



Schéma départemental en faveur des adultes en situation de handicap

2007-2012



Le schéma départemental a reçu un avis favorable du CROSMS le 15 juin 2007

Un avis favorable de la Commission Enfance-Gérontologie-Handicap le 27 juin 2007

Il a été adopté par délibération de l'Assemblée Départementale n°2007-055 dans sa séance du 22 octobre 2007 et publiée le 9 novembre 2007

Sommaire

Le contexte d'élaboration du schéma départemental	3
----------------------------------------------------------	----------

Les orientations

1 Adopter une approche géographique pour organiser les réponses médico-sociales	15
1.1 PRIVILEGIER LA NOTION DE BASSINS DE VIE	17
1.2 DEVELOPPER LA COMPLEMENTARITE ENTRE LES STRUCTURES	19
2 Améliorer la qualité de la vie à domicile	22
2.1 DEVELOPPER L'OFFRE DE SERVICES ET L'AIDE A DOMICILE	23
2.2 AMELIORER L'ACCES AU LOGEMENT ET SON ADAPTATION	27
2.3 MIEUX COORDONNER LES ACTIONS	29
2.4 APPORTER UNE AIDE AUX AIDANTS	31
3 Diversifier et adapter l'offre, améliorer les conditions de socialisation des personnes handicapées	33
3.1 DIVERSIFIER ET ADAPTER LES MODES D'ACCUEIL	34
3.2 AMELIORER LA QUALITE DE VIE, FAVORISER LA SOCIALISATION ET LA PARTICIPATION A LA CITOYENNETE	36
4 Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés	38
4.1 FAVORISER LA MOBILITE, L'EVALUATION ET LA FORMATION DANS LE PARCOURS PROFESSIONNEL (NOTAMMENT POUR LES TRAVAILLEURS D'ESAT)	40
4.2 PROMOUVOIR LA NOTION DE PARCOURS ENTRE MILIEU ORDINAIRE ET MILIEU PROTEGE	44
4.3 REPONDRE AU BESOIN DE SOUTIEN DES TRAVAILLEURS HANDICAPES	47
4.4 ACCOMPAGNER LE PASSAGE D'ADOLESCENT A ADULTE DANS LE DOMAINE DE L'EMPLOI	49
5 Améliorer la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées	52
5.1 AMELIORER ET DEVELOPPER LES REPNSES SPECIFIQUES	53
5.2 FAVORISER LE LIEN AVEC LES AUTRES SERVICES SPECIALISES OU DE DROIT COMMUN	56
6 Améliorer l'accès aux soins pour les personnes handicapées	60
6.1 ASSOULIR LES MODALITES D'ACCES AU DISPOSITIF DE SOINS DE DROIT COMMUN EN PRIVILEGIANT LA PROXIMITE ET LES LIENS ENTRE SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL	60
6.2 PERMETTRE LA PRISE EN COMPTE PAR LES STRUCTURES D'ACCUEIL DE LA PROBLEMATIQUE SANTE DE CHAQUE PERSONNE	64
7 Adapter les réponses pour certaines situations de handicap	66
7.1 AMELIORER L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE HANDICAP PSYCHIQUE	66
7.2 AMELIORER LA PRISE EN COMPTE DES PERSONNES SOUFFRANT D'AUTISME	73
7.3 AMELIORER L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES SOUFFRANT DE MULTIHANDICAP	76
8 Développer les compétences par la formation	78
9 Mettre en œuvre et évaluer le schéma	81

Le plan d'actions	84
--------------------------	-----------

Glossaire	108
------------------	------------

Cartes	111
---------------	------------



Le contexte d'élaboration

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

Le contexte d'élaboration du schéma départemental

A - Le contexte législatif et réglementaire

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé les droits des usagers et introduit de nouvelles régulations de l'offre.

Outre la garantie de l'exercice effectif de droits fondamentaux ou de droits spécifiques, elle a affirmé le droit au choix entre des prestations délivrées en établissement spécialisé ou délivrées au domicile, et a pour ce faire élargi le champ de l'action sociale et médico-sociale aux actions d'accompagnement à domicile. Elle a promu et généralisé les pratiques évaluatives.

Enfin, elle a rénové la planification des équipements et services en faisant des schémas d'organisation sociale et médico-sociale des outils de régulation de l'action sociale et médico-sociale, celle-ci étant *"conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire"*.

L'article L.312 du code de l'action sociale et des familles décrit les contenus et finalités des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

"[Ceux-ci...]

- *apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;*
- *dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;*
- *déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant d'accueils familiaux [...] ;*
- *précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [sociaux et médico-sociaux, à l'exception des structures expérimentales, ainsi qu'avec les établissements de santé [...] ou tout autre*

organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés ;

- *définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas."*

Les conditions d'adoption des schémas départementaux ont été modifiées par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales qui dispose que le schéma départemental est adopté par le Conseil Général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

Aussi, pour arrêter un schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées, le représentant de l'État a à porter à connaissance les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 5°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1.

Pour l'élaboration d'un schéma départemental cohérent, une articulation devra être recherchée entre les orientations relevant de la compétence du représentant de l'État ou de compétences conjointes avec les perspectives d'évolution des établissements et services relevant de la compétence du Conseil Général.

B - La méthodologie

En 2003, le Conseil Général et les services de l'État (DDASS, DDPJ, DDTEFP) ont décidé d'effectuer un seul schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale dont celui relatif aux adultes handicapés est un des volets. Les autres domaines étant ceux :

- de la protection de l'enfance
- de l'enfance handicapée
- des personnes en difficultés sociales
- des jeunes travailleurs (FJT)
- de l'addictologie
- des personnes âgées.

