarches administratives de l'accueilli quant à la rémunération de l'accueillant.
- Soutenir les accueillants familiaux dans leur profession par l'organisation de formations continues diversifiées et adaptées à leurs besoins et à ceux des personnes qu'ils accueillent et par le renforcement de l'accompagnement par le réseau.

#### **Partenaires :**

Conseil général, ensemble des acteurs du secteur du handicap.

**Financement :** Conseil général.

## FICHE ACTION N° 15

---

### POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES MAISONS D'Accueil FAMILIAL

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Développer la capacité d'accueil dans ce cadre.

#### **Public visé :**

Les personnes handicapées nécessitant un accompagnement régulier, les communes et structures intercommunales, promoteurs publics.

#### **Modalités :**

- Reconstitution du Fonds d'aide.
- Accompagnement des communes pour le développement de leurs projets.

#### **Partenaires :**

Communes, EPCI, Conseil Régional, Pays.

Financement : Conseil général, Communes, EPCI, Conseil Régional, Pays.

## FICHE ACTION N° 16 \_\_\_\_\_

### DEVELOPPER L'ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES AUX SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE SPECIALISES

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement non médicalisé et nécessitant des soins infirmiers et de nursing réguliers.

#### **Modalités :**

- Développer le cas échéant et sous réserve d'orientation du PRS le nombre de places de S.S.I.A.D. spécialisés sur le territoire de l'Indre non couvert.
- Organiser et faire connaître les modalités d'accès à ces services en partenariat avec les services d'aides à domicile.
- Organiser des échanges (par exemple dans le cadre des informations et formations – fiches 2, 9 – ou des coordinations – fiche 7) entre services de soins infirmiers à domicile et associations d'aide à domicile pour permettre à chacun de mieux comprendre et respecter les interventions de chacun et leurs limites.
- Favoriser l'intervention des S.S.I.A.D. en établissements médico-sociaux.

#### **Partenaires :**

Etat, assurance maladie, centres hospitaliers, associations ou institutions gestionnaires de ces services.

**Financement :** ARS, Assurance maladie.

## FICHE ACTION N° 17

---

### DEVELOPPER L'ACCES DES PERSONNES HANDICAPEES AUX SERVICES DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement et nécessitant des soins médicaux et infirmiers et de nursing journaliers, notamment en alternative à l'hospitalisation.

#### **Modalités :**

- Sous réserve des orientations du PRS, développer le nombre de places d'Hospitalisation A Domicile (HAD) sur le territoire de l'Indre non couvert.
- Organiser et faire connaître les modalités d'accès à ces services pour les personnes handicapées en partenariat avec les services d'aides à domicile.
- Favoriser leur intervention en établissements.

#### **Partenaires :**

Etat, assurance maladie, centres hospitaliers, associations ou institutions gestionnaires de ces services.

**Financement :** ARS, Assurance maladie.

## FICHE ACTION N° 18 \_\_\_\_\_

### DEPLOYER L'ACCES AU DMP (DOSSIER MEDICAL PERSONNEL)

#### **Objectifs et résultats attendus :**

- Sensibiliser les personnes handicapées à domicile et en établissement à l'utilisation du Dossier Médical Personnel.
- Développer l'informatisation des établissements médico-sociaux afin de faciliter la saisie du Dossier Médical Personnel.

#### **Public visé :**

- Personnes handicapées à domicile et en établissement.
- Etablissements médico-sociaux.

#### **Modalités :**

- Campagne de sensibilisation par mailing des personnes handicapées.
- Accompagnement des établissements dans l'informatisation des dossiers des résidents.

#### **Partenaires :**

Conseil général, M.D.P.H., ARS, Assurance maladie, établissements médico-sociaux.

**Financement :** Assurance maladie, ARS, Conseil général.

## FICHE ACTION N° 19

---

### DEVELOPPER LE PARTENARIAT ENTRE LES ACTEURS DU SANITAIRE DE DROIT COMMUN ET LES ACTEURS DU HANDICAP

**Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées.

**Public visé :**

Personnes handicapées, acteurs du secteur sanitaire, acteurs du secteur du handicap.

**Modalités :**

Intégrer les acteurs locaux du soin dans les différentes instances des dispositifs spécialisés du handicap (équipes pluridisciplinaires M.D.P.H., coordinations...).

**Partenaires :**

Etat, établissements sanitaires, établissements médico-sociaux, organismes et institutions gestionnaires de service, associations spécialisées.

**Financement :** Aucun financement nécessaire.

## FICHE ACTION N° 20

---

### DEVELOPPER LA COORDINATION DES SORTIES HOSPITALIERES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AFIN D'ASSURER LA CONTINUITE DES SOINS SUR LEUR LIEU DE VIE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Fluidifier le parcours de soins des personnes handicapées sortant de services hospitaliers afin de limiter les durées d'hospitalisation et les risques de ré-hospitalisations.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées vivant tant au domicile qu'en établissement médico-social.

#### **Modalités :**

Elaborer un partenariat entre les centres hospitaliers indriens et les acteurs du soin et du médico-social.

Développer l'utilisation de la fiche de liaison.

#### **Partenaires :**

Centres hospitaliers, établissements médico-sociaux et associations de malades, M.D.P.H., HAD, S.S.I.A.D.

**Financement :** Pas de financement nécessaire.

## FICHE ACTION N° 21

---

### FAVORISER L'ADAPTATION DE L'HABITAT DES PERSONNES HANDICAPEES VIVANT A DOMICILE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Renouveler le Programme d'Intérêt Général : programme d'aide pour l'adaptation et la mise aux normes d'habitabilité des logements occupés par des personnes âgées et/ou handicapées.

#### **Public visé :**

Personnes handicapées vivant en milieu ordinaire.

#### **Modalités :**

- Renouvellement de la convention Programme d'Intérêt Général.
- Recherche de nouveaux partenaires.
- Accentuer la connaissance du PIG auprès des personnes handicapées.

#### **Partenaires :**

Etat, A.N.A.H., Conseil Régional, MSA Berry Touraine, RSI, Communes, M.D.P.H., toute institution qui souhaiterait participer.

**Financement :** Etat, A.N.A.H., Conseil Régional, MSA Berry Touraine, RSI, Communes, M.D.P.H., toute institution qui souhaiterait participer.



## FICHE ACTION N° 22

---

### AMELIORER L'ACCES AUX OFFRES DE LOGEMENT LOCATIF ADAPTE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Favoriser la vie en milieu ordinaire en permettant aux personnes handicapées d'accéder à un logement locatif social adapté.

#### **Public visé :**

Personne handicapée vivant en milieu ordinaire.

#### **Modalités :**

- Instaurer un partenariat étroit avec les bailleurs sociaux pour permettre un accompagnement personnalisé de la personne handicapée.
- Sensibiliser les bailleurs sociaux à la diversité des handicaps possibles pour faciliter l'accessibilité et l'adaptation des logements.
- Organiser un dispositif de recensement quantitatif et qualitatif des offres et des demandes de logement locatif social adapté.

#### **Partenaires :**

Organismes logeurs, Etat, M.D.P.H., Conseil général, associations du secteur handicap.

**Financeurs :** Etat, Conseil général.

## FICHE ACTION N° 23

---

### ELABORER UNE CHARTE DE L'ACCES AUX SOINS DE LA PERSONNE HANDICAPEE

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Permettre à la personne handicapée d'accéder plus facilement aux soins et faire en sorte que les intervenants œuvrant auprès d'elle respectent ses choix, son autonomie et son intégrité.

#### **Public visé :**

Personne handicapée vivant en milieu ordinaire et en établissement.

#### **Modalités :**

- Organiser des groupes de travail pour l'élaboration de la charte.
- Organiser la diffusion de la charte à l'ensemble des acteurs.

#### **Partenaires :**

Ensemble des acteurs du secteur du handicap, ensemble des acteurs du secteur du soin.

**Financement :** Pas de financement nécessaire.

## FICHE ACTION N° 24

---

### SOUTENIR UNE POLITIQUE D'INSERTION PROFESSIONNELLE (SOUS RESERVE DES EVOLUTIONS LEGISLATIVES / COMPETENCES DES CG)

#### **Objectifs et résultats attendus :**

Conforter les dispositifs de l'Indre dans leur capacité à insérer ou maintenir les travailleurs handicapés dans le monde professionnel.

#### **Public visé :**

Travailleurs handicapés.

#### **Modalités :**

Poursuivre la mobilisation de tous les acteurs, qu'ils appartiennent au médico-social ou à l'insertion professionnelle.

Poursuivre les actions permettant l'insertion des travailleurs handicapés en ESAT vers le milieu ordinaire de travail.

Continuer le travail de préparation des jeunes adultes vers le monde professionnel.

Contribuer à l'amélioration de l'articulation des dispositifs d'invalidité pilotés par la sécurité sociale, des dispositifs de reconnaissance M.D.P.H. du handicap et des dispositifs de la politique de l'emploi.

#### **Partenaires :**

Etat, AGEFIPH, associations gestionnaires des dispositifs d'insertion professionnelle, Cap Emploi, M.D.P.H., Caisses de sécurité sociale.

**Financeurs :** Etat, AGEFIPH, FIPHFP.

## FICHE ACTION N° 25

---

### ENCOURAGER LA PARTICIPATION A LA VIE SOCIALE

**Objectifs et résultats attendus :**

Améliorer l'inclusion dans la vie sociale des personnes en situation de handicap.

**Public visé :**

Ensemble des acteurs de la vie sociale.

**Modalités :**

Favoriser l'apprentissage de l'utilisation des transports en commun.

Favoriser une communication adaptée (facile à lire, facile à comprendre) relative aux événements culturels et aux associations sportives.

Encourager l'ouverture des activités culturelles, artistiques ou sportives aux publics en situation de handicap, et encourager les usagers dans la découverte des activités existantes et la réalisation de leurs projets.

**Partenaires :**

Ensemble des acteurs de la vie sociale.

**Financeurs :** Ensemble des partenaires.

## FICHE ACTION N° 26 \_\_\_\_\_

### ASSURER LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DU PRESENT SCHEMA

**Objectifs et résultats attendus :**

Veiller à la mise en œuvre du schéma.

**Public visé :**

Ensemble des personnes et acteurs concernés.

**Modalités :**

Organiser annuellement un point d'étape sur la mise en œuvre du schéma dans le cadre du CDCPH.

**Partenaires :**

Ensemble des acteurs.

**Financeurs :** Pas de financement nécessaire.





# Annexes

---





# I-Comptes rendus des groupes de travail

## Groupe de travail 1 «Evaluation et adaptation des établissements»

### **SCHEMA DEPARTEMENTAL DU HANDICAP**

#### **GRUPE 1 : ADAPTATION ET EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS**

Compte rendu de la réunion du 13 mai 2013

#### **Personnes présentes :**

Mme Françoise LE MONNIER DE GOUVILLE, Directeur de la DPDS Conseil Général  
 Mme Catherine DANIEL, Directeur adjoint de la DPDS Conseil Général  
 Mme Aurélia CHORIN, Directeur adjoint de la MDPH  
 Mme Valérie GUENAND, Adjoint au chef de service AAS Conseil Général  
 Mme Sylvie ROCHAIS, chef du service tarification-programmation DPDS Conseil Général  
 M. Christophe BARRAULT, adjoint au chef de service tarification-programmation. DPDS Conseil Général  
 M. François MAGNER, A.P.F.  
 Mme Fabienne CUTARD, Centre d'Accueil Les Ecureuils  
 Mme Nathalie TRICAUD, Cadre socio-éducatif CSPCP  
 Mme Marie-Claude GALLET-VALIN, Administrateur APAJH 36  
 M. Claude BOURNILLAT, Président de l'APAJH 36  
 Mme Martine SAVARY, Directrice FAO-ESAT Saint-Gaultier  
 M. Jean-Louis VIGNAUD, Directeur Atout Brenne  
 M. Jean-Paul BATIFORT, Président de la MAS de Lureuil  
 M. Patrick POYTEAU, Directeur adjoint MAS de Lureuil  
 M. Jean SENECHAL, Directeur adjoint secteur adultes ADPEP 36  
 M. Stéphane LASNIER, Directeur du secteur habitat-vie sociale ADAPEI 36  
 M. Philippe COTTIN, ESAT AIDAPHI  
 Mme Joëlle COHEN, DDCSPP  
 M. Dominique DELAUME, Directeur du foyer de vie de Pérassay  
 Mme REIGNOUX, Educatrice spécialisée au foyer de vie de Pérassay  
 M. Jacques TAIMIOT, Directeur de l'APAJH 36  
 M. Joaquim ASCENSO, A.P.F.

Madame de GOUVILLE rappelle, en préambule, que les comptes rendus des travaux des différents groupes sont des documents internes et n'ont pas vocation à être diffusés (entre autre sur des sites internet) avant la validation finale du nouveau schéma départemental du handicap.

Choix des sujets devant être discutés lors des réunions du groupe « adaptation et évolution des établissements » :

- prise en charge du vieillissement et évolution des pathologies
- évolution des publics et évaluation des besoins pour des orientations adaptées
- évolution des modes de prise en charge
- organisation interne des établissements : formation des personnels, recrutement....

**Le thème de la présente réunion est la prise en charge du vieillissement et l'évolution des pathologies**

Rapport vieillissement et âge de la personne handicapée :

La prise en charge de la personne handicapée vieillissante est plutôt liée à son niveau d'autonomie et à son besoin d'accompagnement qu'à son âge réel. Le niveau de dépendance de la personne handicapée va entraîner une prise en charge et un accompagnement mieux adaptés.

Vieillesse et médicalisation :

Le vieillissement de la personne handicapée et le degré de sa perte d'autonomie ne se traduisent pas obligatoirement par la mise en place d'une médicalisation. Par contre, les établissements doivent anticiper ces changements afin d'être en mesure d'offrir un accompagnement renforcé, sans pour autant parler de « soin ».

Pour cela, il convient de privilégier des qualifications plus adaptées aux besoins d'aide à la personne des personnes handicapées.

Vieillesse et établissements spécifiques

Certains acteurs pensent nécessaire la création d'établissements spécifiques.

Toutefois, l'absence de limite d'âge (à l'admission, comme pour les résidents) pour les établissements Foyer de vie – Foyer d'accueil médicalisé – Maison d'accueil spécialisée, et la difficulté à déterminer la notion de vieillissement autrement que par la perte d'autonomie, qui rejoint justement le critère d'orientation vers ces établissements, rendent peu réaliste la faisabilité d'établissements spécifiques.

Apparaît cependant à examiner les cas particuliers des travailleurs en ESAT, accueillis en foyer d'hébergement, pour lesquels le passage à la retraite va s'accompagner d'une sortie du foyer d'hébergement, mais aussi des travailleurs en ESAT vivant en logement autonome et pour lesquels le passage à la retraite va s'accompagner d'un changement de rythme de vie et d'un risque d'isolement social.

Dans un cas comme dans l'autre, il y a nécessité d'une évaluation en amont des besoins, du projet de la personne et de son niveau d'autonomie.

### Vieillesse et réorientation :

Certains établissements souhaiteraient réorienter des personnes handicapées en raison de leur perte d'autonomie mais ne peuvent le faire du fait du manque de place dans des établissements spécialisés.

D'autres établissements ne mettent pas en œuvre une réorientation car ne souhaitent pas se séparer de la personne handicapée accueillie, le personnel vivant le transfert comme un abandon, alors même que la nouvelle évaluation représente une meilleure réponse aux besoins de la personne et non une régression.

### Nécessité d'adapter les prises en charge

Quand il n'y a pas nécessité de réorientation, il y a en tout état de cause nécessité d'adapter les prises en charge à l'évolution des besoins des personnes handicapées :

- déterminer les temps forts durant lesquels la présence des personnels est nécessaire (réorganisation des temps de travail des équipes)
- diversifier les qualifications afin de prendre en charge les besoins d'aide à la personne
- former les personnels afin de leur permettre de prendre conscience de l'évolution des personnes accueillies et d'appréhender les besoins réels
- respecter les rythmes de vie des personnes handicapées en adaptant les plannings d'activités

Toutefois, il convient de noter que les structures de faible capacité rencontrent plus de difficultés pour diversifier leur prise en charge.

Autres points évoqués lors de cette rencontre :

- Le mot « médicalisé » dans l'appellation Foyer d'Accueil Médicalisé engendre des incompréhensions et des craintes pour les futurs résidents de ces établissements et leurs familles qui considèrent un transfert vers un établissement de ce type comme une régression . Aussi, une intégration progressive doit être mise en place à travers de visites, de stages, de séjours temporaires.
- Développer et mettre en valeur les places d'accueil temporaire installées dans les différentes structures, afin de permettre une adaptation progressive
- L'orientation vers un établissement médico-social, éventuellement en accueil de jour, l'accueil familial, le foyer logement, le logement autonome avec intervention d'un SAVS sont des réponses mobilisables qui s'adressent aux personnes handicapées vivant au domicile de leur famille ou de manière autonome.  
Pour les travailleurs en ESAT vivant de manière autonome et susceptibles de continuer, l'intervention du SAVS à cette période doit permettre de les accompagner dans la transition de leur mode de vie liée à la retraite, par l'inscription dans d'autres activités de socialisation.

\* \* \* \* \*

## SCHEMA DEPARTEMENTAL DU HANDICAP

### GRUPE 1 : ADAPTATION ET EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS

Compte rendu de la réunion du 3 juin 2013

#### Personnes présentes :

Mme Françoise LE MONNIER DE GOUVILLE, Directeur de la DPDS Conseil Général  
Mme Catherine DANIEL, Directeur adjoint de la DPDS Conseil Général  
Mme Aurélia CHORIN, Directeur adjoint de la MDPH  
Mme Françoise GENTAL, chef du service AAS Conseil Général  
Mme Sylvie ROCHAIS, chef du service tarification-programmation DPDS Conseil Général  
Docteur Corinne GOUGUET-BALLERE, chef du service CPM DPDS Conseil Général  
M. Christophe BARRAULT, adjoint au chef de service tarification-programmation DPDS Conseil Général  
M. François MAGNER, A.P.F.  
Mme Fabienne CUTARD, Centre d'Accueil Les Ecureuils  
Mme Nathalie TRICAUD, Cadre socio-éducatif CSPP  
Mme Marie-Claude GALLET-VALIN, Présidente de l'APAJH 36  
M. Claude BOURNILLAT, administrateur de l'APAJH 36  
Mme Martine SAVARY, Directrice FAO-ESAT Saint-Gaultier  
M. Jean-Louis VIGNAUD, Directeur Atout Brenne  
M. Jean-Paul BATIFORT, Président de la MAS de Lureuil  
M. Patrick POYTEAU, Directeur adjoint MAS de Lureuil  
M. Jean SENECHAL, Directeur adjoint secteur adultes ADPEP 36  
M. Stéphane LASNIER, Directeur du secteur habitat-vie sociale ADAPEI 36  
M. Philippe COTTIN, ESAT AIDAPHI  
M. Gérard TOUCHET, Directeur adjoint de la DDCSPP  
M. Dominique DELAUME, Directeur du foyer de vie de Pérassay  
Mme Mélanie REIGNOUX, Educatrice spécialisée au foyer de vie de Pérassay  
M. Jacques TAIMIOT, Directeur de l'APAJH 36  
M. Joaquim ASCENSO, A.P.F.  
Mme Michèle LESPEL, Directrice du CSPP à Issoudun  
M. Stéphane LACOU, Directeur du FAM Résidence Algira à Orsennes  
M. Pascal BIAUNIER, Directeur de l'UDAF 36  
Mme Sylviane DUSSEAUX, infirmière au foyer de vie de Pérassay  
M. Patrick DAUPHIN, Directeur de la MAS des Oiseaux à La Châtre  
M. Frédéric DESCAMPS, Hameau de Gâtines à Valençay

## Compte rendu de la réunion du 13 mai 2013

Ce compte rendu n'appelle aucune observation de la part des membres présents. Une question a été posée, concernant la possibilité pour un travailleur ESAT en retraite d'être maintenu en foyer d'hébergement. La réponse sera fournie ultérieurement.

### Thème abordé :

#### « évolution des publics et évaluation des besoins pour des orientations adaptées »

Le groupe de travail évoque tout d'abord la problématique des retours d'hospitalisation, qui se réalisent de plus en plus rapidement et engendrent des difficultés pour les établissements sociaux et médico sociaux qui ne disposent pas des moyens sanitaires nécessaires à la prise en charge des personnes.

Cette situation résulte, le plus souvent, d'une méconnaissance par le secteur sanitaire des contours de la médicalisation des ESMS qui ne doivent pas être confondus avec un centre de rééducation (moyen séjour). Il est retenu d'améliorer la communication auprès des centres hospitaliers.

### A- Evolution des publics

#### Prise en charge des troubles psychiatriques :

##### *Constats*

Les résidents accueillis dans les structures, et en particulier celles non médicalisées (foyer d'hébergement et F.A.O.) présentent de plus en plus souvent des troubles psychiatriques, et leur prise en charge se révèle compliquée, sans un suivi psychiatrique régulier.

Or, sur certains secteurs du département (et en particulier les zones de Le Blanc où le CATPP est en grande difficulté et d'Issoudun), obtenir l'intervention d'un psychiatre est difficile.

La difficulté principale reste la prise de relais au moment des situations de crise avec violence, car il faut gérer « la déstabilisation » des équipes et la gêne auprès des résidents.

A noter que lorsqu'il est possible d'obtenir l'implication d'un psychiatre ou lorsqu'il existe un partenariat de longue date avec un établissement psychiatrique, les réponses aux besoins sont rapides et l'accompagnement est régulier.

Il est relevé que sur ces situations préoccupantes, les personnels sont très mobilisés.

A été évoquée la convention signée avec le secteur psychiatrique, qui n'est pas réellement efficace car ce secteur refuse de désigner un référent, et de ce fait, les admissions ne sont pas automatiques lors de moments de crises de la part des personnes hébergées.

Il est également souligné que certains retours d'hospitalisation se font sans accompagnement (sans ordonnance, sans protocole...).

#### *Propositions*

Il semble donc nécessaire de parfaire le partenariat entre le secteur social/ médico-social et le secteur psychiatrique en faisant évoluer la convention existante, tant au niveau des interventions qu'au niveau de la désignation de référents. En effet même si de bonnes relations existent, elles tiennent souvent à des relations interpersonnelles qui les rendent fragiles.

L'expérience de la MAS « les Oiseaux » à La Châtre peut être exploitée. La MAS ne disposant pas de médecin psychiatre, a mis en place un système de télé-médecine avec le CRA de Tours, lui permettant ainsi de travailler sur les pathologies.

#### Protection juridique des majeurs :

##### *Constats*

Suite à la réforme de la protection juridique des majeurs par la loi du 5 mars 2007, il apparaît que les juges des tutelles prononcent un nombre moins important de mesures de protection et plus particulièrement en ce qui concerne les personnes accueillies en foyer d'hébergement, pour des raisons qui restent à affiner : l'expertise fait-elle ressortir qu'il n'y a pas altération des facultés mentales ? Existe-t-il dans l'environnement de la personne des possibilités d'éviter la mise sous protection ?

Toutefois, ce positionnement des juges n'est pas sans créer des difficultés, tant pour les personnes elles mêmes que pour les établissements d'hébergement.

##### *Propositions*

Les établissements peuvent intervenir, mais à titre tout à fait exceptionnel, et en prenant en compte leurs limites, afin d'éviter d'engager leurs responsabilités.

#### B- Evaluation des besoins et de leur accompagnement vers une meilleure orientation

##### *Constats*

Lors de l'ouverture du FAM des Aubrys à Châteauroux, il a été constaté que sur 49 personnes disposant d'une orientation FAM, seules 18 ont accepté une admission dans cet établissement.

Pourquoi ? :

- le respect des souhaits de la personne handicapée,
- les adultes handicapés vivant dans les appartements thérapeutiques ne souhaitent pas intégrer un FAM,
- les médecins psychiatres suivant ces mêmes adultes s'opposent à ce transfert, estimant que celui-ci n'est pas justifié et pourrait déstabiliser les adultes handicapés,
- certains établissements ne souhaitent pas se séparer de leurs résidents,
- l'implantation géographique de l'établissement est prise en compte par les familles,
- une mauvaise évaluation des besoins de la personne.

### *Propositions*

Il y a nécessité de confronter l'évaluation des besoins et le projet de la personne handicapée et/ou de son entourage, voire même de faire « maturer » dans l'esprit du résident le projet de vie.

La réorientation d'une personne adulte handicapée ne peut être que progressive et nécessite un travail très en amont, avec l'adulte handicapé mais aussi sa famille, car bien souvent la famille ne reconnaît pas l'évolution de l'état de son adulte.

Pour éclaircir la situation avec la famille, le contrat de séjour doit clairement indiquer les motifs et les possibilités de réorientation.

La primo évaluation doit être améliorée :

- Il est anormal que des adultes handicapés ayant été orientés en établissement affirment de ne pas être demandeurs d'une telle orientation. Cela peut être la conséquence d'une demande exprimée en fait par un établissement précédent d'une autre catégorie qui souhaite une sortie rapide de son dispositif, ou par la famille ou les tuteurs.
- les établissements qui accueillent des adultes en stage ne doivent pas hésiter, si le stage dans leur établissement n'est pas concluant, à faciliter un stage dans un autre établissement de même type,
- ces mêmes établissements doivent participer à l'évaluation, ce qui permettrait à la MDPH de statuer en toute connaissance de cause.

D'autres propositions ont été évoquées :

- mise en place d'une grille d'évaluation harmonisée,
- clarification des définitions des types d'établissement,
- amélioration de la détermination du projet de vie, qui aujourd'hui est difficile.

### Définition des établissements :

#### **Foyer d'hébergement (FH) :**

Les foyers d'hébergement assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité de travail pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un ESAT ou dans une entreprise adaptée.

#### **Foyer d'activités occupationnelles (FAO) :**

Les foyers d'activités occupationnelles accueillent des personnes adultes disposant d'une certaine autonomie, mais nécessitant un accompagnement et une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne et dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé.

#### **Foyer d'accueil médicalisé (FAM) :**

Les foyers d'accueil médicalisés accueillent des personnes lourdement handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle, et rend nécessaire l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

Pour mémoire :

**Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) :**

Les MAS reçoivent des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants.

\* \* \* \* \*

La prochaine réunion est fixée au lundi 24 juin 2013



## SCHEMA DEPARTEMENTAL DU HANDICAP

### GRUPE 1 : ADAPTATION ET EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS

Compte rendu de la réunion du 24 juin 2013

#### Personnes présentes :

Mme Françoise LE MONNIER DE GOUVILLE, Directeur de la DPDS Conseil Général  
 Mme Catherine DANIEL, Directeur adjoint de la DPDS Conseil Général  
 Mme Valérie GUENAND, Adjoint au chef de service AAS Conseil Général  
 Mme Sylvie ROCHAIS, chef du service tarification-programmation DPDS Conseil Général  
 Docteur Corinne GOUGUET-BALLERE, chef du service CPM DPDS Conseil Général  
 M. Christophe BARRAULT, adjoint au chef de service tarification-programmation DPDS Conseil Général  
 Mme Fabienne CUTARD, Centre d'Accueil Les Ecureuils  
 Mme Marie-Claude GALLET-VALIN, Présidente de l'APAJH 36  
 M. Claude BOURNILLAT, administrateur de l'APAJH 36  
 Mme Martine SAVARY, Directrice FAO-ESAT Saint-Gaultier  
 M. Jean-Louis VIGNAUD, Directeur Atout Brenne  
 M. Jean SENECHAL, Directeur adjoint secteur adultes ADPEP 36  
 M. Stéphane LASNIER, Directeur du secteur habitat-vie sociale ADAPEI 36  
 M. Philippe COTTIN, ESAT AIDAPHI  
 Mme Joëlle COHEN, DDCSPP  
 M. Dominique DELAUME, Directeur du foyer de vie de Pérassay  
 M. Jacques TAIMIOT, Directeur de l'APAJH 36  
 M. Joaquim ASCENSO, A.P.F.  
 Mme Michèle LESPEL, Directrice du CSPCP à Issoudun  
 Mme Valérie BILLY, UDAF 36  
 Mme Sylviane DUSSEAU, infirmière au foyer de vie de Pérassay  
 M. Frédéric DESCAMPS, Directeur du Hameau de Gâtines à Valençay  
 Mme Joséphine MOREAU, mairie d'Issoudun  
 Mme Murielle BERLAND, infirmière coordonnatrice du FAM Algira à Orsennes  
 M. René DUPLANT, conseiller général  
 Mme Danielle EBRAS, Présidente du CODERPA  
 Mme Sarah ETIEVE, directrice de l'A.P.F. 36

## **Compte rendu de la réunion du 3 juin 2013**

Le compte-rendu n'appelle aucune observation de la part des membres présents.

Une question est toutefois posée, concernant la possibilité de créer un outil ou un livret permettant d'apporter une information aux personnes handicapées, à leur famille et au public sur les différents types d'hébergement existants. Or, le groupe 2 (vie et accompagnement à domicile) a évoqué la mise en place d'un portail internet regroupant diverses informations sur le handicap (définitions, mode de prise en charge...). Néanmoins, il est retenu qu'une déclinaison de certaines définitions et informations puisse être sous forme « papier ».

### **Thème abordé :**

#### **« évolution des modes de prise en charge »**

##### Organisation au sein des établissements

###### *Constats*

Les adultes handicapés accueillis en établissement médico-social, et en particulier en foyer d'activités occupationnelles, se voient imposer un rythme de vie dicté par les horaires des activités, qui elles mêmes semblent obligatoires. Or, les personnes accueillies n'ont pas toutes le même âge et leur capacité occupationnelle diffère.

Si l'accompagnement sur le volet « activités » est bien présent, car les adultes handicapés et leur famille sont demandeurs, il n'en est pas de même sur le volet « vie » qui doit intégrer la prise en compte de l'évolution des besoins de la personne handicapée, et y apporter des réponses.

Les établissements font état de leurs difficultés à apporter une prise en charge individualisée en fonction des souhaits et des besoins de l'adulte, soit en raison de leur petite taille, de leur architecture, des moyens humains nécessaires.

La spécialisation d'une unité dans une structure est également compliquée, en terme de fonctionnement et en terme d'image pour les familles. De plus, les établissements considèrent que l'hétérogénéité est plutôt moteur.

###### *Propositions*

Le respect des rythmes de chaque personne accueillie est à prendre en compte et il convient de rechercher les solutions pour y parvenir : meilleure organisation du travail permettant notamment un étalement des horaires pour les personnes accueillies, adaptation des structures en déterminant une taille critique et en favorisant des regroupements, formation professionnelle continue.

Les stages dans d'autres établissements sont en général très salutaires. Ils permettent aux personnes accueillies d'avoir une autre vision de la vie en collectivité, de rencontrer de nouvelles personnes, de prendre du recul par rapport à la structure d'origine.

## Accompagnement dans les tâches quotidiennes :

### *Constats*

Certaines structures, face aux handicaps des résidents, se retrouvent dans l'obligation d'effectuer la majorité des tâches quotidiennes (repas, ménage, tâches domestiques...) en lieu et place des personnes handicapées.

### *Propositions*

En fonction de l'autonomie des personnes accueillies, il convient de les inciter et les accompagner à réaliser les tâches de la vie quotidienne et domestique. Les projets d'établissement et les règlements de fonctionnement doivent inclure cette dimension.

## Vie affective et sexualité

### *Constats*

Les établissements rencontrent parfois des difficultés face à la vie sentimentale et sexuelle de certains résidents : quel est le rôle des éducateurs face à une relation entre deux résidents, avec une personne extérieure à l'établissement, quelles informations et quelles modes de prévention leur communiquer...

### *Propositions*

La première solution reste le dialogue entre les personnes accueillies et l'équipe éducative. Pour ce faire, le personnel doit être formé et le programme de formation doit intégrer cet aspect.

Le dialogue avec les personnes accueillies passe également par le rappel sur la notion de liberté qui va de pair avec la notion de responsabilités ; la vie en collectivité implique aussi des règles qui doivent permettre de concilier le droit à une vie personnelle et le respect de la vie collective. Aussi, les différents documents de l'établissement (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, projet d'établissement...) doivent rappeler ces différents principes.

Les familles, qui sont associées au projet de vie de leur adulte, doivent aussi s'impliquer car il n'appartient pas aux professionnels de se positionner comme des parents.

Il est rappelé qu'il existe des professionnels (psychologue) ou des intervenants extérieurs (associations, centre de planification...) qui peuvent apporter une aide sur ces questions.

### **« organisation interne des établissements »**

Une tentative de mutualisation de moyens humains, et plus particulièrement de professionnels para médicaux, entre les établissements sociaux et médico-sociaux du département (secteur personnes handicapées et secteur personnes âgées) est restée vaine, en raison notamment de la pénurie de ces professionnels.

Concernant la formation professionnelle continue, les établissements proposent régulièrement à leur personnel des formations adaptées aux besoins. Il n'est pas relevé de difficulté particulière, la mutualisation entre établissements fonctionnant bien ainsi que les formations en intra, qui permettent, d'une part au plus grand nombre d'en bénéficier, et d'autre part d'en alléger le coût.

\* \* \* \* \*

# I-Comptes rendus des groupes de travail

## Groupe de travail 2 «L'accompagnement à domicile»

### **SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES**

#### **GROUPE 2 :**

#### **L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

Compte rendu de la réunion du 21 mai 2013

#### **Personnes présentes :**

M. ASCENSO Joaquim, APF  
M. AUBEL Stéphane, Resp. service Action Sociale et Développement Local DPDS CG  
M. BARRAULT Christophe, adjoint au chef de service tarification progr. DPDS CG  
Mme BILLY Valérie, UDAF  
Mme BOISSET Edwige, Responsable de secteur AFD, Aide aux Familles à Domicile  
Mme BOUTON-TIXIER Nathalie, SSIAD CH LE Blanc  
Mme CHORIN Aurélie, Directeur adjoint de la MDPH  
M. COSSET Michel, Directeur adjoint APAJH 36  
Mme DANIEL Catherine, Directeur adjoint de la DPDS CG  
Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS CG  
Mme DODU Elisabeth, IDE coordinatrice, SSIAD PH, CSPCP Issoudun  
Mme ÉTIÈVE Sarah, Directrice de la délégation APF 36  
Mme FEFEU Marie-Laure, Atout Brenne  
Mme FOULATIER Christine, Déléguée AFM Téléthon 36  
Mme GENTAL Françoise, Resp. Service Aide et Action Sociales DPDS CG  
Dr GOUGUET-BALLERE Corinne, Resp. service conseil méd. et prévention médicale DPDS CG  
M. LASNIER Stéphane, Directeur du secteur Habitat Vie Sociale de l'ADAPEI 36  
Mme MANCIC Hélène, Directrice Adjointe, Familles Rurales  
Mme MASSON Pascale, Assistante sociale SMPR CH Issoudun  
Mme NALLET Françoise, chargée de mission PIG de l'ADIL  
M. NORMAND Alain, Coordinateur du SAMSAH d'Issoudun CSPCP  
M. RAIMBAULT Jean-Luc, CRP Centre Louis Gatignon, VOUZERON  
Mme REMY Eliane, AIDAD Argenton  
Mme RENAUD-INCLAN Odette, Présidente de la Fédération ADMR 36  
Mme ROUET Chantal, Responsable de secteur ASSADI  
Mme SERPAULT Frédérique, APF  
M. TROUVÉ Philippe, Directeur de l'ASMAD

Madame De Gouville rappelle, en préambule, que les comptes rendus des travaux des différents groupes sont des documents internes et n'ont pas vocation à être diffusés (entre autres sur des sites internet).

### **Délimitation du périmètre des échanges**

Vus lors de cette réunion	Thèmes
✓	1) Communication / information / sensibilisation à destination : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des personnes handicapées à domicile (droits, dispositifs, vie sociale, loisirs)</li> <li>• des professionnels intervenant à domicile (connaissance des dispositifs et du fonctionnement des services des autres professionnels)</li> <li>• du grand public (regard et connaissance sur le handicap)</li> </ul>
✓	2) Coordination des dispositifs
	3) Mobilisation des différents dispositifs possibles pour un projet de vie à domicile
	4) Besoin de soutien pour les aidants familiaux et les aidants professionnels
	5) Couverture des besoins pour les différents types de handicaps par les services susceptibles d'intervenir
	6) Adaptation de l'habitat

### **1) Communication / information / sensibilisation**

#### A destination des personnes handicapées

Constat : Il apparaît un manque d'information des personnes handicapées sur leurs droits, les différents dispositifs existants, les actualités de la vie sociale, des loisirs....

Information collective : Les solutions de type « dépliants » ne donnent pas satisfaction. Une source d'information de type site Internet (en référence au portail « Senior 36 » pour les personnes âgées sur le site Internet du Conseil Général : <http://www.indre.fr/senior36>) pourrait répondre à ce besoin d'information collectif des PH. Il pourrait être un espace ressource sur les droits, les dispositifs, les actualités, les partenaires...

Information individuelle : Afin que les PH puissent bénéficier d'une information individualisée et complète, les professionnels intervenant à leur domicile doivent être formés.

#### Formation à destination des professionnels

Le groupe de travail soulève le besoin en formation des intervenants à domicile. Ceux-ci connaissent bien le dispositif de leur structure mais ne maîtrisent pas l'ensemble de ce qui existe (cloisonnement des connaissances). De plus, les intervenants sont seuls avec la PH et font face à des difficultés spécifiques liées au handicap mais aussi à des difficultés propres à la situation de la personne (isolement, conduite addictive, désocialisation...)

Aussi, afin d'améliorer le niveau de connaissance des professionnels, les pistes suivantes ont été mentionnées :

Présentation mutuelle des dispositifs existants : par un échange (table ronde, forum, sur une journée ou une demi-journée) entre tous les professionnels intervenant à domicile pour les PH

afin que chacun se présente (élargissement des réseaux) et présente son dispositif (meilleure connaissance les uns des autres).

Echanges ciblés entre partenaires : une fois que les partenaires se connaissent, ils peuvent approfondir leur connaissance mutuelle par un échange bilatéral ou multilatéral sur des sujets précis et trouver les informations adaptées à leurs besoins propres.

Journées à thèmes : cette proposition n'a pas été retenue, un échange ciblé entre partenaire ayant été préféré afin de répondre au mieux au besoin (celui-ci dépend en effet du niveau de connaissance déjà acquis) et afin de créer un réseau plus performant.

Renforcement du plan de formation à destination des professionnels de terrain : dans le cadre de la formation continue des professionnels (aides à domicile, SSIAD...), le groupe de travail a rappelé qu'il est indispensable que les connaissances nécessaires soient acquises afin que la prise en charge soit satisfaisante pour la PH et le professionnel. Cette formation peut s'acquérir via des formations prédéfinies prises en charge par l'OPCA, ou bien par exemple par des échanges avec les professionnels d'autres services.

### A destination du grand public

Objectif : Changement du regard du grand public vis-à-vis des personnes en situation de handicap.

Relais de l'information existante : Le département de l'Indre est riche de manifestations ou d'événements qui sont correctement relayés par les médias (journaux, radio, Internet). Le groupe de travail ne juge pas nécessaire de créer un nouvel événement de communication mais plutôt de continuer à relayer l'information actuelle et la renforcer en utilisant le futur site Internet de la MDPH (page actualité, liens vers les partenaires...).

## **2) Coordination des dispositifs**

### Qui débute la coordination ?

- La personne handicapée ou son représentant légal.
- S'il y a un SAVS ou un SAMSAH, c'est ce service d'accompagnement qui assure la coordination.

Si la personne est suivie par plusieurs services dont la coordination fait partie des missions, il convient de se mettre d'accord en prenant en compte la chronologie de prise en charge des différents services ou l'importance du besoin de la personne pour l'un des services.

L'AS de secteur ou la MDPH peuvent également coordonner des échanges sur des problématiques spécifiques.

Pour les sorties d'hospitalisation et afin d'assurer la continuité des prises en charge, le rôle des services sociaux hospitaliers est à rappeler.

Nous pouvons rappeler également que la coordination fait partie des missions des services d'Hospitalisation à Domicile (HAD).

### Une coordination de type coordination gériatrique pour les PH ?

Au-delà de la coordination interne qui est réalisée au sein des services, pour certaines situations, une nécessité d'ouverture semble pertinente afin de trouver la solution adaptée aux difficultés diverses rencontrées.

A titre expérimental il a été proposé de réaliser une cellule de coordination pour les PH sur le même principe que les coordinations gérontologiques pour les personnes âgées.

But :

- Echange pendant lequel peuvent être abordées les situations complexes et nécessitant une réflexion commune entre professionnels différents et nouveaux sur la situation (ouverture à l'extérieur). Seules les situations nécessitant une réelle coordination externe sont à prendre en compte dans cette réunion.
- Relais d'information.

Organisation :

- Logistique (salle, convocations...) : par un animateur à déterminer, MDPH ? SAVS ?
- Territorialité : dimension des zones à prendre en compte : proposition de découpage de l'Indre selon le découpage des SAVS.
- Echange : chacun apporte sa contribution sur chacune des situations évoquées afin de permettre une réelle valeur ajoutée dans la recherche des solutions.
- Ouverture aux associations de proximité, aux mairies.
- Ouverture aux acteurs et réseaux de droits communs qui sont à solliciter (exemple : ANPAA pour des problèmes d'addiction, Albatros pour l'organisation de soins dentaires...).

**Prochaine réunion du groupe de travail n° 2 : le lundi 10 juin à 9h en salle 17.**

\* \* \* \* \*

**SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES****GROUPE 2 :****L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE**

Compte rendu de la réunion du 10 juin 2013

**Personnes présentes :**

M. ASCENSO Joaquim, APF  
M. AUBEL Stéphane, Resp. service Action Sociale et Développement Local DPDS CG  
Mme BERTRAND Murielle, Résidence Algira  
Mme BILLY Valérie, UDAF  
Mme BOISSET Edwige, Responsable de secteur AFD, Aide aux Familles à Domicile  
Mme BOUTON-TIXIER Nathalie, SSIAD CH LE Blanc  
Mme CHORIN Aurélie, Directeur adjoint de la MDPH  
M. COSSET Michel, Directeur adjoint APAJH 36  
M. COTTIN Philippe, Directeur de l'ESAT de l'AIDAPHI  
Mme DANIEL Catherine, Directeur adjoint de la DPDS CG  
Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS CG  
Mme DODU Elisabeth, IDE coordinatrice, SSIAD PH, CSPCP Issoudun  
Mme ÉTIÈVE Sarah, Directrice de la délégation APF 36  
Mme FEFEU Marie-Laure, Atout Brenne  
Mme FOULATIER Christine, Déléguée AFM Téléthon 36  
Mme GENTAL Françoise, Resp. Service Aide et Action Sociales DPDS CG  
Dr GOUGUET-BALLERE Corinne, Resp. service conseil méd. et prévention médicale DPDS CG  
Mme GUICHARD Véronique, Directrice adjointe ASMAD  
Mme LACOTE, MSA Service Tutelle 36  
M. LASNIER Stéphane, Directeur du secteur Habitat Vie Sociale de l'ADAPEI 36  
Mme MANCIC Hélène, Directrice Adjointe, Familles Rurales  
Mme MASSON Pascale, Assistante sociale SMPR CH Issoudun  
Mme NALLET Françoise, chargée de mission PIG de l'ADIL  
M. NORMAND Alain, Coordinateur du SAMSAH d'Issoudun CSPCP  
M. RAIMBAULT Jean-Luc, CRP Centre Louis Gatignon, VOUZERON  
Mme RENAUD-INCLAN Odette, Présidente de la Fédération ADMR 36  
Mme ROCHAIS Sylvie, Resp. service tarification programmation de la DPDS CG  
Mme ROUSSEAU Monique, FD Familles Rurales  
Mme ROUET Chantal, Responsable de secteur ASSADI  
Mme SERPAULT Frédérique, APF



Le compte-rendu de la première réunion est validé par les membres du groupe de travail n° 2.

### **Délimitation du périmètre des échanges**

Précédente réunion :	Thèmes
✓	1) Communication / information / sensibilisation à destination : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des personnes handicapées à domicile (droits, dispositifs, vie sociale, loisirs)</li> <li>• des professionnels intervenant à domicile (connaissance des dispositifs et du fonctionnement des services des autres professionnels)</li> <li>• du grand public (regard et connaissance sur le handicap)</li> </ul>
✓	2) Coordination des dispositifs
Vus lors de cette réunion	
✓	3) Mobilisation des différents dispositifs possibles pour un projet de vie à domicile
✓	4) Besoin de soutien pour les aidants familiaux et les aidants professionnels
✓	5) Couverture des besoins pour les différents types de handicaps par les services susceptibles d'intervenir
	6) Adaptation de l'habitat

Cette deuxième réunion aborde les thèmes suivants :

### **3) Mobilisation des différents dispositifs possibles pour un projet de vie à domicile**

Cette thématique aborde la connaissance des prestations à domicile de type PCH ainsi que la mobilisation des services d'accompagnement, SAVS, SAMSAH...

Ces points ont été traités lors des discussions relatives aux thèmes 1 (communication / information / sensibilisation) et 2 (coordination des dispositifs).