La phase "diagnostic" du schéma - qui consiste à dresser un état quantitatif et qualitatif de l'offre départementale et à évaluer les besoins des adultes handicapés - a constitué une première étape.

Afin d'établir un état des lieux, des groupes de travail ont été mis en place et diverses investigations ont été menées par le Conseil Général et la DDASS de la Haute-Savoie à partir de 2003.

En 2006, le CREAI Rhône-Alpes a été chargé de synthétiser ces travaux et les données existantes.

Groupes de travail

Un processus de concertation a été conduit en deux temps. Il a au cours de ceux-ci rassemblé les acteurs de l'action sociale et médico-sociale, des représentants institutionnels et des pouvoirs publics.

Lors de sa première phase, les thématiques suivantes ont été réparties entre trois sous-groupes :

- Les personnes en situation de travail,
- Les personnes en situation de non travail,
- La vie à domicile.

Les changements introduits par la loi du 11 février 2005 ont conduit à la mise en place d'une nouvelle phase de concertation afin de compléter les investigations et préconisations sur les thématiques suivantes :

- La diversification de l'offre,
- L'accès à l'emploi,
- L'accès aux soins et l'articulation des secteurs médico-social et sanitaire.

Cette seconde phase de travaux est intervenue après la conclusion au niveau national du plan de santé mental, au niveau régional du SROS 3, du PRSP (plan régional de santé publique). Les préconisations, en particulier celles relatives à l'accès aux soins, ont recherché une convergence au plan départemental des orientations du SROS 3, du plan de santé mentale et du PRSP qui concernent les personnes handicapées, en particulier celles qui concernent les personnes en situation de handicap psychique.

Ces travaux de concertation ont conduit à dégager des préconisations ; celles-ci ont donné lieu à 9 grandes orientations :

→ **Cinq axes thématiques :**

La vie à domicile

L'emploi

Le vieillissement

Le handicap psychique

La grande dépendance (l'autisme)

→ **Trois axes transversaux :**

La diversification et l'adaptation de l'offre

L'accès aux soins

La formation

→ **Deux axes structurants :**

L'approche géographique

La mise en œuvre et l'évaluation du schéma

C - Le contexte départemental

Le département de la Haute-Savoie est composé de 294 communes. Ces communes sont regroupées en 34 cantons et 4 arrondissements : Saint-Julien-en-Genevois, Thonon-les-Bains, Bonneville et Annecy.

La superficie de la Haute-Savoie est de 4 388 km², soit 10% de Rhône-Alpes.

Elle est limitrophe des départements de l'Ain et de la Savoie, ainsi que de la Suisse et de l'Italie.

C'est un département de montagne découpé par des vallées en quatre bassins géographiques : le Genevois, le Chablais, le bassin annecien et la Vallée de l'Arve.

- **Population et indicateurs démographiques**

Sources : INSEE (estimations au 1^{er} janvier 2004) / DRASS Rhône-Alpes

La Haute-Savoie représente 11,5% de la population de Rhône-Alpes.

La densité moyenne est 151 habitants/km².

Les principales agglomérations urbaines sont : Annecy (136 815 habitants au recensement de 1999), Genève/Annemasse (partie Haute-Savoie : 80 973), Thonon-les-Bains (58 834), Cluses (56 906), Sallanches (40 949).

La structure de la population montre une population relativement plus jeune que celle de la région.

En effet, la part des moins de 20 ans représente 26,4% de la population haut savoyarde (25,9% pour la région Rhône-Alpes), la part des 60 ans et plus s'élève à 17,7% en Haute-Savoie alors qu'elle est de 19,7% en Rhône-Alpes et de 20,7% en France métropolitaine. 6,6% de la population a 75 ans et plus (la moyenne régionale est de 7,2%).

L'indice de vieillissement confirme cette tendance avec 50 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (58,8 en Rhône-Alpes et 65,3 en France métropolitaine).

Cependant, comme en France, la population haut savoyarde vieillit (la moyenne d'âge a augmenté de 3 ans en 14 ans). La Haute-Savoie attire en effet nombre de retraités de par sa situation géographique et son mode de vie.

La Haute-Savoie est le département de Rhône-Alpes dont la population croît le plus vite (+ 1,2% chaque année entre 1990 et 2005) grâce à l'excédent migratoire (davantage que l'excédent naturel).

La croissance est particulièrement marquée dans le Nord du département (Chablais et Genevois). L'ouverture des frontières avec la Suisse suite aux Accords Bilatéraux joue un rôle déterminant dans le Genevois haut savoyard.

Si en 2005 l'arrondissement d'Annecy reste le plus peuplé avec 36% de la population du département, son rythme de croissance est néanmoins plus lent que les arrondissements de Saint-Julien-en-Genevois et de Bonneville.

- **L'offre départementale**

Les établissements et services

	Nombre d'établissements et services en 2006
Foyers de vie	8
Services occupationnels	6
Services d'Accueil de Jour	1
Foyers d'hébergement	10
Appartements de soutien	6
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	10
Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	14
Sections pour travailleurs handicapés vieillissants (SATTHAV)	3
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	2
Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	7
Centre de rééducation Professionnelle (CRP)	4
Centre ressource pour personnes cérébrolésées	1

Sources : DDASS 74 et Conseil Général 74

Selon la répartition des compétences

		Capacité installée 31/12/2006
Compétence Département	SATTHAV (section d'accueil transitoire pour travailleurs handicapés vieillissants)	31
	Foyers de vie (dont Services d'Accueil de Jour)	228
	<i>Services occupationnels (SAJ, accueil en journée)</i>	65
	Foyers d'hébergement	325
	Appartements de soutien	140
	Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	295*
Compétence État	Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)	1052**
	Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	174
	Centre de rééducation Professionnelle (CRP)	287
Double tarification	Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	214
Capacité totale¹		2811

**cette capacité se répartissant en 175 places pour personnes atteintes de déficiences intellectuelles, en 100 places pour personnes en situation de handicap psychique et 20 places pour personnes atteintes de déficiences motrices.*

*** la capacité installée est de 1052 — évolution au cours de l'année 2007 pour une capacité autorisée de 1097.*

¹ . La capacité totale correspond à un nombre de places et non à un nombre de personnes prises en charge ; une place pouvant être occupée par plusieurs personnes (2 personnes à mi-temps en ESAT par exemple) et une personne pouvant occuper 2 places (une personne travaillant en ESAT et hébergée dans un foyer d'hébergement par exemple).

Évolutions au cours des 5 dernières années

	2001	2005	2006	2001-2006
Foyers de vie + Services occupationnels	292	293	308	+16
Foyers d'hébergement	322	325		
Appartements de soutien	128	140		+ 12 places
SAVS	126	210	295	+ 169 places soit + 134%
ESAT	1006	1050		+ 44
SATTAHAV	30	31		
MAS	174	174		
FAM	42	214		+ 172 places soit 5 fois plus
SSIAD (places personnes handicapées)			30	+30

Sources : DDASS 74 et Conseil Général 74

Au cours des 5 dernières années, de nombreuses places ont été créées en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et dans les Services d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

- **Les taux d'équipement**

Taux d'équipement : nombre de lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

Places financées

Taux au 01.01.2006	FH	FV	MAS	FAM	ESAT
AIN			0.55	0.80	2.96
ARDECHE			1.91	0.09	3.89
DROME			1.13	0.54	3.94
ISERE			0.30	0.61	2.91
LOIRE			0.55	0.58	3.31
RHONE			0.32	0.62	3.02
SAVOIE			0.60	0.58	3.72
HAUTE-SAVOIE			0.46	0.70	2.96
<i>RHONE-ALPES</i>			<i>0.54</i>	<i>0.60</i>	<i>3.17</i>
<i>FRANCE</i>			<i>0.48</i>	<i>1.41</i>	<i>3.03</i>

Source : DDASS 74

Places installées

Taux au 01.01.2006	FH*	FV*	MAS	FAM	ESAT
AIN	2.09	0.55	0.51	0.75	2.96
ARDÈCHE	1.88	1.83	1.91	0.09	3.89
DRÔME	2.01	1.63	1.07	0.54	3.94
ISÈRE	1.35	1.46	0.27	0.56	2.91
LOIRE	0.68	0.70	0.54	0.51	3.31
RHONE	1.30	1.63	0.27	0.46	3.02
SAVOIE	1.80	0.61	0.56	0.59	3.72
HAUTE-SAVOIE	0.88	0.62	0.47	0.60	2.96
<i>RHONE-ALPES</i>	<i>1.37</i>	<i>1.21</i>	<i>0.51</i>	<i>0.52</i>	<i>3.17</i>

* source : DRASS Rhône-Alpes - FINESS

Les taux d'équipement du département de la Haute-Savoie sont inférieurs à la moyenne régionale pour toutes les catégories d'établissements pour adultes handicapés excepté pour les MAS et les FAM (nombreuses créations de places entre 2005 et 2006).

La répartition des structures au sein même de la Haute-Savoie n'est pas équilibrée sur le territoire. Toutes structures confondues, les bassins annecien et genevois sont mieux équipés que les bassins de la Vallée de l'Arve et surtout du Chablais.

Les structures de travail

Globalement, la Haute-Savoie est assez faiblement équipée en ESAT au regard de la région Rhône-Alpes.

Le bassin Annecien dispose d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne départementale.

Sur les 14 ESAT présents dans le département (dont 1 ouvert en septembre 2006) :

- La majorité (10 ESAT, 11 en septembre 2006) accueille des personnes présentant des déficiences intellectuelles
- Selon une estimation issue des ESAT, environ 23% des personnes accueillies relèvent de handicap psychique
- 2 ESAT accueillent exclusivement des personnes en situation de handicap psychique
- 1 ESAT accueille des personnes IMC (infirmes moteurs cérébraux) et traumatisés crâniens

On notera que la plupart des usagers de ces structures présente également des déficiences associées.

3 ESAT disposent d'une section d'accueil transitoire pour travailleurs adultes handicapés vieillissants (SATTHAV). Ce type de structure est présent sur 3 bassins du département.

La Haute-Savoie est également peu équipée en Foyers d'Hébergement (le bassin annecien est particulièrement dépourvu au regard du taux moyen départemental). En outre, il n'existe pas de structures d'hébergement spécifiques pour adultes handicapés psychiques travailleurs.

Parmi les 10 SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) que compte le département, 2 s'adressent à des personnes en situation de handicap psychique (sur les bassins anneciens et genevois). Le Chablais est faiblement équipé en SAVS au regard des autres bassins.

La Haute-Savoie dispose de 4 Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) alors qu'il en existe seulement 80 au niveau national. Ces centres recrutent à l'échelle nationale.

(A noter : un regroupement sur Annecy de 3 des 4 CRP est en projet)

Les établissements pour non travailleurs

Avec la création récente de places en FAM (Foyer d'accueil médicalisé), la Haute-Savoie dispose de taux supérieurs aux taux régionaux concernant les FAM et les MAS (Maisons d'accueil spécialisé) (l'Isère et le Rhône sont particulièrement sous équipés).

Au sein du département, le bassin du Chablais ne dispose d'aucun équipement de type FAM ou MAS alors que le bassin genevois est particulièrement bien équipé en FAM avec 5 établissements.