### **4) Besoin de soutien pour les aidants familiaux et les aidants professionnels**

#### A destination des aidants familiaux

##### Constats :

Les aidants familiaux peuvent avoir besoin de soutien, de relais, dû à une prise en charge qui devient de plus en plus complexe (vieillesse de la personne handicapée ou de son aidant familial) ou par exemple lors d'une sortie d'hospitalisation (une personne valide avant son hospitalisation devient dépendante à la sortie). Ce besoin peut être repéré à l'avance par le professionnel alors que la famille n'en a pas encore mesuré toute l'ampleur.

Les aidants familiaux en souffrance et qui ont besoin de soutien n'expriment pas toujours leurs difficultés du fait :

- de leur isolement géographique et/ou social,
- de l'absence de prise de conscience de leurs limites face à l'aggravation du handicap de leur aidé ou de son vieillissement,
- du sentiment de culpabilité, d'échec qu'ils peuvent ressentir,
- de la non-acceptation de l'intervention d'aidants professionnels (« ils ne sont pas plus compétents que moi »),
- de la peur de l'institutionnalisation (rupture du lien fusionnel avec l'aidé, peur de l'éloignement géographique, méconnaissance des dispositifs existants).

### Conséquences :

La non-détection des situations de souffrance des aidants familiaux peut entraîner :

- un épuisement des familles allant jusqu'au burn-out,  
=> ce qui engendre un risque de gestion en urgence de situations de rupture dans lesquelles personne ne sera préparé (ni la personne handicapée, ni sa famille, ni les services d'accompagnement ou les institutions),  
=> puis un risque de prise de décision qui peut être mal vécue à moyen terme (il s'agissait de la meilleure solution disponible au moment donné mais d'une solution non travaillée dans le cadre d'un projet de vie global),
- des situations de maltraitance qui auraient pu être évitées.

### Possibles actions à mettre en œuvre :

#### **Repérage précoce des difficultés par des échanges réguliers avec les aidants familiaux**

Le repérage le plus en amont possible des difficultés éprouvées par les aidants familiaux permettrait d'éviter le repli des familles et la coupure avec les services extérieurs.

Le groupe de travail convient que l'accompagnement des personnes handicapées doit inclure son entourage familial : prendre le temps d'échanger avec les aidants et d'évaluer leurs difficultés.

Il paraît important aux membres du groupe de rappeler aux aidants qu'ils ont droit à des temps de repos, de soutien, de répit et que les séjours en établissements font partie des « roues de secours » qu'il est possible de solliciter.

#### **Participation à une meilleure information des aidants familiaux**

Des échanges avec la famille sur les missions des différents services d'accompagnement et de soins à domicile (SAVS, SAMSAH, SSIAD, HAD...) et également sur les missions des établissements (modalités d'accueil temporaire, accueil de jour...) peuvent permettre de lever la méfiance ou les incompréhensions liées aux méconnaissances des dispositifs existants puis d'arriver à intégrer des aidants professionnels aux plans d'aides des aidants familiaux en souffrance.

Pour une connaissance mutuelle des dispositifs existants :

#### *☑ Rappel sur le thème 1) Information des professionnels*

Par ailleurs, le fait d'amorcer une réflexion globale sur le projet de vie le plus en amont possible permet de travailler des solutions et d'arriver à les réaliser en partenariat avec la famille et la personne handicapée. Il est en effet regrettable d'être devant une impasse liée à un refus familial lorsqu'une prise en charge adaptée est disponible.

#### **Intervention d'autres partenaires dans la relation binaire**

Au-delà de la relation binaire entre le professionnel et la famille, il semble pertinent, au besoin, de faire intervenir d'autres services, de permettre l'ouverture vers les soutiens extérieurs (proposer la participation des aidants familiaux dans des groupes de paroles, utiliser le partenariat, les réseaux, les établissements, les associations spécialisées sur certains troubles, addiction par exemple...).

## A destination des aidants professionnels

### Constats :

Les aidants professionnels peuvent également avoir besoin de soutien, de relais dans leurs missions au domicile.

Leurs difficultés peuvent être :

- l'angoisse lors des interventions à domicile de ne pas savoir comment prendre en charge la personne handicapée, le sentiment de ne pas être suffisamment compétent, d'être mis en échec professionnellement,
- les craintes d'en parler avec son employeur (peur du regard de sa hiérarchie, peur pour son emploi),
- l'isolement dans le travail au quotidien, face aux difficultés diverses, et le besoin d'échanger sur les situations.

Possibles actions à mettre en œuvre :

Le groupe de travail s'accorde à rappeler que, tout comme pour la prise en charge des personnes âgées, qui a nécessité une formation spécifique, la prise en charge des personnes handicapées requiert une formation adaptée des professionnels. Les professionnels démunis à domicile face à certains usagers reconnaissent eux-mêmes leur besoin de connaissances complémentaires.

### *☑ Rappel sur le thème 1) Information des professionnels*

Les craintes d'aborder les difficultés avec sa hiérarchie peuvent être minimisées grâce à l'élaboration de temps de paroles, réunion de soutien technique au sein de l'équipe. La prise en compte des difficultés de terrain au plus tôt par l'équipe de management peut éviter les absences, l'épuisement professionnel, les actes de maltraitances.

Enfin, l'isolement peut être rompu par via les réunions internes, par le biais des relations interprofessionnelles, la coordination, l'ouverture aux autres prises en charge (voir thèmes 1 et 2).

## **5) Couverture des besoins pour les différents types de handicaps par les services susceptibles d'intervenir**

### SAMSAH pour personnes lourdement handicapées

#### Constats :

Le SAMSAH pour personnes lourdement handicapées couvre la moitié du département (de Pellevoisin à Perassay, Châteauroux inclus). Sur ce périmètre, il existe des personnes en liste d'attente. Sur le reste du département, le service n'intervient pas. Pour rappel, ce choix de découpage géographique provient du porteur du projet à sa création.

#### Problématique :

Comment répondre aux besoins non pris en charge ? (sur le périmètre couvert et sur l'autre moitié du département)

## SAVS : des places vacantes et des besoins sur liste d'attente

### Constats :

Environ 30 places de SAVS seraient disponibles, alors que 62 personnes (au 10/06/2013) sont sur liste d'attente. Les freins proviendraient de plusieurs facteurs dont :

- la méconnaissance des missions du SAVS par les usagers eux-mêmes,
- la méconnaissance des missions du SAVS par les partenaires.

### Rappel :

L'ancienne vision des SAVS :

*SAVD (service d'accompagnement à la vie à domicile) réservé aux travailleurs ESAT avec handicap mental*

est à remplacer par la définition des SAVS du décret n°2005-1135 du 7 septembre 2005, reprise dans le Code de l'Action Sociale et des Familles (voir en annexe).

Le SAVS est adapté pour tous types de handicaps et peut intervenir plusieurs fois par semaine en fonction des besoins.

Comme le rappelle l'article D.312-166, les missions du SAMSAH sont les mêmes que celles du SAVS, à cela près que le SAMSAH intervient en plus pour des soins réguliers et coordonnés ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Ainsi, il nous appartient d'utiliser au mieux l'ensemble des services existants au regard de leurs missions (voir annexe) pour des durées adaptées aux besoins, en tant que passerelle, dans la mesure du possible, vers des relais de droit commun ou d'autres ressources.

## SSIAD : une offre hétérogène, dont les situations les plus lourdes sont évincées

### Secteurs :

Sur Issoudun (couverture de la moitié du département) : 5 personnes sont actuellement en liste d'attente.

Sur Châteauroux : il existe des places disponibles.

Sur le reste du département : peu de places PH disponibles.

### Constats :

#### **Disparité de l'offre (nombre de places)**

Il existe une disparité entre l'offre de soins infirmiers à domicile et la demande, due à la répartition géographique de l'offre et au souhait des usagers de bénéficier ou non de ce service qui vient en plus de ceux éventuellement existants. La multiplicité des prises en charge peut entraîner un refus pour l'utilisateur, qui ne souhaite pas avoir plusieurs personnes chez elle (« défilé »).

#### **Disparité de l'offre (organisation)**

L'organisation des interventions des SSIAD n'est pas homogène sur le territoire, par exemple :

- interventions la semaine matin et soir mais pas le week-end,
- interventions la semaine et le week-end, le matin.

Ce manque de cohérence entretient la confusion de la part des aidants familiaux : si l'aide à domicile peut réaliser des actes substitutifs aux actes de soins le week-end, pourquoi ne le pourrait-elle pas le reste de la semaine ?

Par ailleurs, si le soin intervient le dimanche à midi ou dans une plage horaire qui peut sembler inadéquate, la famille développe des stratégies d'organisation pour éviter cette prise en charge qui désorganise la vie familiale.

Même s'il est important de rappeler aux usagers l'importance de la spécificité des actes de soins par rapport aux actes des aides à domicile, les disparités existantes entretiennent la confusion pour l'utilisateur et sa famille.

### **Eviction des situations lourdes**

Les soins effectués auprès de personnes handicapées présentant des pathologies lourdes ne permettent pas aux SSIAD un bilan économique rentable. Aussi, malgré une volonté certaine de vouloir prendre en charge ces personnes, les SSIAD ne le peuvent pas, faute de moyens financiers.

Les personnes aux fortes prises en charges sont donc paradoxalement évincées des services de soins infirmiers à domicile (excepté sur de courtes périodes, 15 jours). Cette inégalité de traitement est la conséquence de la tarification appliquée, inadaptée à ces prises en charge.

Un groupe de travail entre la CNSA et le Ministère a été créé mais à ce jour aucune réponse n'est apportée aux usagers dont la santé en dépend.

### Hospitalisation à Domicile (HAD)

Concernant les hospitalisations à domicile, le groupe de travail indique que la prise en charge n'est pas systématiquement mise en place, malgré une prescription médicale. L'évaluation par les services de l'HAD du critère aigu ou chronique de la pathologie peut différer de celui des SSIAD. Il semble nécessaire qu'un échange puisse clarifier ces situations.

Un rappel est fait sur les prescriptions de l'HAD : pour permettre une sortie d'hospitalisation précoce si la personne peut rentrer à domicile ou bien pour éviter une hospitalisation.

### Aides à domicile

Au vu des éléments ci-avant, les services d'aide à domicile peuvent être amenés à prendre le relais sur des situations complexes et à effectuer des gestes à la limite de leur périmètre de compétence.

Le groupe est également intervenu en indiquant la crainte des auxiliaires à la vie sociale d'être dévalorisées à l'arrivée du passage du SSIAD (« arrivée des blouses blanches »).

### Conclusion

Le département de l'Indre est doté de multiples services avec des professionnels de formations et compétences propres et complémentaires. Afin que les interventions de chacun soient les plus satisfaisantes pour les usagers, leurs familles et les professionnels eux-mêmes, il est rappelé l'importance :

- de la prise en compte des aidants familiaux dans la prise en charge (échanges, discussions),
- du soutien à apporter aux aidants professionnels (formation),
- de la coordination entre intervenants,
- de la connaissance mutuelle des uns et des autres,
- du respect du travail des uns et des autres.

**Dernière réunion du groupe de travail n° 2 : le mardi 2 juillet à 9h en salle 17.**

\* \* \* \* \*

## ANNEXE

---

Extraits du Code de l'Action Sociale et des Familles

### **Sous-paragraphe 1 : Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)**

#### **Article D.312-162**

Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

#### **Article D.312-163**

Les services mentionnés à l'article D. 312-162 prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) Une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence
- b) Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

#### **Article D.312-164**

Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services définis à l'article D. 312-162 organisent et mettent en oeuvre tout ou partie des prestations suivantes :

- a) L'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie ;
- b) L'identification de l'aide à mettre en oeuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés ;
- c) Le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ;
- d) Une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale ;
- e) Le soutien des relations avec l'environnement familial et social ;
- f) Un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion ;
- g) Le suivi éducatif et psychologique.

Les prestations énumérées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

#### **Article D.312-165**

Les prestations énumérées à l'article D. 312-164 sont mises en oeuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

- a) Des assistants de service social ;
- b) Des auxiliaires de vie sociale ;
- c) Des aides médico-psychologiques ;
- d) Des psychologues ;
- e) Des conseillers en économie sociale et familiale ;
- f) Des éducateurs spécialisés ;
- g) Des moniteurs-éducateurs ;
- h) Des chargés d'insertion.

## **Sous-paragraphe 2 : Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**

### **Article D.312-166**

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, **la réalisation des missions visées à l'article D. 312-162.**

### **Article D.312-167**

Les services définis à l'article D. 312-166 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-163, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) Des soins réguliers et coordonnés ;
- b) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

### **Article D.312-168**

Le projet individualisé d'accompagnement comprend, en sus des prestations mentionnées à l'article D. 312-164, tout ou partie des prestations suivantes :

- a) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en oeuvre ;
- b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Les prestations mentionnées au présent article sont formalisées dans le cadre du dispositif mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

### **Article D.312-169**

Les prestations mentionnées à l'article D. 312-168 sont mises en oeuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, en sus des personnels mentionnés à l'article D. 312-165, tout ou partie des professionnels suivants :

- a) Des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique ;
- b) Des aides-soignants.

L'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin.



## SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES

### GROUPE 2 :

#### L'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Compte rendu de la réunion du 2 juillet 2013

#### Personnes présentes :

M. ASCENSO Joaquim, APF  
 M. AUBEL Stéphane, Resp. service Action Sociale et Développement Local DPDS  
 Mme BALLEAREAU Cécile, UDAF  
 M. BARRAULT Christophe, Adjoint au chef de service Tarification - DPDS  
 Mme BOISSET Edwige, Responsable de secteur AFD, Aide aux Familles à Domicile  
 Mme BOUTON-TIXIER Nathalie, SSIAD CH Le Blanc  
 Mme CABARET Marie-Christine, responsable Service Aide à Domicile ASMAD  
 Mme CATHERINEAU, CESF – Coordinatrice – Résidence ALGIRA  
 Mme CAVASIN Charlotte, responsable de secteur Service Aide à Domicile AFD  
 M. COSSET Michel, Directeur adjoint APAJH 36  
 M. COTTIN Philippe, Directeur de l'ESAT de l'AIDAPHI  
 Mme DANIEL Catherine, Directeur adjoint de la DPDS  
 Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS  
 M. DESCAMPS Frédéric, Directeur du Hameau de Gâtines  
 Mme DODU Elisabeth, IDE coordinatrice, SSIAD PH, CSPCP Issoudun  
 Mme ÉTIÈVE Sarah, Directrice de la délégation APF 36  
 Mme EBRAS Danielle, Présidente du CODERPA  
 Mme FEFEU Marie-Laure, Directrice adjointe Atout Brenne  
 Mme FOULATIER Christine, Déléguée AFM Téléthon 36  
 M. PESSON Alain, AFM  
 Mme GENTAL Françoise, responsable du Service Aide et Action Sociales DPDS  
 Mme GUENAND Valérie, adjoint au chef de service Aide et Action Sociales  
 Dr GOUGUET-BALLERE Corinne, responsable du service conseil médical et prévention médicale DPDS  
 Mme LACOTE, MSA Service Tutelle 36  
 M. LASNIER Stéphane, Directeur du secteur Habitat Vie Sociale de l'ADAPEI 36  
 Mme LEFEBVRE Marie-Thérèse, Fédération départementale FAMILLES RURALES  
 Mme MANCIC Hélène, Directrice Adjointe, Fédération départementale Familles Rurales  
 Mme MASSON Pascale, Assistante sociale SMPR CH Issoudun  
 Mme NALLET Françoise, chargée de mission PIG de l'ADIL  
 M. NORMAND Alain, Coordinateur du SAMSAH - CSPCP d'Issoudun  
 M. RAIMBAULT Jean-Luc, CRP Centre Louis Gatignon, VOUZERON  
 Mme BREHERET Isabelle, Directrice de la Fédération ADMR 36  
 Mme ROUSSEAU Monique, Fédération départementale Familles Rurales  
 Mme ROUET Chantal, Responsable de secteur ASD  
 M. TROUVE Philippe, Directeur de l'ASMAD,  
 Mme YVINEC Karen, neuropsychologue – Résidence ALGIRA





Le compte-rendu de la réunion du 10 juin 2013 est validé par les membres du groupe de travail n° 2, avec l'intégration des précisions suivantes :

- rajouter dans les listes des personnes présentes, Mme LACOTE de MSA Service Tutelles 36,
- remplacer page 6 « aides à domicile » par le mot « auxiliaires à la vie sociale ».

### **Délimitation du périmètre des échanges**

Précédente réunion :	Thèmes
✓	1) Communication / information / sensibilisation à destination : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des personnes handicapées à domicile (droits, dispositifs, vie sociale, loisirs)</li> <li>• des professionnels intervenant à domicile (connaissance des dispositifs et du fonctionnement des services des autres professionnels)</li> <li>• du grand public (regard et connaissance sur le handicap)</li> </ul>
✓	2) Coordination des dispositifs
✓	3) Mobilisation des différents dispositifs possibles pour un projet de vie à domicile
✓	4) Besoin de soutien pour les aidants familiaux et les aidants professionnels
✓	5) Couverture des besoins pour les différents types de handicaps par les services susceptibles d'intervenir
Vu lors de cette réunion	
	6) Adaptation de l'habitat

Cette réunion aborde le dernier thème prévu.

En préalable, il est indiqué que le dernier compte-rendu sera adressé par mail à tous(tes) les participant(e)s avec l'ensemble des autres comptes rendus.

### **6) Adaptation de l'habitat**

Après un bref tour de table, il apparaît que l'offre n'est pas claire pour les services à domicile.

#### 6.1 Lisibilité des dispositifs et information des disponibilités

##### 6.1.1 Les dispositifs actuels

Pour les propriétaires occupants, le PIG (programme d'intérêt général) assure la coordination des financements.

Le dispositif de coordination et d'évaluation agrège les partenaires financeurs tels que l'ANAH et les partenaires volontaires (Conseil Général, Conseil Régional, Caisses de retraite de la MSA et du RSI). Les aides de la CARSAT sont, à ce jour, mobilisables en dehors du PIG qui est à renouveler l'année prochaine. L'intégration de la CARSAT au dispositif PIG pourra être travaillée à ce moment là.

Pour l'adaptation du logement aux situations de handicap, les dispositifs PIG et PCH sont articulés.

Concernant le locatif, le dispositif PIG est mobilisable par les propriétaires bailleurs. Le dispositif peut donc être sollicité par les bailleurs privés.

Pour les bailleurs sociaux, le PIG n'est pas mobilisé, car l'adaptation des logements rentre dans les obligations du bailleur au titre de l'accessibilité. Il y a eu pendant quelques années une convention spécifique pour accompagner les bailleurs SCALIS et OPHAC dans les travaux d'accessibilité pour les logements ne pouvant relever des dispositifs légaux ou réglementaires. Toutefois à son échéance, les bailleurs ont indiqué que son renouvellement n'était pas justifié, les dispositifs légaux et réglementaires permettant, selon eux, désormais de résoudre tous les cas. Or, il apparaît que certains établissements poseraient encore problème.

### 6.1.2 La connaissance des logements adaptés disponibles

Le précédent schéma avait prévu la mise en place d'une plateforme à destination du public permettant de rendre visible les vacances de logements spécifiquement adaptés des deux principaux bailleurs sociaux.

Ce projet a fait l'objet de plusieurs réunions de travail mais n'a pas encore abouti. Chaque bailleur a développé de son côté ses propres outils et la coordination reste à faire.

Ce projet devra être relancé.

## 6.2 Problèmes restants :

### 6.2.1 Qualité et pertinence des aménagements proposés

Il ressort du débat que les logements de moins de 15 ans posent encore des problèmes en terme d'équipement sanitaire et notamment par l'existence de baignoire.

De même, la question de l'adaptation du logement, reste entière quand la situation de handicap survient, et touche une personne installée dans un logement non adapté et qui ne veut pas déménager et quitter son environnement familial pour aller vivre dans un appartement adapté.

Au-delà de l'aspect quantitatif, la qualité des adaptations aux situations de handicap est un point central de l'accessibilité du logement, par exemple :

- la porte d'entrée de l'immeuble est aux normes mais l'aménagement extérieur a laissé quelques petites marches, d'où nécessité d'un accompagnement pour sortir et entrer chez soi,
- l'ascenseur est aux normes mais la porte est lourde,
- les barres de seuil sont installées mais leur hauteur d'installation pas adaptée.

Il y a donc encore des efforts de sensibilisation à mener même si les artisans ont mis en place un label handicap.

Ces efforts doivent concerner également l'accessibilité des handicaps sensoriel, mental et invisible dont les besoins sont souvent insatisfaits.

Il est également envisagé de formaliser des partenariats intégrant des formations sur les adaptations au handicap invisible.

### 6.2.2 Adaptation de l'environnement

Il semble nécessaire de prendre en compte l'environnement en même temps que la question de l'adaptation du logement.

C'est le cas du milieu rural qui offre peu de réponses sociétales et rend difficile l'accès aux services de proximité (commerce, activités,...). Cette question, qui est le propre de la ruralité, touche en fait tout le monde. Pour autant, les difficultés rencontrées également par les personnes en situation de handicap sont décuplées du fait de leur propre situation.

Ce constat touche aussi la préparation de la sortie d'établissement des personnes accueillies dans les structures. La difficulté à concrétiser cette recherche d'autonomie vis-à-vis de l'établissement réside dans l'insuffisance, voire l'absence, de mobilisation des services de proximité du futur lieu de résidence. Amener à être autonome en dehors d'un établissement est l'objectif de toute structure, mais être autonome chez soi quand il n'y a rien à faire, c'est délicat. Il est donc fondamental d'envisager, dès le départ, ces questions d'environnement dans l'élaboration d'un projet de vie en autonomie. Pour les personnes, qui sortent d'établissement, il faut aussi pouvoir « passer les relais » aux services types SAVS qui travaillent ces questions.

### 6.2.3 Adaptation des transports

La question de la ruralité ne peut pas être examinée sans aborder l'offre du transport. On ne peut en effet pas envisager de délocaliser « Equinoxe » ou « MACH36 » par exemple (équipements culturels).

Pour autant, il convient de rappeler que la question de l'adaptation au handicap a été prise en compte dans le cadre du schéma directeur d'organisation des transports. On ne peut, comme pour les équipements culturels, demander aux transporteurs de mettre un moyen de transport pour une personne, d'autant plus, que l'offre de « service à la demande » existe.

En ce qui concerne l'adaptation des véhicules, il est important de souligner que tous les véhicules des lignes départementales sont adaptés. L'ensemble de la flotte est donc accessible et les points d'arrêt sont en cours de mise en accessibilité.

Ces points ont été travaillés avec les associations du champ du handicap.

Il existe également à Châteauroux l'handibus qui est largement utilisé.

Resterait à discuter de la fréquence des passages sur les lignes, ce qui n'est pas forcément qu'un problème de personnes en situation de handicap. En revanche, se confirme pour ces personnes le même besoin en sortie nocturne (restaurant, fermeture de clubs), ou simplement de début de soirée (après 19h30).

L'ADMR indique que son association a mis en place sur Châteauroux un service « couche tard ».

L'AFM signale qu'il y a quand même un accompagnement à faire, notamment sur Châteauroux et l'agglomération. Les personnes en situation de handicap ont encore beaucoup d'appréhension à prendre les bus qu'elles pensent inadaptés.

### 6.3 Structures alternatives

#### 6.3.1 Existence d'un besoin

Il existerait un besoin de structures alternatives entre le domicile et l'établissement.

Cette structure devrait pouvoir permettre de couvrir des besoins temporaires d'accueil notamment quand l'aidant familial est hospitalisé ou quand au moment de la sortie du centre de rééducation, le retour à domicile ne peut se faire du fait du logement non adapté. Il peut s'agir aussi d'évaluer ou de développer les capacités d'autonomie.

Les actuelles capacités d'hébergement temporaire ne sembleraient pas répondre à ces situations. Est évoqué également l'intérêt d'un intermédiaire qui pourrait être un lieu de vie individualisé mais avec une surveillance accrue, une intervention nocturne (pour permettre les retournements de la personne par exemple) et concernerait les personnes en situation de handicap moteur et les personnes âgées en perte d'autonomie.

L'exemple est donné du travail entrepris par une équipe de Bordeaux sur les maisons proposant de la colocation et des services payés par les prestations individuelles de « tierce personne ».

Les points de vigilance sur ce type de réponse sont qu'ils font appel à la fois aux dispositifs de l'aide à domicile et de l'hébergement tout en s'inscrivant dans le domaine privé de la colocation et de la mutualisation des aides à domicile individuelles.

Il convient donc de réfléchir à toutes ces questions, tout en respectant les cadres et éviter de tordre les règles de droit. Par exemple, le concept de maison des 4 ou de « familles gouvernantes » n'a pas clarifié le rôle assigné aux gouvernants et n'a pas garanti le libre choix de ce domicile et des colocataires par la personne handicapée.

Ce type d'habitat peut également porter des risques très importants en terme de sécurité.

La question du projet de vie choisi est centrale et délicate. Il convient pour l'établissement dont un résident exprime le souhait de « vivre à domicile » de le respecter mais il a une obligation d'expliquer notamment les « services » de ces structures intermédiaires et les besoins actuels qui sont couverts par l'établissement et ne peuvent l'être à l'identique dans un choix de vie « en autonomie ».

Après échanges, il apparaît que le besoin repose davantage sur du « sur mesure » pour des périodes charnières avec des lieux transitoires et renvoie à l'instauration de passerelles possibles.

Dans cet esprit, l'ADAPEI fait part de son dispositif qui permet d'expliquer au résident l'existence des dispositifs qui les accompagnent et de réinitier l'idée de parcours avec le résident. Il s'agit d'évaluer la capacité et le potentiel du résident à une vie autonome.

Il semble effectivement crucial de bien appréhender la capacité de la personne en situation de handicap à assumer l'autonomie et l'exercice des responsabilités liées à une vie à domicile.

L'AFM souligne l'importance de réfléchir aux réponses à apporter à une personne en situation de handicap qui vit chez ses parents et souhaite vivre seule, car là aussi le besoin d'accompagnement à la vie autonome existe.

### 6.3.2 Définition des besoins intermédiaires

Pour définir ces besoins, il nous revient de pouvoir répondre à cette question : qu'est ce que l'on attend de cet intermédiaire pour accompagner la réalisation du projet de vie ?

- 1<sup>er</sup> besoin : travailler la rupture avec la famille.
- 2<sup>ème</sup> besoin : travailler en amont l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et donc axer davantage l'accompagnement sur les capacités de la personne.

L'AFM signale qu'une étude des besoins a été réalisée et que les conclusions ont été difficiles à ressortir. Il semblerait qu'il y ait une différence entre l'autonomie individuelle et l'autonomie sociale et que le besoin est constitué par le point de rencontre des 2 autonomies.

La réflexion engagée conduit à constater qu'en fait ces 2 formes d'autonomie existent bien pour la personne, que la réponse à apporter vise à réduire le champ de la temporalité et donc consisterait dans un premier temps à s'assurer de la coordination de la batterie d'aides existantes ou susceptibles d'être mobilisées et du projet de vie conduit avec la personne.

En ce sens, l'autonomie peut être définie par l'aptitude de la personne à faire des choix et sa capacité à mettre en œuvre ses choix. Cela implique pour les professionnels de travailler le parcours du résident par rapport au projet de vie de la personne elle-même et donc d'accepter les risques inhérents à la vie à domicile.

- 3<sup>ème</sup> besoin : travailler les risques inhérents à la vie à domicile

L'acceptation des risques inhérents à la vie à domicile pose la question du risque partagé en tant que risque connu de tous (personne en situation de handicap, professionnels,...) mais non dilué en termes de responsabilité. En effet, il convient d'être attentif à ce risque qui peut basculer en danger et donc là cette situation de danger repérée nécessiterait obligatoirement un accompagnement personnel ou semi personnel, hors les murs de l'établissement. Attention cependant, à ne pas tomber dans le besoin de réassurance de l'institution.

- 4<sup>ème</sup> besoin : permettre à la personne d'évaluer ses propres capacités, tester son degré d'autonomie et préparer son orientation.

En limousin, le dispositif privilégié pour cet accompagnement est la famille d'accueil.

Il convient donc de poser comme cadre de réflexion :

- la sortie d'établissement à travailler avec les dispositifs internes de l'établissement de mise en autonomie progressive,
- d'évacuer l'idée d'une structure intermédiaire permettant un temps d'encadrement supérieur au temps d'encadrement des établissements.
- le besoin d'évaluer l'autonomie de la personne par une mise en situation en dehors de ce que fait l'établissement (les jeunes, rupture familiale,...) et aider la personne à mieux connaître sa capacité d'autonomie et à travailler en conséquence le projet de vie en condition réelle.
- la nécessité de mobiliser rapidement les intervenants et de mieux coordonner les interventions (déjà évoqué à la première réunion).
- l'amélioration à mener pour réduire le temps nécessaire à l'adaptation du logement définitif.

Il est rappelé que dans l'Indre, il existe des gîtes adaptés qui ont été des solutions transitoires relativement bien acceptées des personnes.

### 6.3.3. Esquisse du projet de réponse intermédiaire dans l'Indre

Sur ces bases de discussion, un schéma se dessine d'une structure porteuse d'un « domicile intermédiaire temporaire ».

Les conditions de réussite de ce type de projet seraient :

- La structure porteuse accepte les risques de la sous-location (on n'est pas dans une configuration de baux glissants).
- Le porteur de « l'hébergement » ne doit pas avoir d'intérêt financier sur les prestations à domicile fournies. Il ne doit pas être le fournisseur de ces prestations.
- La responsabilité financière est assumée par le bailleur qui devra être attentif à gérer le turnover et rester dans une logique de domicile temporaire, permettant à la personne d'accéder à un logement adapté.

Il est souligné que le double loyer inhérent à ce dispositif peut être un frein. Pour autant, il a été rappelé que dans ces situations, il y aura toujours un double loyer sauf à anticiper un préavis.

## **7) Questions diverses**

Le Directeur de l'ASMAD, Monsieur TROUVE, souhaite revenir sur la question du tarif prestataire agréé de la PCH aide humaine et des conséquences pour les personnes handicapées à domicile.

Mme de GOUVILLE souhaite apporter les éléments d'information suivants :

- la PCH a permis et permet un maintien à domicile plus important que ce que permet l'APA pour les personnes âgées,
- la différence entre le tarif des associations agréées, qui est effectivement national, et le tarif des associations autorisées qui peut être individualisé,
- le Conseil Général a demandé à l'Etat la revalorisation du tarif national des associations agréées,
- sur un plan technique, les services de la DPDS vont proposer pour gagner en transparence :
  - la télégestion pour les heures effectuées au titre de la PCH,
  - la mise en place, à partir de mars 2014, d'un relevé de prestations qui indiquerait la prestation en droit et la prestation payée.

# I-Comptes rendus des groupes de travail

## Groupe de travail 3 «La coordination des soins»

### Schéma Personnes Handicapées

GROUPE DE TRAVAIL N° 3  
COORDINATION DU SOIN

Compte-rendu de la réunion  
du lundi 27 mai 2013

#### **Etaient présents :**

- M. C. BARRAULT – Adjoint au Chef de Service - Service Tarification Programmation – D.P.D.S.
- Mme M.F. BERTHIER – C.O.D.E.S. 36
- M. P. BERTOCCHI – Directeur Général – A.D.A.P.E.I. 36
- M. P. BIAUNIER – Directeur – U.D.A.F. 36
- M. D. BLONDEAU – Président – Caisse Primaire d'Assurance Maladie 36
- Mme A. CHORIN – Directrice Adjointe – Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Mme F. de GOUVILLE – Directrice – Direction de la Prévention et du Développement Social
- Mme T. DELRIEU – Conseillère Générale
- Mme P. DUBALLET – Coordinatrice Départementale – Téléthon 36
- Mme E. DODU – I.D.E. Coordinatrice S.S.I.A.D. – PH – CSPCP Issoudun
- Mme L. DUCROT – I.D.E. – S.S.I.A.D. – LA CHATRE
- M. P. ERDEVEN – Pôle de Psychiatrie – Centre Hospitalier de CHATEAUROUX
- Mme J. ERRERO – Direction du Pôle de Psychiatrie – Centre Hospitalier de CHATEAUROUX
- Mme F. RATEL – Directrice – ADAPEI 36 – Secteur Travail Adapté
- Mme M.L. FEFEU – Directrice Adjointe – Atout Brenne
- Melle GUENAND – Adjointe au Chef de Service – Aide et Action Sociale – D.P.D.S.
- M. S. LASNIER – ADAPEI 36 – Directeur Secteur Habitat – Vie Sociale
- M. F. LODIEU – A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l'Indre
- Mme L. LAUNAY – Responsable cellule P.H. – A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l'Indre
- Mme M. URVOY – I.D.E. Coordinatrice S.S.I.A.D. – PH – A.S.M.A.D.
- Mme I. FORTIN – I.D.E. Coordinatrice – S.S.I.A.D. – TOURNON SAINT MARTIN
- Mme V. ROUET – Responsable Relation Client – Caisse Primaire d'Assurance Maladie 36
- M. E. VANDER VOORT – Membre – Association des Paralysés de France
- Mme F. GUILLARD-PETIT – Elue – Conseil Départemental et Régional – Association des Paralysés de France
- Docteur C. GOUGUET-BALLERE – Médecin Conseil – D.P.D.S.
- Mme I. LEDUC – Directrice Adjointe – Hameau de Gâtines

Madame DE GOUVILLE rappelle, en préambule, que les comptes rendus des travaux des différents groupes sont des documents internes et non pas vocation à être diffusés avant la validation finale du nouveau schéma départemental du handicap.



Choix des sujets à discuter :

Le groupe 3 qui a pour thématique la coordination des soins a décidé d'aborder les points suivants :

- définition du soin ou des soins et de la culture du soin d'une personne handicapée,
- accès aux soins tant en établissement qu'au domicile,
- la question des droits (sécurité sociale, tutelle, aide aux mutuelles, invalidité), la connaissance des dispositifs de protection et la responsabilité des différents acteurs,
- formations des professionnels de santé,
- adaptation des programmes de prévention de la santé,
- prise en charge des services de soins infirmiers à domicile.

#### Première thématique la définition et la culture du soin :

Le soin d'une personne handicapée demande beaucoup de temps et d'attention de la part des soignants. Il ne faut pas perdre de vue que derrière le soin technique se trouve une personne.

Le soin est un vaste sujet qui va de l'aide à la toilette journalière aux perfusions, de l'aide à la vie de tous les jours par les gestes essentiels à ceux nécessaires à une fin de vie.

La personne handicapée doit être celle qui coordonne les soins dont elle a besoin en accord avec son médecin traitant (ou soignant dans certains établissements). Son avis et accord doit toujours être recherché.

Les horaires des soins sont à concilier le plus possible avec le projet de vie de la personne, notamment en respectant les horaires d'intervention.

La formalisation écrite des actes diminue le temps passé avec la personne et la judiciarisation de la prise en charge amènent une protection plus de l'institution que de la personne.

Le soin ou le projet de soin doit s'inscrire dans le projet de vie de la personne.

#### Deuxième thématique l'accès aux soins :

L'accès aux soins sera différent selon que la personne est prise en charge en établissement ou à domicile.

Dans les ESAT

- la convention pour l'accès aux soins psychiatriques des personnes, signée entre le pôle psychiatrique de Gireugne et les ESAT fonctionne relativement bien. Ce pose toujours le problème pour les établissements qui relèvent de la prise en charge psychiatrique du Cher.

- les ESAT se trouvent souvent démunis dans la prise en charge des personnes accueillies, car la seule porte d'entrée est le médecin du travail.

- les compétences du personnel pour accompagner aux rendez-vous médicaux un travailleur handicapé demandent à être renforcées.

Dans les foyers d'hébergement, les FAO, les SAVS, les SAMSAH, l'accès au soin est facilité, mais il existe une méconnaissance de la totalité des dispositifs possibles.

Le réseau Albatros permet en établissement comme à domicile d'évaluer les soins dentaires complexes nécessaires et de les prendre en charge à l'hôpital de Châteauroux avec ou sans anesthésie générale.

La prise en charge des problèmes de gynécologie (contraception, protection contre les maladies sexuellement transmissibles, suivi médical) est souvent délicate et une adaptation des messages est à faire, une coopération avec le centre de planification ou l'association du planning familial est à envisager.



Le CODES, le réseau Respire et son guide de la solidarité, l'ANPAA, le réseau SOPHIA, le réseau OncoBerry, le Codespa, l'association Diapason, Alis 36, sont des acteurs potentiels de la prévention ou des conseils pour l'accès aux soins.

La « fiche de liaison » pour faciliter l'hospitalisation est encore insuffisamment connue et utilisée.

Il existe une méthode « facile à lire, facile à comprendre » qui permet de traduire les documents administratifs ou médicaux pour les rendre plus accessibles. Cette méthode est peu connue.

La première entrée pour l'accès aux soins non urgents est le médecin traitant, la généralisation dans le futur du dossier médical personnel accessible à tous médecins améliorera la prise en charge médicale.

L'information et le consentement nécessaire du patient pour son ouverture et sa consultation pose problème aux personnes handicapées ayant une déficience intellectuelle. Il en est de même lors de refus de soins ou d'acte médical urgent où le personnel soignant demande l'accord de la tutelle ou curatelle. La législation est ambiguë car c'est la personne qui subit un soin et son consentement éclairé est obligatoire mais en cas de problème sous mesure de protection c'est son représentant légal qui engage une action de justice.

La pénurie de professionnels de santé et l'absence d'accessibilité pour certains cabinets amènent parfois la personne aux urgences.

La question de la renonciation au soin suscite de nombreuses questions à l'entourage professionnel qui ne sait pas comment réagir. Les auxiliaires de vie à domicile comme les éducateurs ou AMP en établissement se trouvent démunis face à ce problème.

La préparation de la sortie d'établissement de santé est à améliorer, tant dans la continuité du soin (conditions matérielles de sortie, ordonnance, médicaments, soins infirmiers ou kiné ...) que dans les informations transmises nécessaires souvent pour remettre en place des plans d'aide à domicile.

La rédaction d'une « charte » de l'accès aux soins des personnes handicapées est probablement à construire, un peu sur le modèle de celle des personnes âgées. Elle définirait les droits, les limites, l'adaptation de l'accessibilité aux documents écrits, l'information adaptée aux handicaps, la recherche d'un accord éclairé, les bonnes conduites des professionnels.

## SCHEMA PERSONNES HANDICAPEES

GROUPE DE TRAVAIL N° 3  
COORDINATION DU SOIN

Compte-rendu de la réunion  
du lundi 17 juin 2013

### **Etaient présents :**

- Mme LE MONNIER de GOUVILLE Françoise, Directeur - D.P.D.S. – Conseil Général
- Mme BALLANGER Michèle, CORIDYS Indre
- Mme BARRET Nathalie, Technicienne d’insertion – Service Régional Centre – AFM
- Mme BERTHIER Marie-France, C.O.D.E.S.
- M. BEUGRE Hermann, Responsable adjoint – U.D.A.F. 36
- Mme CHORIN Aurélia, Directrice Adjointe – M.D.P.H.
- Mme DELRIEU Thérèse, Conseillère Générale
- M. DESCAMPS Frédéric, Directeur – Hameau de Gâtines
- Mme DUBALLET Pierrette, Coordinatrice Départementale Téléthon 36
- Mme DODU Elisabeth, I.D.E. coordinatrice S.S.I.A.D PH – C.S.P.C.P. Issoudun
- Mme DUCROT Laurence, I.D.E. - S.S.I.A.D. - LA CHATRE
- Mme EBRAS Danielle, Présidente du CODERPA
- M. ERDEVEN Patrick, Pôle Psychiatrie Centre Hospitalier CHATEAUROUX
- Mle GUENAND Valérie, Adjointe au chef de service Aide et Action Sociales – D.P.D.S. – Conseil Général
- Mme GOUGUET-BALLERE Corinne, Médecin, chef de service – D.P.D.S. – Conseil Général
- Mme GUILLARD-PETIT Françoise, Elue – Conseil Départemental et Région – Association des Paralysés de France
- M. LASNIER Stéphane, A.D.P.E.I. 36 – Directeur Secteur Habitat – Vie Sociale
- M. LODIEU François, A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l’Indre
- Mme ROCHAIS Sylvie, Responsable du service Tarification – D.P.D.S.
- Mme ROUET Véronique, Responsable Relation Client – C.P.A.M. 36
- M. TROUVE Philippe, Directeur Général – ASMAD
- Mme URVOY Maryline, I.D.E. coordinatrice – S.S.I.A.D. – P.H. – ASMAD
- M. VANDER VOORT Eric, Membre – Association des Paralysés de France

**Etaient excusés :**

- Mme DANIEL Catherine, Directeur Adjoint - D.P.D.S – Conseil Général
- M. BARRAULT Christophe, Adjoint au chef de service tarification- Programmation D.P.D.S. – Conseil Général de l'Indre
- M. BLONDEAU Dominique, Président – C.P.A.M. 36
- Mme ERRERO Jocelyne, Directrice du Pôle Psychiatrie – Centre Hospitalier CHATEAUROUX
- Mme FORTIN Isabelle, I.D.E. coordinatrice – S.S.I.A.D. – TOURNON SAINT MARTIN

**Etaient absents :**

- M. BERTOCCHI Pascal, Directeur Général – A.D.P.E.I. 36
- Mme FEFEU Marie-Laure, Directrice Adjointe – Atout Brenne
- Mme LAUNAY Lucie, Responsable cellule P.H. – A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l'Indre
- Mme LEDUC Isabelle, Directrice adjointe – Hameau de Gâtines
- Mme RATEL Françoise, Directrice – A.D.A.P.E.I. 36 – Secteur travail adapté

**1. Validation du compte rendu précédent :**

La date de la réunion est le 27 mai et non le 24 mai.

Le « document » facile à lire, facile à comprendre n'est pas un logiciel mais une méthode de traduction des données.

**2. La question des droits :***La protection juridique*

Pour la personne sous curatelle la question est tranchée, c'est la personne qui est pleinement acteur de la coordination de ses soins et qui décide.

Pour la personne sous tutelle ce n'est pas tranché, le code de la santé publique prévoit l'accord du tuteur et le code civil prévoit l'accord de la personne si son discernement existe.

Toute la question est l'appréciation par les médecins et les tuteurs de la capacité de discernement des personnes handicapées pour de multiples raisons (problème de communication, de déficience intellectuelle, gravité des conséquences éventuelles de l'acte médical ...).

La désignation de la personne de confiance lors d'une hospitalisation peut résoudre en partie ce problème. Cette disposition n'est pas bien connue des personnes handicapées et une articulation avec les services de tutelle est à prévoir.

L'aspect de la santé dans le projet de vie de la personne handicapée doit être préparé bien en amont d'une hospitalisation et faire partie intégrante de son projet de vie. Dans ce cadre, la préparation avec lui-même, sa famille éventuellement, et l'entourage professionnel est fondamental.

Le travail avec les services hospitaliers, les juges, les tuteurs est à reprendre pour clarifier les procédures et la manière de faire les demandes d'accords éventuels.

Le rôle du médecin traitant dans ces processus de décision doit être renforcé notamment lors des hospitalisations et des soins programmés.

Les directives anticipées peuvent aussi faciliter la prise en charge médicale de la personne.

#### Consultations urgentes ou hospitalisations aux urgences :

Les établissements sont amenés à faire hospitaliser aux urgences leurs pensionnaires :

- par manque de consultation rapide de médecin de ville,
- par manque de cabinet médical accessible pour les spécialistes notamment,
- par manque de personnel médical au sein même de leur structure, seules les MAS ont des médecins en journée et seuls les FAM et MAS ont des infirmières le jour,
- pour sécuriser la prise en charge de leur pensionnaire et ne pas passer à coté d'une urgence médicale.

Certaines pathologies rendent difficiles les communications téléphoniques avec les urgences. Il existe un numéro d'urgence national pour faciliter l'appel des personnes ayant des difficultés de communication orale (n° 114 joignable par fax ou SMS, modèle de fax pour le 114 avec présence de pictogrammes).

Il est aussi possible de se faire recenser auprès du SAMU qui définit ainsi des « patients remarquables ».

L'éducation des patients avant leur sortie de l'hôpital à la connaissance des signes d'alerte de récurrence de pathologies (œdème du poumon, infarctus, hypoglycémie ...) permet des ré-hospitalisations à temps et dans de bonnes conditions.

Les compétences des établissements pour handicapés et la qualification de leur personnel (médecin ou pas, IDE ou pas, AS ou AMP, maîtresse de maison, veilleur de nuit) sont à préciser aux services des urgences hospitalières afin de fluidifier tant les entrées que les sorties des urgences.

Il est à noter que les AS ou AMP et les veilleurs de nuit n'ont pas le droit de consulter le dossier médical de la personne accueillie quand il existe dans l'établissement. La généralisation du dossier médical personnel pourrait permettre de pallier ce problème.

#### Les droits à la sécurité sociale :

L'accès à la couverture maladie universelle ou à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est un droit pour la plupart des personnes handicapées, mais ce droit n'est pas toujours utilisé par méconnaissance des démarches.

Ces démarches sont des démarches volontaires et bien que la CPAM, par le biais de requête, envoie des offres de services pour une aide à l'accès à la CMU, la majorité des personnes ne répondent pas tant qu'aucun besoin de soin n'existe.

Une sensibilisation de tous les acteurs professionnels sur l'intérêt d'ouvrir les droits avant que le besoin de soin urgent arrive sera à prévoir.

Le tiers payant social existe aussi pour les bénéficiaires des ACS (aide complémentaire santé).