Le département est faiblement équipé en Foyers de Vie (comme l'Ain et la Savoie) au regard des autres départements rhônalpins.

Le bassin annecien est le moins bien équipé en Foyers de Vie des territoires hauts savoyards.

Il convient ici de préciser que ce faible taux d'équipement s'explique en partie par le mouvement déjà opéré de reconversion de certains foyers de vie en foyers d'accueil médicalisés, initié par le Conseil général en partenariat avec la DDASS pour une adaptation de l'offre à la réalité des besoins.

On notera l'absence de dispositif d'accueil familial au sein du département de la Haute-Savoie.

Les établissements selon les déficiences

Seuls les bassins genevois et annecien sont pourvus de structures accueillant tous types de handicap.

La grande majorité des places dans les établissements et services pour adultes handicapés hauts savoyards concerne la déficience intellectuelle.

Cependant, une attention particulière a été portée depuis 2004 au handicap psychique avec la création de nombreuses places dans le département (certaines sont encore en projet).

La Haute-Savoie dispose de peu de places pour personnes présentant une déficience motrice et 2 bassins ne sont pas couverts en équipement spécifique : le Chablais et la Vallée de l'Arve.

Seuls les bassins genevois et annecien sont équipés en places pour polyhandicapés.

On compte globalement peu de places pour adultes handicapés vieillissants, et ne sont pas couverts en équipement spécifique le Chablais et la Vallée de l'Arve.

On notera la création prochaine de places (places autorisées à installer en 2006) pour personnes souffrant d'autisme (en MAS et FAM) dans le département.



Les orientations

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap



1

Adopter une approche géographique pour organiser les réponses médico-sociales

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

1 Adopter une approche géographique pour organiser les réponses médico-sociales

L'analyse de l'organisation de l'offre médico-sociale départementale, la formulation de propositions d'ajustement aux besoins et attentes des personnes nécessite d'adopter une approche territoriale qui comporte des données telles que celles de distance, d'accessibilité et de desserte, et qui prenne en compte les tensions entre proximité et spécialisation de l'offre, entre mobilité des ressources vers les populations et qualité de l'expertise.

Ceci d'autant plus que la loi 2002.2 rénovant l'action sociale et médico-sociale en a élargi le champ en intégrant des actions d'accompagnement² permettant la réalisation du choix entre des prestations délivrées en établissement spécialisé ou à domicile. Les actions d'aide à la vie à domicile sont ainsi promues et délivrées par des services comme les SSIAD, les SAVS et les SAMSAH.

Ce développement est congruent avec les orientations de la loi 2005.102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui confirme cette possibilité de choix de la personne conformément à son projet de vie.

L'organisation départementale de l'offre aura ainsi à prévoir la possibilité de délivrer les actions de compensation selon des modalités différentes, accompagnement en établissement ou au domicile de la personne. L'organisation territoriale des services délivrant ces actions d'accompagnement au domicile des personnes nécessite de retenir l'exigence de la proximité.

S'agissant de l'implantation des établissements, si cette exigence peut apparaître moins prégnante que dans le domaine de l'enfance et l'adolescence handicapée pour lequel des attentes de proximité à l'égard des ressources sont exprimées par les familles, il y aura néanmoins à retenir les possibilités de choix du lieu de vie exprimé par les personnes et

² "Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif"

l'attention à porter sur le maintien des liens sociaux lors des étapes de passage éventuel d'une structure à une autre (en particulier aux âges charnière : adolescence/ jeune âge adulte ; fin d'activité en ESAT et risque de modification de l'hébergement...).

Cette approche géographique s'impose d'autant plus dans un département comme celui de la Haute Savoie, département de montagnes découpé par des vallées aisément accessibles mais aux communications difficiles entre elles. Quatre territoires distincts sont ainsi délimités : le bassin annecien, le Chablais, le Genevois français, la vallée de l'Arve. C'est pourquoi la formulation des orientations départementales prend en compte cette configuration géographique particulière, les axes de circulation, les taux d'équipement de chacun de ces territoires.

Pour la mise en place de la Maison Départementale des Personnes Handicapées une approche géographique a également d'ores et déjà été retenue, son organisation comprend un lieu centralisé et des relais territoriaux situés dans les circonscriptions d'actions médico-sociales du département. Celles-ci correspondent également aux bassins géographiques précités (à l'exception du bassin annecien découpé en Annecy Ouest et Annecy Est, mais dont les relais MDPH sont regroupés dans les locaux centraux de la MDPH)³. Cette organisation est à considérer comme un atout pour une organisation des ressources et réponses médico-sociales par bassin en lien direct avec l'échelon centralisé et les relais territoriaux.

³ Lieu centralisé « Maison Départementale des Personnes Handicapées » situé à Cran Gevrier (Bassin annecien),

Implantation de relais de la MDPH sur les sites de :

- Ville La Grand (pour le Genevois),
- Thonon-Les-Bains (pour le Chablais),
- Cluses (pour la Vallée de l'Arve),
- Cran Gevier (pour Annecy Est et Ouest).

1.1 Privilégier la notion de bassins de vie

- **Problématique / constats :**

La configuration géographique du département conduit à privilégier la notion de bassin de vie dans la démarche de planification et de régulation de l'offre sociale et médico-sociale départementale.

Il y a également lieu de prendre en compte l'inégalité de la répartition de la population dans le département et de son rythme de croissance d'un territoire à l'autre. En effet la Haute-Savoie est le département de Rhône-Alpes dont la population croît le plus vite (+1,2% chaque année entre 1990 et 2005) grâce à l'excédent migratoire (davantage que l'excédent naturel). Cependant la croissance est particulièrement marquée dans le Nord du département (Chablais et Genevois). L'ouverture des frontières avec la Suisse suite aux accords bilatéraux joue un rôle déterminant dans le Genevois haut savoyard.

Si en 2005 l'arrondissement d'Annecy reste le plus peuplé avec 36% de la population du département, son rythme de croissance est néanmoins plus lent que les arrondissements de Saint-Julien-en-Genevois et de Bonneville.

S'agissant de l'équipement départemental, sa répartition apparaît inégale d'un bassin à l'autre. En effet, outre que les taux d'équipement du département de la Haute-Savoie sont inférieurs à la moyenne régionale pour toutes les catégories d'établissements pour adultes handicapés excepté pour les MAS et les FAM (du fait de nombreuses créations de places entre 2005 et 2006), la répartition des structures au sein même de la Haute-Savoie n'est pas équilibrée sur le territoire départemental. Toutes structures confondues, les bassins annecien et genevois sont mieux équipés que les bassins de la Vallée de l'Arve et surtout du Chablais.

Taux d'équipement pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

<i>Équipement installé 2006, base RP 99 20/59 ans</i>	APP. de SOUTIEN	CRP	ESAT	FH	FV	MAS	FAM	SAJ	SATTHAV	SAVS
VALLEE DE L'ARVE	0.60	2.0 5	2.87	0.9 4	0.7 5	0.16	0	0.18	0.13	0.66
BASSIN ANNECIEN	0.33	0.3 7	3.43	0.7 5	0.4 4	1.14	0.2 7	0.13	0.07	0.77
GENEVOIS FRANÇAIS	0.33	0	2.63	1.1 5	0.8 1	0	2.8 3	0.08	0	0.62
CHABLAIS	0.32	1	2.76	0.9 4	0.7 4	0	0	0.4	0.17	0.25

Par ailleurs les plans de santé publique (SROS 3 ou PRSP) ont également adopté une approche territoriale.

C'est ainsi que le plan régional de santé publique préconise de faciliter l'accès aux ressources de santé (prévention, dépistage et soins) dans les territoires où l'offre est limitée par l'adaptation de celle-ci.

• Objectifs

Cette orientation peut être considérée comme structurante, axe d'organisation à mettre en œuvre dans le développement ou l'adaptation de l'offre départementale permettant de répondre aux besoins et attentes des personnes handicapées et de leur entourage et d'atteindre les objectifs suivants :

- offrir des réponses qui permettront à l'utilisateur un choix effectif entre des modalités de prestation différentes,
- offrir des réponses de proximité, notamment pour les actions de soutien et d'accompagnement à domicile.

La réalisation de ces objectifs sera subordonnée à un **équilibre de l'offre entre les quatre bassins de vie.**

1.2 Développer la complémentarité entre les structures

Le souci de la continuité des accueils et prestations, sans se prévaloir d'effet de filière selon la notion de parcours, et le souci de la réponse globale selon une approche situationnelle et multidimensionnelle recouvrant plusieurs dimensions de besoins, peuvent conduire, pour réaliser le plan de compensation d'une personne à solliciter différentes structures de façon contemporaine ou successive.

Dans chacun des bassins la complémentarité entre les différentes structures aura pour ce faire à être recherchée.

Les références utiles ici sont :

- Le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière sociale et médico-sociale,
- La circulaire n° 2006-216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ces récents textes réglementaires introduisent de nouveaux outils encourageant et facilitant la conduite d'actions en commun par différents établissements et services et permettant en particulier la coordination de ces actions par une mutualisation de moyens.

• Constats

Le diagnostic, les constats émis par les groupes de travail soulignent une relative bonne connaissance entre les différents organismes gestionnaires et les responsables des structures. L'instance comme celle du CTDESI, réunissant les directions des différents établissements et services, participe à cette connaissance et aux échanges de réflexion entre les partenaires.

Cependant les constats émis dans les groupes de travail ont montré également les domaines restreints de collaboration entre les structures. De même, bien que le diagnostic n'ait pas recouru à des études de population qui auraient permis de repérer des parcours institutionnels, les groupes de travail ont fait état de l'absence relative de mobilité entre les structures.

- **Objectifs**

Le recours aux groupements de coopération médico-sociale (tel que l'indique le décret du 6 avril 2006) pour mutualiser des ressources humaines et matérielles est à cet égard un outil à mettre au service de cet objectif. En effet la réalisation de certaines actions (en particulier pour celles qui nécessitent de recourir à des personnels hautement spécialisés) trouverait des pistes de résolution par une mutualisation de moyens.

Peuvent être cités à titre d'exemples

- La création, en appui sur les initiatives locales existantes, d'un service d'accueil de jour (SAJ) pouvant être commun à plusieurs structures, et dont le fonctionnement s'inspirerait du cahier des charges des GEM (groupes d'entraide mutuelle).

Cette action s'inscrit également dans l'orientation 3 "diversifier et adapter l'offre et améliorer les conditions de socialisation" (voir infra)

- Afin de varier l'offre de métiers et d'activité, offrir aux usagers d'ESAT la possibilité de travailler à plusieurs types d'activités dans différents ESAT
- Afin de favoriser la mobilité des travailleurs handicapés et adopter la notion de parcours professionnel, généraliser l'utilisation par les ESAT de l'outil commun d'évaluation des capacités professionnelles des travailleurs handicapés
- Afin de favoriser les parcours professionnels et soutenir les actions d'insertion dans le milieu ordinaire de travail, mutualiser un poste de chargé d'insertion entre plusieurs ESAT en prenant éventuellement en compte les initiatives locales.

Ces trois exemples d'action s'inscrivent dans l'orientation 4 "Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés" (voir infra).

Des **coordinations** plus assurées entre les différentes structures auront à être recherchées au sein de chacun des quatre bassins.