### **3. Formation des professionnels de santé :**

Une information importante sur les différents dispositifs médico-sociaux, sur les moyens humains des établissements et sur les limites des compétences des organismes tutélaires est à prévoir.

La connaissance des spécificités de prise en charge des différents handicaps (sensoriels, mental, troubles cognitifs ou moteur) est à rappeler dans la formation des soignants et des professionnels du secteur médico-social afin d'optimiser la prise en charge des personnes, par exemple la personne qui présente une déficience mentale profonde n'exprime pas la douleur de la même façon.

Les SSIAD non spécialisés, qui sont amenés à prendre en charge des personnes lourdement handicapées, ont besoin de formations spécifiques et d'interlocuteurs dans les réseaux afin de parfaire leur prise en charge.

Une sensibilisation des professionnels libéraux (kinésithérapeutes, infirmiers, médecins libéraux) lors de leurs séances de formations continues est à proposer sur les grands thèmes du handicap.

#### **4. Programmes de prévention :**

Une adaptation des programmes nationaux de prévention de la santé doit être proposée afin de tenir compte de la spécificité de la personne. Le programme de prévention du cancer colorectal ou celui de prévention du cancer du sein ne sont pas adaptés aux personnes handicapées.

Une attention toute particulière doit être donnée aux personnes à domicile.

Les bilans proposés par l'IRSA sont accessibles aux personnes en insertion, aux bénéficiaires de l'AAH, aux préretraités et aux retraités.

Le CODES et ALIS 36 sont engagés dans une démarche d'adaptation de leurs programmes de prévention.

## SCHEMA PERSONNES HANDICAPEES

GROUPE DE TRAVAIL N° 3  
COORDINATION DU SOIN

Compte-rendu de la réunion  
du lundi 8 juillet 2013

### **Etaient présents :**

- Mme LE MONNIER de GOUVILLE Françoise, Directeur - D.P.D.S. – Conseil Général
- Mme BALLANGER Michèle, CORIDYS Indre
- M. BEUGRE Hermann, Responsable adjoint – U.D.A.F. 36
- Mme BLONDET Evelyne, Directrice des Soins – CH CHATEAUROUX
- Mme BORODINE Katie, I.D.E. Coordinatrice – SSIAD PA PH
- Mme DANIEL Catherine, Directeur Adjoint - D.P.D.S – Conseil Général
- Mme DELRIEU Thérèse, Conseillère Générale
- Mme DESAIS Annabelle, C.O.D.E.S.
- M. DESCAMPS Frédéric, Directeur – Hameau des Gâtines
- Mme DODU Elisabeth, I.D.E. coordinatrice S.S.I.A.D PH – C.S.P.C.P. Issoudun
- Mme DUBALLET Pierrette, Coordinatrice Départementale Téléthron 36
- M. ERDEVEN Patrick, Pôle Psychiatrie Centre Hospitalier CHATEAUROUX
- Mme ETIEVE Sarah, Directrice – Délégation APF de l'Indre
- Mme FEFEU Marie-Laure, Directrice Adjointe – Atout Brenne
- Mme GOUGUET-BALLERE Corinne, Médecin, chef de service CPM – D.P.D.S. – Conseil Général
- Mlle GUENAND Valérie, Adjointe au chef de service Aide et Action Sociales – D.P.D.S.
- Mme GUICHARD Véronique, Directrice Adjointe – ASMAD
- M. LASNIER Stéphane, A.D.P.E.I. 36 – Secteur Habitat – Vie Sociale
- Mme LAUNAY L., Responsable cellule P.H. – A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l'Indre
- M. LODIEU François, Directeur – A.R.S. Centre – Délégation Territoriale de l'Indre
- Mme ROCHAIS Sylvie, Responsable du service Tarification – D.P.D.S. - Conseil Général
- Mme ROUET Véronique, Responsable Relation Client – C.P.A.M. 36
- M. VANDER VOORT Eric, Membre – Association des Paralysés de France

**Etaient excusés :**

- M. BARRAULT Christophe, Adjoint au chef de service tarification- Programmation D.P.D.S. – Conseil Général de l’Indre
- M. BLONDEAU Dominique, Président – C.P.A.M. 36
- Mme CHORIN Aurélia, Directrice Adjointe – M.D.P.H.
- Mme ERRERO Jocelyne, Direction du Pôle Psychiatrie – Centre Hospitalier CHATEAUROUX
- Mme GUILLARD-PETIT Françoise, Elue – Conseil Départemental et Région – Association des Paralysés de France

**Etaient absents :**

- Mme BARRET Nathalie, Technicienne d’insertion – Service Régional Centre – AFM
- M. BERTOCCHI Pascal, Directeur Général – ADAPEI 36
- Mme DUCROT Laurence, I.D.E. - S.S.I.A.D. - LA CHATRE
- Mme EBRAS Danielle, Présidente du CODERPA
- Mme FORTIN Isabelle, I.D.E. coordinatrice – S.S.I.A.D. – TOURNON SAINT MARTIN
- Mme LEDUC Isabelle, Directrice adjointe – Hameau de Gâtines
- Mme RATEL Françoise, Directrice – A.D.A.P.E.I. 36 – Secteur travail adapté
- M. TROUVE Philippe, Directeur Général – ASMAD
- Mme URVOY Maryline, I.D.E. coordinatrice – S.S.I.A.D. – P.H. – ASMAD

**I. Compte rendu du 17 juin modifications****▲ Les droits à la sécurité sociale****- remplacés :**

. L’accès à la couverture maladie universelle ou à l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé est un droit pour la plupart des personnes handicapées, mais ce droit n’est pas souvent utilisé par méconnaissance des démarches.

*Par « L’accès à la couverture maladie universelle ou à l’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé est un droit pour la plupart des personnes handicapées, mais ce droit n’est pas toujours utilisé par méconnaissance des démarches ».*

. Ces démarches sont des démarches volontaires et bien que la CARSAT par le biais de requête envoie des offres de services pour une aide à l’accès à la CMU, la majorité des personnes ne répondent pas tant qu’aucun besoin de soin n’existe.

*Par « Ces démarches sont des démarches volontaires et bien que la CPAM par le biais de requête envoie des offres de services pour une aide à l’accès à la CMU, la majorité des personnes ne répondent pas tant qu’aucun besoin de soin n’existe ».*

. Le tiers payant social existe aussi pour les bénéficiaires des ASS

*Par « Le tiers payant social existe aussi pour les bénéficiaires des ACS (aide à la complémentaire santé) ».*

- **Rajouter**  
 « *Les troubles cognitifs* » dans la connaissance des spécificités de la prise en charge des différents handicaps.  
 « *Les retraités* » pour les bilans IRSA.

## **II. Présentation du dossier médical personnel par Monsieur Didier LESECHE, directeur projet DMP à Télésanté centre**

Le dossier médical personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé accessible sur internet, à partir de la carte vitale du patient et d'une carte d'identification du personnel de santé.

Les professionnels de santé reçoivent systématiquement une carte d'identification tel que les médecin, pharmacien, sage femme, et les autres professionnels (IDE, opticien, ergothérapeute...) doivent la demander. Il est à noter que les aides soignantes n'ont pas de carte d'identification et donc pas d'accès aux données médicales des patients.

Le DMP est réalisé par un professionnel de santé (le plus souvent le médecin traitant) avec l'accord du patient. Celui-ci autorise l'accès de son dossier ou pas aux différents intervenants de santé et notamment au SAMU.

Le patient décide des informations et des documents contenus dans son DMP.

Il est souhaitable de reprendre les antécédents, les allergies, les opérations, les traitements, les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats de laboratoire et de radiologie afin d'améliorer la coordination des soins.

Chaque professionnel de santé inscrit les informations utiles à la prise en charge médicale du patient qu'il soigne.

Il permet de faciliter la prise en charge en urgence, d'éviter la prescription d'examen inutiles s'ils font double emploi.

La région Centre bénéficie du déploiement du DMP à partir de sites pilotes et le Berry a été choisi en 2012/2013.

Dans la région Centre, début juillet 2013, il y avait 15.000 DMP et dans l'Indre 2.725.

Les hôpitaux et notamment les SAMU sont en cours de déploiement prioritaire compte tenu de l'intérêt pour le SAMU et les services d'urgences. L'accès direct au DMP du patient lors d'un appel au centre 15 permet d'augmenter les chances du patient en gagnant un temps précieux en cas d'urgence vitale (en moyenne la décision médicale d'envoi de secours appropriée se fait en moins de 6 minutes). Un dossier de liaison d'urgence et un dossier de synthèse sont créés automatiquement si le DMP est bien renseigné, et cela facilite la prise en charge de l'urgence.

Le déploiement se fait ensuite prioritairement sur les EHPAD, les médecins libéraux, les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Le déploiement vers les structures médico-sociales médicalisées pour personnes handicapées a été négocié en 2012 dans l'Indre, et le CSPCP d'Issoudun s'est porté volontaire pour l'expérimentation sur le FAM.

Les formations et autorisations ont eu lieu d'avril à octobre 2012 et la saisie des DMP s'est faite à partir des dossiers médicaux des résidents du FAM, puis elle a été étendue aux résidents du FAO. La majorité des résidents ou de leurs tuteurs ont donné leur accord écrit, bien que ce ne soit pas une obligation légale ; l'accord doit bien être recherché à l'ouverture et à chaque écriture, mais il est oral dans la loi.

Les infirmières du CSPCP, sous couvert du médecin coordonnateur ou des médecins libéraux qui avaient validé en amont les données, ont saisi les différentes rubriques du DMP.



A l'usage, la mise à jour à chaque changement de traitement de la personne est trop lourde en temps d'IDE pour être réalisée et les services hospitaliers n'ont pas acquis le réflexe de regarder le DMP. En fait, seul le projet de soins annuel est remis dans le DMP.

Le manque de temps des médecins traitants, la lourdeur actuellement des procédures d'inclusion des comptes rendus dans le DMP et le manque d'automatisme dans certains logiciels métiers ralentissent la généralisation de la création et à plus forte raison l'alimentation des items du DMP. L'utilisation systématique par le SAMU et les urgences est en cours.

### III. Les SSIAD

Le département de l'Indre est doté de deux SSIAD pour personnes handicapées, un sur la « région » de Châteauroux géré par l'ASMAD et l'autre sur la ligne de la moitié nord-ouest à sud-est au dessus de Châteauroux géré par le CSPCP à Issoudun. Sur le reste du département, en cas de besoin les SSIAD pour personnes âgées, peuvent prendre en charge des moins de 60 ans sur dérogation et s'ils ont des places de libre.

Les SSIAD pour personnes handicapées rencontrent des difficultés de fonctionnement, en premier sur le tarif journalier de la place de SSIAD, qui ne prend pas du tout en compte la lourdeur de la prise en charge financière des soins infirmiers lourds, comme les soins de trachéotomie, les perfusions, les pompes à morphine, les pompes de jéjunostomie ou simplement des diabétiques sous deux injections d'insulines.

Les difficultés de prise en charge financière de ses lourdes pathologies, et les refus de prise en charge de personnes de moins de 60 ans par manque de place, doivent être remontées systématiquement à l'ARS.

D'autres part, la prise en charge des patients est souvent longue du fait des pathologies comme les scléroses en plaques, les myopathies sévères, les scléroses latérales amyotrophiques et ne se termine que par le décès du patient. Une liste d'attente existe sur le SSIAD d'Issoudun et pas sur celui de Châteauroux.

Les médecins libéraux ou hospitaliers prescrivent bien des SSIAD si besoin, mais les personnes handicapées ne reconnaissent pas toujours l'utilité pour leur santé et leur bien être de cette intervention et préfère l'intervention des aidants familiaux ou des aides à domicile.

La multiplication des intervenants nécessaires à la couverture, sept jours sur sept, des interventions et les horaires d'intervention qui ne peuvent pas être modulable, du fait de la réalité des trajets, sont souvent un frein au maintien du passage du SSIAD pour le patient.

Les aides à domicile ne comprennent pas toujours le danger pour la santé de la personne handicapée si elles prennent en charge une toilette qui relève de la compétence du SSIAD.

Un effort d'explication, par le biais d'un site Internet, sur les compétences et les limites de chaque service est à prévoir.

La possibilité d'intervention du SSIAD, dans les établissements pour personnes handicapées non médicalisés, est mal connue et sous utilisée.

# **Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées Réunion de lancement 16 janvier 2013**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Le Cadre institutionnel

- **Art L312-4 du CASF : « Le Conseil Général arrête le schéma ... »**
- **Un périmètre flou : compétence du Conseil Général pour les établissements d'hébergement hors médicalisation et les services d'accompagnement pour adulte, la PCH, la tutelle de la MDPH mais pas de compétence générale et des projets de transfert des ESAT**
- **Précédent schéma 2007-2012 est arrivé à son terme**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

- **Bilan du schéma 2007-2013**
- **Premiers éléments de diagnostic**
- **Démarche proposée**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## **Bilan du schéma 2007-2012 rappel de la démarche**

- **Le diagnostic : qui s'appuie sur des éléments statistiques et une enquête auprès des établissements et services**
- **Les orientations : qui découlent de ce diagnostic, des débats des groupes de travail, des objectifs visés, et qui engagent le CG mais concernent plus largement l'ensemble des acteurs**
- **Les fiches actions : qui transforment les «orientations » en programme concret**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Bilan du schéma 2007-2012

## le diagnostic

- **Les points forts**
  - > **Des réponses nombreuses, diversifiées et innovantes**
  - > **...qui répondent globalement aux besoins exprimés**
  - > **Un dispositif qui fait preuve d'une grande capacité à accompagner les travailleurs handicapés dans le milieu ordinaire**
  
- **Les points faibles**
  - > **La méconnaissance des besoins**
  - > **Un dispositif spécialisé et peu coordonné**
  - > **La question du vieillissement des personnes handicapées**
  - > **La question du handicap psychique**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Bilan du schéma 2007-2012

## les orientations

- **Favoriser la diversité des réponses**
  - > **Permettre la vie à domicile**
  - > **Poursuivre le développement de l'accueil familial**
  - > **Disposer d'établissements spécialisés en fonction des besoins**
- **Favoriser l'adaptation des réponses aux besoins**
  - > **Adapter le dispositif de prise en charge à l'évolution de la perte d'autonomie des personnes**
  - > **Améliorer la prise en compte des besoins**
- **Favoriser l'insertion**
  - > **Ouvrir le dispositif des réponses spécialisées et permettre son accès à tous ceux qui en relèvent**
  - > **Conforter les dispositifs « passerelles » autour de l'insertion professionnelle**
  - > **Adapter le « droit commun »**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses

### Permettre la vie à domicile

- **Pérenniser et conforter les services d'accompagnement à la vie à domicile ( SAVS-SAVD) - fiche action 1**
  - > **Procédure d'élaboration des projets de service et des autorisations : appel à projets réalisé permettant l'autorisation de 4 services couvrant l'ensemble du département autour d'un cahier des charges commun.**
  - > **Développement en fonction des besoins notamment par reconversion de certaines places de FH : 280 places autorisées, soit 78 de plus que précédemment**
  
- **Créer des places de SAMSAH – fiche action 2**
  - > **Pour les personnes souffrant de handicap psychique : autorisation et financement d'un service de 20 places**
  - > **Pour des personnes lourdement handicapées vivant à domicile : autorisation et financement d'un service de 10 places**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013



## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses Permettre la vie à domicile

- **Développer les services d'aide à la personne - fiches 3, 4, 5, 6**
  - > **Mettre en œuvre un programme de sensibilisation – formation - professionnalisation pour l'aide à domicile en faveur des personnes handicapées : Convention CNSA – CG – services aide à domicile, qui même si elle concernait principalement les PA favorise la professionnalisation des services d'aide à domicile**
  - > **Faire connaître les différentes aides et notamment la PCH et son rôle d'évaluation – coordination – solvabilisation : montée en charge de la PCH, multiplication des échanges entre la MDPH, et notamment les évaluatrices, et les acteurs du secteur PH à domicile**
  - > **Poursuivre le développement des places de SSIAD : Autorisation de 10 places supplémentaires, soit 27 places fléchées PH**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses Permettre la vie à domicile

- **Favoriser l'accès à des logements adaptés - fiches 7 et 8**
  - > **Organiser un partenariat entre toutes les institutions intervenants dans le domaine de l'adaptation de logement: Intégration du public handicapé au PIG renouvelé en 2008 qui assure cette coordination et mise en synergie avec les évaluatrices MDPH intervenant dans le cadre de la PCH**
  - > **Mettre en place un outil de recensement des offres et des demandes de logements adaptés afin de favoriser leur mise en relation : Elaboration d'une procédure d'échange d'informations systématique entre la MDPH et les organismes logeurs**
- **Favoriser l'aide aux aidants – fiches 9 et 10**
  - > **Développer les accueils temporaires et séquentiels dans les structures spécialisées : Identification des lits et de la prestation « d'accueil temporaire » dans les établissements CG et le RDAS et élaboration de la convention « stage » permettant d'organiser et d'identifier ce mode d'accueil en complément de l'accueil temporaire**
  - > **Mettre en œuvre des actions de formation et d'information à destination des aidants naturels : Action réalisée dans le cadre de la convention CNSA / CG, et donc s'adressant aux aidants naturels de l'ensemble des personnes en perte d'autonomie, et pas spécifiquement PH**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses

### *Poursuivre le développement de l'accueil familial*

- **Conforter et adapter le dispositif déjà mis en œuvre**  
fiche 11
  - > **Redéfinir les rôles de chacun : Renouvellement de la convention CG – SAAF en 2008**
  - > **Relancer la campagne d'information sur ce mode d'accueil : a été réalisée et s'est traduite par une augmentation de la capacité d'accueil et une meilleure appréhension de ce mode d'accueil :**
    - 100 places, 56 accueillis, 67 AF au 31/12/2006 ;
    - 122 places, 84 accueillis, 70 AF au 31/12/2011
  - > **Définir et mettre en œuvre la formation continue : définition du cahier des charges et mise en œuvre, 56 accueillants formés à ce jour**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses

*Disposer d'établissements spécialisés en fonction des besoins*

- **Rénover et moderniser les établissements – fiche 12:**  
Reconstruction réalisée des foyers de vie des  
Écureuils et de Perassay, du foyer d'hébergement  
des Aubrys (coût total 9,56M€), opération lancée sur  
les foyers du Blanc (2,4M€)
- **Rééquilibrer l'offre départementale sur le territoire  
en créant une capacité d'accueil supplémentaire à  
Châteauroux - fiche 13**
  - > Augmenter la capacité d'accueil en FAO de 5 places et  
2 places d'accueil temporaire aux Écureuils : **Extension  
réalisée**
  - > **Créer un FAM de 20 places et 2 places d'accueil  
temporaire : Construction en cours du FAM de  
Châteauroux, ouverture prévue avril 2013**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser la diversité des réponses

*Disposer d'établissements spécialisés en fonction des besoins*

- **Répondre aux besoins du handicap psychique – fiche 14**
  - > **Développer une offre de services et d'établissements adaptés : SAMSAH, ESAT, MAS : SAMSAH psy réalisé, MAS psy réalisée à hauteur de 20 places, pas d'ouverture d'ESAT psy**
  
- **Apporter le niveau de soins et de médicalisation requis par la situation des personnes – fiche 15**
  - > **Poursuivre le développement des places de MAS et de FAM: ouverture de la section FAM de Perassay (10 places), ouverture de la section MAS de Chaillac (10 places)**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## **Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser l’adaptation des réponses aux besoins**

***Adapter le dispositif de prise en charge à l’évolution de la  
perte d’autonomie de la personne***

- **Permettre aux établissements de disposer des prestations adaptées à l’évolution de la perte d’autonomie – fiche 15**
  - > **Abandonner toute barrière d’âge pour le maintien ou l’admission dans les établissements dont les prestations correspondent aux besoins d’accompagnement et de soins des personnes : **réalisée et intégrée aux procédures CG et MDPH****
- **Rendre possible le temps partiel en ESAT pour les TH accueillis en foyer d’hébergement – fiche 16 : **Mise en œuvre sur le FH des Aubrys et sur le FH du Blanc****

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l’Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# **Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser l’adaptation des réponses aux besoins Adapter le dispositif de prise en charge à l’évolution de la perte d’autonomie de la personne**

- **Développer les partenariats avec les structures de soins extérieures – Réguler la question des urgences et veiller à la transmission des informations nécessaires –  
fiche 17 :**
  - > **Signature d’une convention entre le CH de Châteauroux (santé mentale) et les ESAT**
  - > **Signature d’une convention entre le CH de Châteauroux (santé mentale) et les FAO-FAM**
  - > **Elaboration d’une fiche de liaison afin de favoriser l’accès à l’hospitalisation des PH avec l’APF et le CH de Châteauroux**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l’Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## **Bilan schéma 2007-2012– Favoriser l’adaptation des réponses aux besoins Améliorer la prise en compte des besoins**

- **Mieux recenser et définir les besoins : fiche 18**
  - > **Mobiliser et fédérer l’ensemble des acteurs autour de la MDPH pour lui permettre de jouer son rôle de recensement, d’évaluation et d’observation des besoins :  
Informatisation de la MDPH, élaboration et mise en œuvre  
d’une procédure de suivi des orientations, réalisation  
d’enquêtes auprès des personnes bénéficiaires  
d’orientation pour actualiser leur situation et leur souhait**
- **Mieux définir et rendre plus lisible les réponses  
spécialisées : fiche 19**
  - > **Redéfinir avec chaque établissement et services son projet et établir un outil départemental actualisé afin de faire connaître l’ensemble des réponses existantes :  
Autonomisation des SAVS, mise à jour du règlement  
départemental d’aide sociale**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l’Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013



## **Bilan schéma 2007-2012– Favoriser l’adaptation des réponses aux besoins *Améliorer la prise en compte des besoins***

- **Organiser le dispositif indrien pour coordonner les réponses autour des personnes – fiche 20**
  - > **Organiser un réseau départemental du handicap permettant de développer des outils communs, une gestion concertée des urgences et des admissions, une réflexion et une observation partagée des besoins, de mutualiser les expériences : Organisation continue de groupes de travail avec les associations gestionnaires d’établissement sous l’égide de la MDPH, développement de la procédure de suivi des orientations et élaboration du protocole de gestion des urgences**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l’Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser l'insertion

- **Ouvrir le dispositif des réponses spécialisées et le rendre accessible à tous ceux qui en relèvent – fiche 21**
  - > Développer des outils de communication et d'information permettant de faire connaître le monde du handicap et ses dispositifs : **pas de création d'outil spécifique, diffusion des outils nationaux et accompagnement des initiatives déjà existantes dans le département : handi-art, handiférence, semaine de la santé mentale**
  
- **Conforter les dispositifs passerelles autour de l'insertion professionnelle – fiche 22**
  - > Développer les partenariats avec les acteurs de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire : **implication forte de la MDPH pour le maintien au niveau local d'une politique de l'insertion professionnelle des travailleurs professionnels**
  - > **Maintenir et consolider les dispositifs innovants SAISPAD, MATHADI, SAVD : réalisé pour la MATHADI et les SAVS, mais disparition du SAISPAD au profit d'un ESAT hors les murs**
  - > **Adapter les modalités de prise en charge en foyer d'hébergement pour favoriser l'accès au milieu ordinaire : maintien de l'accompagnement en foyer d'hébergement pendant les périodes nécessaires à l'adaptation au travail ou à la vie en milieu ordinaire**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Bilan schéma 2007-2012 – Favoriser l'insertion

- **Adapter le « droit commun » : fiche 23**
  - > **sensibiliser l'ensemble des services aux publics à la prise en compte du handicap et encourager l'ouverture aux personnes handicapées des activités sportives, culturelles, artistiques : Participation de la MDPH et/ou du CG à des actions de formation et ou d'information auprès des différents services publics ou privés sur la connaissance du handicap et la prise en compte des besoins des personnes handicapées**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Bilan schéma 2007-2012 – Données financières du Conseil Général

- **Une dépense annuelle de près de 30M€**
- **Une évolution de 37% sur la période**
- **Une forte montée en charge de l'accompagnement à domicile, grâce à la PCH**

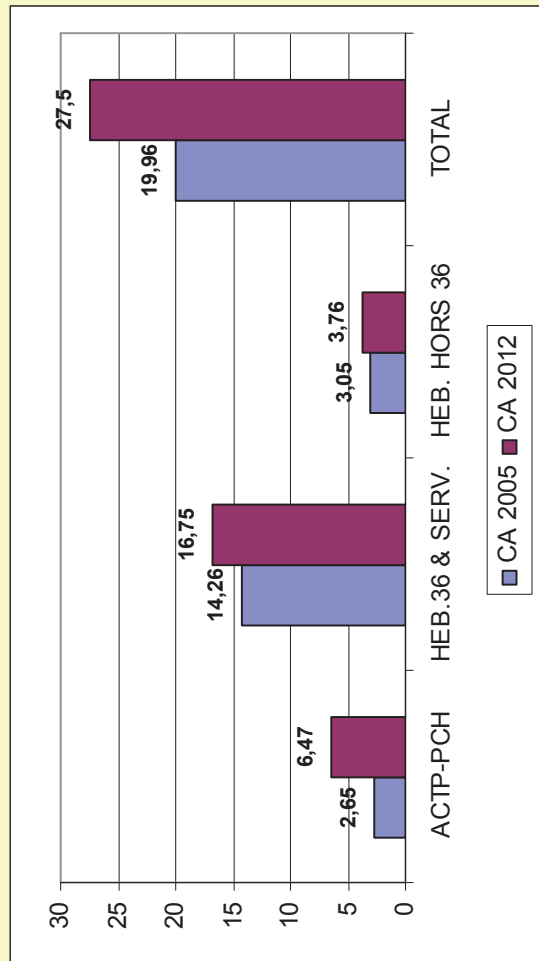


Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Premiers éléments de diagnostic Approche de la population adulte handicapée dans l'Indre

- **13 560 adultes ont au moins un droit ouvert relevant de la MDPH au 31/12 (en 2007 : 8 229)**
- **Par type de droit au 31/12/2012 :**
  - > **Carte d'invalidité : 6564 ( dont 3086 de plus de 60 ans)**
  - > **Carte de priorité : 2117**
  - > **Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé: 6330**
  - > **Orientation en ESAT : 967**
  - > **AAH : 5064**
  - > **Complément de ressources : 944**
  - > **Prestation de compensation : 843**
  - > **ACTP : 312**
  - > **Orientation vers un établissement ou service : 1249**
- **2080 personnes bénéficient en 2012 d'une pension d'invalidité CPAM (2077 en 2007), dont 391 en 1ère catégorie, 1635 en 2ème, 54 en 3ème.**

## Premiers éléments de diagnostic les demandes adressées à la MDPH

- **Une très forte augmentation : 13 517 demandes en 2012, 9 129 en 2008 (+48%)**
- **Un taux d'accord en forte progression : 73% en 2012, 60% en 2008**
- **Des délais de traitement plus que corrects : 3,5 mois en 2012, 3,8 mois en 2008 ( mais 5.5 en 2009)**
- **Par type de demandes :**
  - > **Cartes d'invalidité ou de priorité : 4738 en 2012, 3784 en 2008 (+25%)**
  - > **Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé: 2408 en 2012, 1397 en 2008 (+72%)**
  - > **Orientation en ESAT : 206 en 2012, 234 en 2010 (-11%)**
  - > **AAH : 2008 en 2012, 1675 en 2008 (+20%)**
  - > **Prestation de compensation : 944 en 2012, 441 en 2008 (+114%)**
  - > **Orientation vers un établissement ou service : 425 en 2012, 365 en 2008 (+16%)**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## **Premiers éléments de diagnostic les allocataires de l'AAH (source CAF)**

- **Une relative stabilité depuis 2006 : 4090 allocataires au 4<sup>ème</sup> trimestre 2011, 3908 en 2006**
- **dont 89% d'AAH « à 80% » ( 87% en 2006)**
- **40% des « AAH 80% » sont versées à taux réduit et 38% des « AAH 50-79% »**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Premiers éléments de diagnostic la PCH (source CG et MDPH)

- Une forte montée en charge depuis 2006 :  
31/12/2009 : 387 bénéficiaires payés  
31/12/2012 : 569 bénéficiaires payés et 843  
bénéficiaires en droit
- 1625 « volets ouverts » pour les 843 bénéficiaires

- PCH aide animale = 3
- PCH aide humaine = 648
- PCH aide technique = 270
- PCH aménagement du logement = 164
- PCH aménagement de VH = 48
- PCH charge exceptionnelle = 123
- PCH déménagement = 58
- PCH frais spécifique = 231
- PCH surcout transport = 80

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013



## **Premiers éléments de diagnostic le suivi des orientations en établissements et service (source MDPH)**

- **967 orientations ESAT en cours au 31/12/12, 479 recensées mises en œuvre (49,5%)**
- **350 orientations vers un SAVS ou SAMSAH en cours au 31/12/2012, 261 mises en œuvre (74%)**
- **899 orientations en établissements, 523 mises en œuvre (58%)**
  - > **223 en foyer d'hébergement ou accueil familial, 110 mises en œuvre (49%)**
  - > **349 en foyer de vie ou accueil familial, 218 mises en œuvre (62%)**
  - > **143 en foyer d'accueil médicalisé ou accueil familial, 79 mises en œuvre (55%)**
  - > **184 en maison d'accueil spécialisée, 116 réalisée (63%)**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013








## **Premiers éléments de diagnostic les « amendements creton » (source MDPH)**

- **17 jeunes de plus de 20 ans maintenus en établissements pour enfants, dont 4 hors 36**
- **2 jeunes nés en 90 (hors 36), 2 en 91 (1 hors 36), et 13 nés en 92**
- **Orientés vers :**
  - > **1 en MAS**
  - > **6 en ESAT avec Foyer d'hébergement**
  - > **8 en foyer de vie**
  - > **2 en FAM**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Premiers éléments de diagnostic les établissements et services de compétence Conseil Général (source CG)

### Type de structures et capacité en décembre 2012

	Foyer d'hébergement	134 places
	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.)	280 places
	Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.)	203 places
	Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) (1)	102 places
	Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficultés d'Insertion (M.A.T.A.H.I.)	6 places
	Service d'Accompagnement Médico-Social Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) (1)	30 places
	Accueil familial (valeur cantonale)	124 places

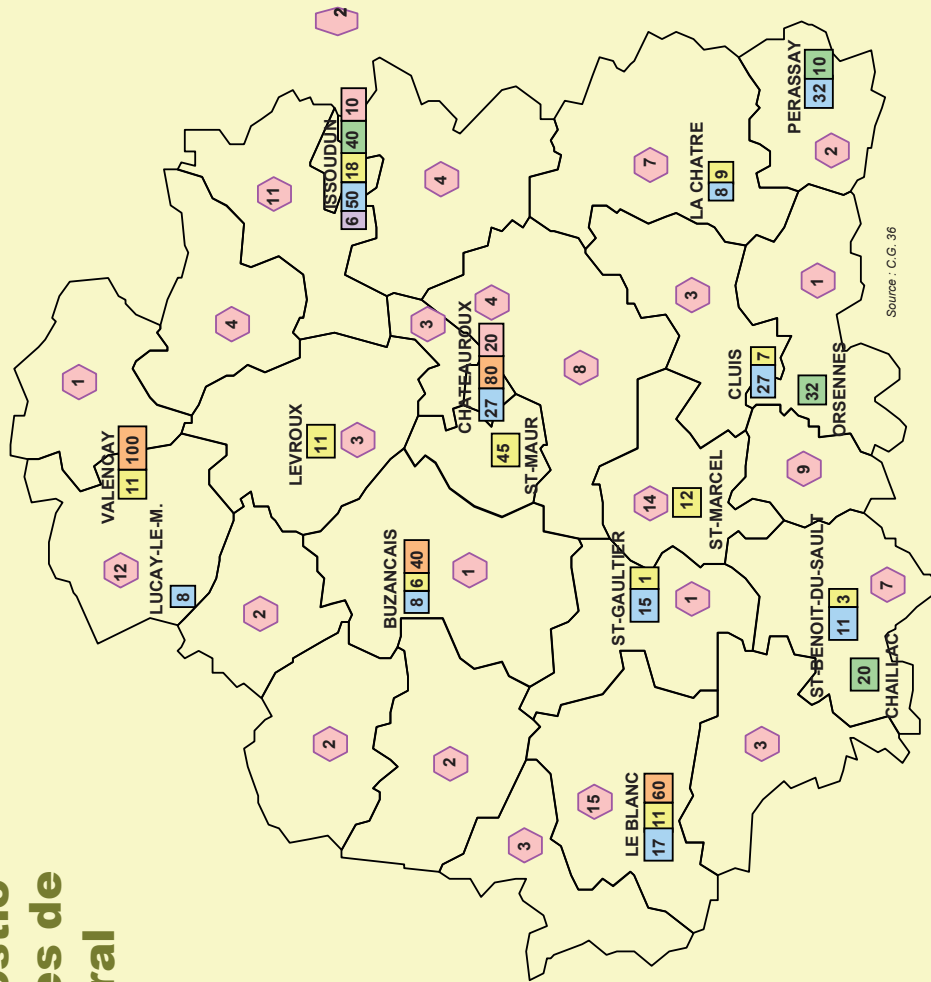


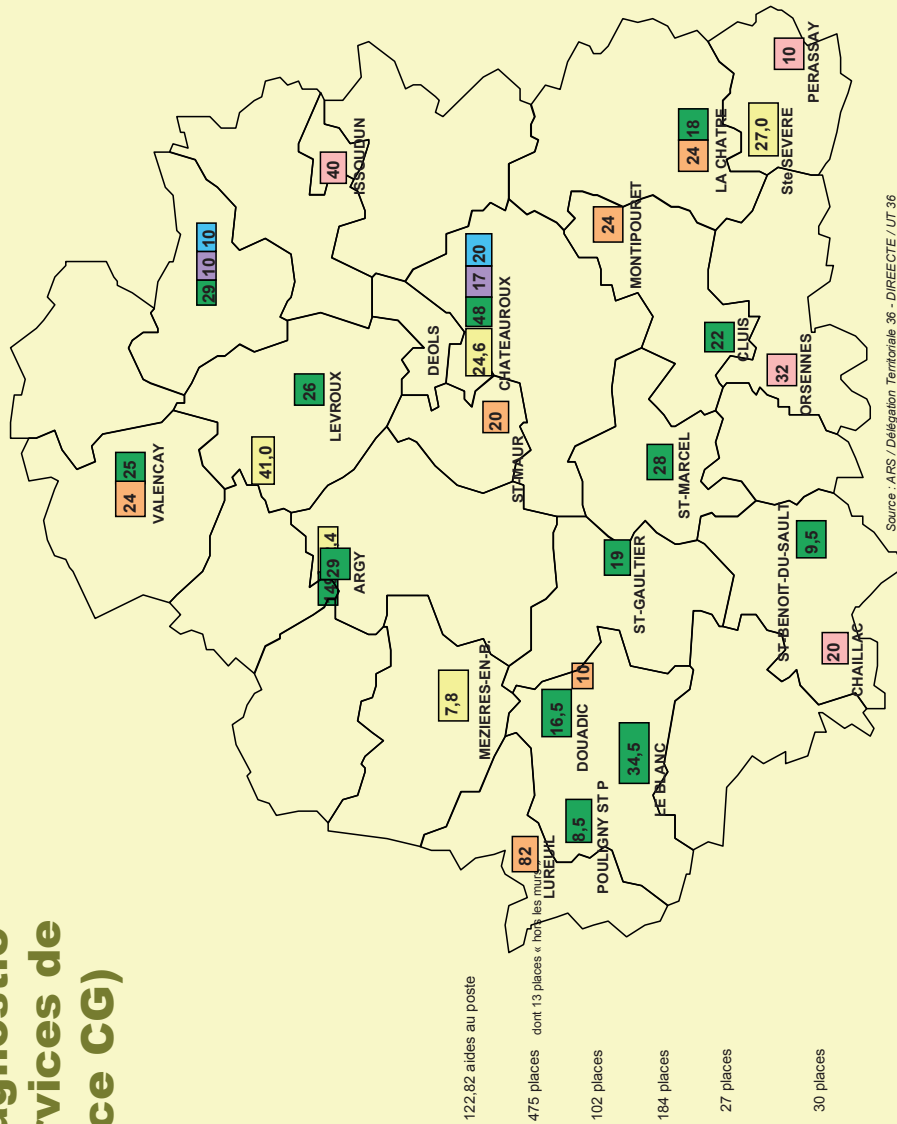
Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013  
<sup>(1)</sup> compétence conjointe (Etat & Département)

# Premiers éléments de diagnostic les établissements et services de compétence Etat (source CG)

Type de structures et capacité en décembre 2012

- E.A. : Entreprise Adaptée (aides au poste attribuées)
- E.S.A.T. : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
- F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé (1)
- M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisé
- S.S.I.A.D. : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- S.A.M.S.A.H. : Service d'Accompagnement Médico-Social S.A.M.S.A.H. : Adultes Handicapés (1)

(1) compétence conjointe (Etat & Département)



Source : ARS / Délégation Territoriale 36 - DIRECCTE / UT 36

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

D.P.D.S. - Observatoire Social

## **La démarche proposée**

- **Élaborer un véritable diagnostic portant tant sur les besoins des personnes handicapées que sur les réponses existantes**
- **Organiser la réflexion commune par la mise en place de groupes de travail autour de grands thèmes stratégiques**
- **Aboutir à un document final qui présentera les grands axes stratégiques et leur déclinaison en actions concrètes**
- **Organiser une procédure d'évaluation régulière du futur schéma**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## Le calendrier

- **Rendu du diagnostic : début mai 2013**
- **Groupes de travail : mai à juillet 2013**
- **Elaboration du document : juillet à septembre 2013**
- **Présentation au CDCPH et commission de la conférence de santé**
- **Présentation au Conseil Général, janvier 2014**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

## La réalisation du diagnostic

- **Recensement des données**
  - > sur les prestations et leurs bénéficiaires
  - > sur les différentes réponses existantes sur le territoire
- **Une enquête qualitative auprès des bénéficiaires des établissements et services afin de mieux repérer leurs spécificités et leurs besoins**
- **Recherche auprès des différentes institutions des données dont elles disposent**
  - > **MDPH**
  - > **Conseil Général**
  - > **État**
  - > **CAF-MSA-CARSAT**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013

# Enquête relatives aux bénéficiaires

- **Envoi à chaque structure d'un questionnaire à remplir :**
  - > un questionnaire aux établissements et services
  - > un questionnaire aux ESAT
- **Retour des questionnaires pour le 15 février**
- **Etude par la DPDS des personnes accueillies en accueil familial**
- **Enquête par la MDPH auprès des personnes bénéficiant d'une orientation en établissement ou service non réalisée**

Schéma PH 2013-2018. Conseil général de l'Indre.  
Réunion de lancement du 16 janvier 2013



**SCHEMA en faveur des  
PERSONNES ADULTES  
HANDICAPEES  
DE L'INDRE 2013-2018**

**Éléments de diagnostic  
7 mai 2013**

Schéma du handicap – 7-05-2013- DPDS – CG36

1

## PREAMBULE

- Les éléments présentés dans ce document complètent les données déjà présentées le 16 janvier 2013
- Ils visent à avoir une meilleure connaissance des besoins des personnes pour lesquelles le Conseil général a une responsabilité en matière d'organisation de la politique publique
- Ils serviront de base aux échanges des groupes de travail

## PLAN

- Etat des lieux de la PCH et l'ACTP
- Etat des lieux des établissements et services (y compris les ESAT et les MAS...)
- les dispositifs complémentaires et d'articulation



- Une répartition PCH/ACTP conforme à la moyenne nationale et aux départements comparables en 2011
- Un nombre de bénéficiaires dans l'Indre de l'ACTP et de la PCH supérieur à la moyenne nationale et dans la moyenne des départements comparables
- Un nombre de bénéficiaires de la PCH supérieur à la moyenne nationale (surtout pour les adultes) et dans la moyenne des départements comparables

En 2011  
France entière

Proximité entre  
départements <sup>(1)</sup>

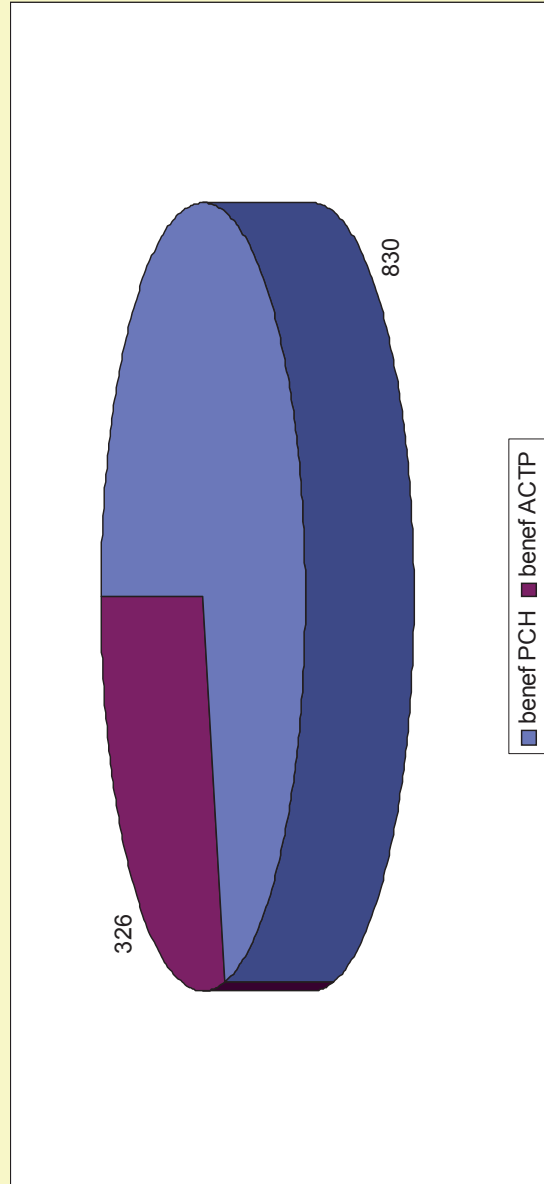
	répartition des bénéf.		Nb de bénéf. PCH et AC/ 1000 PA de 20à59 ans	Nb de bénéf. PCH/ 1000 PA de 20à59 ans	Nb de bénéf. PCH/ 1000 PA de +0à59 ans
	PCH	ACTP			
	65,0%	35,0%	7,4	4,8	3,3
<b>Indre</b>	65	35	9,0	5,9	4,1
Allier	66	34	8,5	5,6	3,9
Charente	75	25	10,9	8,1	5,7
Cher	62	38	12,2	7,5	5,2
Loir-et-Cher	69	31	7,3	5,1	3,4
Haute-Marne	56	44	11,5	6,4	4,4
Nièvre	55	45	11,7	6,4	4,5
Orne	68	32	9,1	6,2	4,2
Saône-et-Loire	69	31	8,4	5,8	4,0
Yonne	59	41	9,7	5,8	3,9

Schéma du handicap – 7-05-2013- DPDS – CG36

5

- 1 156 bénéficiaires ACTP et PCH (janvier 2013)
  - 830 PCH (71,8%)
  - 326 ACTP (28,2%)

Soit une évolution nette depuis 2011 au bénéfice de la PCH



## Situation familiale des 1156 bénéficiaires ACTP et PCH

- Âge moyen 49 ans (idem PCH et ACTP)
- Près de la moitié des personnes sont célibataires, 58% vivent seules