Pour ce faire, la mise en place, en lien avec les antennes MDPH et par bassin, de groupes de coordination associant plusieurs établissements et concernant les situations individuelles présentant une plus grande difficulté dans la satisfaction des besoins sera proposée.

Inciter les établissements à proposer une offre de compétence aux autres afin de pouvoir identifier un établissement ressource pour chaque catégorie de handicap ou chaque spécialité.

→ Voir fiche action 1. 1.

"Créer des coordination entre établissements et services"

Les actions délivrées au domicile d'une même personne gagneraient en **cohérence** par la recherche de **coordination entre les différents services concernés**

(cf. infra, "améliorer la qualité de vie à domicile")



2

Améliorer la qualité de vie à domicile

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

2 Améliorer la qualité de la vie à domicile

En Haute-Savoie, vivre à domicile, avec ses proches, dans un environnement connu, aussi longtemps que possible est un axe majeur du projet de vie d'une majorité de personnes en situation de handicap. Le respect de ce choix nécessite une amélioration de la qualité de la vie à domicile. Il implique une offre de services et un environnement qui le permet en particulier en termes d'accès aux aides et soins nécessaires mais aussi d'accès à la vie sociale et à la Cité.

La participation sociale implique des accompagnements adaptés aux situations de handicap, la connaissance des spécificités de ces situations et des besoins et attentes particuliers. Par exemple, l'accompagnement à la vie sociale d'une personne en situation de handicap psychique nécessite des compétences particulières différentes de celles nécessaires à une personne en situation de handicap sensoriel ou intellectuel.

Les données issues de l'étude départementale menée en 2005 par le CREA Rhône-Alpes sur les besoins en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap physique a montré que c'était le choix premier de près de deux tiers d'entre elles.

La même enquête précise les services qui faciliteraient le maintien dans l'hébergement actuel. Ces services concernent le champ des aides humaines, celui des aides techniques et des aménagements de l'accessibilité au logement et à l'autonomie dans le logement. Les aides humaines souhaitées concernent principalement les infirmiers, les kinésithérapeutes et les aides à domicile de divers ordres : aide au ménage, aux courses, à la préparation des repas, à l'accompagnement des démarches administratives, à des services de nuit, à des services de garde ...

Nombreux sont aussi ceux qui souhaitent des liens sociaux plus importants, des visites régulières, un accès aux loisirs.

Quant aux aides techniques, les besoins concernent les aménagements facilitant les actes de la vie quotidienne : accessibilité des sanitaires, du balcon, des prises électriques, des poignées de fenêtre, de la cuisine...

L'accessibilité au logement nécessite des rampes d'accès et des ascenseurs adéquats et une conception des espaces qui autorise des déplacements en fauteuil.

Rappelons que l'étude H.I.D. (handicap, incapacité, dépendance de l'INSEE, 1999) a montré que le paramètre premier conduisant à rechercher un accueil en institution n'est pas la gravité de la dépendance mais l'étayage de l'entourage.

Or, cet entourage souhaite souvent échapper à une place de soignant de fait et pouvoir maintenir des liens « normaux » de conjoint, d'enfant, de parent... et avoir une vie sociale et professionnelle ordinaire. De surcroît l'inquiétude quant à l'usure, la fatigue, le vieillissement des aidants se manifeste dans de nombreuses situations.

2.1 Développer l'offre de services et l'aide à domicile

En complément aux textes législatifs de référence, le PRSP prône une amélioration de la qualité de vie à domicile, notamment par le développement d'actions d'information et de soutien aux personnes et aux aidants.

• Problématique/Constats

L'étude déjà citée permet une représentation assez précise des limites rencontrées quant à l'autonomie.

Les transferts nécessitent une aide dans 1/3 des situations (mais transfert douche 54 %).

Une aide est indispensable pour :

- le lever/coucher : 32 %
- l'habillage : 31 %
- aller aux toilettes : 27 %
- préparer un repas : 50 %
- manger : 18 %
- utiliser l'informatique ; 25 %
- utiliser le téléphone : 16 %.

39% des personnes estiment à plus de trois heures par jour le temps d'aide dont ils ont besoin. Ces aides sont souvent assurées par l'entourage et en particulier la famille.

Une disponibilité insuffisante des kinésithérapeutes intervenant à domicile, notamment en ville est notée.

Le groupe de travail met également en évidence une disponibilité insuffisante en personnel qualifié et diplômé. C'est le cas, en particulier, pour les aides soignantes.

Les accompagnements identifiés comme problématiques sont les sorties quotidiennes et les toilettes des personnes dépendantes (malgré la création de 30 places en SSIAD en 2006).

Une amélioration est souhaitée quant au nombre de places, la réactivité et la souplesse des services. Cela permettrait de réduire les difficultés identifiées :

- Les interventions auprès des personnes handicapées nécessitent un temps plus important que pour les personnes âgées.
- Les délais d'attente avant la prise en charge peuvent être longs.
- Les situations d'urgence et les besoins ponctuels ne sont pas suffisamment pris en compte.
- Le déficit de professionnels réduit la souplesse horaire des interventions des auxiliaires de vie nécessaire à la prise en compte des rythmes de vie des personnes dépendantes.

Les services favorisant le maintien à domicile recouvrent des structures très diverses en termes de fonctionnement, de mode de financement, de couverture géographique et de public auquel il s'adresse.

Fin 2006, 295 places de SAVS sont disponibles dans dix services différents.

100 places sont dédiées au handicap psychique, 20 au handicap physique et 175 au handicap mental.

30 places de SSIAD ont été créées en 2006.

Un projet de SAMSAH pour 30 personnes en situation de handicap psychique a été autorisé.

Plusieurs projets de SAMSAH sont à l'étude : quatre projets concernent les personnes handicapées motrices, traumatisées crâniens et cérébrolésées soit un par bassin, et deux projets concernent le handicap psychique.

Ces dispositifs (SAMSAH) autorisent l'intervention des professionnels dans tous les lieux de socialisation des personnes.

• Objectifs

L'adoption d'une approche géographique par bassin devra garantir la proximité et l'accessibilité des services de façon à permettre un choix réel aux personnes. Elle favorise la souplesse et l'adaptation aux rythmes de vie des personnes et à leurs attentes de participation à la vie sociale.

Une amélioration quantitative et qualitative de l'offre de services et de soins à domicile est attendue. Elle vise les mêmes objectifs de respect des rythmes et de participation sociale.

L'objectif du maintien à domicile pourra s'appuyer de façon pertinente sur les dispositions prévues par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne

et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Il s'agira d'être attentif à la cohérence et à la complémentarité de ces aides avec celles des dispositifs médico-sociaux. Une connaissance mutuelle partagée entre les différents dispositifs, de leurs compétences et de leurs champs d'action respectifs y concourra.

- **Moyens :**

Le développement des SAMSAH de façon à couvrir les quatre bassins de vie et proposer des services adaptés aux principales situations de handicap concourra à l'atteinte des objectifs.

Les associations gestionnaires de ces services veilleront à associer étroitement à leurs activités les ressources, compétences et expertises des associations et services œuvrant dans un champ proche.

La couverture géographique et la capacité des SSIAD devront être augmentées. L'objectif sera d'atteindre le taux cible de 0.18 ‰ habitants, correspondant au taux du département le mieux équipé, dont il s'agira ensuite d'évaluer la pertinence. Ce développement sera fonction des moyens qui seront attribués par la CNSA.

→ Voir fiche action 2. 1.

**"Développer l'offre de services et de soins à domicile
par la création de SAMSAH, SSIAD et SAVS"**

La professionnalisation des aides humaines et le développement des actions de formation des intervenants à domicile aura deux préoccupations majeures. D'une part elle visera à augmenter les compétences techniques propres à chaque type de handicap et à chaque situation et d'autre part à intégrer dans les pratiques la connaissance des aspects culturels spécifiques aux handicaps : modalités d'expression, comportements...

Cette action s'inscrit dans l'orientation 8 "développer les compétences par la formation" (voir infra)

L'utilisation des services d'aide à la personne pour répondre aux besoins des personnes handicapées (ex : portage de repas, aide au ménage, accompagnement pour les démarches administratives) cohérente avec les actions de dispositifs médico-sociaux soutient le projet de vie à domicile.

L'utilisation des ressources des antennes MDPH améliorera la connaissance de l'offre existante et permettra de procéder aux ajustements nécessaires en fonction des besoins identifiés.

Le développement des systèmes d'alarme permettant une intervention dans un délai court favorisera la réduction des risques liés à la dépendance associée à la solitude.

L'accueil temporaire s'inscrit dans un plan d'aide, autorise certaines formes de répit pour les aidants, permet de faire face à des situations d'indisponibilité temporaire de l'entourage, d'aggravation de la situation de handicap, à la nécessité de soins etc. L'accueil temporaire participe ainsi au soutien de la vie à domicile.

Ces deux actions s'inscrivent dans l'orientation 3 "diversifier et adapter l'offre, améliorer les conditions de socialisation des personnes handicapées" (voir infra, les fiches action sur le développement de l'offre de services et sur l'accueil temporaire).

2.2 Améliorer l'accès au logement et son adaptation

- **Référence**

L'étude du CREAI Rhône-Alpes en 2005 déjà citée.

Un des axes de la loi 2005-102 consiste à "promouvoir une participation effective et entière des personnes handicapées à la vie sociale grâce à l'organisation de la cité autour du principe d'accessibilité généralisée, qu'il s'agisse de l'accès à l'école, à l'emploi, aux transports ou **tout simplement au cadre bâti.**"

- **Problématique/constat**

Plus d'un tiers des personnes ayant répondu ont besoin de l'aide d'un tiers pour accéder à leur logement.

49 % des personnes vivant en maison individuelle ont besoin d'aide pour accéder à leur logement, 32 % de celles vivant en appartement et 30 % de celles vivant en collectivité.

Concernant l'adaptation du logement lui-même, 38% des personnes vivant en appartement l'estiment inadapté. C'est le cas de 21% des personnes vivant en maison individuelle et de 7 % de celles vivant en collectivité.

L'adaptation du logement se heurte à des problèmes liés au bâti : largeur des couloirs et des portes, ascenseurs, accès aux sanitaires...)

L'utilisation de la domotique, l'existence d'un mobilier adapté etc. contribuent à l'autonomie et à la sécurité.

L'application de la législation sur le terrain se heurte à une méconnaissance des besoins réels des usagers au niveau du logement même ou de son accessibilité.

- **Objectifs**

L'objectif principal recherché étant de respecter le choix des personnes handicapées de vivre dans leur domicile, il est nécessaire pour cela d'améliorer l'accès à un hébergement diversifié et adapté aux différents degrés d'autonomie et à leur évolution, quelle que soit la situation de handicap.

- **Moyens**

La mise en œuvre de cet objectif peut passer par un certain nombre de moyens, notamment :

- le recensement, en lien étroit avec la MDPH (son ergothérapeute par exemple) et avec la commission d'accessibilité des logements locatifs accessibles, adaptés et adaptables afin de pouvoir mettre en relation les offres et demandes de logements adaptés (voir en ce sens l'expérience conduite dans la Drôme d'une base de données sur Internet) ;
- l'apport des aides financières à l'accessibilité et l'adaptation du logement, ou à l'acquisition d'aides techniques (domotique), en appui sur la PCH (Cf. à ce propos la convention spécifique entre MDPH et Acthabitat) ;
- la recherche de possibilités pour développer des maisons relais adaptées aux personnes souffrant d'un handicap psychique (voir en ce sens l'appel à projets national).