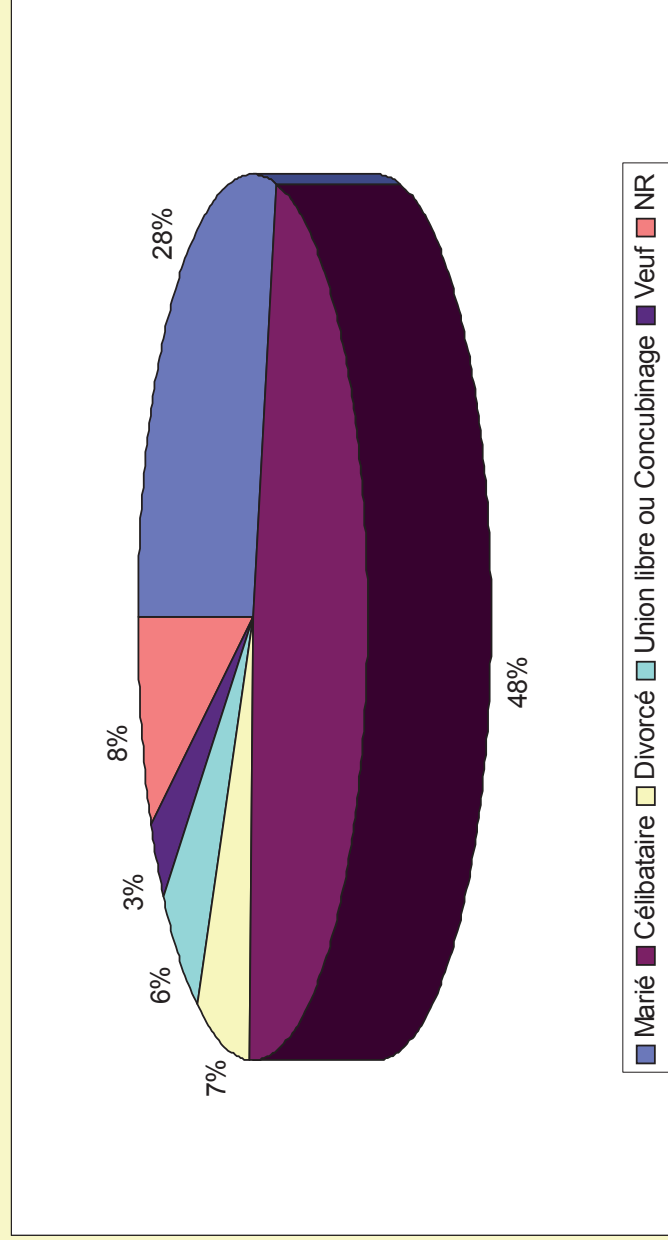
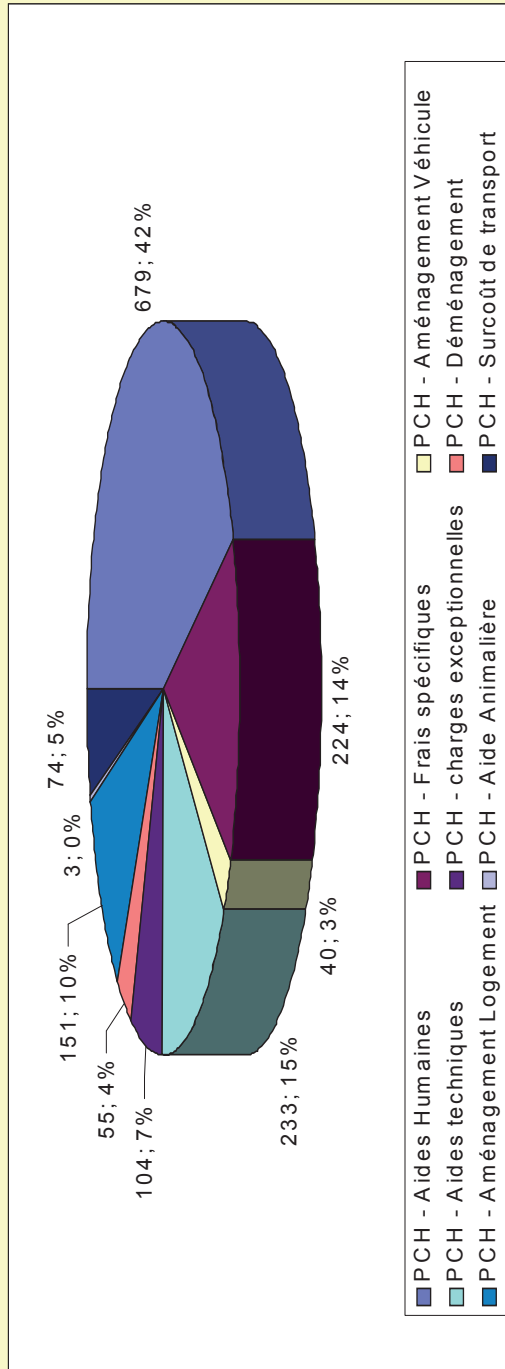


Schéma du handicap – 7-05-2013- DPDS – CG36

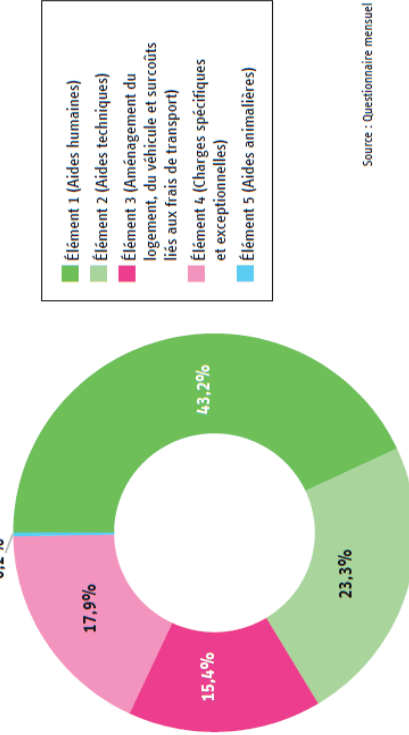
## Répartition des éléments PCH (base janvier 2013)



A noter : le plan de compensation peut prévoir plusieurs éléments de la PCH; D'où total > 830

- Une prépondérance de l'aide humaine, dans le 36, comme au niveau national
- Des aides techniques moins développées (15% contre 23%)
- Des charges spécifiques et exceptionnelles plus mobilisées (21% contre 18%)

Répartition des éléments de la PCH attribués - en %  
Année 2011 - source déclarative

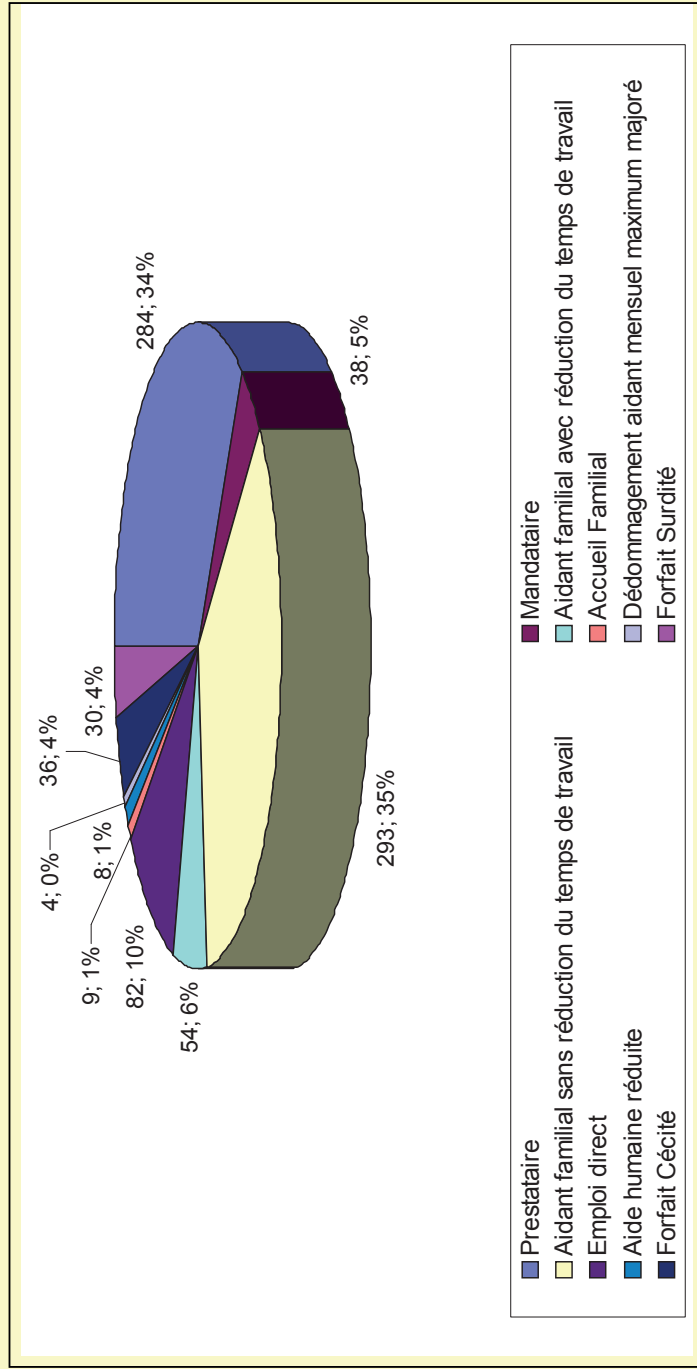


Source : Questionnaire mensuel



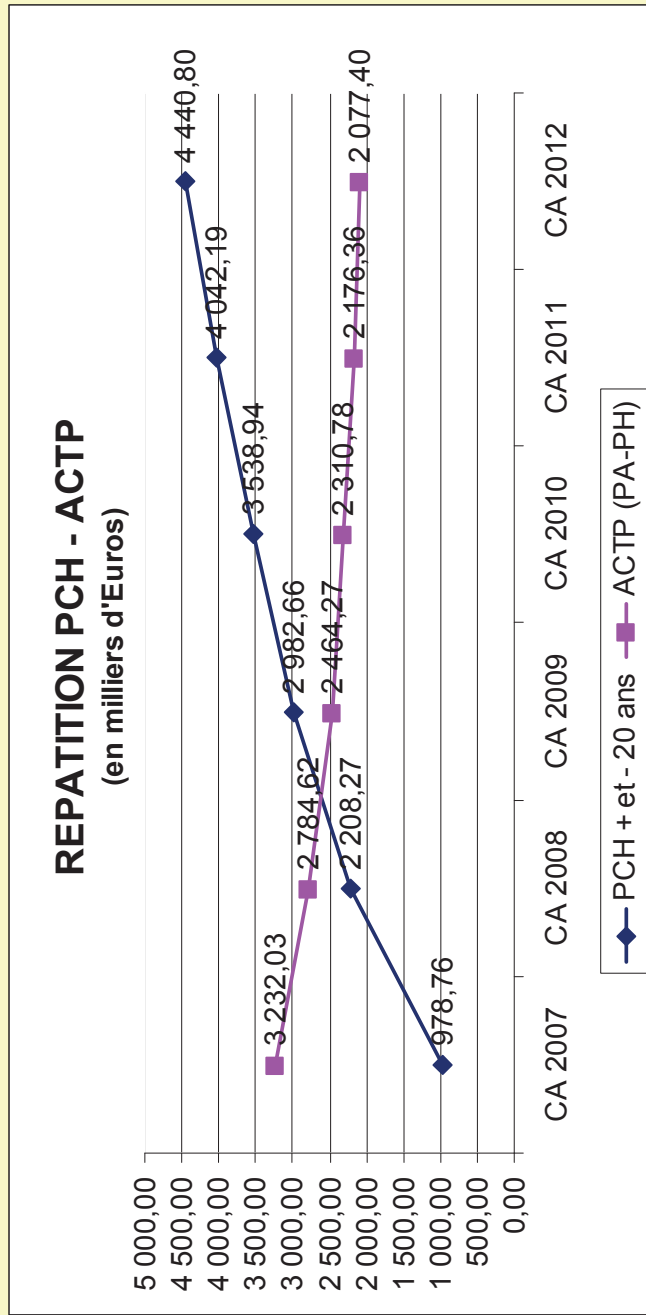
## Répartition des PCH aide humaine selon les différentes prestations (base janvier 2013)

- les « prestations » les plus représentées sont le dédommagement de l'aidant familial (41%) et le recours aux services prestataire (34%)
- Le mandataire et l'emploi direct représentent 15%

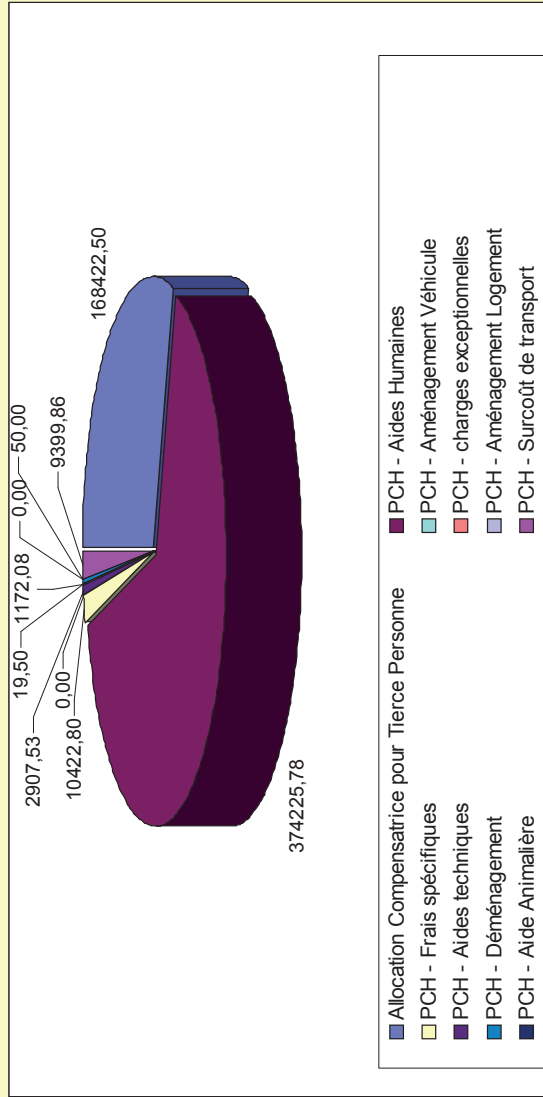


## Evolution des dépenses PCH-ACTP depuis 2007

Une évolution très forte de la PCH et qui se poursuit, une baisse moins forte de l'ACTP. Pour mémoire compensation de l'Etat sur la PCH : 2M€



## PCH et ACTP - Montant payé par aide pour le mois de janvier 2013 ( total 566 620,05€)



- La prépondérance de l'aide humaine se retrouve dans le montant financier, en volume, mais surtout en part relative.
- L'aide humaine repose sur un versement régulier / autres éléments dont les paiements sont ponctuels

Lire le camembert dans le sens des aiguilles d'une montre, avec la légende de gauche à droite

- Le montant moyen (mensuel) du seul élément aide humaine de la PCH est supérieur à celle de l'ACTP.

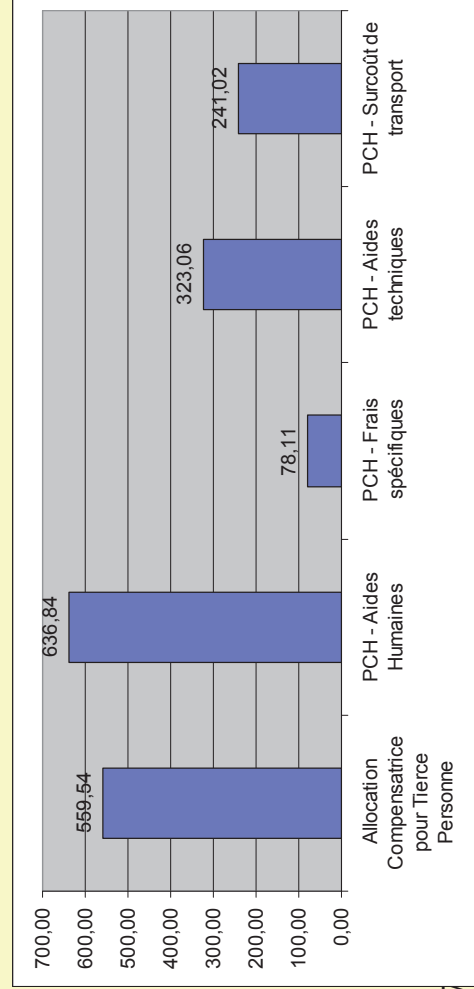
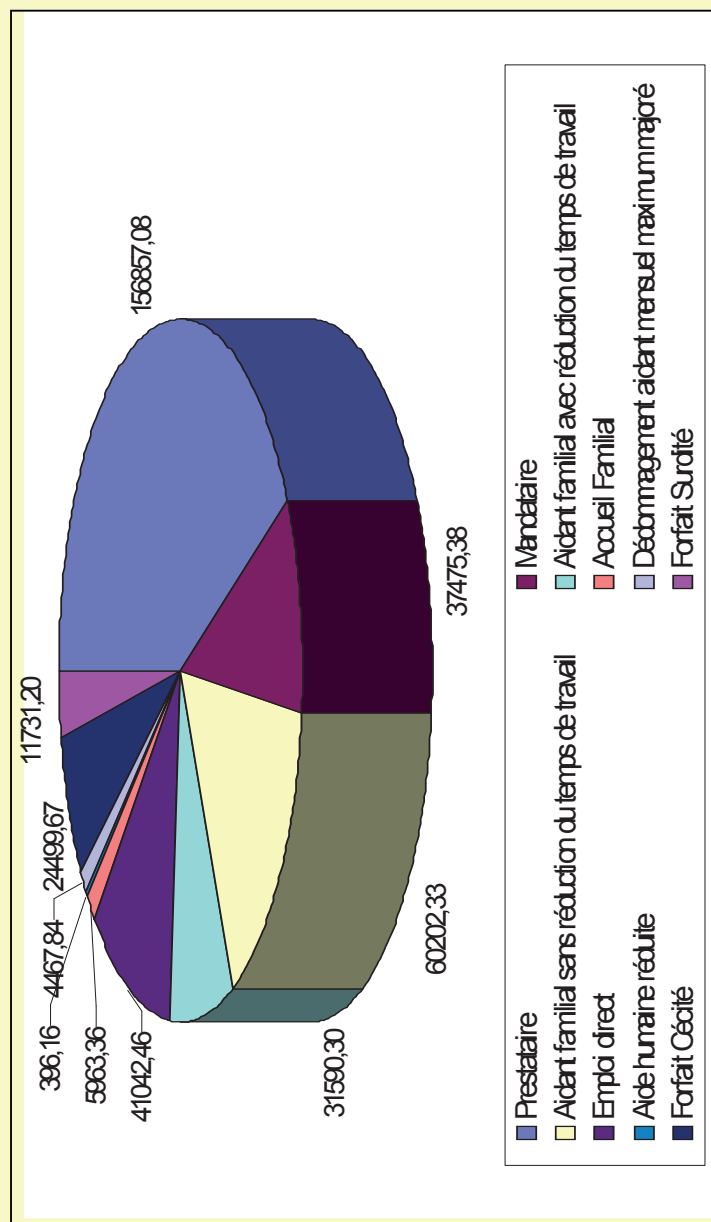


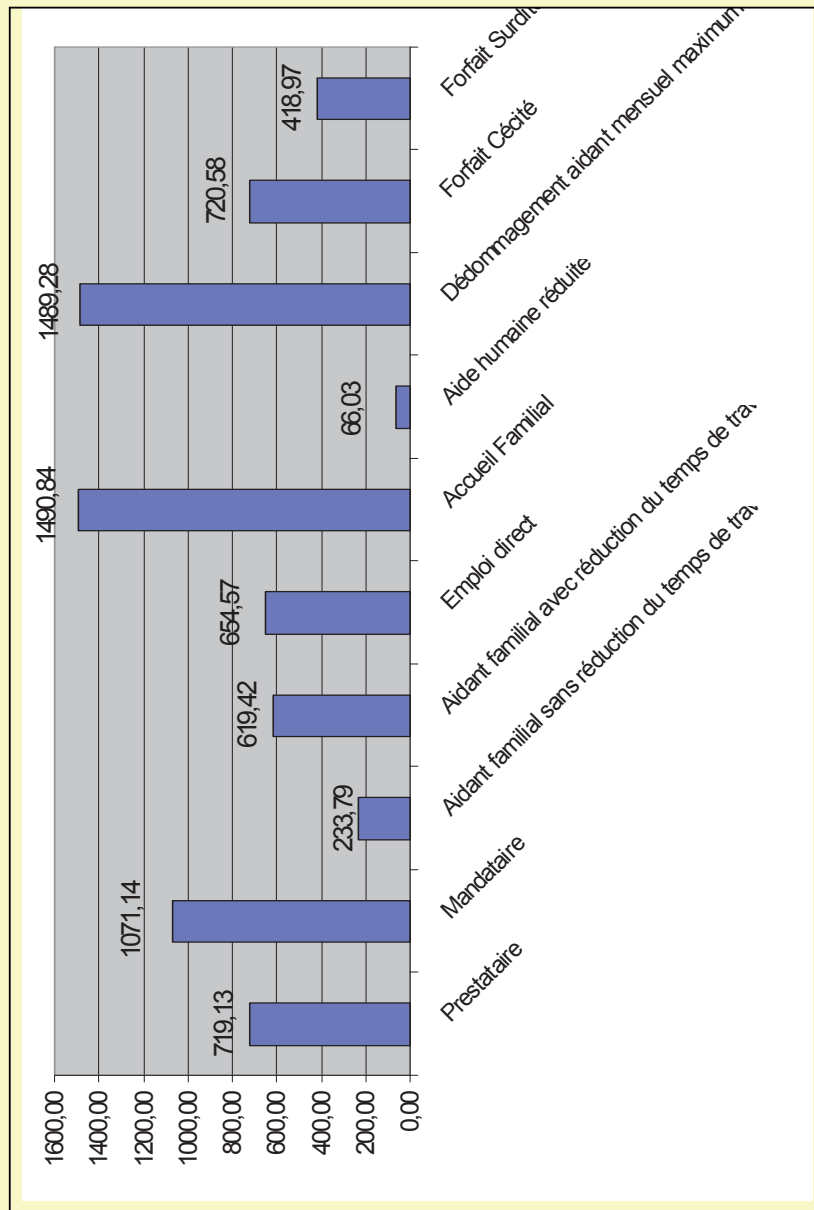
Schéma du handicap — 7

## PCH aide humaine- Montant payé par prestation pour le mois de janvier 2013 (374 225,78€)



- La prépondérance des services prestataires se retrouve
- Le dédommagement des aidants pèse moins en financement
- A noter la valorisation importante des forfaits surdité et cécité

## PCH aide humaine- Montant moyen par prestation pour le mois de janvier 2013










- Un montant moyen en mandataire supérieur au prestataire
- Une solvabilisation importante de l'accueil familial
- Un montant moyen de dédommagement des aidants familiaux avec réduction du temps de travail, quasi équivalent à l'emploi direct

## LES ETABLISSEMENTS & LES SERVICES

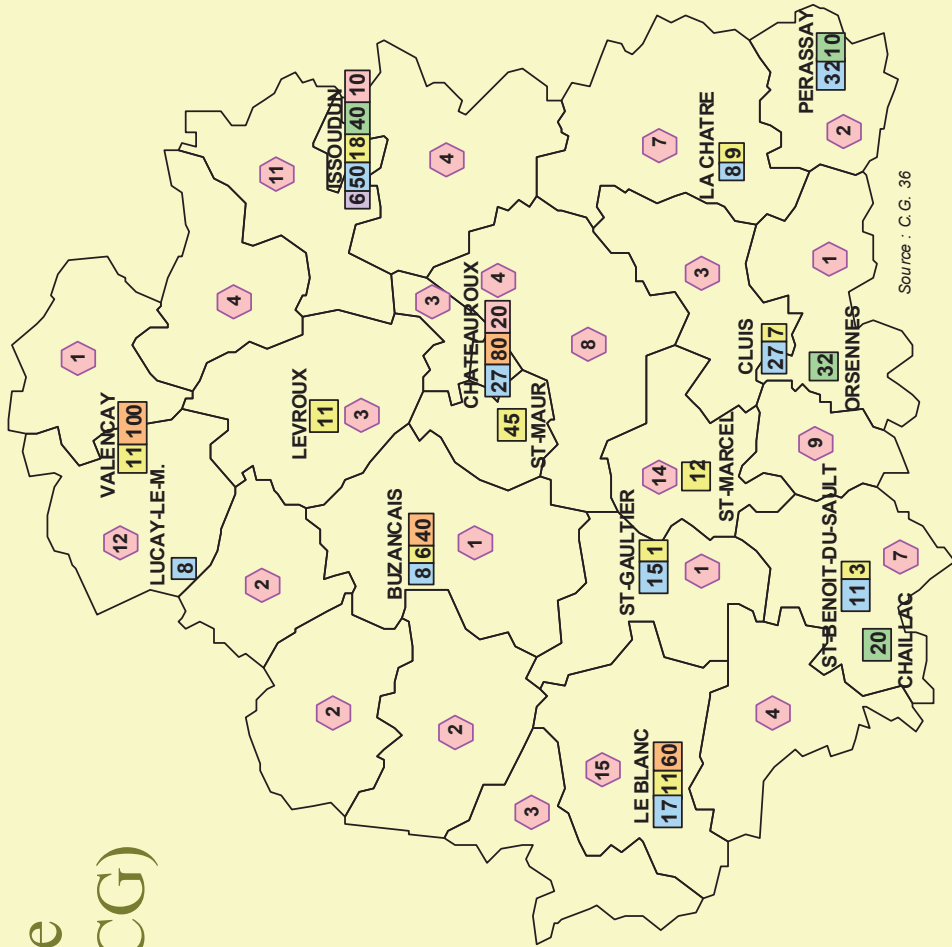
- Quelques données sur l'ensemble de la population prise en charge
- Analyse pour les établissements
- Analyse pour l'accueil familial
- Analyse pour les services d'accompagnement
- Analyse pour la population salariée en ESAT

# Les établissements et services de compétence Conseil Général (source CG)

Département de l'Indre  
Structures pour adultes handicapés  
compétence Conseil Général  
décembre 2012

Type de structures et capacité en décembre 2012	
	Foyer d'hébergement 134 places
	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (S.A.V.S.) 280 places
	Foyer d'Activités Occupationnelles (F.A.O.) 203 places
	Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) (1) 102 places
	Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapés en Difficultés d'Insertion (M.A.T.A.H.D.I.) 6 places
	Service d'Accompagnement Médico-Social - A.M.S.A.H.S. Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) (1) 30 places
	Accueil familial (valeur cantonale) 125 places

(1) compétence conjointe (Etat & Département)



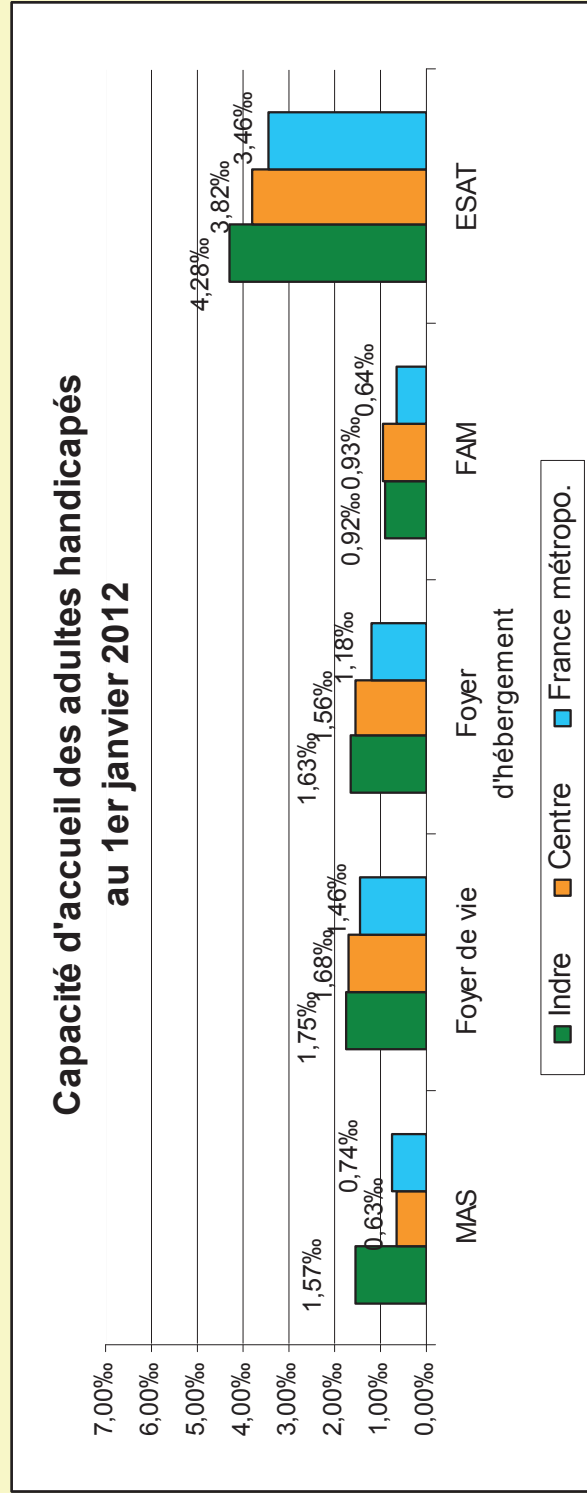
Source : C.G. 36



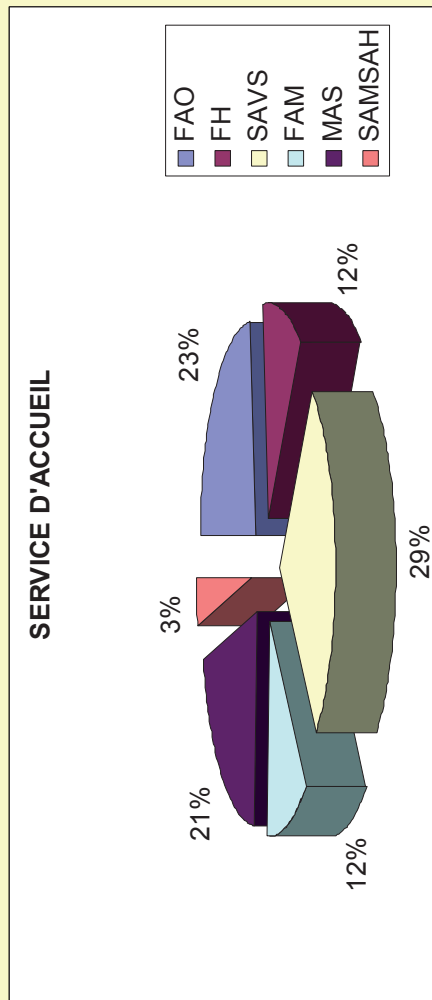


## Rappel des taux d'équipement

Des taux d'équipement (pour 1000 habitants de 20 à 59 ans) supérieurs aux taux régionaux et nationaux

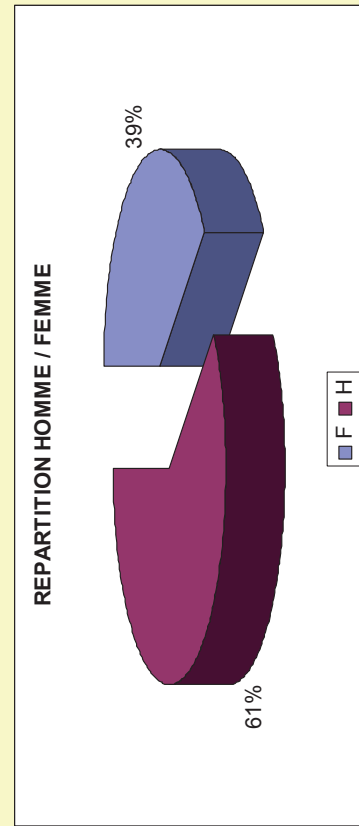
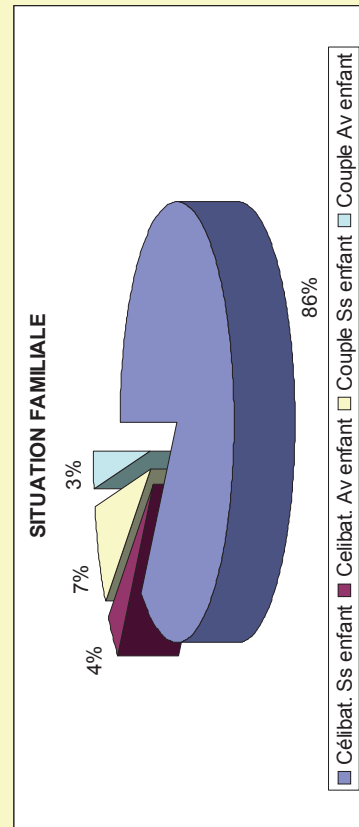


## Données sur l'ensemble des personnes accueillies (860 personnes)



Pour les FAO, les FAM et les MAS, la totalité des personnes accueillies ont été prises en compte. Pour les FH, le retour n'a concerné que 99 personnes sur les 134 places installées

Une majorité d'hommes. Un âge moyen de 41.1 ans, 41 pour les hommes, 41,3 pour les femmes. Presqu'exclusivement célibataires

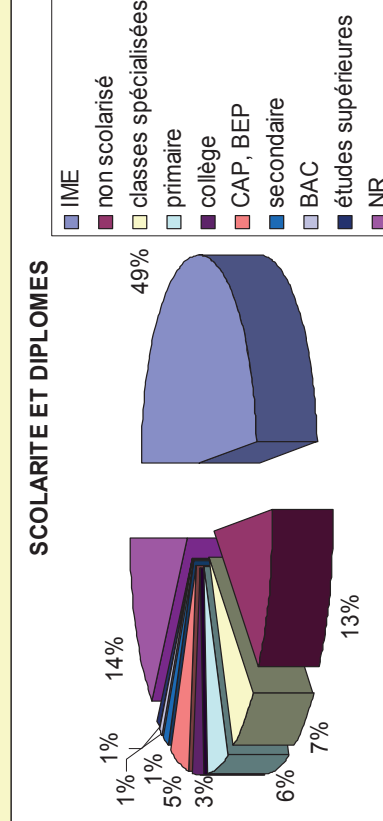
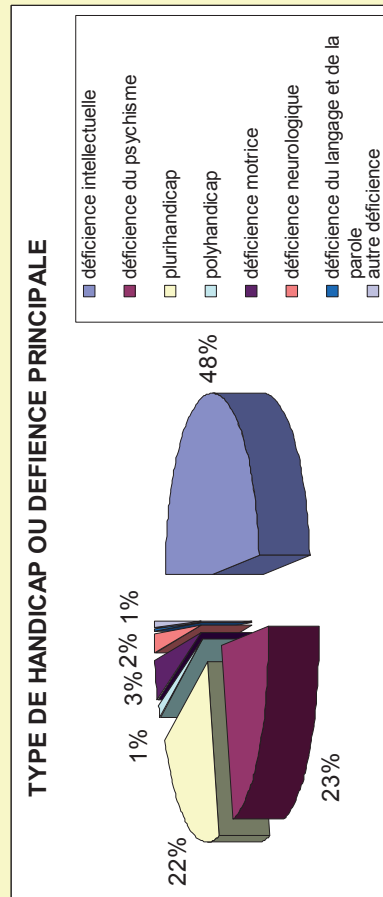
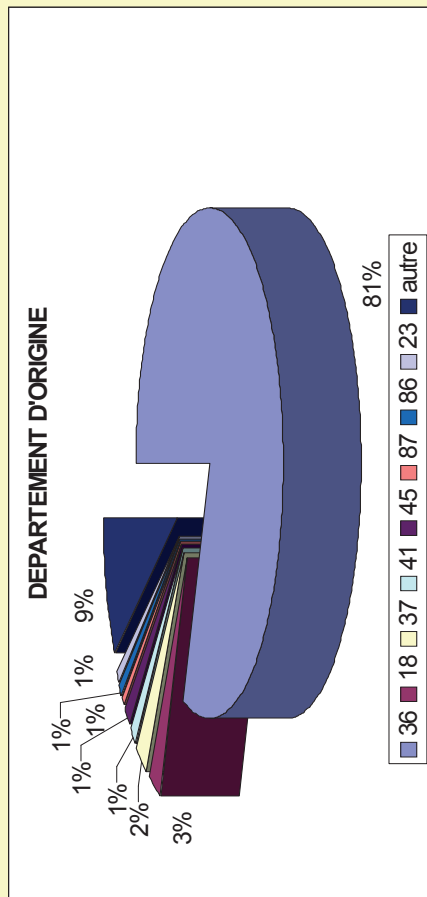


# Données sur l'ensemble des personnes accueillies (860 personnes)

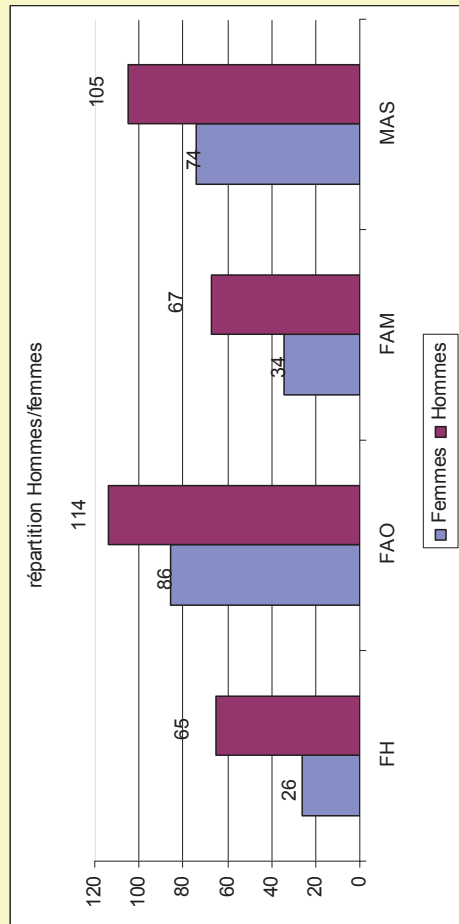
81% originaire du 36, 10% des départements limitrophes, 10% d'autres

47% de personnes déficientes intellectuelles, 23% ayant une déficience du psychisme et 22% relevant de plurihandicaps

49% ayant une scolarité en IME, 13% non scolarisés, 24% une scolarité ordinaire



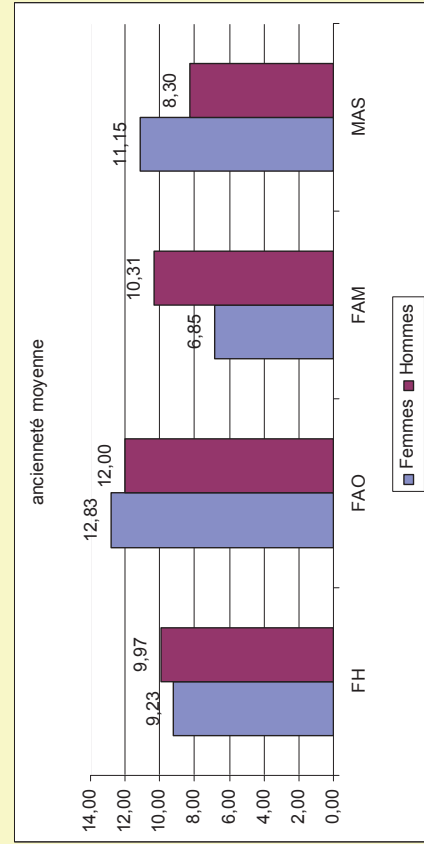
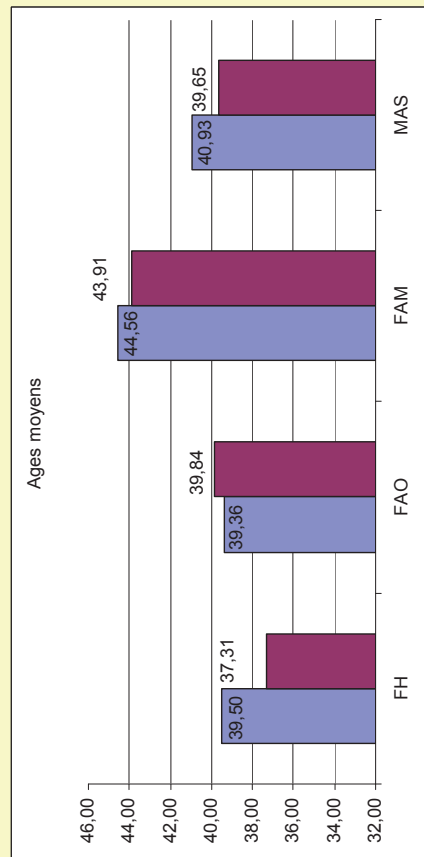
# Les données analysées par type d'établissement



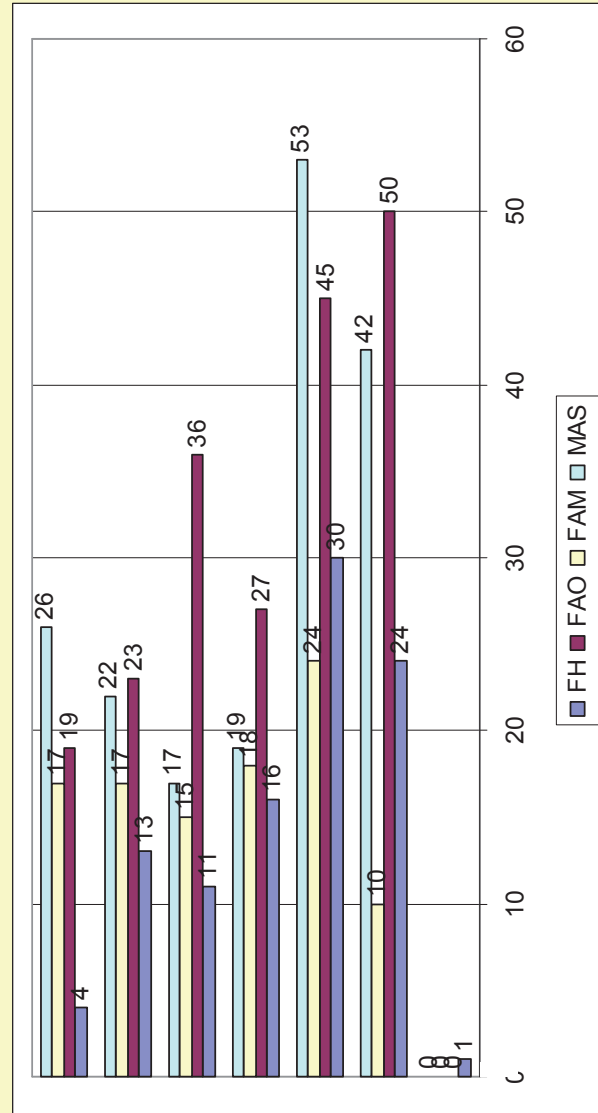
Une majorité d'hommes dans tous les types d'établissement, mais surtout en FH et FAM, mais des femmes légèrement plus âgées

Un âge moyen assez homogène autour de 40 ans, sauf pour les FAM, avec un âge plus élevé

Une ancienneté moyenne hétérogène, supérieure pour les FAO, faible pour les femmes en FAM, et les hommes en MAS



# Pyramide des âges



Les FAO et les MAS ont à la fois un nombre important de résidents de moins 40 ans et de plus de 50ans.

Les MAS ont un nombre important de plus de 55 ans

Les FAM ont peu de moins de 30 ans

Les FH ont peu de plus de 45 ans

## Evolution des entrées et âge moyen

Les personnes entrées il y a plus de 10 ans représentent 50% des résidents en FAO, 40% en FAM et en FH, 30% en MAS. Elles ont entre 43 et 48 ans en moyenne

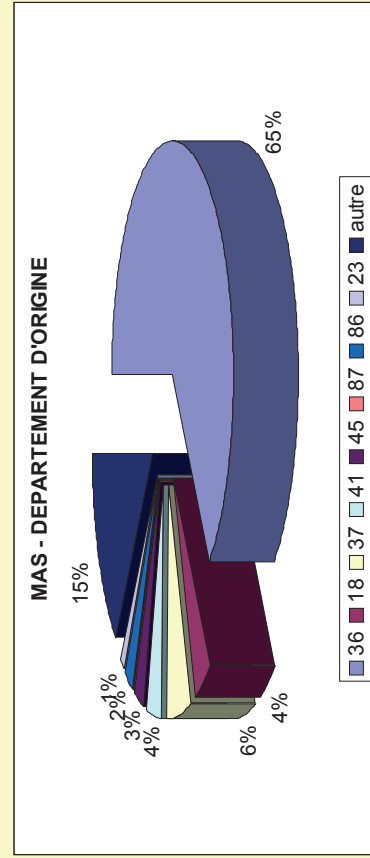
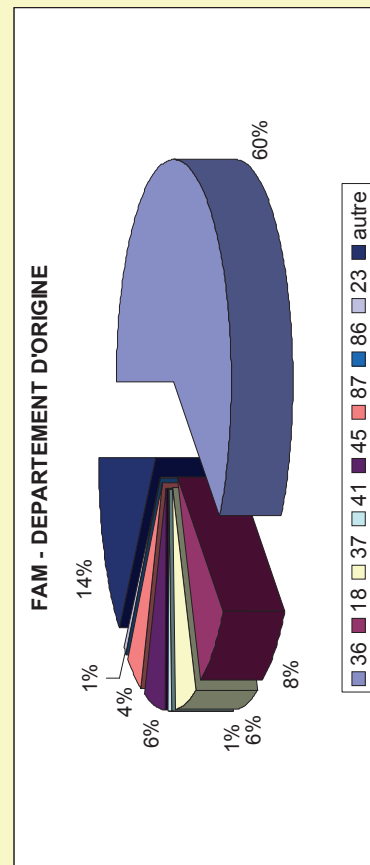
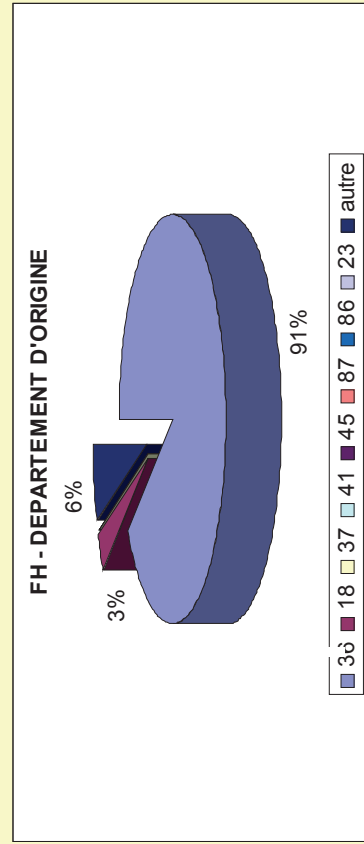
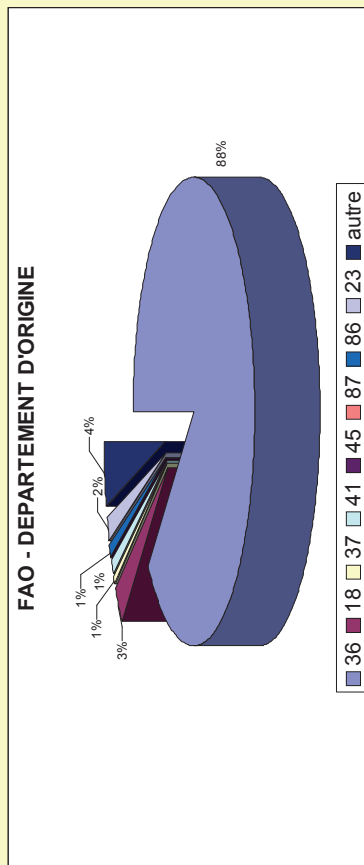
Les personnes entrées dans les 3 dernières années représentent 30% en FH, 28% en FAM, 24% en MAS, 18% en FAO. Elles ont un âge moyen supérieur à 30 ans, y compris en FH, et de plus de 40 ans en FAM

	entrées avant 2003		entrées depuis 2010	
	nombre de personnes	âge moyen	nombre de pers.	âge moyen
FH	39	43,21	29	31,14
FAO	102	45	36	34
FAM	44	45,6	29	42
MAS	55	48,17	44	36,2

La proportion de résidents originaire de l'Indre est quasi exclusive en FH, et en FAO et nettement moins marquée en MAS et surtout en FAM

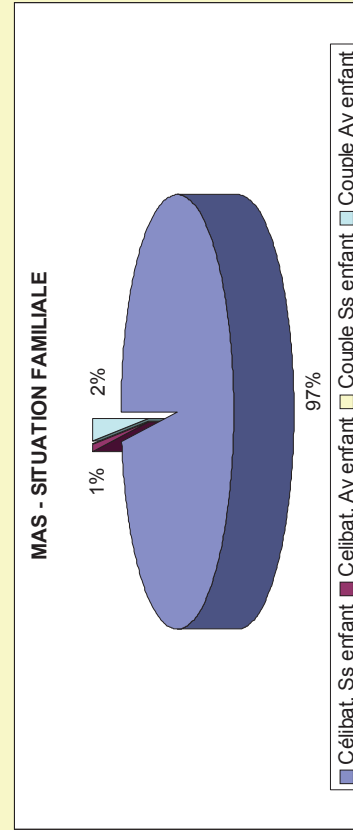
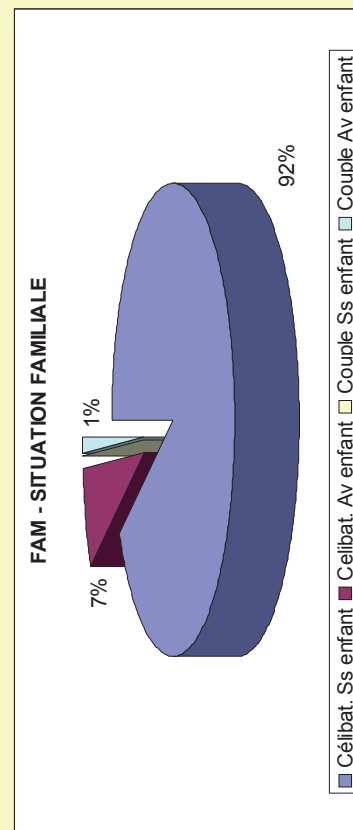
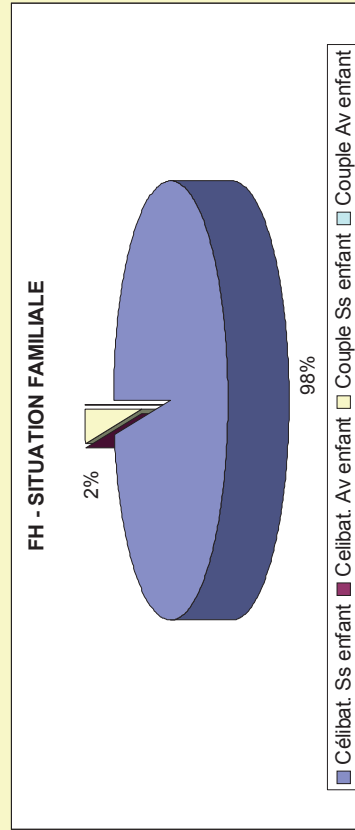
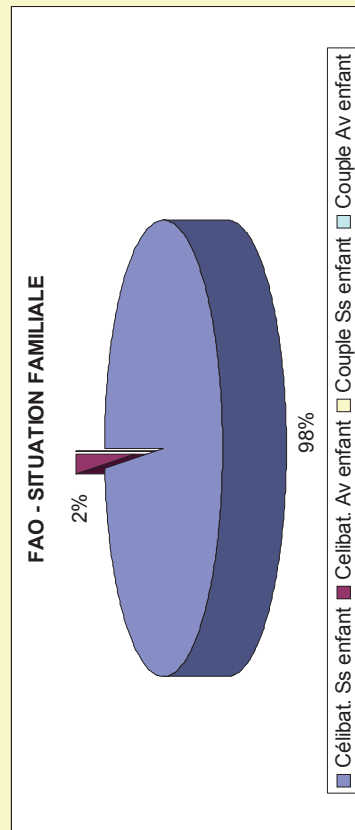
## Le département d'origine

Lire les camemberts dans le sens des aiguilles d'une montre, avec la légende de gauche à droite



## La situation familiale

Les résidents sont quasi exclusivement célibataires, un peu moins en FAM, du fait de la spécificité du FAM d'Orsennes



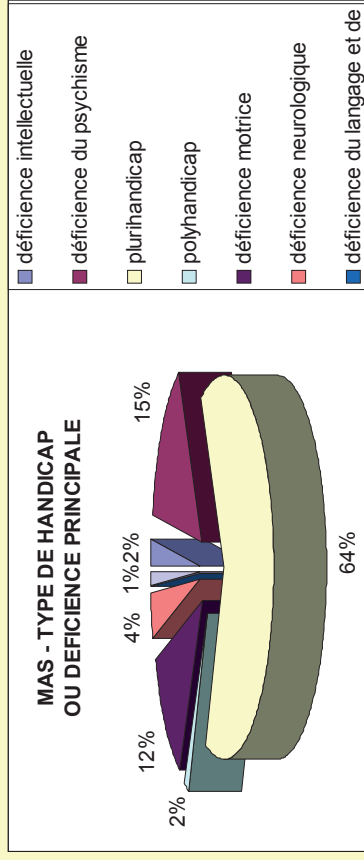
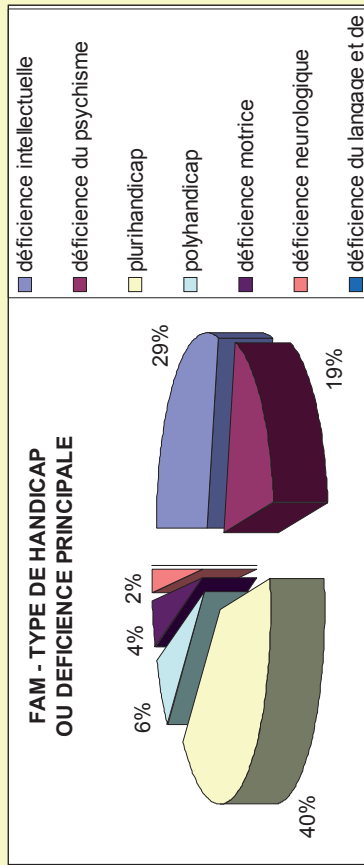
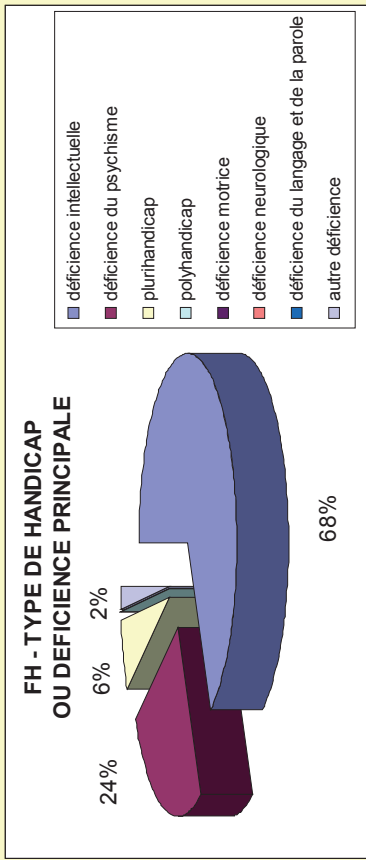
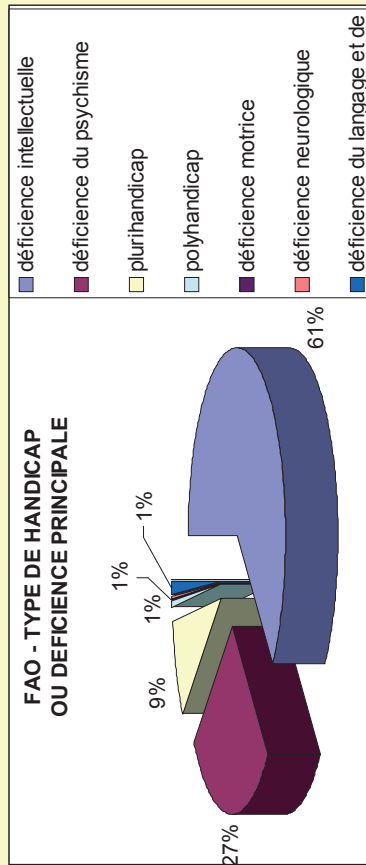


# Types de handicap ou déficience principale

La déficience intellectuelle est le handicap majoritaire en FH et FAO, avec cependant une part importante de déficience du psychisme,

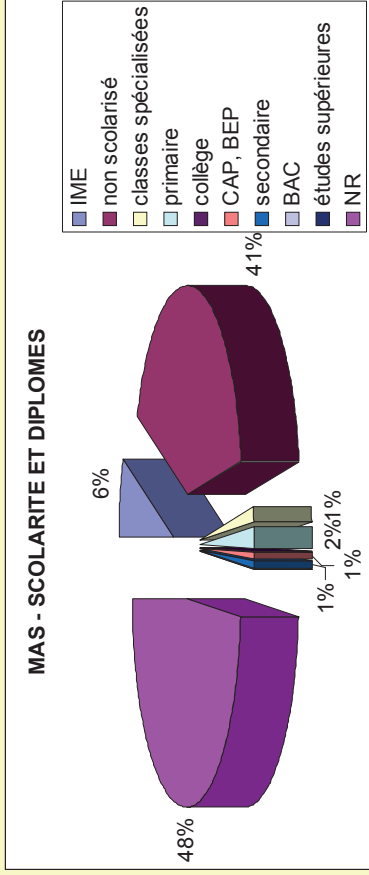
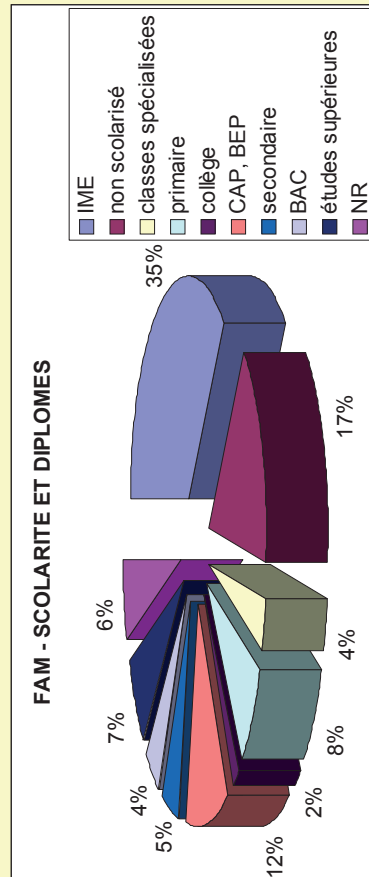
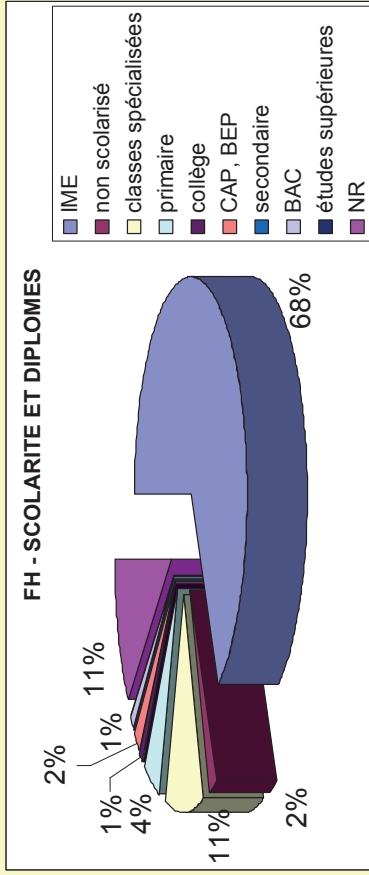
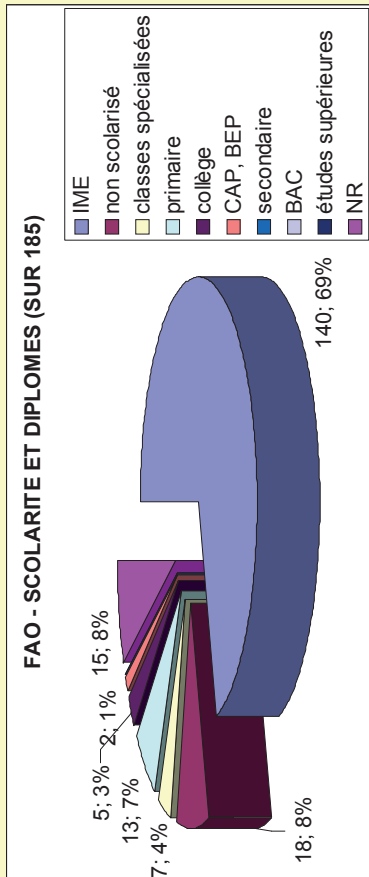
En FAM et surtout en MAS, c'est le plurihandicap qui est logiquement le plus représenté

Lire les camemberts dans le sens des aiguilles d'une montre, avec la légende de haut en bas



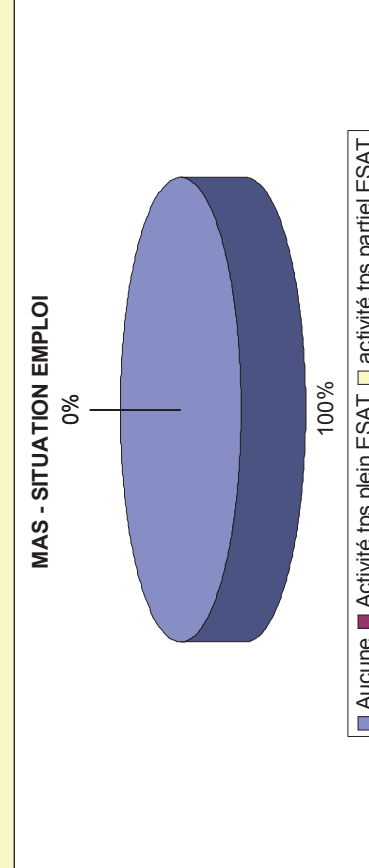
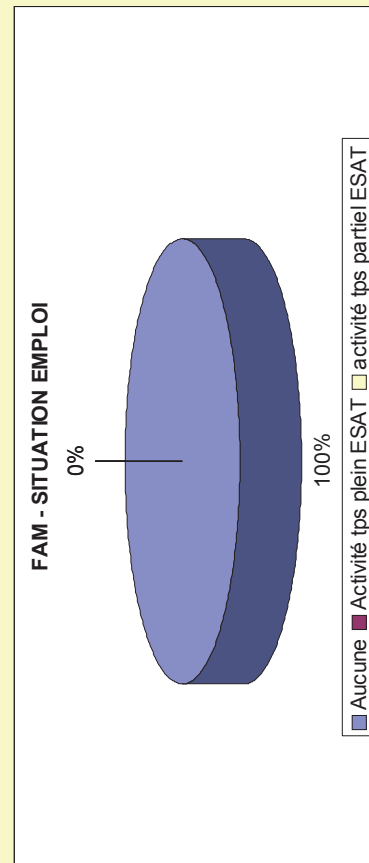
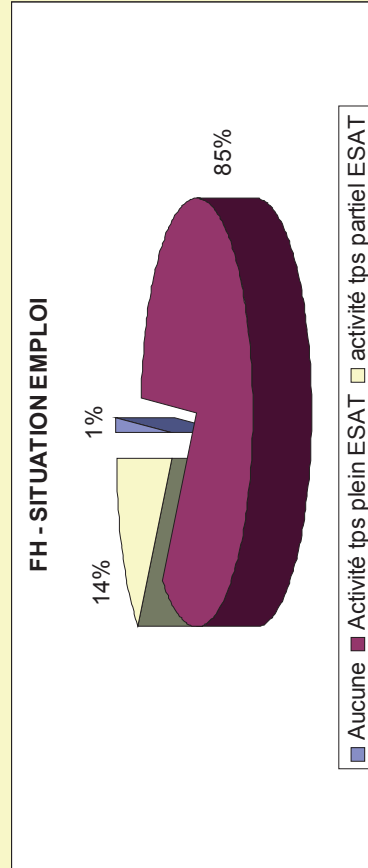
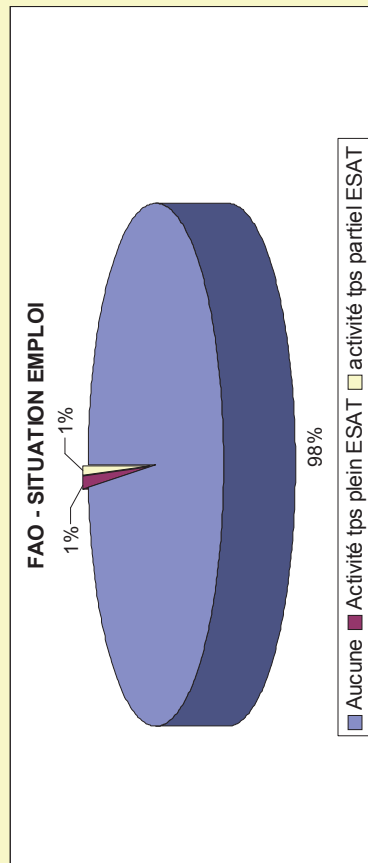
# La scolarité et diplômes

La scolarité en IME est très majoritaire pour les résidents de FH et de FAO, alors que les non scolarisés sont assez peu nombreux, à l'inverse de la situation en MAS



## Situation par rapport à l'emploi

Cette donnée concerne bien évidemment les FH, avec une part de temps partiel de 14% mais aucune situation d'emploi en milieu ordinaire

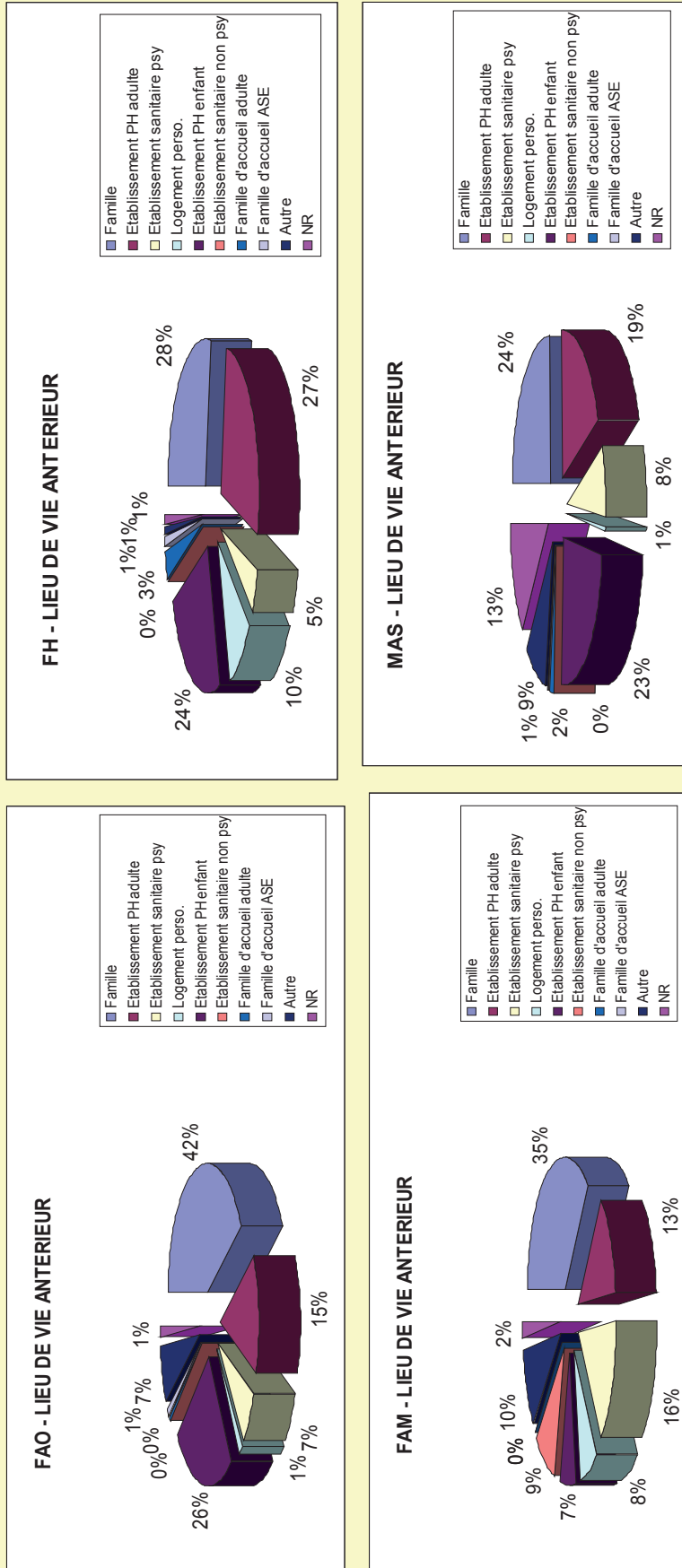


A part pour les FH, le principal lieu de vie antérieur était la famille.

On note une forte mobilité entre les établissements pour adultes, notamment pour les FH

## Lieu de vie antérieur

Difficultés pour analyser l’item « établissements pour enfants handicapés »

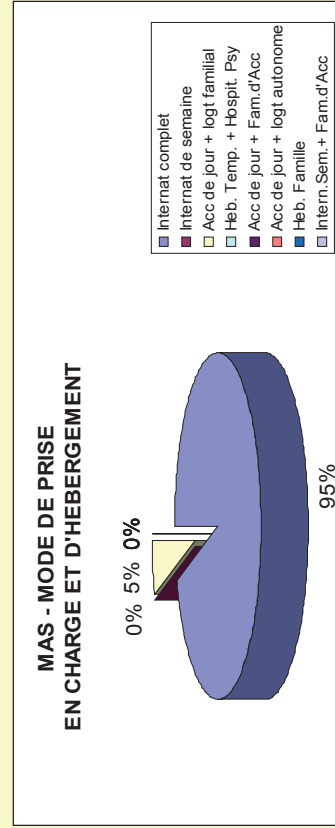
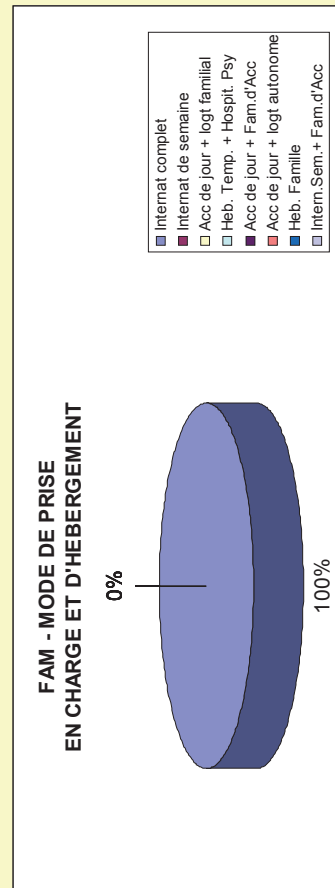
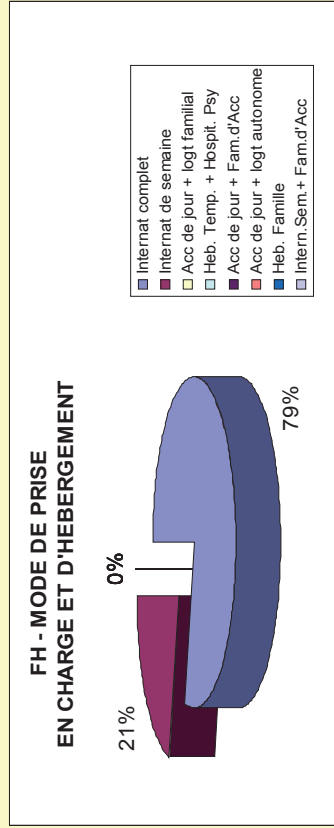
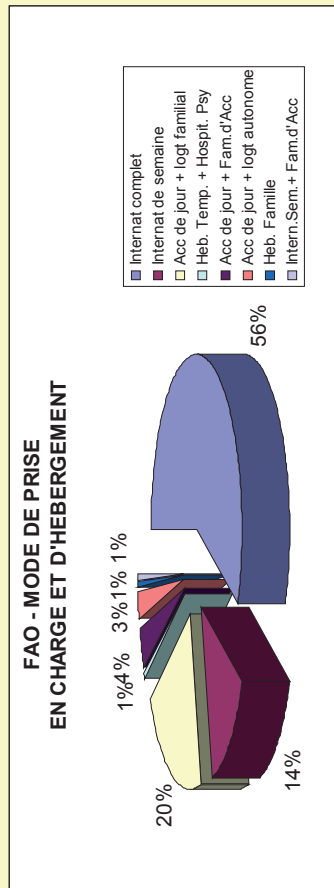


# Modes de prise en charge et d'hébergement

L'Internat complet est le mode de prise en charge quasi-exclusif des MAS et exclusif en FAM

En FAO, on note la part importante (27%) d'accueil de jour, dont 20% avec hébergement en famille

En FH un cinquième relève de l'internat de semaine



## Mesures de protection

Un équilibre entre tutelle et curatelle en FH

Une proportion de tutelle, majoritaire et qui croît de FAO à MAS

Une part non négligeable (10%) de personnes sans protection en FAO

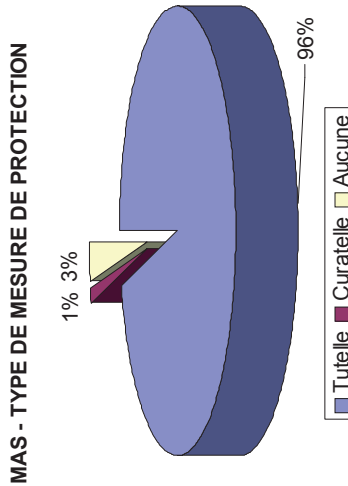
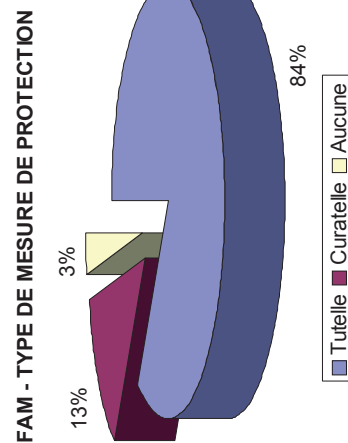
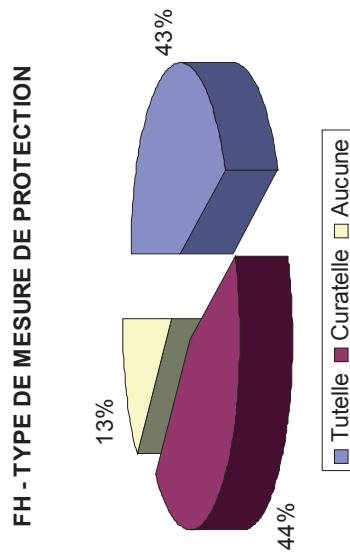
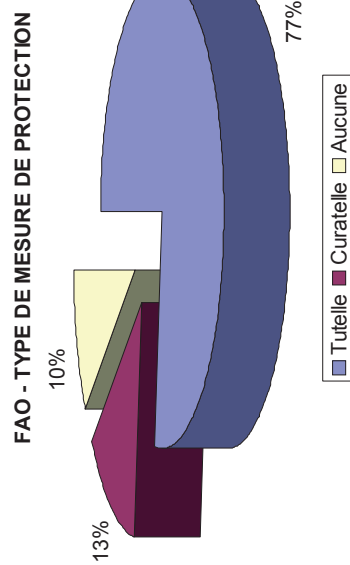
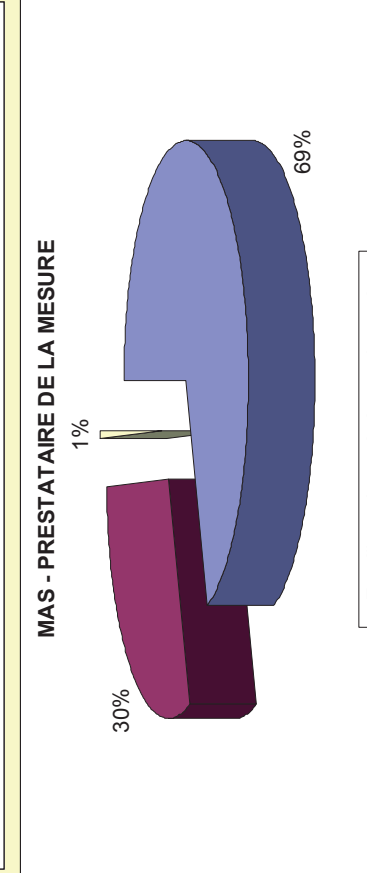
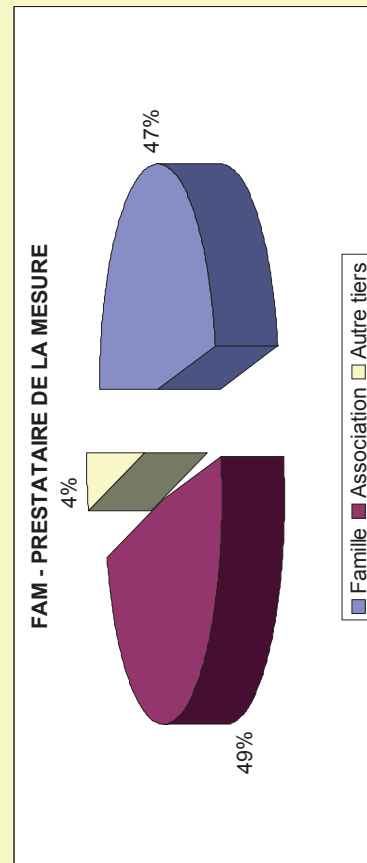
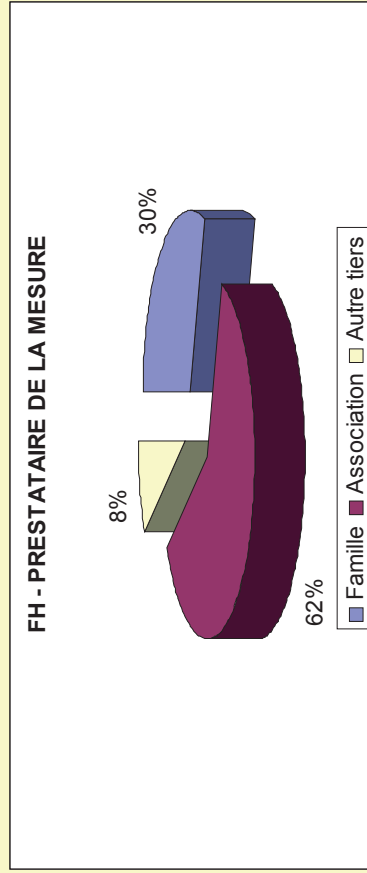
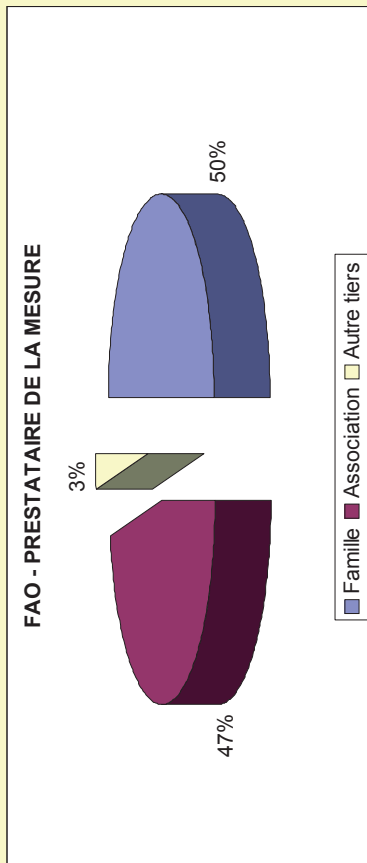


Schéma du handicap – 7-05-2013- DPDS – CG36

## Prestataire de la mesure de protection

Un équilibre entre famille et association en FAO et FAM

Une sur-représentation des associations en FH, et à l'inverse des familles en MAS



# Les prestations

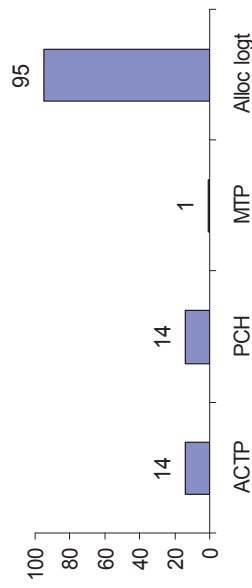
En FH, l'allocation logement est notée pour 79 résidents, mais aucun bénéficiaire d'autres prestations

En FAO, l'allocation logement est notée pour 95 des 200 résidents, 14 bénéficiaires de la PCH et 14 de l'ACTP

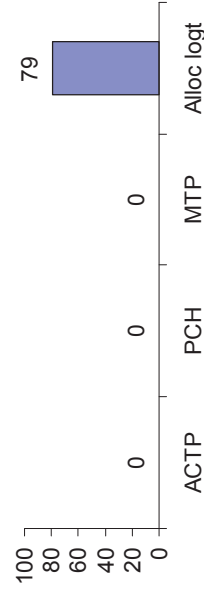
En FAM, également 50% de bénéficiaires d'alloc. logt., et 50% de bénéficiaires de la PCH ou ACTP

En MAS, moins de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP (à lier avec les modes de prises en charge et les hébergement en famille)

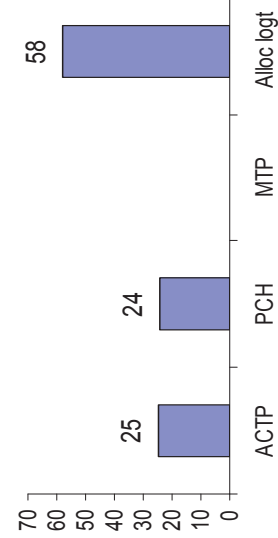
**FAO - PRESTATIONS**



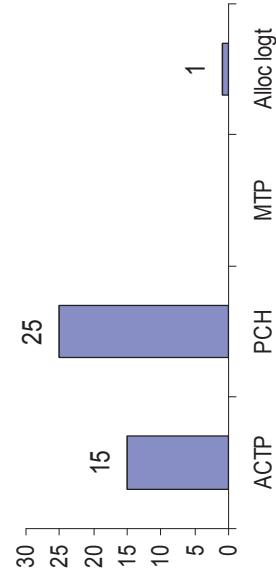
**FH - PRESTATIONS (SUR 79)**



**FAM - PRESTATIONS**



**MAS - PRESTATIONS**

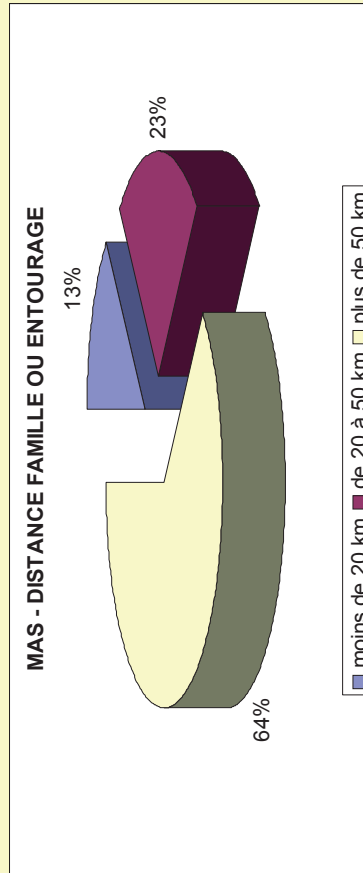
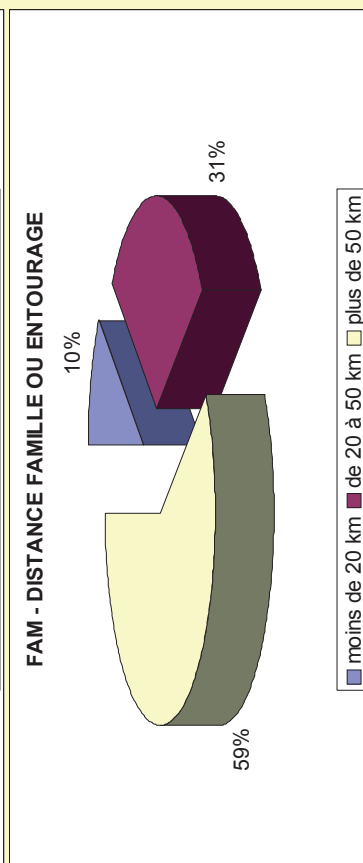
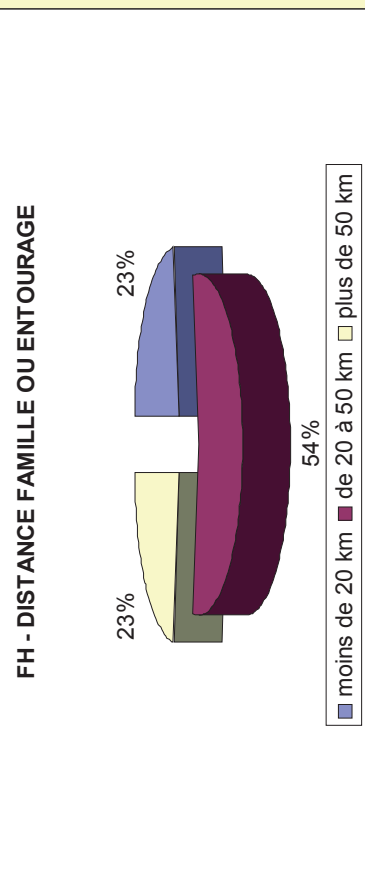
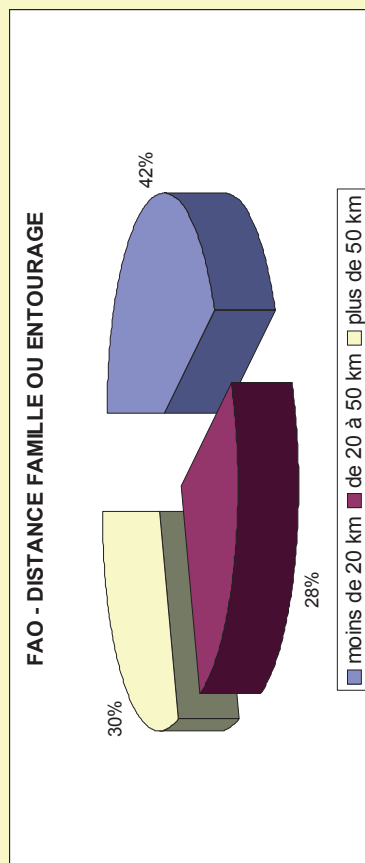




## Distance famille ou entourage

Les FAO et les FH apparaissent plus dans la proximité, 42% des résidents de FAO sont à moins de 20 km de leur famille, 77% des résidents des FH sont à moins de 50 km

Pour les MAS et les FAM, la proportion s'inverse.



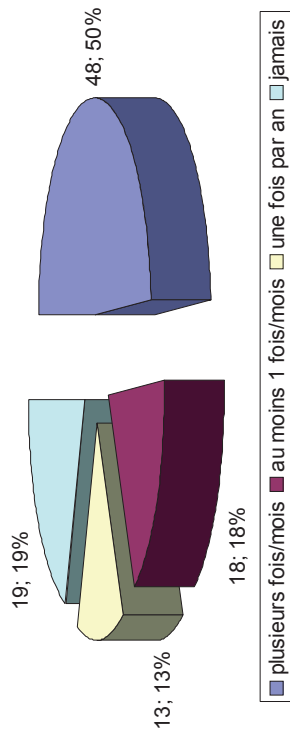
## Les contacts avec la famille sans sortie

Seuls 10% des résidents de FH n'ont aucun contact avec leur famille, mais 37% des résidents de FAM

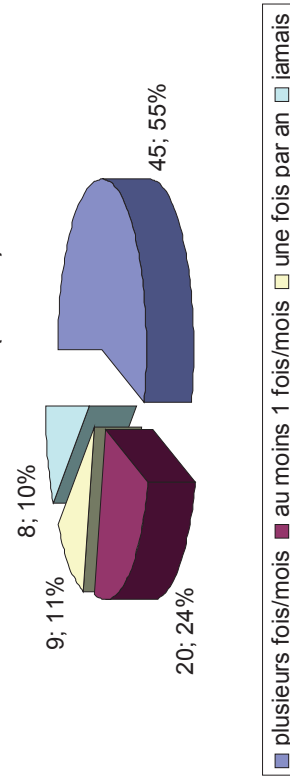
Pour les autres types d'établissement, plus des 2/3 des résidents ont des contacts de 1 à plusieurs fois par mois.

### Attention taux de réponse limité

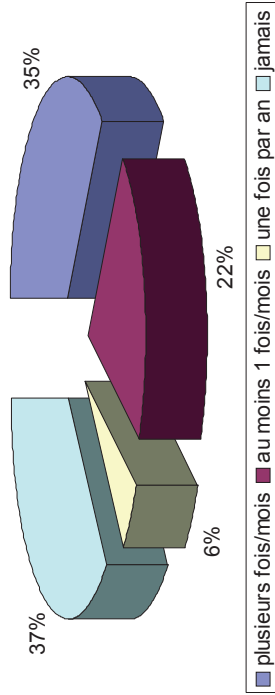
FAO - CONTACTS SANS SORTIE AVEC FAMILLE (SUR 98)



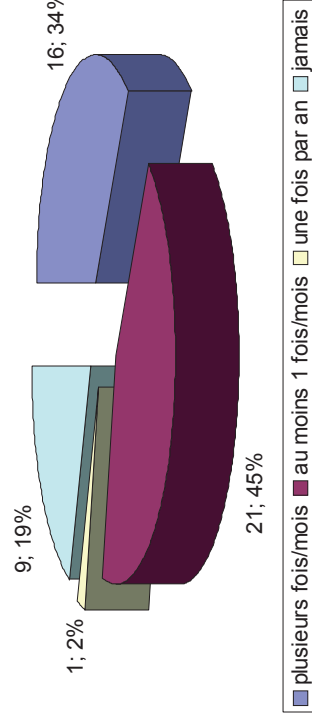
FH - CONTACTS SANS SORTIE AVEC FAMILLE (SUR 82)



FAM - CONTACTS SANS SORTIE AVEC FAMILLE

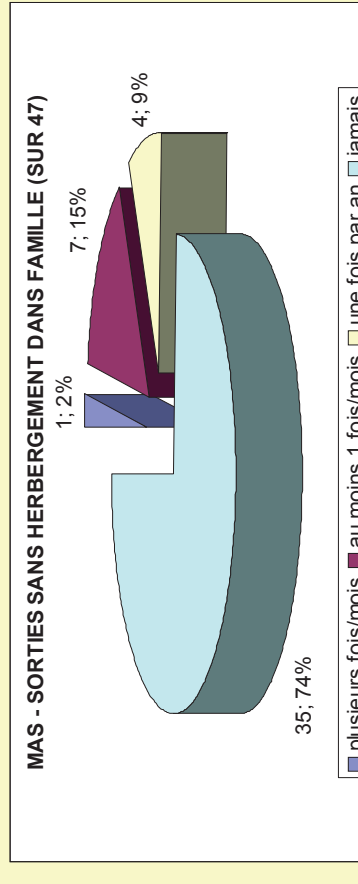
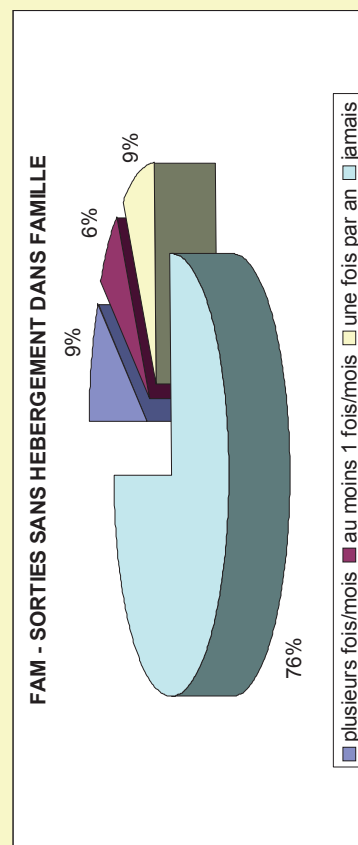
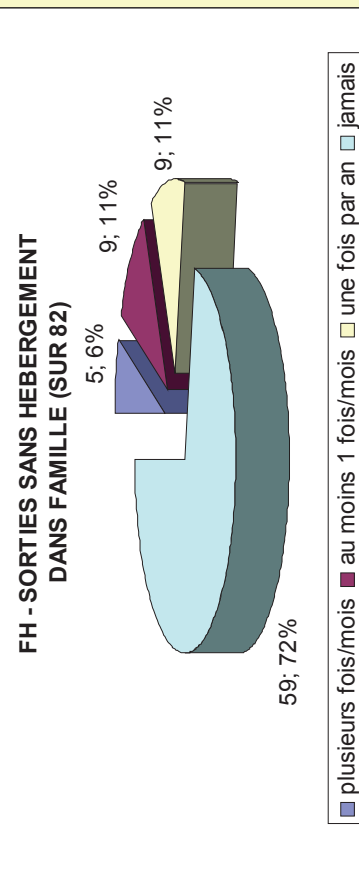
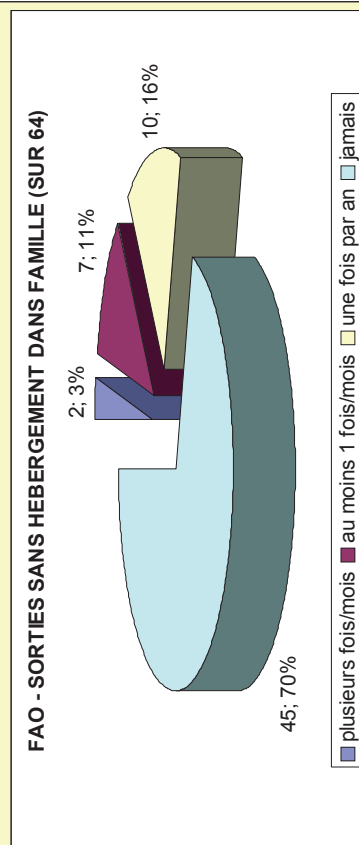


MAS - CONTACTS SANS SORTIE AVEC FAMILLE (SUR 47)



# Les sorties sans hébergement dans famille

Attention taux de réponse limité

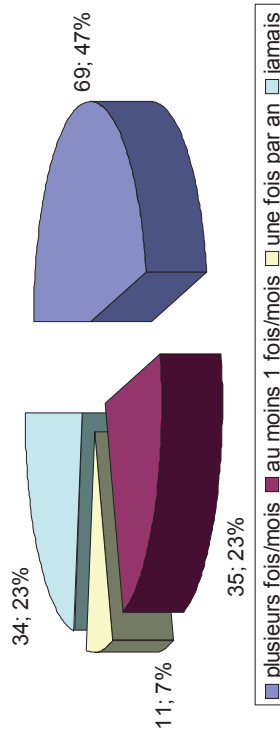


## Hébergement dans la famille

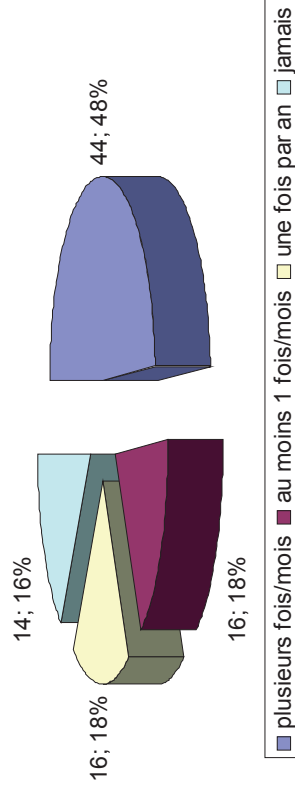
Les deux tiers des résidents, quelque soit le type d'établissement sont hébergés, dans leur famille au moins une fois par mois (faible nombre de réponse en MAS)

C'est dans les FAM qu'il y a la part la plus importante de personnes qui ne sont jamais hébergés dans leur famille

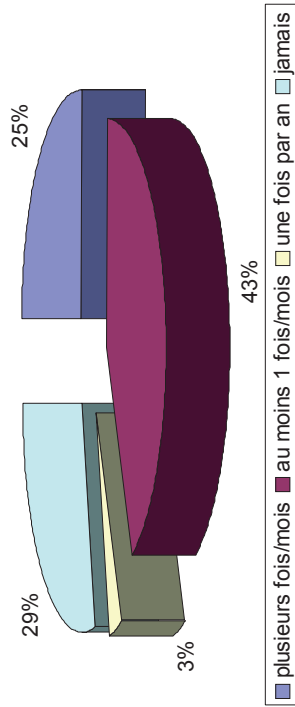
FAO - HEBERGEMENT DANS FAMILLE (SUR 149)



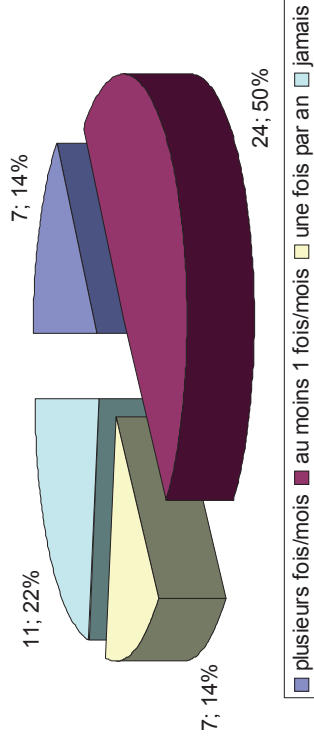
FH - HEBERGEMENT DANS FAMILLE (SUR 90)



FAM - HEBERGEMENT DANS FAMILLE



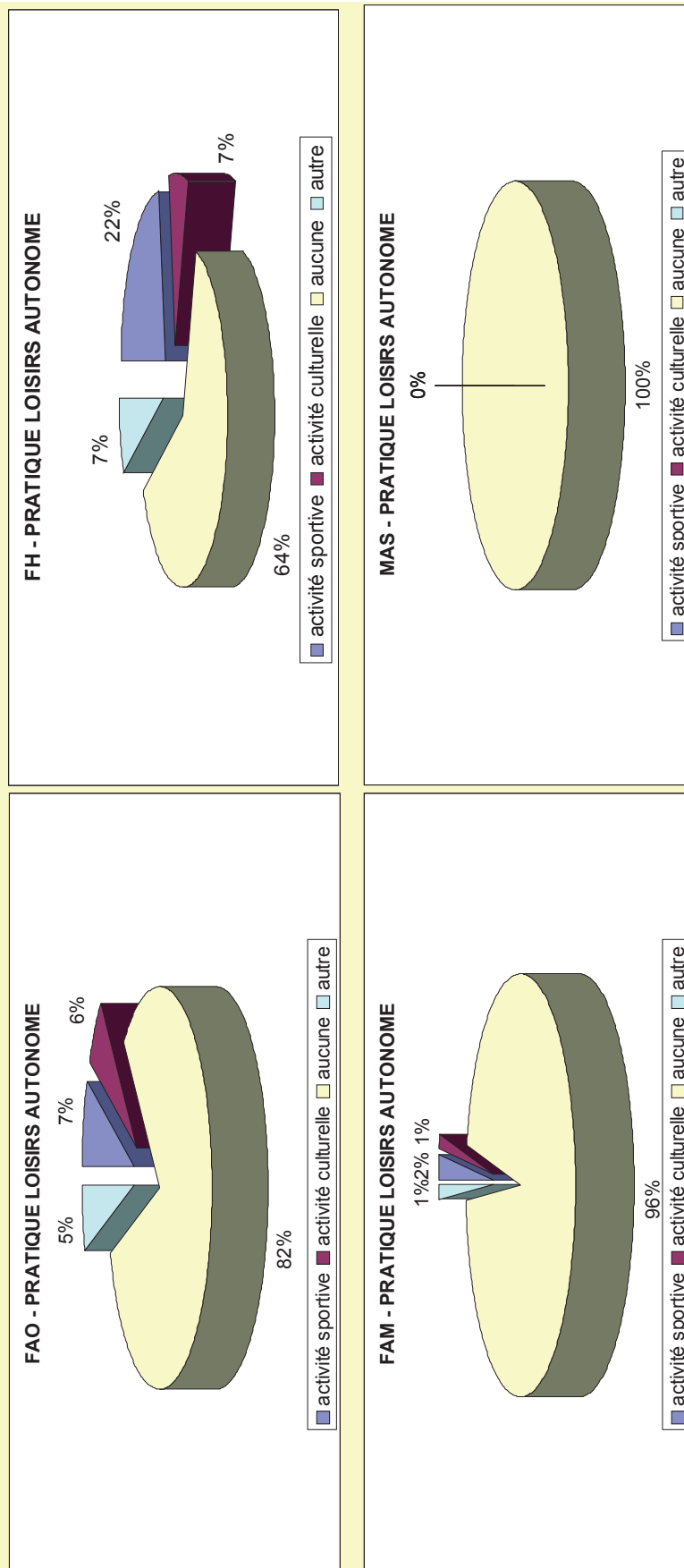
MAS - HEBERGEMENT DANS FAMILLE (SUR 49)



La pratique d'activités de loisirs en autonomie décroît logiquement des FH au MAS

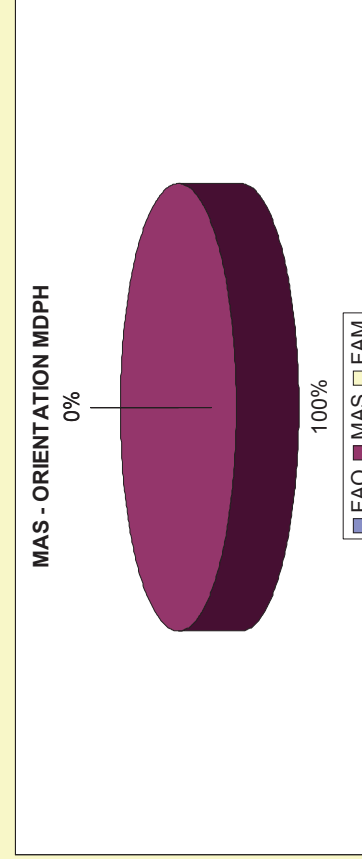
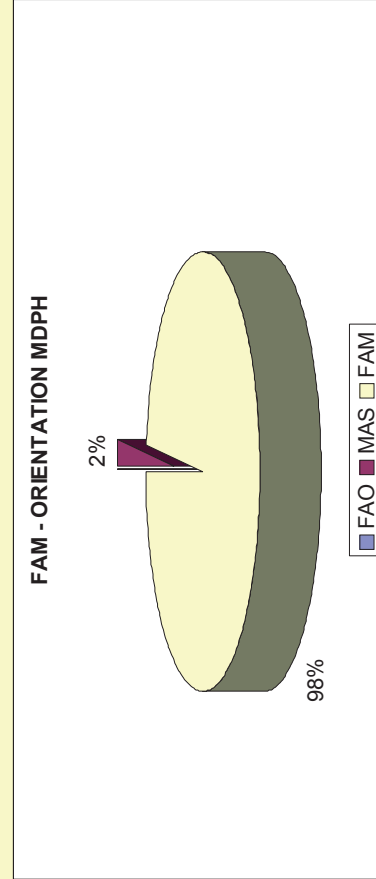
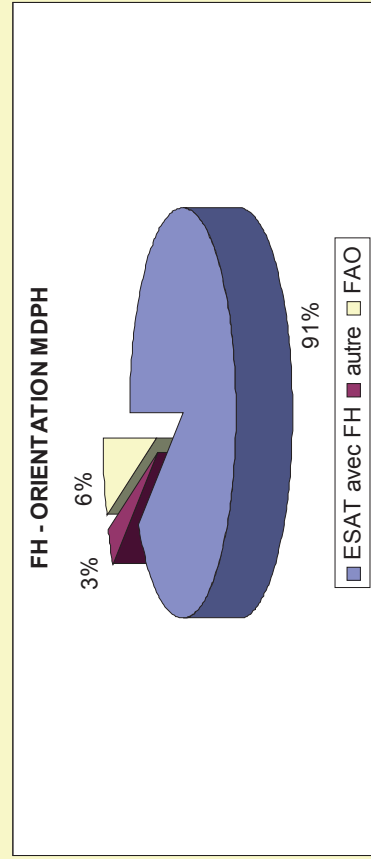
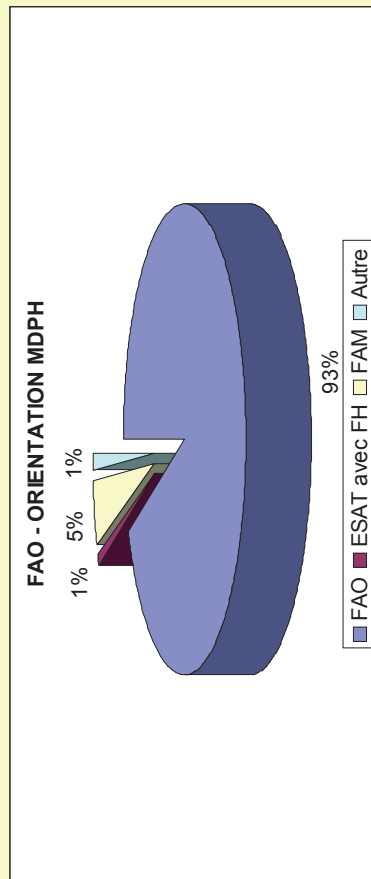
## Pratique loisirs autonome

En FH elle concerne un peu plus d'1/3 des résidents, en FAO, moins d'1/5



Les « orientations non-conformes » sont marginales, aucune en MAS; 10%, 9 personnes, en FH, dont 6 avec une orientation FAO; 7%, 13 personnes, en FAO, dont 9 avec une orientation FAM.

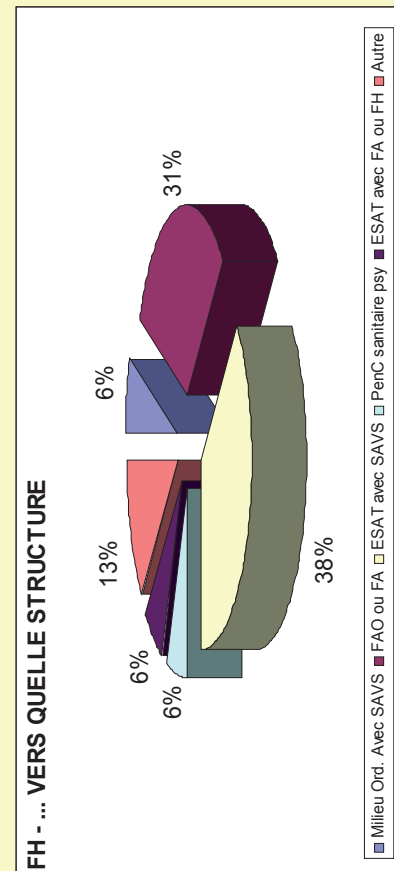
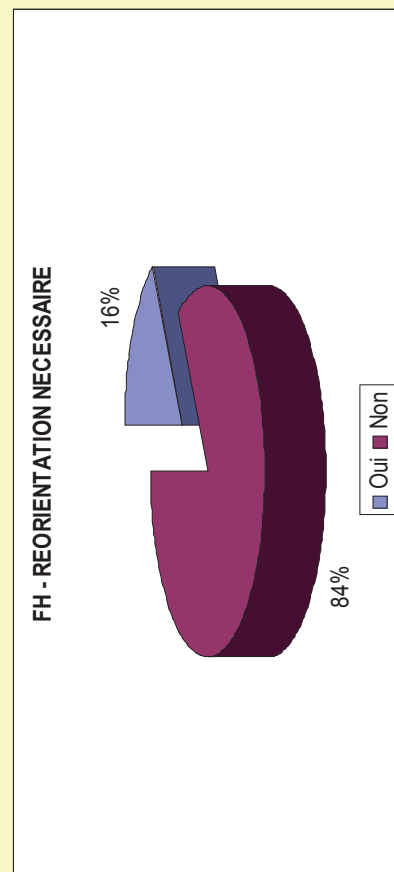
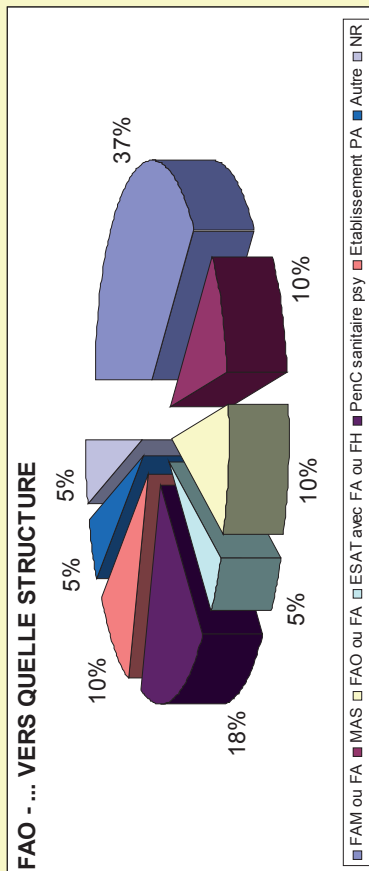
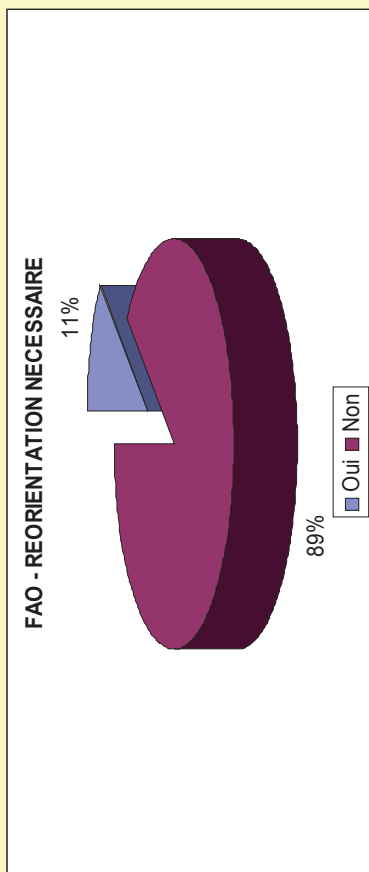
## Orientation MDPH



## Réorientation nécessaire ...vers quelle structure

Pour 11% des résidents en FAO, 21 personnes, essentiellement en FAM

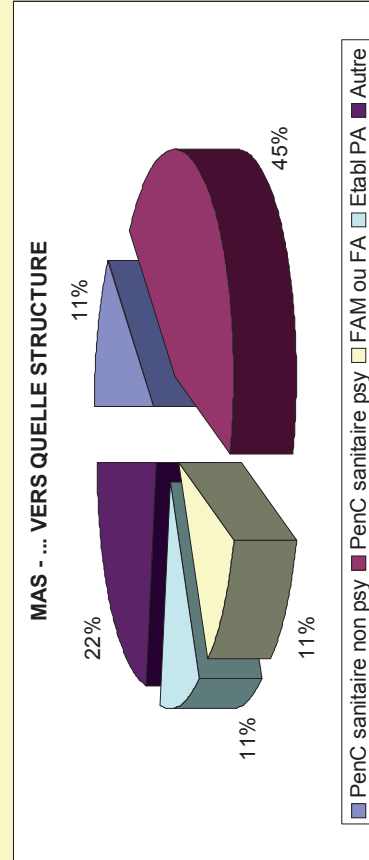
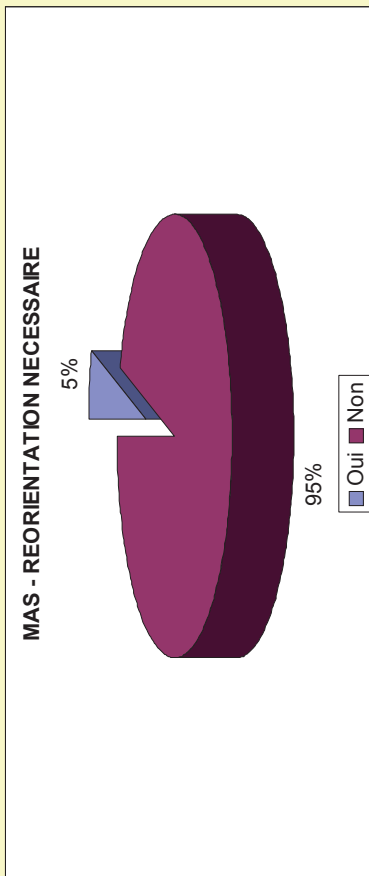
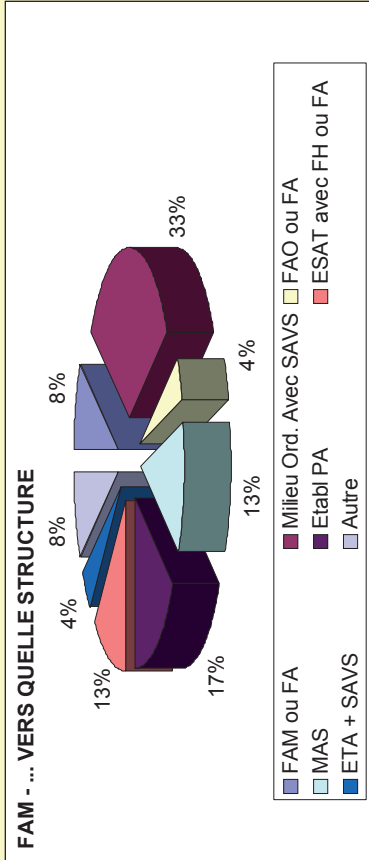
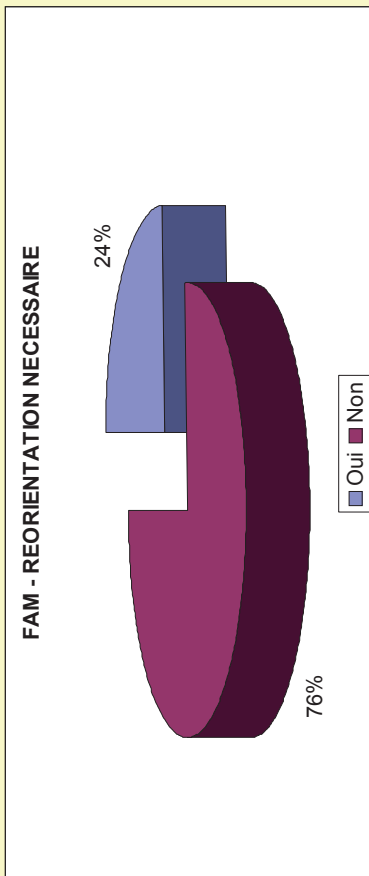
Pour 18 % des résidents en FH, 16 personnes, essentiellement en ESAT avec SAVS ou FAO



# Réorientation nécessaire ....vers quelle structure

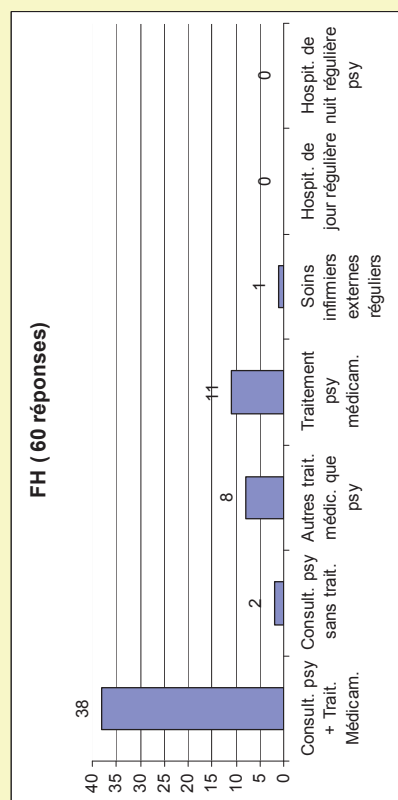
Pour 24%, 24 personnes, des résidents en FAM, dont 21 du FAM d’Orsennes, essentiellement pour le milieu ordinaire avec accompagnement

Pour 5% (9 personnes) des résidents en MAS, essentiellement pour une prise en charge en psychiatrie





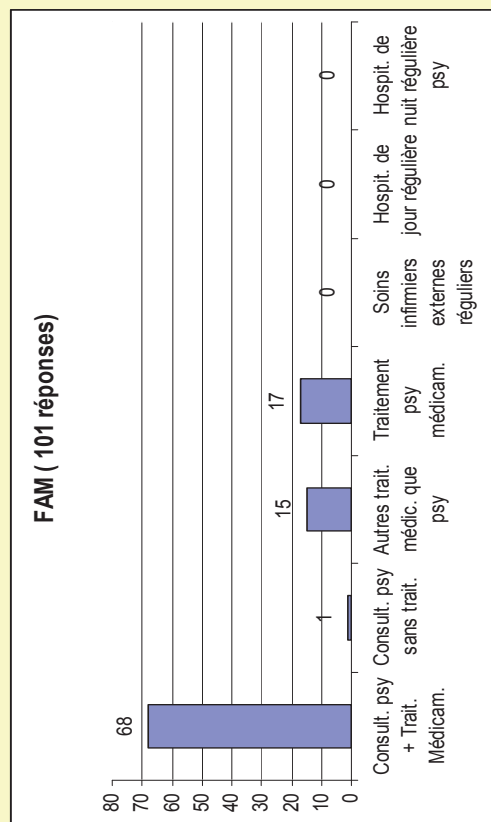
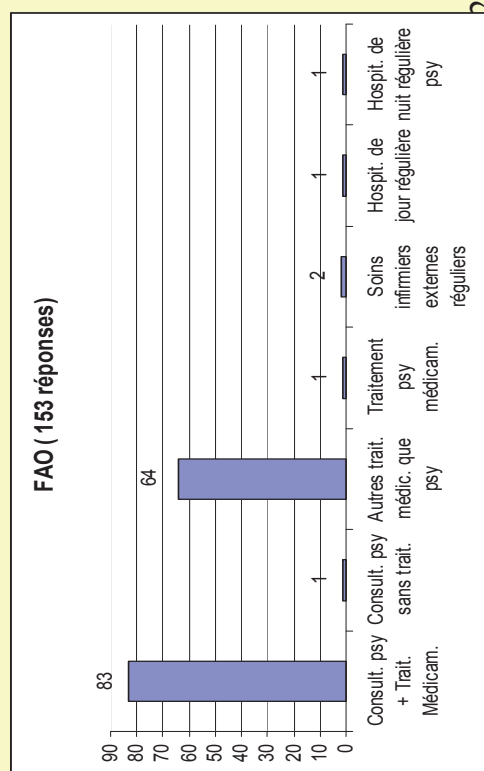
## Suivi soins



Les soins en santé mentale sont majoritaires quelque soit le type d'établissement, associant consultation et traitement.

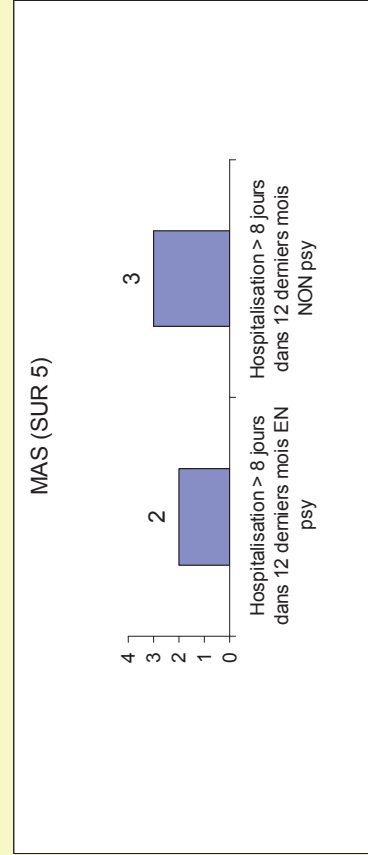
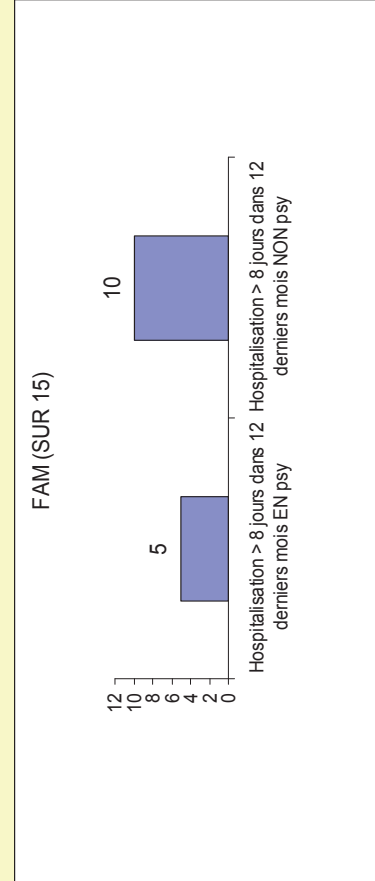
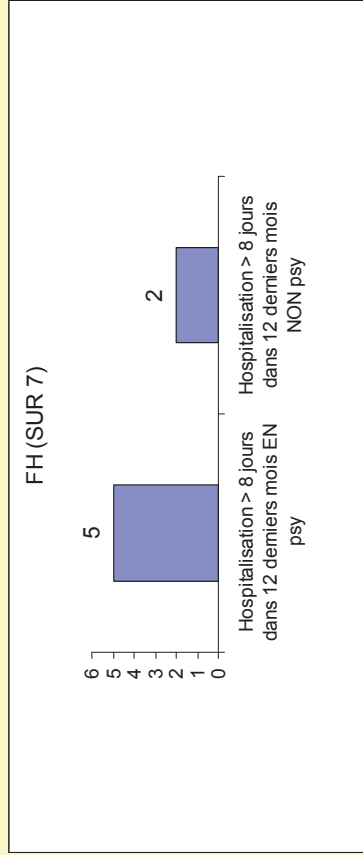
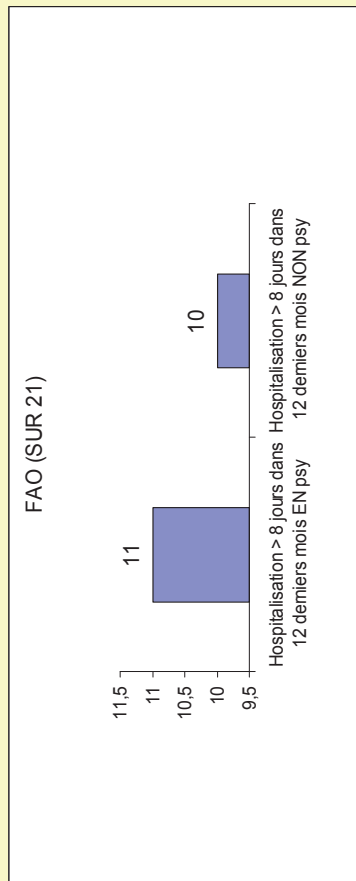
On notera cependant pour les FAO, une part importante d'autres traitements.

Pour les MAS, taux de réponse trop faible



## Hospitalisation dans les 12 derniers mois

Un nombre d'hospitalisation faible, de l'ordre de 10%, moindre pour les MAS, supérieur pour les FAM  
 Équilibré entre psy et non psy en FAO, plus important en non psy pour les FAM, en psy pour les FH.



## L'ACCUEIL FAMILIAL

Pour mémoire :

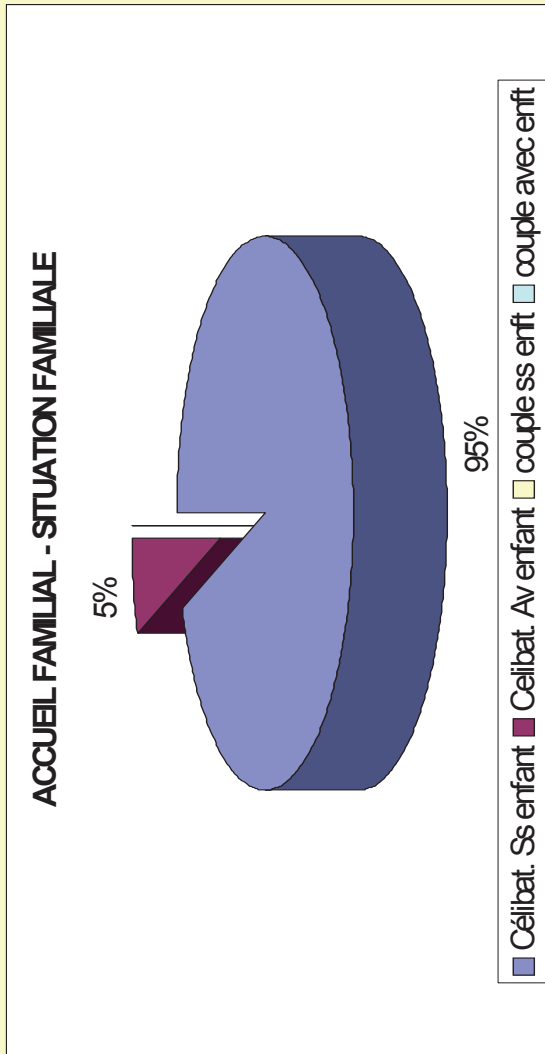
69 accueillants,

126 places

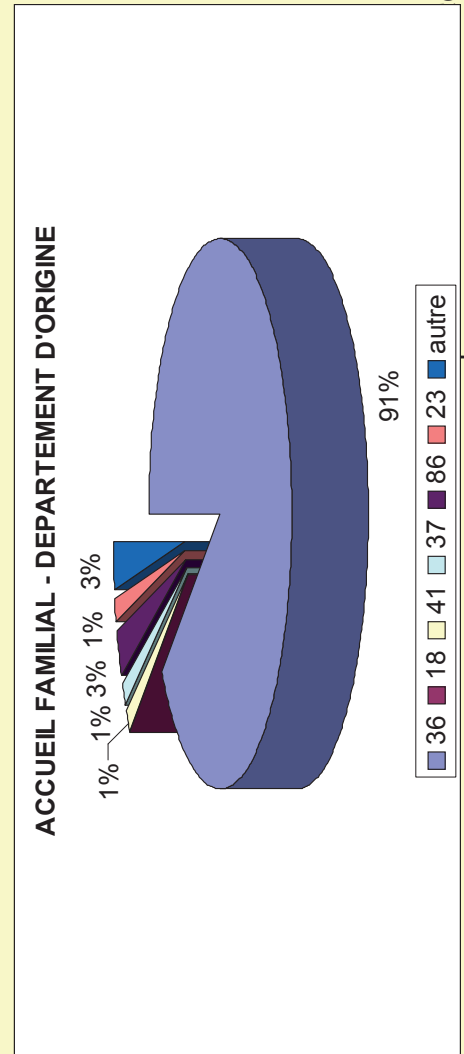
85 personnes accueillies

74 personnes handicapées, ayant une orientation  
CDAPH, AF ou FH, ou AF ou FAO

## Les résidents de l'accueil familial



73 personnes, 39 hommes et 34 femmes, ayant en moyenne :  
 45,8 ans pour les hommes, avec une ancienneté de 6,7 ans,  
 47,3 ans pour les femmes, avec une ancienneté de 6,2 ans  
 Quasi exclusivement célibataires et originaires de l'Indre



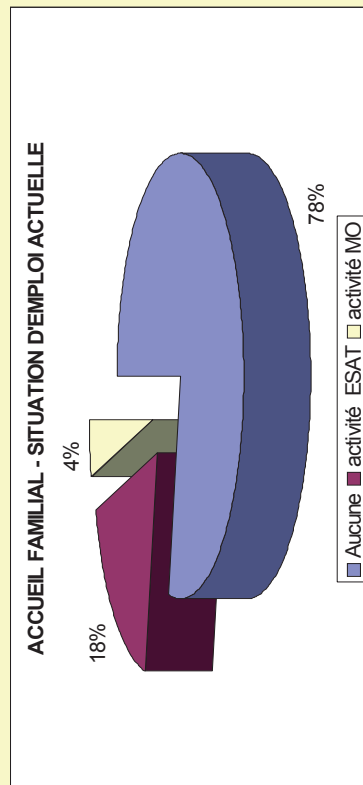
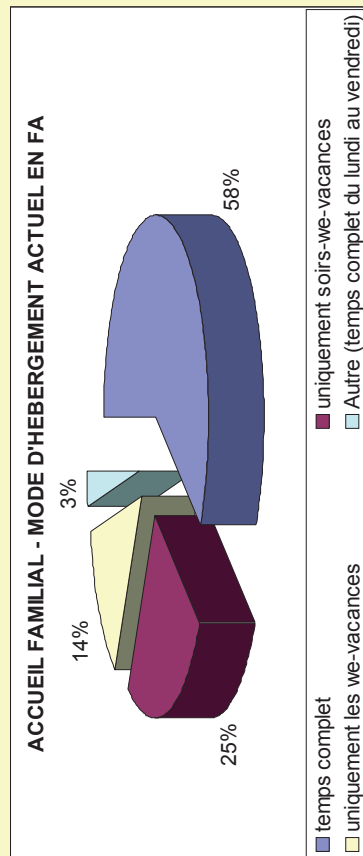
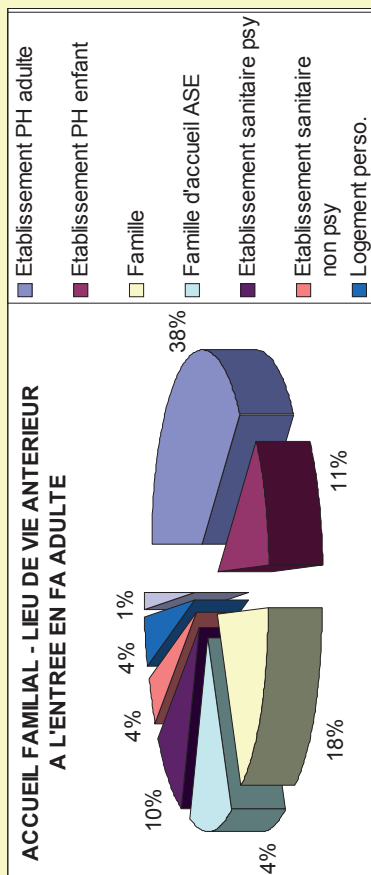
G36

44

# le lieu de vie antérieur, mode d'hébergement, situation d'emploi

Venant essentiellement des établissements PH adultes, (38%), mais aussi des dispositifs enfants éducatifs ou du handicap (25%)

Accueillis à temps complet pour 58% ou en complément d'une activité de jour pour 25%, dont 22% est un emploi (18% en ESAT)

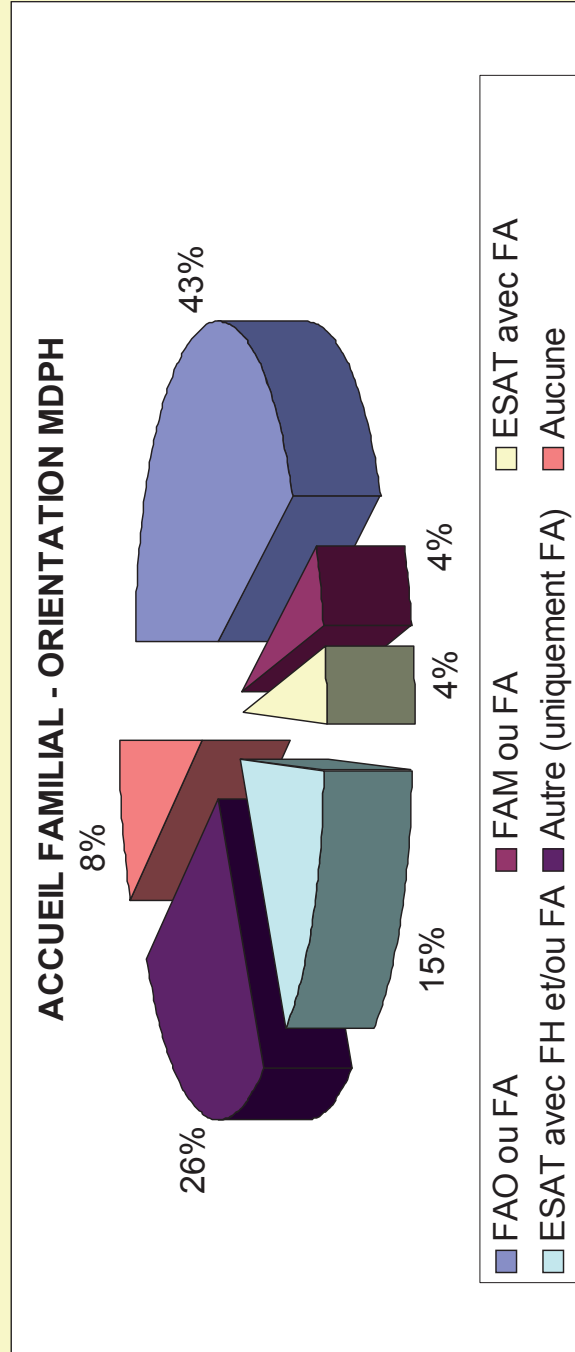


## Orientation MDPH

43% FAO ou FA

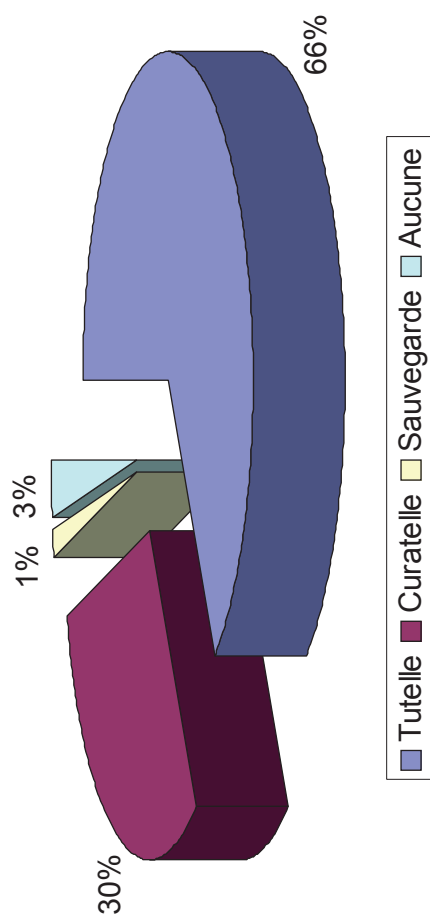
19% ESAT avec FH ou FA

26% FA sans précision



## Les mesures de protection

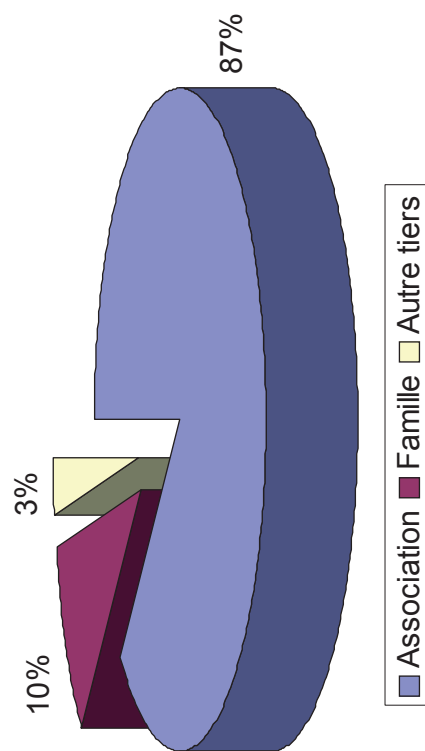
ACCUEIL FAMILIAL - TYPE DE MESURE DE PROTECTION



2/3 des personnes sont sous tutelle, 1/3 sous curatelle

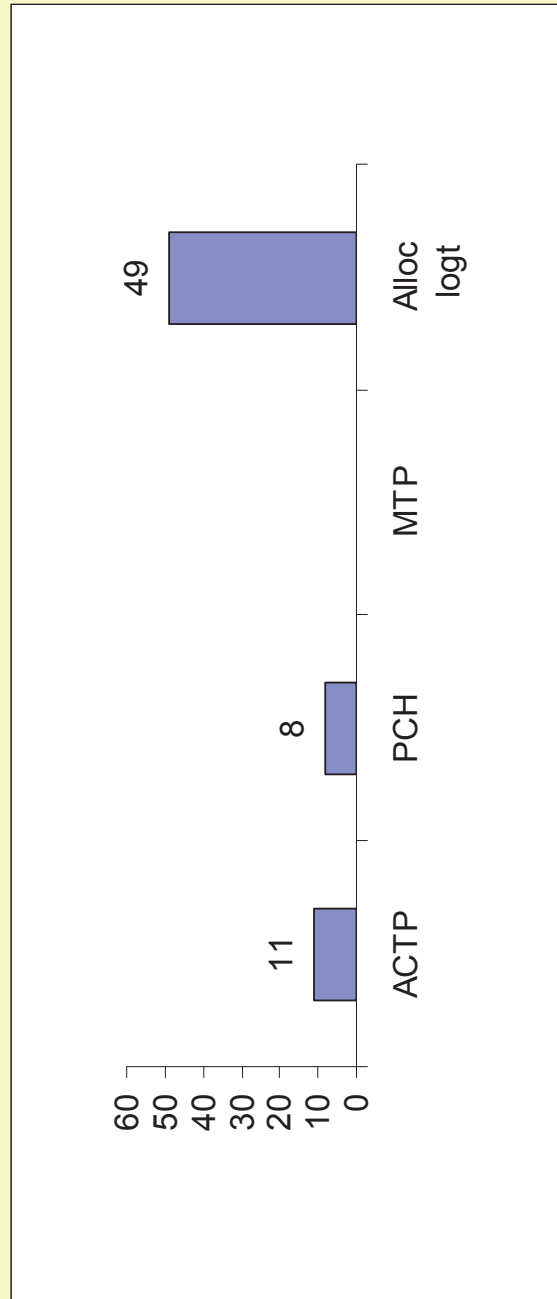
Les mesures sont assurées à près de 90% par les associations

ACCUEIL FAMILIAL - PRESTATAIRE DE LA MESURE



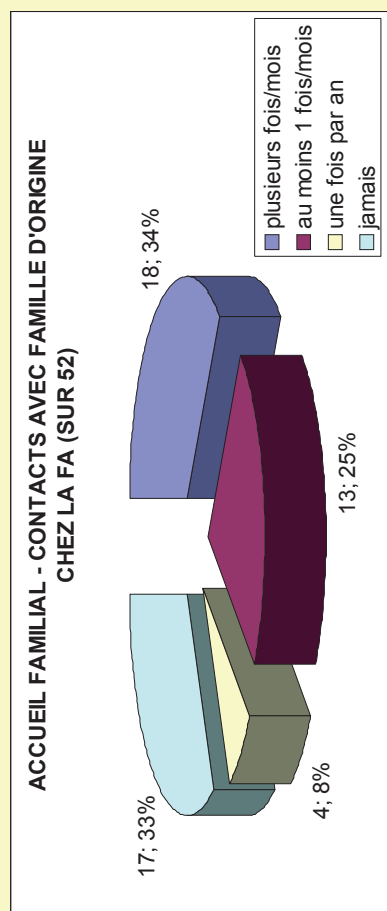
## Les prestations

49 allocations logement, 19 bénéficiaires de l'ACTP ou la PCH

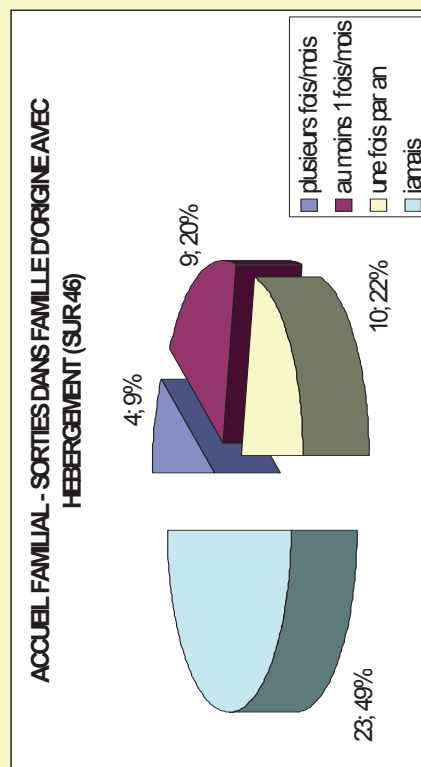
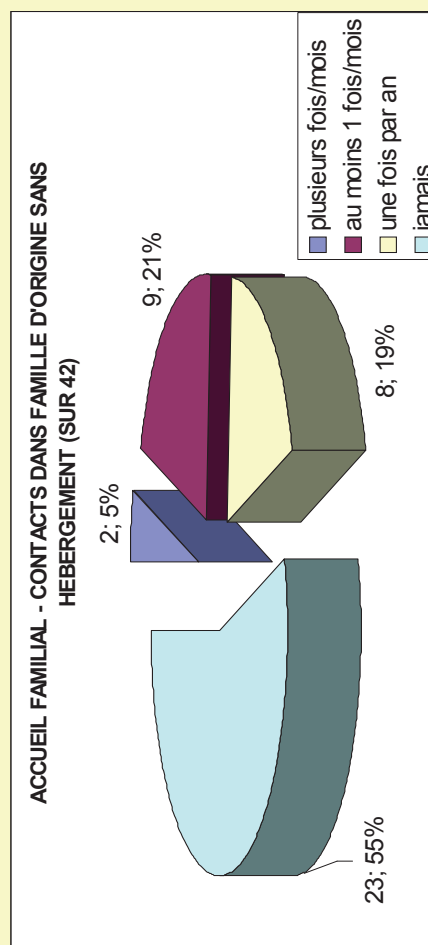




## Contacts avec la famille d'origine

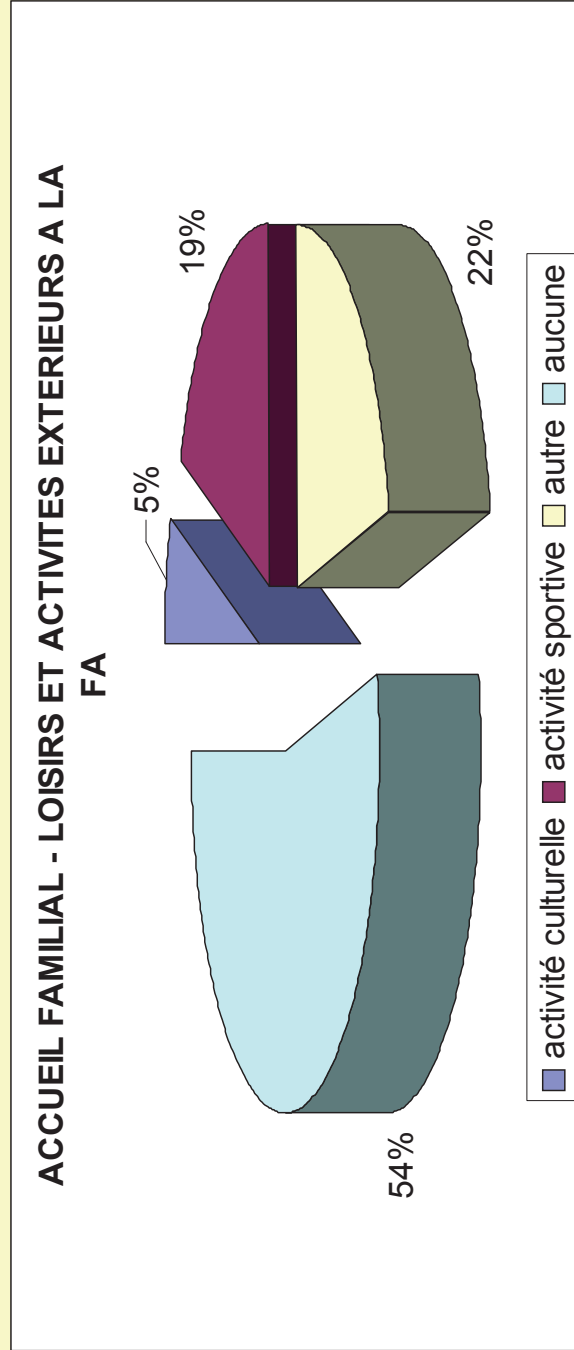


La moitié des résidents ne vont ni en sortie, ni en hébergement dans leur famille d'origine, 1/3 ont des contacts hors de la famille d'accueil au moins une fois par mois  
1/3 n'ont jamais de contacts

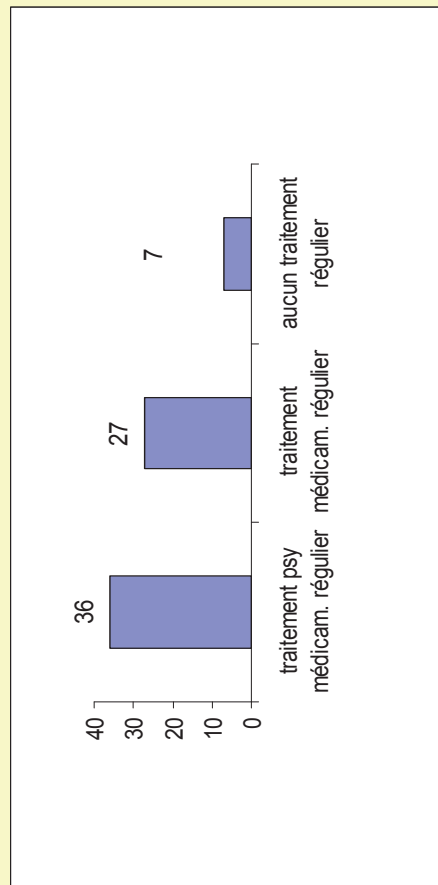


## Loisirs et activités extérieures

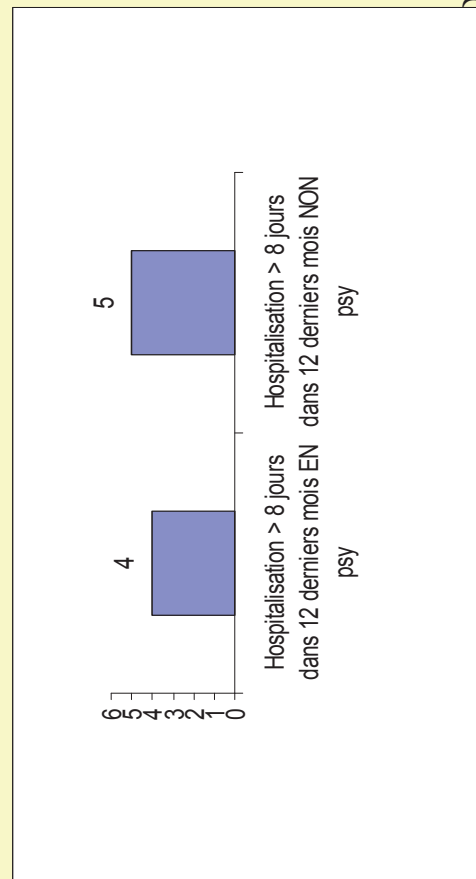
Près de la moitié des résidents ont une activité de loisirs extérieures, avec une part importante d'« autre »



## Suivi soins et hospitalisation dans les 12 derniers mois



Presque tous les accueillis ont un traitement, majoritairement psy



Un faible nombre d'hospitalisation, équilibré entre la santé mentale et générale

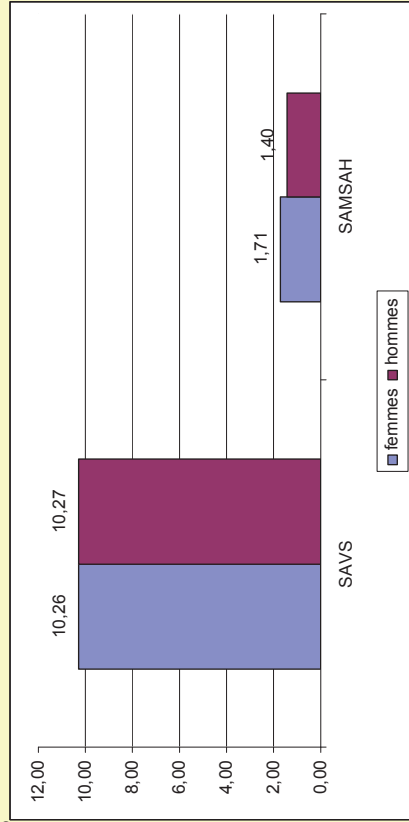
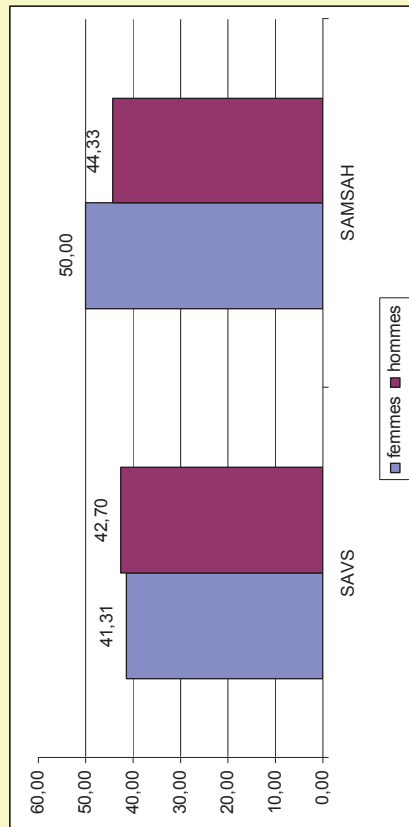
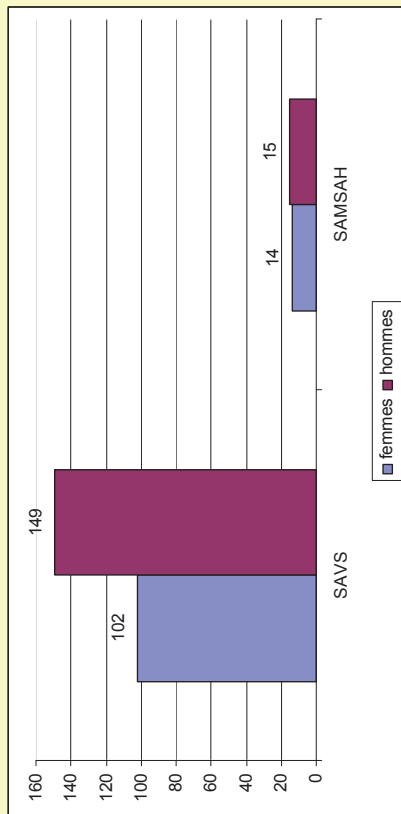
## Les personnes accompagnées en SAVS et SAMSAH

251 personnes (capacité 280) accompagnées par un SAVS, dont 149 hommes,

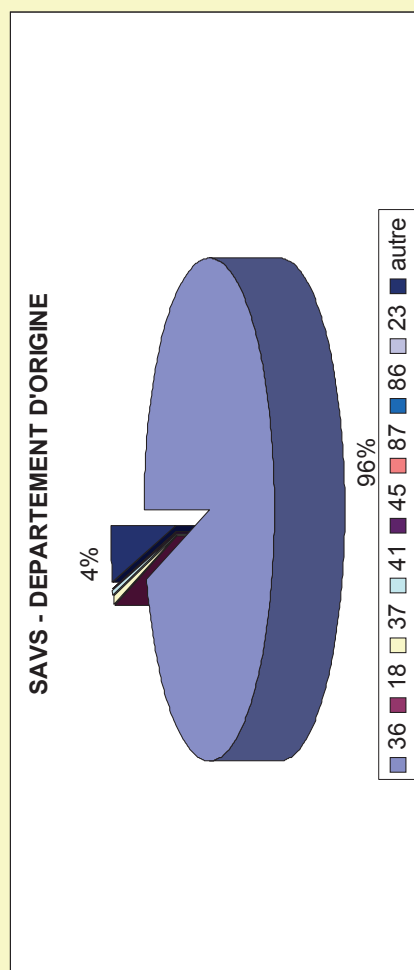
30 personnes (totalité de la capacité) accompagnées par un SAMSAH, autant d'hommes que de femmes

Un âge moyen autour de 42 ans en SAVS, un peu supérieur pour les hommes, une ancienneté de plus de 10 ans

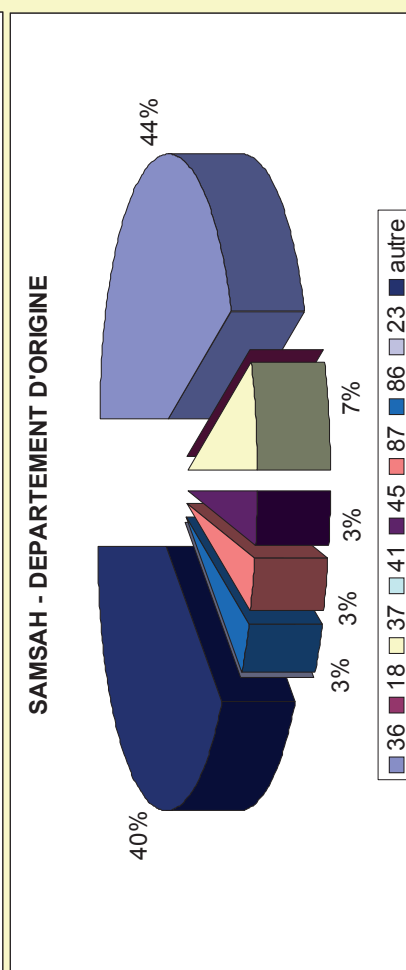
Un âge moyen supérieur en SAMSAH, 50 ans pour les hommes, une ancienneté de moins de 2



## Département d'origine

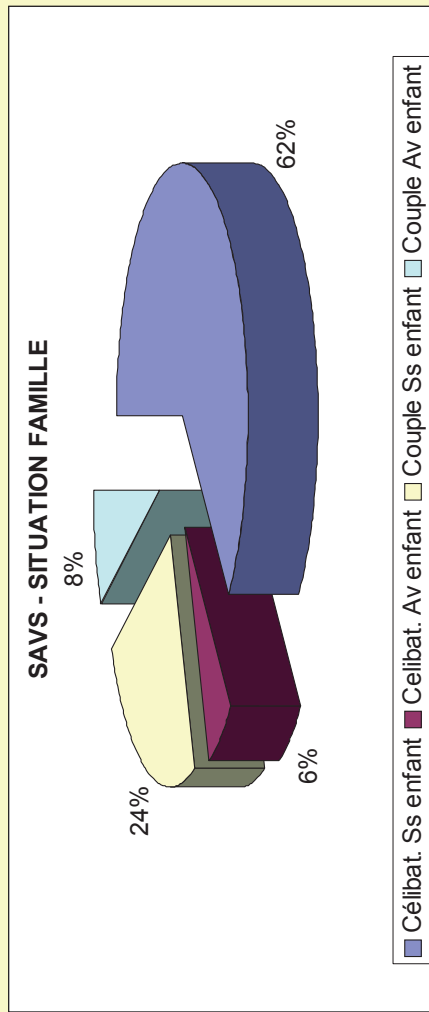


En SAVS, une quasi exclusivité des indriens

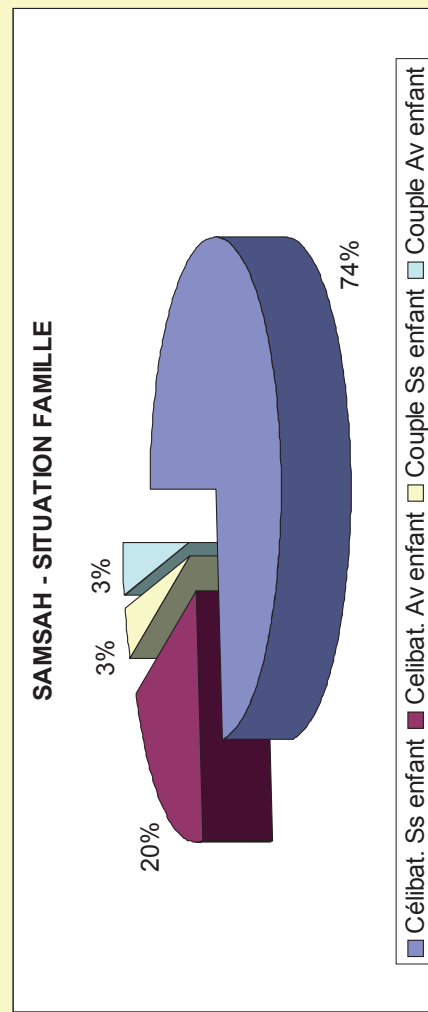


En SAMSAH, une difficulté d'analyse de la réponse « autre »

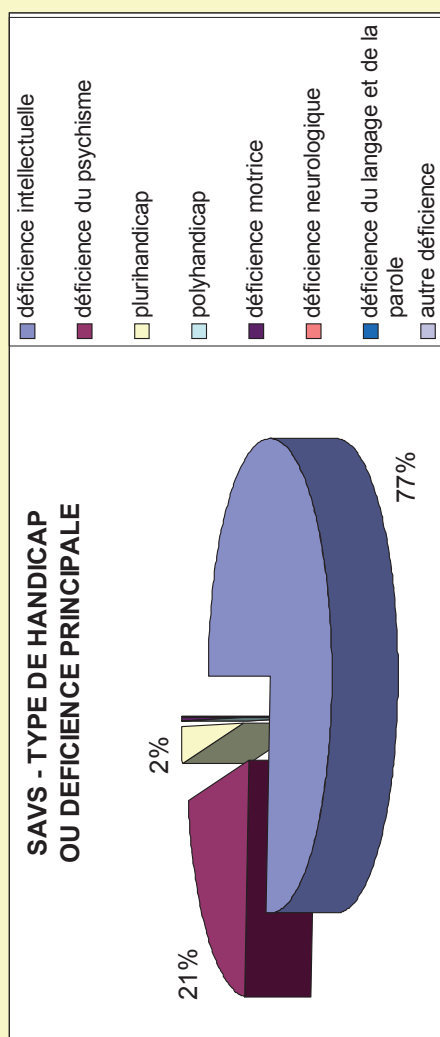
## Situation familiale



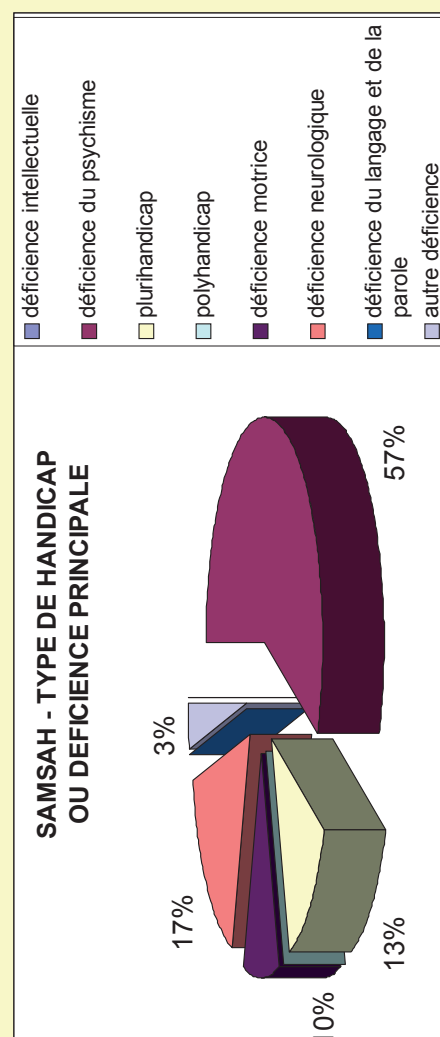
Une proportion de célibataires sans enfant majoritaire, mais moindre qu'en établissement  
32% de couples en SAVS  
20% de célibataire avec enfant en SAMSAH



## Type de handicap ou déficience principale

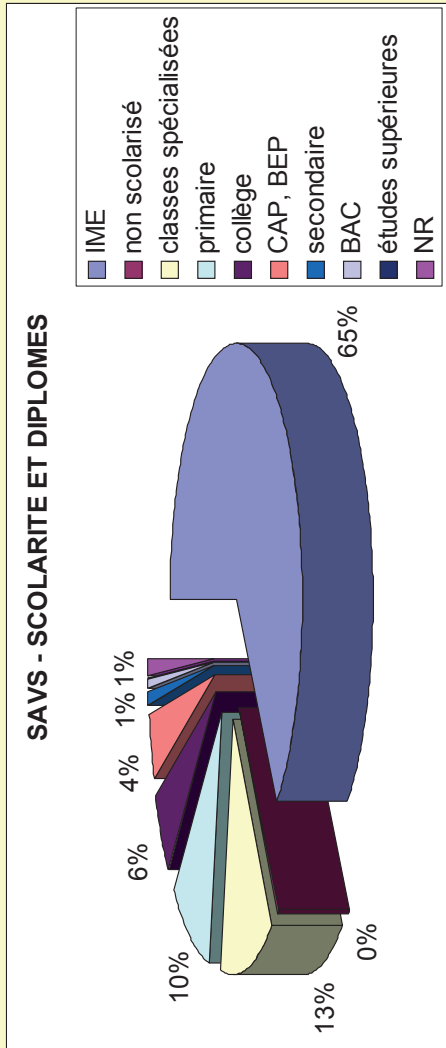


La déficience intellectuelle est le handicap de 77% des personnes accompagnées par les SAVS ; pour 21%, il s'agit d'une déficience psychique

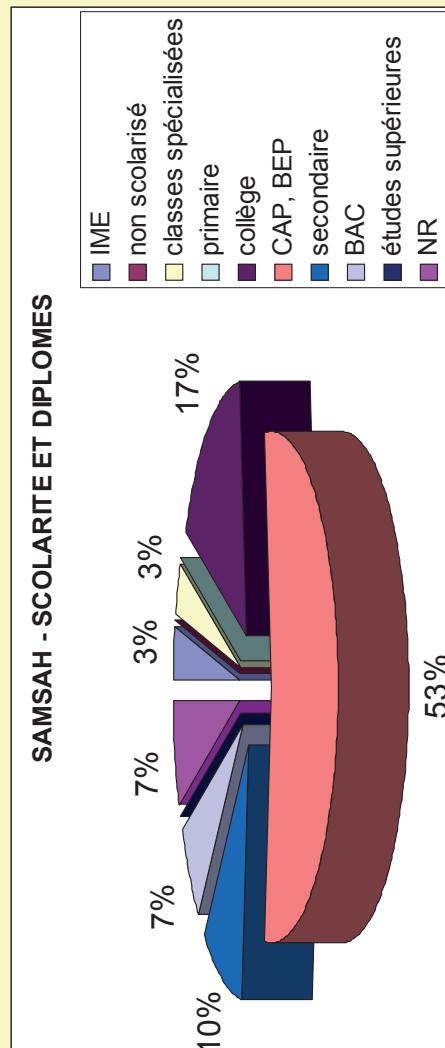


Pour les SAMSAH, la déficience psychique est majoritaire, puis les déficiences neurologique, motrice et les plurihandicap, conformément aux orientations des 2 SAMSAH

# scolarité et diplômes



Pour les SAVS, les deux tiers des personnes ont suivi un cursus IME

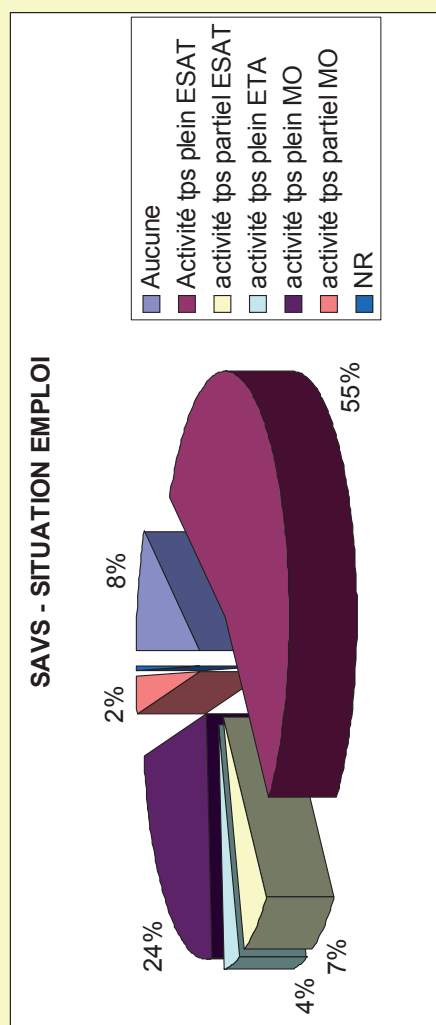


Pour les SAMSAH, le cursus très majoritaire est le cursus scolaire en milieu ordinaire, allant largement au-delà du primaire

Schéma du handicap – 7-05-2013- DPDS – CG36

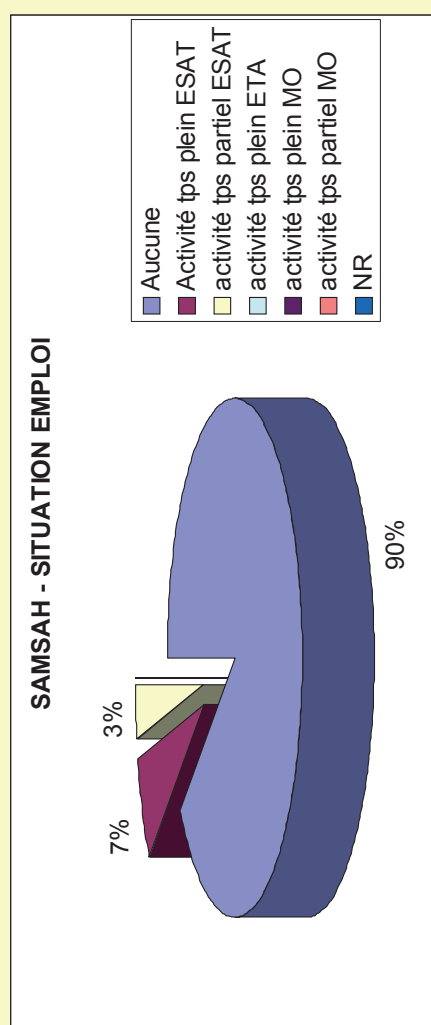


## Situation par rapport à l'emploi



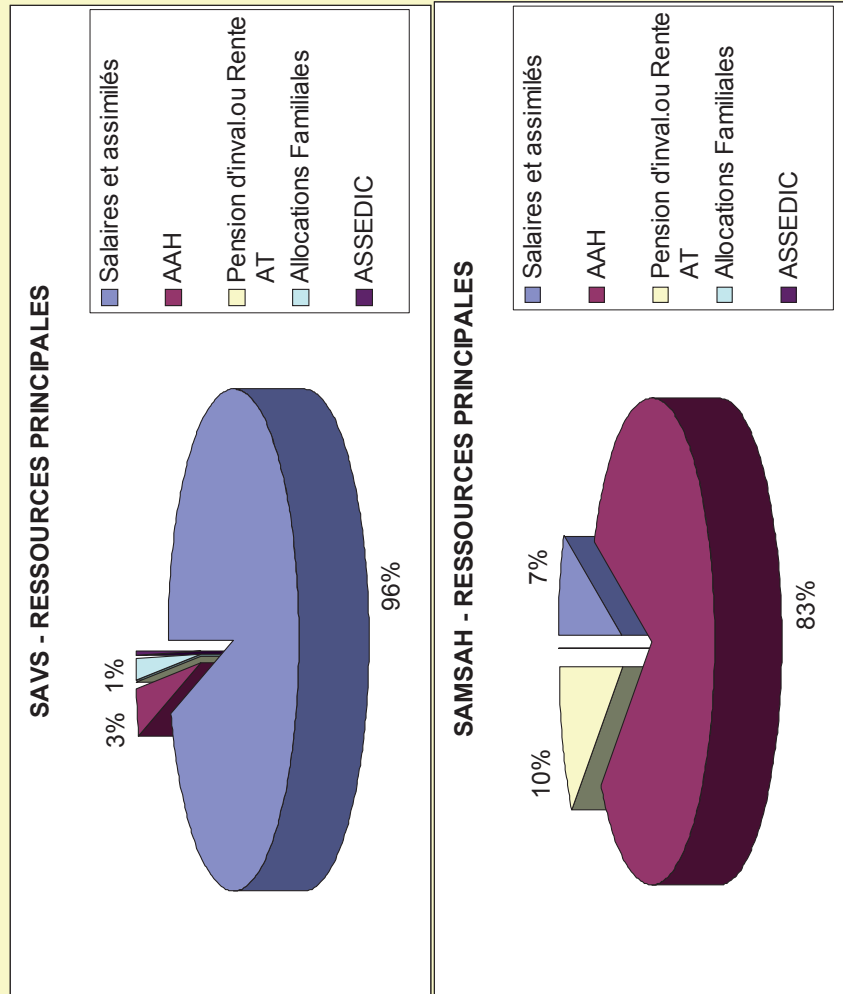
62% des personnes accompagnées en SAVS travaillent en ESAT, très majoritairement à temps plein

26% en milieu ordinaire hors ETA



La quasi-totalité des personnes accompagnées par le SAMSAH n'ont pas d'emploi

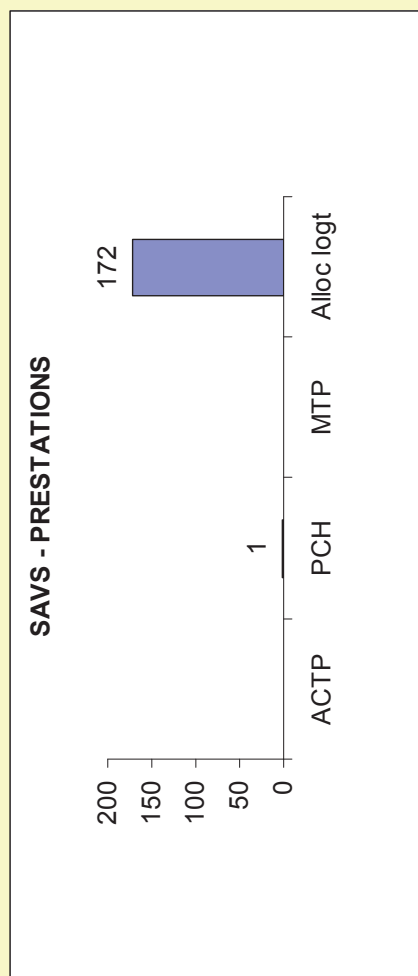
## Ressources principales



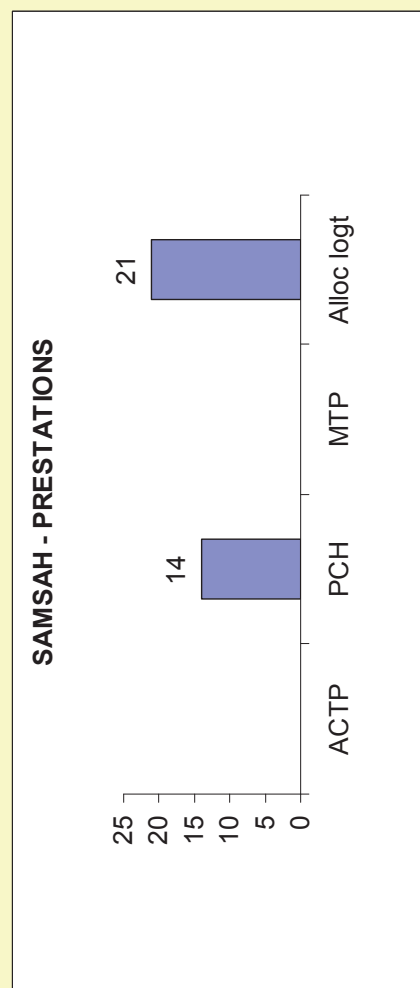
En SAVS les personnes ont des ressources liées au travail

En SAMSAH, les ressources sont les allocations

# Prestations



En SAVS, les personnes sont bénéficiaires de l'allocation logement, mais pas d'allocation de compensation pour les actes de la vie essentielle

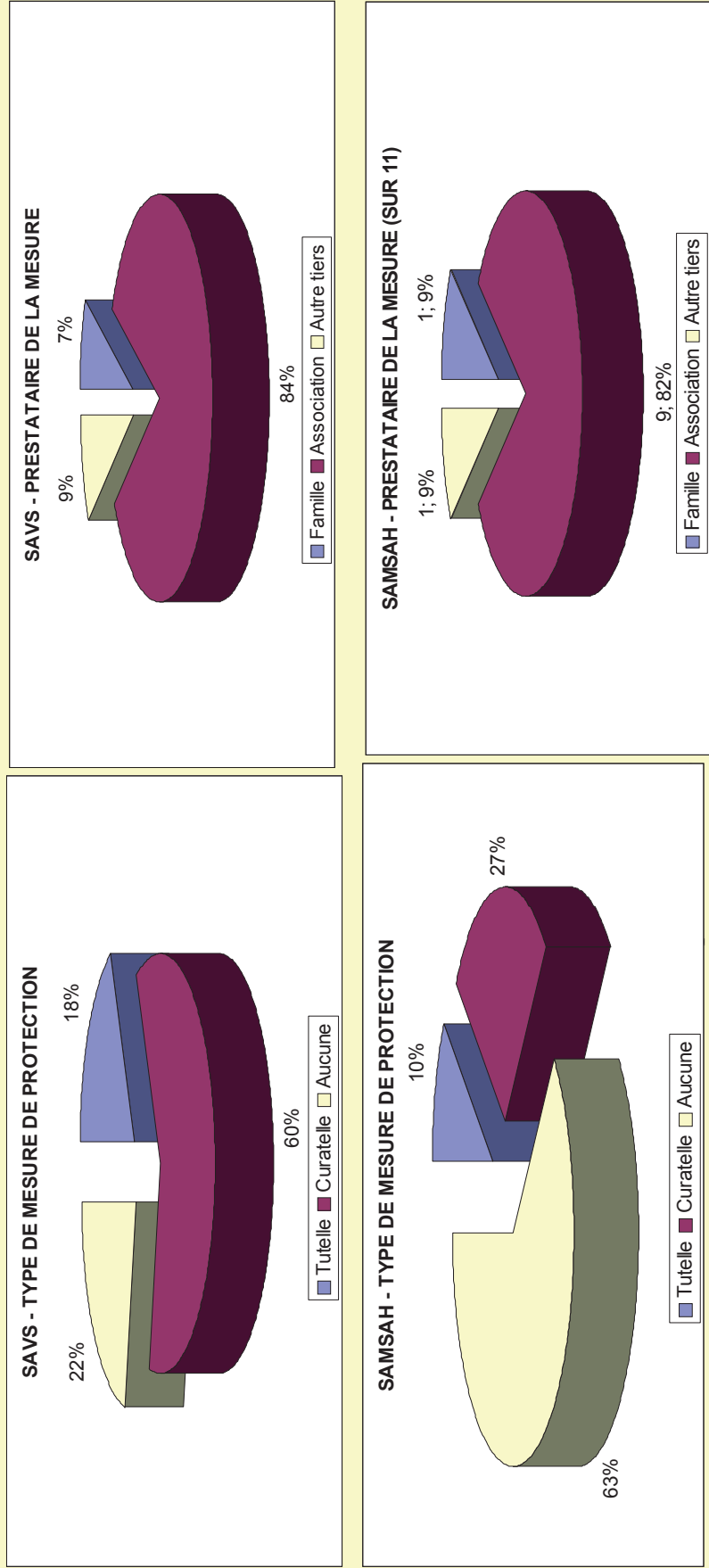


En SAMSAH, la moitié des personnes bénéficie de la PCH (SAMSAH personnes lourdement handicapées)

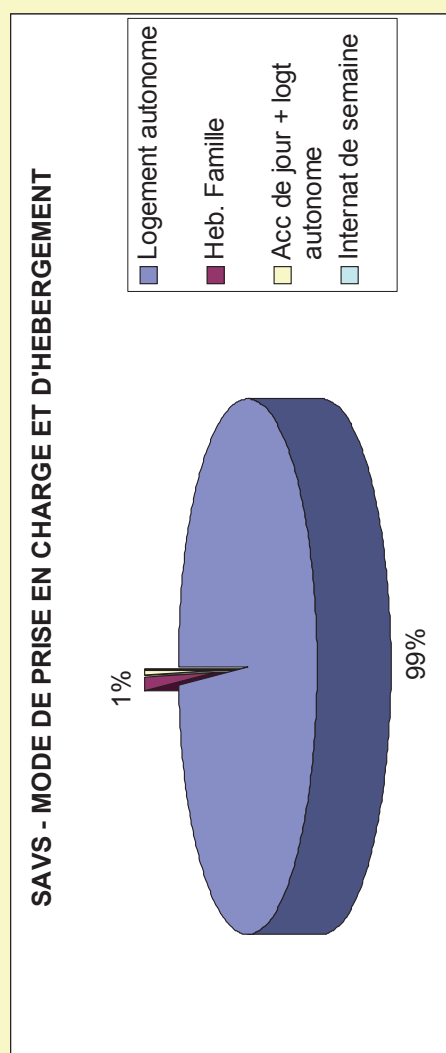
## Mesures de protection et prestataire de la mesure

En SAVS, près de 8 personnes sur 10 ont une mesure de protection, mais il s'agit majoritairement d'une mesure de curatelle, très largement exercée par les associations

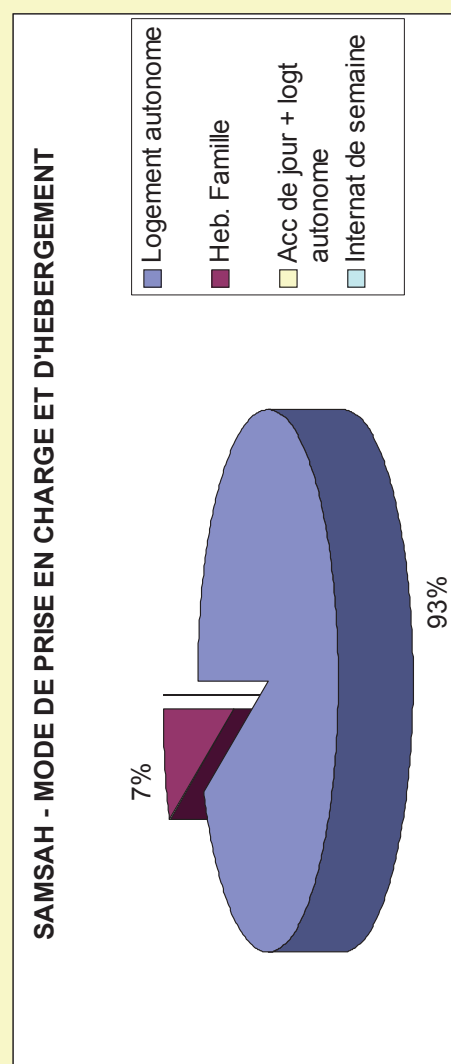
En SAMSAH, seulement 37% sont sous protection



## Mode d'hébergement

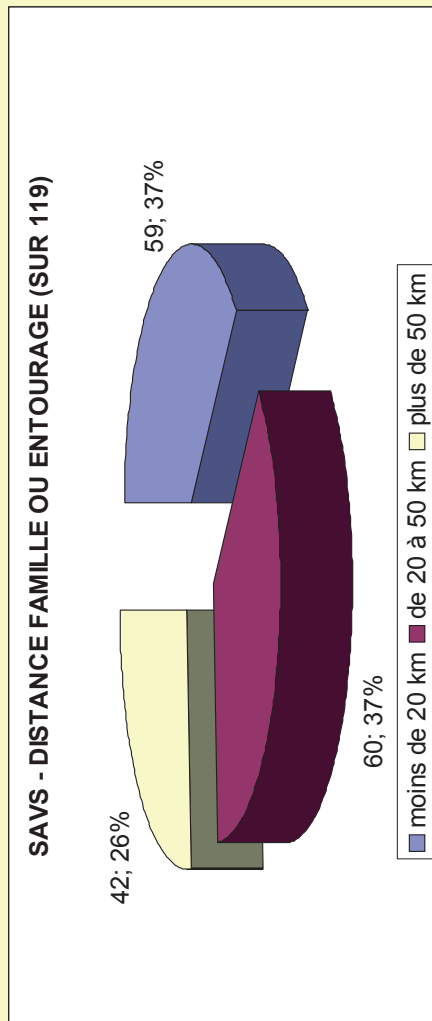


99% des personnes accompagnées en SAVS vivent en logement autonome

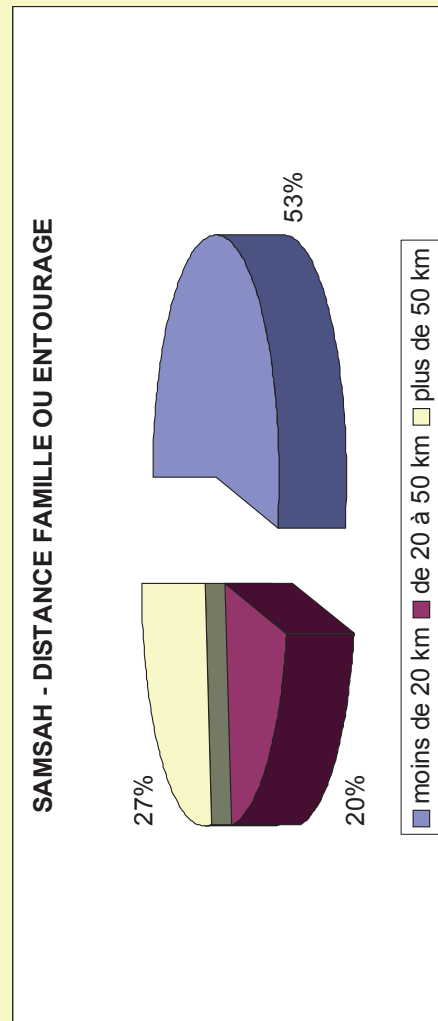


7% des personnes accompagnées par les SAMSAH sont hébergées par leur famille

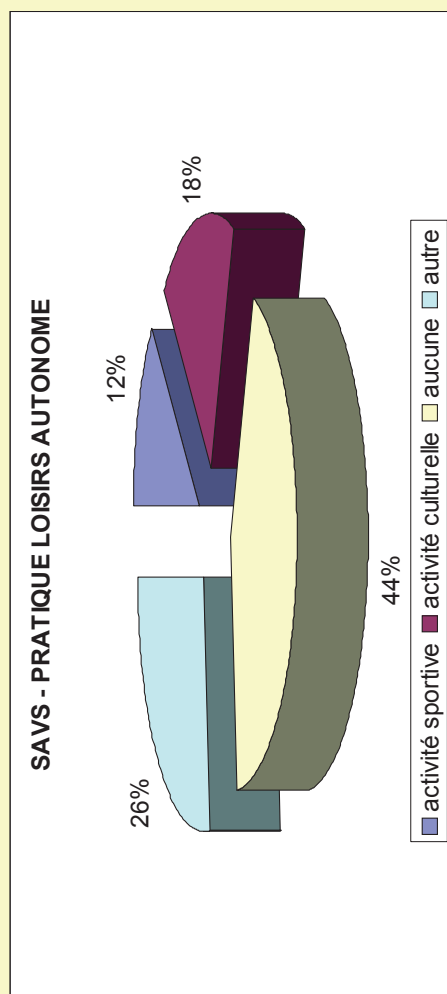
## Distance famille ou entourage



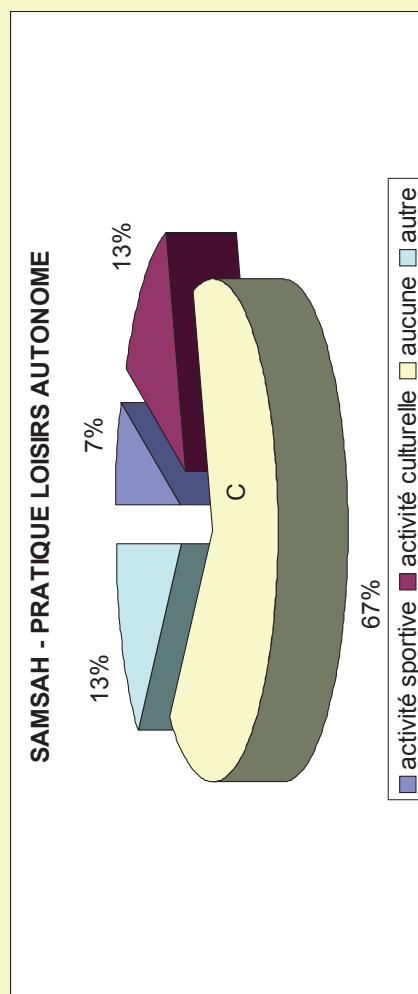
Pour les deux types de services, les  $\frac{3}{4}$  des personnes ont leur famille à moins de 50km, elle est cependant plus proche pour les SAMSAH



## Pratique loisirs autonome



Plus de la moitié des personnes accompagnées en SAVS pratiquent des loisirs en autonomie

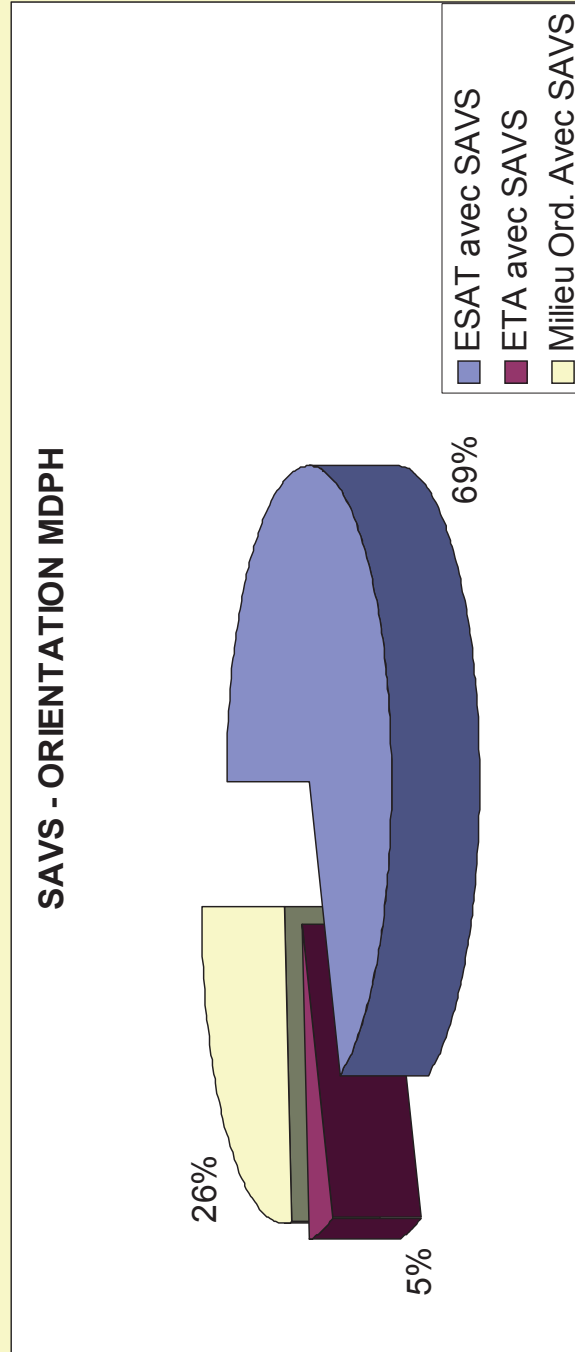


1/3 des personnes accompagnées en SAMSAH pratiquent des loisirs en autonomie

## Répartition par orientation MDPH

100% des personnes accompagnées ont une orientation conforme

Pour les SAVS, pour 69%, il s'agit d'une orientation avec ESAT, et pour 31% d'une orientation professionnelle en milieu ordinaire

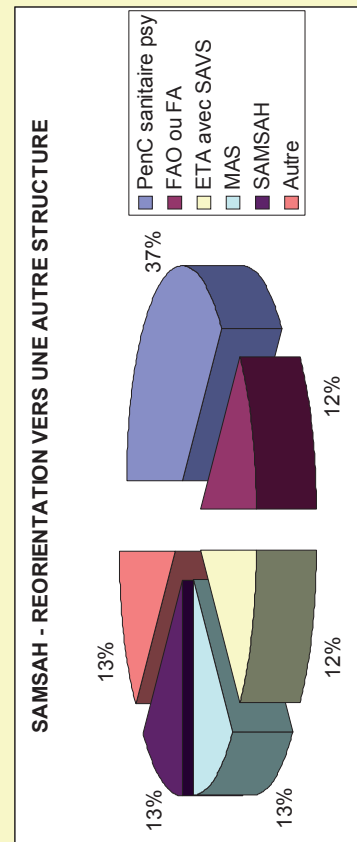
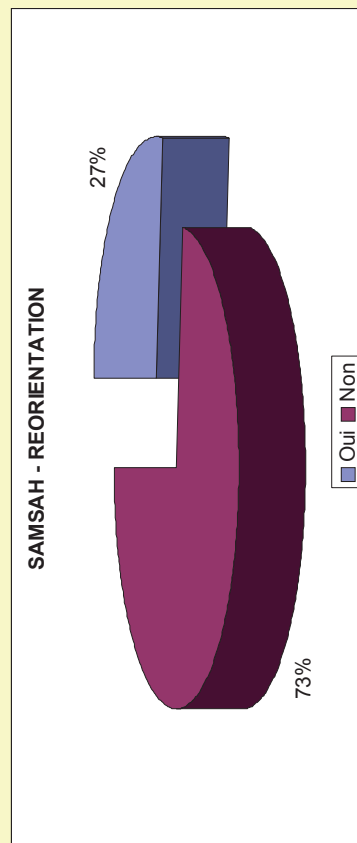
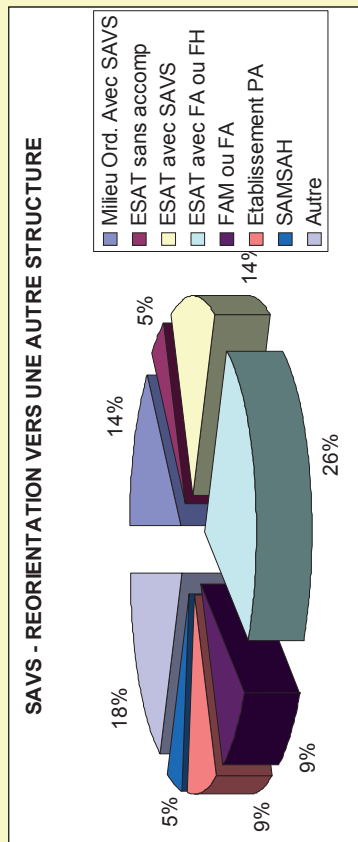
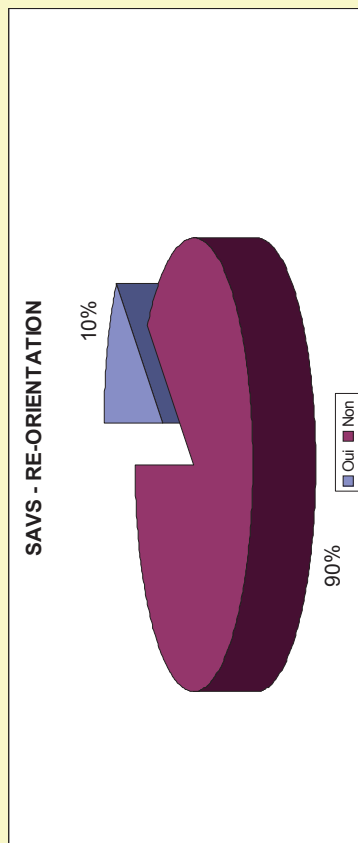




# Réorientation nécessaire .....vers quelle structure

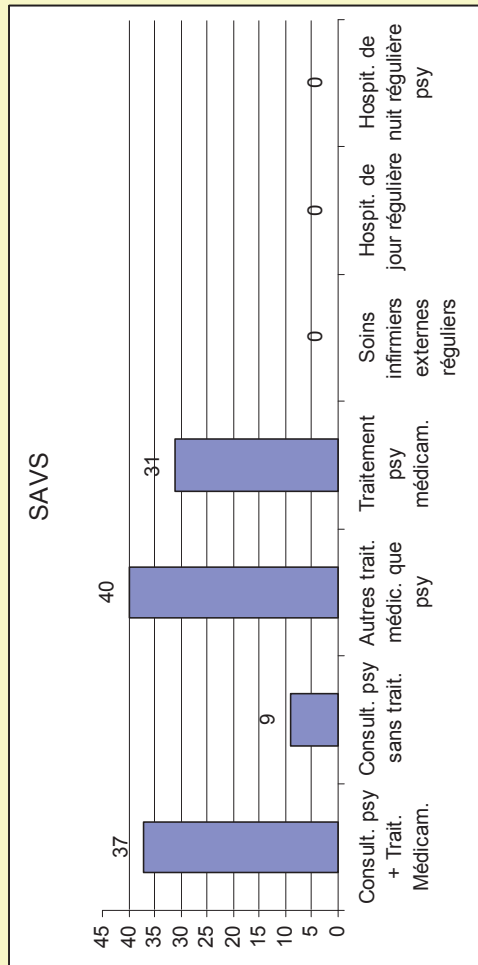
22 personnes suivies en SAVS nécessitent une réorientation, 44% vers un établissement (6 en FH ou FA); 18% autre

8 personnes suivies en SAMSAH nécessitent une réorientation, 3 vers une prise en charge sanitaire psy

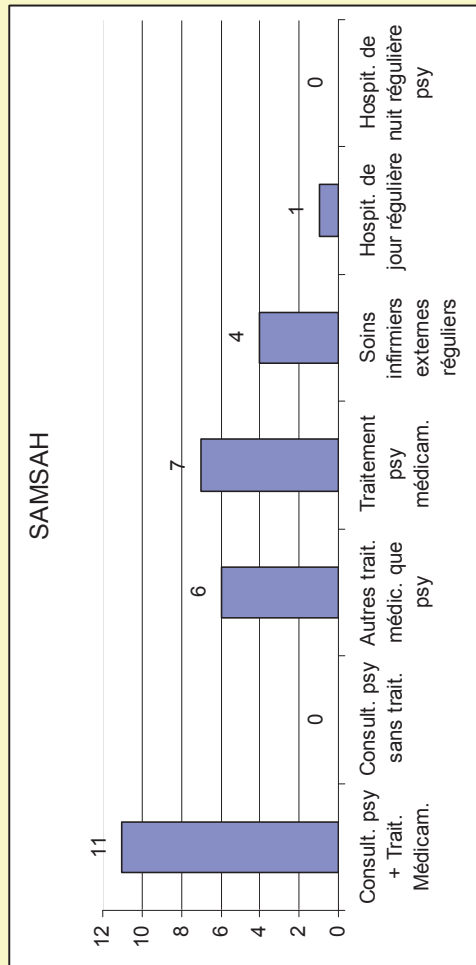


# Suivi soins

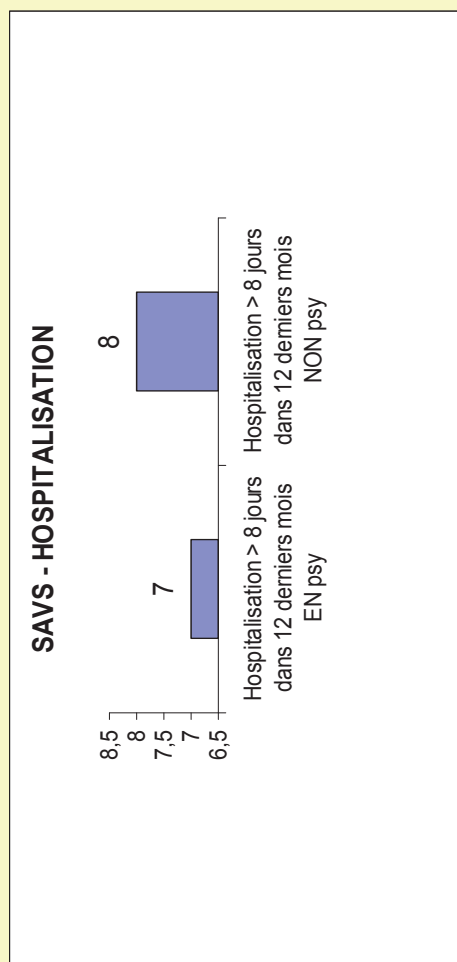
En SAVS, 68 personnes ont un traitement psy, et 40 un autre traitement médicamenteux (sur 117 réponses)



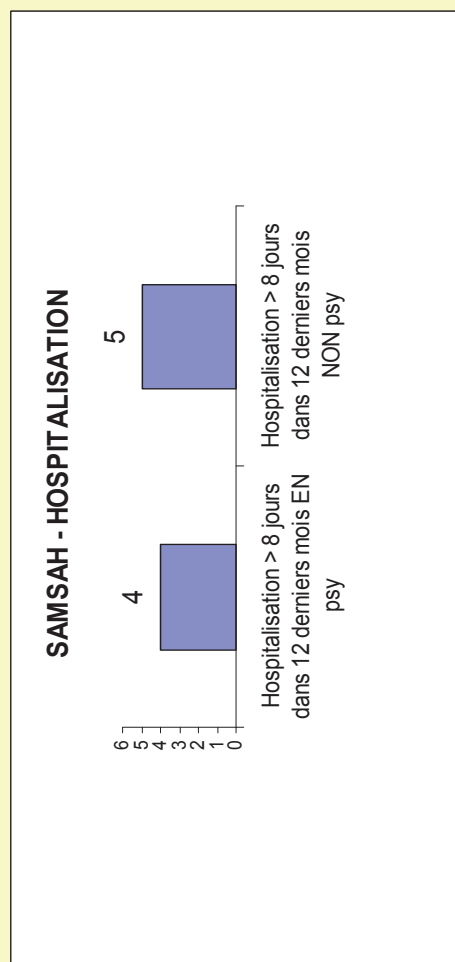
En SAMSAH, 18 personnes ont un traitement psy, 6 un autre traitement et des soins infirmiers réguliers



## Hospitalisation dans les 12 derniers mois



En SAVS, des hospitalisations tant psy que non psy, pour 15 personnes, soit 10% des personnes accompagnées



En SAMSAH, 9 personnes hospitalisées, tant en psy qu'en non psy, soit, 1/3 des personnes accompagnées

## Analyse des listes d'attente enquête MDPH

- Liste d'attente en FAM au 2 Mai
  - 29 personnes dont :
    - 13 personnes prioritaires en attente
    - 6 personnes non prioritaires en attente
    - 10 ne souhaitent pas aller en FAM
    - 3 places disponibles
- Liste d'attente FAO/FA au 2 Mai :
  - 69 personnes dont :
    - 24 personnes prioritaires en attente
    - 35 personnes non prioritaires en attente
    - 10 ont indiqué ne plus souhaiter aller en FAO (sur 49 réponses)
    - 8 places disponibles en FAO, 41 places en accueil familial

# Analyse des listes d'attente enquête MDPH

- Liste d'attente en FH/FA au 2 Mai
  - 54 personnes dont :
    - 19 personnes prioritaires en attente
    - 29 personnes non prioritaires en attente
    - 6 ont indiqué ne plus souhaiter aller en FH ou FA
    - 17 places disponibles en foyer et 41 en FA
- Liste d'attente MAS au 2 Mai :
  - 46 personnes dont :
    - 23 personnes prioritaires en attente
    - 16 personnes non prioritaires en attente
    - 7 ont indiqué ne plus souhaiter aller en MAS (sur 30 réponses)
    - 5 places disponibles

## Analyse des listes d'attente enquête MDPH

- Liste d'attente en ESAT au 2 Mai
  - 379 personnes dont :
    - 15 personnes prioritaires en attente
    - 117 personnes non prioritaires en attente
    - 247 ont indiqué ne pas souhaiter aller ESAT
  - 10,25 places disponibles

## Les dispositifs complémentaires d’articulation et de coordination

- La MDPH
- Le réseau départemental issu de l’ex PDITH  
autour de l’insertion professionnelle
- Le réseau de l’évaluation de l’aptitude au travail  
autour de la CRAM
- Le réseau lié à l’adaptation du logement autour du  
PIG
- Le réseau lié à l’insertion sociale et culturelle  
autour d’Handi-art et d’Handifférence

# Les groupes de travail

## Propositions :

- Evolution et adaptation des établissements
- L'accompagnement à domicile
- La coordination des soins

### Groupe 1

Le 13 mai 2013 à 9h  
 Le 3 juin 2013 à 9h  
 Le 24 juin 2013 à 9h

### Groupe 2

Le 21 mai 2013 à 9h  
 Le 10 juin 2013 à 9h  
 Le 2 juillet 2013 à 9h

### Groupe 3

Le 27 mai 2013 à 9h  
 Le 17 juin 2013 à 9h  
 Le 8 juillet 2013 à 9h



## IV-Liste des autres rencontres

- ▲ **14 Mai 2013 : Délégations de l'APF et de l'AMF reçues par M. BLONDEAU, Vice-Président du Conseil Général, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et son adjointe**
  
- ▲ **20 Juin 2013 : Délégation de l'APF reçue par Louis PINTON, Président du Conseil général, le Directeur Général des Services et le Directeur de la Prévention et du Développement Social**
  
- ▲ **14 Novembre 2013 : Délégation de l'APF reçue par M. BLONDEAU, Vice-Président du Conseil Général, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et son adjointe**
  
- ▲ **20 novembre 2013 : Commission de Coordination médico-sociale de l'ARS du Centre – Avis favorable à l'unanimité**
  
- ▲ **10 Janvier 2014 : Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées**



## V-Validation par les instances décisionnelles

- ▲ **PV de la commission de coordination ARS dans le domaine des « prises en charges et accompagnements médico-sociaux » du 20 novembre 2013**
- ▲ **PV du CDCPH de l'Indre du 10 janvier 2014**
- ▲ **Délibération de l'Assemblée départementale du 17 janvier 2014**



**Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale  
Département médico-social**

**COMMISSION de COORDINATION  
dans le domaine des  
« Prises en charge et accompagnements médico-sociaux »**

-----  
**RELEVÉ DE DECISIONS  
DE LA REUNION DU  
MERCREDI 20 NOVEMBRE 2013**

-----  
**SOMMAIRE**  
-----

**ORDRE DU JOUR**

- |   |   |
|---|---|
| I. Présentation du schéma départemental de 3 <sup>ème</sup> génération en faveur des personnes âgées du Conseil général d'Eure-et-Loir                | 4 |
| II. Présentation du schéma départemental de 3 <sup>ème</sup> génération (2014-2019) en faveur des personnes handicapées du Conseil général de l'Indre | 5 |
| III. Présentation du pré-projet de programme de médicalisation 2014 en EHPAD  | 5 |
| IV. Présentation des orientations nationales du plan autisme 2013-2016 et de la 1 <sup>ère</sup> version de l'état des lieux régional du plan autisme | 6 |
| V. Questions diverses   | 7 |



### Représentants des communes et groupements de communes

M. FERRE	Maire de Prunay-le-Gillon
M. GIGON	Maire de Champhol
M.FORTIER	Maire de Bléré
Mme BESNIER	Maire de Fay-aux Loges

### AVAIENT DONNÉ POUVOIR

M. FOURNIE	Vice-président du Conseil régional
M. MECHIN	Conseiller général du Cher
Mme GIBOTTEAU	Vice-présidente du Conseil général de Loir-et-Cher
M. OZIEL	Vice-président du Conseil général du Loiret

### ASSISTAIENT EGALEMENT A LA SEANCE :

M. VAN WASSENHOVE	Responsable du département de l'offre médico-sociale à l'ARS du Centre
Mme QUERAL	Responsable de l'Unité allocation de ressources – département de l'offre médico-sociale à l'ARS du Centre
M. BELLANGER	Cellule personnes handicapées de l'unité Planification programmation et autorisations - Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale à l'agence régionale de santé du Centre
M. HEICHETTE	Chargé de mission – CREAL Centre
M. REVARDEL	Secrétaire administratif – secrétaire des instances médico-sociales de l'ARS du centre et des commissions appel à projet
Mme SIROT	Secrétaire administrative – secrétaire des instances médico-sociales de l'ARS du centre et des commissions appel à projet

### INVITÉS

Mme de GOUVILLE	Directrice de la prévention et du développement social – Conseil général de l'Indre
M. BAILLY	Directeur des établissements et services médico-sociaux – Conseil général d'Eure-et-Loir

## **Introduction**

**M. OCHMANN**, Directeur de la direction de l'Offre sanitaire et médico-sociale, représentant le Directeur général de l'ARS, ouvre la séance et remercie les membres présents.

Il évoque les difficultés récurrentes à atteindre le quorum (11) lors des réunions de cette commission et indique qu'une réflexion sera engagée sur ce point pour adapter le règlement intérieur. Il présente ensuite l'ordre du jour de la séance (cf p1). Le quorum est atteint.

## **I – Présentation du schéma départemental de 3<sup>ème</sup> génération en faveur des personnes âgées du Conseil général d'Eure-et-Loir**

**M. BAILLY** présente le schéma.

*Les éléments présentés sont joints dans le diaporama annexé (PJ N°1)*

**M. OCHMANN** juge le schéma présenté pragmatique et note qu'il repose sur 3 priorités partagées par l'ARS :

- consolidation de l'existant avec amélioration du service rendu
- développement centré sur le maintien à domicile
- complémentarité et partenariats.

**M. ROUSSEL** ajoute que l'exercice de pleine citoyenneté de la personne âgée doit apparaître en filigrane. Il s'interroge par ailleurs sur la place de l'hébergement temporaire accordée dans le schéma présenté.

**M. BAILLY** répond qu'une action lui est consacrée (évoqué sous le terme « structure de répit »), toutefois il a été constaté que l'hébergement temporaire fonctionne peu au niveau du département.

**M. VAN WASSENHOVE** ajoute que dans ce cadre, une réflexion pourrait être menée sur la consolidation des accueils temporaires au niveau régional et sur chaque territoire de santé autour d'un projet d'établissement centré d'une manière spécifique sur ce type d'accueil et avec un minimum de places dédiées; sur le principe de ce qui a été fait pour les accueils de jour.

**Mme RETHORE** indique qu'une amélioration de l'identification des besoins serait souhaitable.

**M. ROUSSEL** demande si la spécificité des personnes handicapées vieillissantes est une problématique qui a été prise en compte.

**M. BAILLY** répond qu'un foyer d'accueil médicalisé leur est dédié dans le département et qu'un premier guichet d'accueil commun personnes âgées-personnes handicapées sera bientôt mis en place au niveau du Conseil général.

**M. BISMUTH-KIMPE** revient sur l'intérêt des « espaces info seniors », qu'il considère comme un véritable outil de structuration des politiques communes dans un cadre partenarial. Il alerte sur le risque de glissement des établissements sur un autre type de public que celui visé à l'origine.

**M. OCHMANN** conclue sur la volonté de faciliter le lien entre domaines sanitaire et médico-social, notamment via une transmission de données pertinente et complète.

**Le schéma reçoit un avis favorable à l'unanimité des membres de la commission.**



## **II - Présentation du schéma départemental de 3<sup>ème</sup> génération (2014-2019) en faveur des personnes handicapées du Conseil général de l'Indre**

**Mme de GOUVILLE** présente le schéma.

*Les éléments présentés sont joints dans le diaporama annexé (PJ N°2)*

**M. BURGAUD** aborde la question du déplacement pour l'accès aux soins, notamment pour les personnes handicapées moteurs.

**Mme de GOUVILLE** répond que la solution des taxis adaptés représente un coût pour les personnes handicapées et que des réflexions sont en cours au niveau des transports interurbains : l'accessibilité existe mais il subsiste des problèmes de fréquence.

**M. ROUSSEL** rappelle les conditions sanitaires d'une partie du public, au sein duquel le surpoids et l'obésité se situent au dessus de la moyenne nationale, ce qui nécessite la pratique d'une activité physique régulière. Il évoque alors l'idée de thérapie non médicamenteuse et précise qu'il existe un plan d'accompagnement de la pratique sportive au niveau de la DRJSCS.

**Mme LAPLANCHE** demande si le département de l'Indre compte des travailleurs handicapés vieillissants en ESAT, et ce qui est prévu dans cette éventualité au niveau de la sortie de l'hébergement.

**Mme de GOUVILLE** répond que la question est traitée dans le cadre de l'évaluation du projet de vie individuel, le but étant d'anticiper sur l'évolution du parcours de la personne afin de la réorienter vers la structure la plus adaptée à sa situation.

**Mme LAPLANCHE** interroge sur le travail mené par le Conseil général par rapport aux maisons-relais.

**Mme de GOUVILLE** indique qu'un projet de maison-relais dans le département est en attente faute de crédits.

**Mme LAPLANCHE** considère qu'une réflexion sur l'articulation de l'ensemble des dispositifs existants devrait être menée.

Sur la possibilité évoquée de développement d'un SAMSAH, **M. VAN WASSENHOVE** demande s'il est destiné à accueillir des personnes souffrant uniquement d'un polyhandicap.

**Mme de GOUVILLE** répond que le projet identifié sur le département ne devrait pas spécifier précisément le type de public accueilli et pourrait prendre en charge également des autistes.

**Le schéma reçoit un avis favorable à l'unanimité des membres de la commission.**

## **III - Présentation du pré-projet de programme de médicalisation 2014 en EHPAD**

**Mme QUERAL** présente les éléments relatifs à ce point.

*Les éléments présentés sont joints dans le diaporama annexé (PJ N°3).*

Suite aux questions de **M. BISMUTH-KIMPE**, **Mme QUERAL** précise qu'il s'agit d'une liste d'établissements potentiels prioritaires mais que les prévisions budgétaires indiquent qu'il serait possible de couvrir l'ensemble des EHPAD.



**M. VAN WASSENHOVE** ajoute que le retard pris par rapport aux conventions tripartites va ainsi être rattrapé en région, avec des moyens financiers concrets accordés aux établissements d'ici la fin de l'année 2014.

#### **IV - Présentation des orientations nationales du plan autisme 2013-2016 et de la 1<sup>ère</sup> version de l'état des lieux régional du plan autisme**

**M. VAN WASSENHOVE** présente le point relatif aux orientations nationales du plan autisme 2013-2016.

*Les éléments présentés sont joints dans le diaporama annexé (PJ N°4A).*

**M. BELLANGER** et **M. HEICHETTE** présentent le plan d'action régional pour l'autisme.

*Les éléments présentés sont joints dans le diaporama annexé (PJ N°4B)*

**Mme LAPLANCHE** demande si les structures rendent compte du type de public installé sur les places spécifiques labellisées pour personnes autistes.

**M. VAN WASSENHOVE** indique que ces remontées s'effectuent via les MDPH mais que la demande étant supérieure à l'offre, il existe davantage de cas de personnes autistes installées sur des places non labellisées que l'inverse.

**Mme LAPLANCHE** demande ce qui explique les disparités entre départements au niveau des taux d'équipements dans le domaine de la prise en charge de l'autisme.

**M. BELLANGER** répond que l'historique et l'intérêt divers des départements pour le sujet expliquent ces différences.

**Mme LAPLANCHE** interroge sur l'attribution de 6 places d'IME au département du Loir-et-Cher, considérant que le taux d'équipement y semble déjà relativement satisfaisant.

**M. VAN WASSENHOVE** explique que le taux d'équipement n'est pas le seul critère et qu'il convient de prendre en compte également les besoins exprimés sur chaque territoire de santé et l'offre globale existante pour la prise en charge des jeunes handicapés.

Les moyens complémentaires issus de ce plan national viendront compléter ce qui est déjà prévu en financement dans le cadre du PRIAC 2012-2016 qui sera actualisé en 2014.

Il conclue en indiquant que la version de l'état des lieux présentée est en cours de consolidation et invite les membres à faire parvenir les données complémentaires qu'ils souhaiteraient voir ajouter au document.

Il indique que l'ARS envisage de constituer 4 groupes de travail (diagnostic, « accompagner tout au long de la vie », famille, formation), pour lesquels un appel à candidature est lancé auprès des membres. Les groupes de travail doivent se réunir sur els mois de décembre 2013 et janvier 2014. Ils ont pour objectif de définir des actions spécifiques, actualisées en fonction des orientations nationales et complémentaires par rapport au SROMS, L'échéance est fixée à la fin du mois de janvier 2014. Les actions retenues seront présentées pour avis à la prochaine séance de cette instance.

## V - Questions diverses

La date de la prochaine réunion de la commission de coordination est fixée au 05/02/2014

**Monsieur le Président de la commission** remercie tous les membres pour leur participation.

L'ordre du jour étant épuisé, la réunion est levée à 12H20.

Le Président de la commission,



André OCHMANN



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Préfecture de l'Indre**

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA COHESION SOCIALE  
ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS DE L'INDRE

Sous-direction Cohésion Sociale  
Service Inclusion Sociale

Affaire suivie par : Jean RIBEREAU – [ddcspp-ihl@indre.gouv.fr](mailto:ddcspp-ihl@indre.gouv.fr)

Tél : 02.54.53.82.25

Référence : CDCPH\_CR\_10-01-2014.odt

## **C.D.C.P.H.**

### **Conseil départemental consultatif des personnes handicapées**

#### **Réunion du 10 janvier 2014 – compte-rendu**

##### Personnes présentes :

- Mme DESCHANSIAUD Bernadette, syndicat CFDT
- Mr PRUVOST André, représentant l'association RETINA France
- Mme FY Marie, membre du conseil départemental de l'APF
- Mr SIMON Christian, maire de Préaux
- Mr RAVAT Noël, Inspection de l'Education Nationale
- Mr BATIFORT Jean-Paul, Président MAS Lureuil
- Mr VINATIER Patrick, syndicat FO
- Mme BADIA Nathalie, syndicat CGT
- Mr GUILLAUME Dominique, syndicat CGT
- Mme RUDEAUX Pascale, UT36 DIRECCTE
- Mme COHEN Joëlle, DDCSPP 36
- Mme DUFOUR Anne, directrice DDCSPP 36
- Mr BLONDEAU Michel, Conseiller Général de Châteauroux Est
- Mme CHORIN Aurélie, directrice adjointe de la MDPH
- Mr SIMOULIN Jean-Luc, Président de l'association Aurore
- Mr MIGNOT Hervé, médecin responsable de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs
- Mme BLANC Chantal, Directrice de l'association Moissons Nouvelles
- Mme LAMBERT Eliane, Fédération Familles Rurales
- Mme GOURON Simone, association des pupilles de l'enseignement public de l'Indre
- Mme GUIBOURET Maryline, Directrice du pôle médico-social de l'AIDAPHI
- Mr HARTMANN Marcel, URIOPSS Centre
- Mr VIGNAUD Jean-louis, représentant de l'association Atout Brenne
- Mme GUY Marie-Hélène, DDCSPP- 36 – service sport vie associative et politique de la ville
- Mme DE GOUVILLE Françoise, Directeur de la DPDS

##### Personnes absentes ou excusées :

- Mr BIET, MSA Berry-Touraine

## 1. Rappel de l'ordre du jour :

- Renouvellement de la commission ;
- Présentation du schéma départemental du handicap ;
- Présentation du plan autisme ;
- Présentation de la situation du département dans le domaine du sport au regard du handicap ;
- Questions diverses.

## 2. Introduction:

La question du handicap est majeure dans notre département, puisque plus de 17 000 personnes sont recensées à la MDPH. De plus, la population vieillissante impose un besoin grandissant d'équipements et de services. En relation avec ce besoin, nous avons dans l'Indre, de nombreuses associations et services qui génèrent une réflexion constante sur les besoins et les éléments de réponse. Le CDCPH est l'une de ces instances.

Au niveau national, ce sujet est à l'ordre des priorités, au regard du comité interministériel du handicap, du 25 septembre 2013, présidé par le 1<sup>er</sup> ministre et sa ministre déléguée, Marie-Arlette CARLOTTI. La ligne du gouvernement est claire : porter l'ambition d'une société inclusive. Cela passe notamment par la pérennisation des 28 000 auxiliaires de vie scolaire, les AVS, ainsi que la création d'un diplôme d'accompagnement professionnalisé.

La feuille de route issue de ce premier comité interministériel du handicap porte sur quatre axes : la jeunesse, l'emploi, l'accessibilité et l'accompagnement.

**Les jeunes :** le 1<sup>er</sup> ministre a souhaité que soit ouvert un nouveau droit à la formation destiné aux parents afin qu'ils puissent appréhender le handicap de leur enfant et rester acteur de leur projet éducatif. Les frais de transports seront pris en charge pour les enfants se rendant en centre d'action médico-social précoce ou en centre médico-psycho-pédagogique.

**L'emploi :** plusieurs actions sont lancées : une mission parlementaire sur l'accompagnement professionnel des personnes handicapées, une meilleure valorisation des contrats de sous-traitances passés avec des travailleurs handicapés indépendants, le développement des échanges entre établissements et services d'aide par le travail, les ESAT et les entreprises adaptées.

**L'accessibilité :** l'objectif reste et demeure la mise en accessibilité de l'ensemble de la société : bâtiments publics, logements, transport, établissements scolaires, commerces, lieux de loisir et de culture... A titre d'exemple, la démonstration réussie à la gare de Châteauroux présentée au dernier comité interministériel.

**L'accompagnement :** le 1<sup>er</sup> ministre a mentionné la dématérialisation des formalités dans les maisons départementales de personnes handicapées (MDPH), la simplification de l'attribution des cartes de stationnement, l'expérimentation de nouvelles modalités de tarification pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

La réunion du CDCPH aujourd'hui témoigne de la volonté des acteurs départementaux d'aller dans le sens d'une amélioration des fonctionnements au regard des thématiques citées. Pour cela, il se réunit régulièrement depuis 2012, afin de remplir sa mission.

## 3. Renouvellement de la commission:

Plusieurs membres ont quitté le département ou ne sont plus en poste, ce qui nécessite de refaire l'arrêté de composition du conseil. Après une présentation des modifications, il sera soumis à la signature du président du Conseil général et du préfet dès la semaine suivante.

## 4. Présentation du schéma départemental du handicap par Mme DE GOUVILLE: (annexe 1)

Les échanges :

Le docteur MIGNOT questionne sur la fin de vie des personnes handicapées en établissement ou au domicile et précise que les personnels des établissements sont souvent démunis. Selon lui, le sujet mérite une table ronde, sur le lieu de vie, en fin de vie et sur l'adaptation de l'accompagnement. Le travail des personnels est difficile pour accompagner les résidents, on meurt trop dans les urgences alors qu'il est préférable de mourir dans un établissement ou au domicile.



Monsieur BATIFORT confirme qu'il faut effectivement aider les personnels dans leurs réflexions, face à leurs difficultés notamment psychologiques. Il faut également une prise de conscience politique sur la dépendance, en général.

Concernant l'accueil familial, Mr GUILLAUME (CGT) souhaiterait que les ambitions correspondent aux attentes des accueillants, il a la sensation d'un décalage avec le vécu des accueillants sur leur métier, leur formation, les limites de leurs interventions et de la réciprocité sur la reconnaissance de leur professionnalisme.

Mme DE GOUVILLE explique que les accueillants sont systématiquement accompagnés par un service spécifique. Il est proposé que ce dispositif soit présenté au prochain conseil portant sur :

- les textes réglementaires ;
- le fonctionnement général du dispositif ;
- le dispositif d'accompagnement ;
- les limites d'interventions ;
- les rémunérations.

Le CDCPH émet un avis favorable sur le schéma départemental du handicap du Conseil Général de l'Indre.

#### **5. Présentation du plan autisme (annexe 2)**

Mr HARTMANN précise qu'il vaut mieux privilégier plusieurs méthodes d'approche pour traiter l'autisme et conserver la place des parents.

Monsieur GUILLAUME est en attente des déclinaisons sur le département. Il est prévu qu'un état des lieux soit fait dans un an.

Mme DE GOUVILLE souligne le manque de coordination entre les différents plans existants : travail sur le plan régional de santé, plans de territoire. Il manque du lien avec les plans nationaux et il est important de disposer d'une réflexion commune. Ce sont les besoins de terrain qui devraient remonter et non l'inverse.

Monsieur RAVAT annonce l'ouverture de 100 postes supplémentaires pour la création de 700 places en maternelles, quand bien même, depuis 2005, les enfants atteints d'autisme sont pratiquement tous accueillis à l'école. La réponse scolaire existe déjà, mais il faut améliorer les conditions d'accueil, en lien avec les services de soins et les partenaires de santé. Tous les enfants ont leur place à l'école.

Le terme d'autisme est trop souvent utilisé de façon générique.

#### **6 Présentation de l'état des lieux 2013 du sport et du handicap dans l'Indre (annexe jointe au dossier remis en séance)**

Mme GUY constate qu'il n'y pas beaucoup de demande d'aide auprès du centre national du développement du sport (CNDS) par les associations sportives agréées. Le budget régional peut permettre l'achat de matériel spécifique et le budget départemental peut être sollicité pour des projets d'action.

Le docteur MIGNOT demande si des projets de sport de montagne ne pourraient pas être plus nombreux, puisqu'il y a la structure « FILLINGES ». Mme GUY indique qu'un projet a été déposé par le club alpin français en 2013. Il est à voir si des demandes d'aide, pour l'achat d'équipement spécifique audio, pourraient être possible, sachant que le volet équipement du CNDS est en cours de restructuration.

M. PRUVOST fait remarquer que l'accès au site internet du CREPS de Bourges est peu accessible aux mal voyants. Mme GUY fait savoir que le site « handiguide » est accessible à ce type de handicap. Mr PRUVOST fait remarquer les difficultés de localisation des appareils dans les salles aménagées.

M. GUILLAUME (CGT) souhaite savoir quel sont les objectifs à venir pour 2014. Mme GUY signale que les associations sont encouragées à faire des demandes, tous les ans. La question est de savoir si les clubs sont en mesure de proposer des projets. Bien souvent, on constate que ce n'est pas tant l'équipement qui fait défaut mais plutôt la problématique du transport qui pose réellement problème.

## 7 Questions diverses :

Question à M. RAVAT : quand on fait partie de l'EN et membre du CDCPH, a-t-on le droit à une autorisation d'absence pour se rendre au CDCPH ? Réponse : l'autorisation administrative n'est pas un droit et reste à l'appréciation de l'employeur.

Demande de l'ARS de nommer un représentant du CDCPH au groupe technique départemental de scolarisation : Mme GOURON (PEP) et M. HARTMANN (URIOPSS) se portent volontaires pour participer à cette instance. Mme GOURON ne peut être retenue, la PEP étant déjà représentée, M. HARTMANN est nommé pour représenter le CDCPH. Ce groupe de travail doit se réunir courant mars 2014.

Réponses aux questions de Mr PRUVOST (jointes en annexe 3):

Mme DE GOUVILLE préconise, pour les questions 1 et 2, d'orienter Mr PRUVOST vers les services de la communication du Conseil Général.

Pour les questions 3 et 4, Mme GUY a apporté, dans son intervention, des éléments de réponse. Les membres de la commission permanente estiment qu'il est préférable de permettre aux personnes handicapées d'être intégrées dans une association non spécialisée pour leur handicap.

La commission permanente oriente Mr PRUVOST, aux services compétents, le « bibliobus » peut faire partie de l'offre.

Pour la question 8, l'APF propose des activités de ce type. Il est souhaitable de pouvoir y intégrer les personnes âgées et les personnes en précarité. Regarder comment les associer, peut-être sur le principe des « pass visa » de la Région ? IL s'agit également de bien mobiliser les aides de droit commun.

Prochain conseil du comité départemental des personnes handicapées au mois de juin 2014.

L'ordre du jour de la prochaine réunion sera le suivant :

- Fonctionnement du dispositif d'accueil familial pour les personnes handicapées.
- Bilan 2013 de fonctionnement de la MDPH.
- Situation au regard de l'emploi pour les personnes handicapées dans l'Indre (DIRECCTE).
- Etat des lieux de la scolarisation des enfants handicapés dans l'Indre (DSDEN).

La directrice départementale

  
Anne DUFOR

# EXTRAIT des DELIBERATIONS du CONSEIL GENERAL

  
 Réunion du 17 janvier 2014  


Rapport n° CG / B 13

## SCHEMA DEPARTEMENTAL en faveur des PERSONNES HANDICAPEES 2014 - 2019

---

**M. BLONDEAU, Rapporteur. –**

Ce rapport nous propose d'adopter le Schéma Départemental en faveur des Personnes Handicapées 2014-2019, tel que présenté en fascicule séparé dématérialisé.

Issu d'une démarche locale d'échanges et de réflexion partagés, enrichie d'un travail prospectif, ce schéma établit un diagnostic, mettant en perspective points forts et points faibles, et fixe des orientations sous forme d'objectifs opérationnels retracés dans des fiches actions.

Il identifie trois axes forts, à savoir l'accompagnement des personnes et de leurs aidants dans l'expression et la satisfaction de leurs besoins, la poursuite de l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins et la facilitation de l'intégration des personnes handicapées dans la vie locale. Il est décliné en 26 fiches actions.

**M. LAUERIERE, Président de la Commission de l'Action Sociale et de la Solidarité. –**

Avis favorable de la COMMISSION de l'ACTION SOCIALE et de la SOLIDARITE, qui propose d'adopter la délibération qui nous est soumise.

**M. le PRESIDENT. - Pas d'objections sur ce dossier ?**

.....

Pas d'opposition ?

.....

Le CONSEIL GENERAL adopte donc à l'unanimité la délibération suivante :

**Délibération n° CG / B 13**

## SCHEMA DEPARTEMENTAL en faveur des PERSONNES HANDICAPEES 2014 - 2019

---

**Le CONSEIL GENERAL,**

Considérant que le quorum est atteint,

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles,

Considérant l'avis favorable de la Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et accompagnement médico-sociaux de l'Agence Régionale de Santé du Centre du 20 novembre 2013,

Considérant la présentation du projet de Schéma départemental en faveur des personnes handicapées aux membres du Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées du 10 janvier 2014,

**DECIDE :**

**Article unique.** – Le Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2014-2019, ci-annexé sous forme de fascicule séparé dématérialisé, est adopté.

DATE de TRANSMISSION  
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

21 JAN. 2014

AFFICHE le

21 JAN. 2014

POUR EXTRAIT CONFORME,  
LE PRESIDENT  
DU CONSEIL GENERAL,



*LOUIS PINTON*



## VI-GLOSSAIRE

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
AEEH	Allocation d'Éducation pour l'Enfant Handicapé
AGEFIPH	Association Gestion Fonds Insertion Professionnelle Handicapée
AMP	Aide Médico-Psychologique
APL	Allocation Personnalisée au Logement
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDCPH	Comité Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
DMP	Dossier Médical Personnel
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETA / EA	Entreprise de Travail Adapté
FA	Famille d'Accueil
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAO/FV	Foyer d'Activités Occupationnelles / Foyer de Vie
FH	Foyer d'Hébergement
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans le Fonction Publique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAD	Hospitalisation à Domicile
HLM	Hors Les Murs
IERM	Institution d'Éducation et de Rééducation Motrice
IME	Institut Médico-Educatif
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MATAHDI	Maison d'Accueil Temporaire pour Adultes Handicapées en Difficulté d'Insertion Sociale et Professionnelle
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
SAAF	Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial
SAISPAD	Service d'Aide à l'Insertion Sociale et Professionnelle d'Adultes en Difficultés
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAVD	Service d'Accompagnement à la Vie à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile



---

Schéma départemental  
en faveur des personnes handicapées  
2014 - 2019  
édition juin 2015

---