→ Voir fiche action 2. 2.

"Améliorer l'accès au logement et son adaptation"

2.3 Mieux coordonner les actions

- **Problématique/Constat**

Des restrictions à la participation sociale et au respect des rythmes de vie des personnes en situation de handicap sont associées aux contraintes horaires et à l'organisation des interventions des professionnels. Un exemple extrême : le lever a lieu à 10 heures et le coucher à 17 heures.

Une coordination des interventions apparaît également nécessaire pour éviter certaines incohérences, pertes de temps et d'énergies. La personne chargée de l'habillage peut par exemple intervenir avant celle chargée de la prothèse ou de soins nécessitant un déshabillage.

Une planification et une anticipation importante de sorties culturelles ou autres, de démarches administratives ... réduit la prise d'initiatives et la spontanéité. Une sortie au cinéma nécessite par exemple d'être planifiée trois semaines à l'avance.

La complexité et la diversité des autorisations et des financements peuvent entraîner un cloisonnement des interventions et une multiplicité des interlocuteurs.

- **Objectifs**

Il s'agit d'optimiser la participation à la vie sociale, culturelle, aux loisirs, réduite du fait des contraintes propres aux soins et aides à domicile en :

- veillant à la cohérence des interventions grâce à l'amélioration de la concertation et de la coordination entre les différents services,
- répartissant au mieux les horaires des auxiliaires de vie,
- personnalisant l'organisation des interventions selon les besoins en amplitude horaire et selon les rythmes de la personne.

- **Moyens**

L'élargissement de l'amplitude horaire des interventions des SSIAD et des services d'auxiliaires de vie dans le respect des rythmes et attentes des personnes est une condition à la personnalisation des interventions.

La définition dans chaque plan de compensation du besoin d'intervention d'auxiliaires de vie permet d'y intégrer le reste à charge pour les usagers dont le financement peut être assuré par le fonds de compensation.

La mise en place d'un cahier de transmission entre les différents intervenants, et l'établissement d'une coopération inter associative en cas d'intervention de plusieurs structures auprès d'une même personne assureront une cohérence et une continuité des interventions.

(Voir la fiche action 1. 1. "Créer des coopérations entre établissements et services")

2.4 Apporter une aide aux aidants

- **Référence**

Recommandations du PRSP : "Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes fragilisées (...) : Développer les actions d'information et de soutien (en particulier psychologique) aux personnes et aux aidants"

- **Problématique/Constat**

L'entourage de la personne handicapée est un facteur essentiel du maintien à domicile. Selon l'enquête « Handicap Incapacité Dépendance » de l'INSEE, 62 % des adultes handicapés vivant à domicile et recevant des aides sont aidés par un ou plusieurs aidants non professionnels. Dans 9 cas sur 10, il s'agit des membres de la famille.

Les aidants sont confrontés aux difficultés suivantes :

- Un appauvrissement de la vie sociale, affective, amicale ou professionnelle,
- Un sentiment d'isolement,
- Un épuisement physique ou psychologique,
- Un risque de négligence ou maltraitance involontaire,
- Des difficultés d'accès à une information actualisée, centralisée, complète,
- Un défaut de formation sur certains aspects de l'assistance à la vie quotidienne.

- **Objectifs**

Le maintien à domicile des personnes handicapées implique des actions destinées aux aidants qui permettent :

- De rompre leur sentiment d'isolement,
- D'apporter un soutien psychologique, technique et méthodologique,
- De prévenir les situations de maltraitance,

(Voir la fiche action 8. 1. sur la prévention de la maltraitance)

- De proposer des moments de répit.

- **Moyens**

L'aide aux aidants, condition du maintien à domicile des personnes qui le souhaitent nécessite la mise en œuvre de plusieurs actions :

- Le développement de groupes de parole,
- Le développement de l'accueil temporaire par les établissements et services pour permettre un répit aux aidants (*voir orientation 3*),
- L'identification, la création et le renforcement des initiatives existant dans le secteur du handicap en termes de soutien et d'aide aux aidants (écoute téléphonique par exemple),
- La valorisation du rôle de conseil de la MDPH, notamment par ses équipes territoriales,
- La mise à disposition de l'expertise et de certaines ressources des établissements et services et du réseau local au service des aidants,
- Le développement des actions de formation en direction des aidants afin d'acquérir des savoir-faire, d'accéder à une information pertinente concernant les démarches, l'offre de services, les textes législatifs et réglementaires. (*voir l'orientation 8 sur la formation*),
- La proposition d'inscrire l'aide aux aidants dans la déclinaison départementale du PRSP.

**→ Voir fiche action 2. 3.
"Apporter une aide aux aidants"**



3

Diversifier et adapter l'offre, améliorer les conditions de socialisation des personnes handicapées

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

3 Diversifier et adapter l'offre, améliorer les conditions de socialisation des personnes handicapées

La profonde réorganisation de l'action sociale qui se dessine depuis la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées revisite la place de chacun des établissements et services destinés aux personnes en situation de handicap.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 :

« Art. L. 114-1-1. - La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, **son âge** ou son mode de vie. [...] »

« Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son **projet de vie**, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis. »

Ces dispositions d'une part, les attentes des usagers et de leurs familles d'autre part, convergent pour demander que soient garanties une équité et une facilité d'accès des personnes vivant une situation de handicap aux ressources de droit commun ainsi qu'aux ressources médico-sociales qui leur sont nécessaires, quelle que soit la nature de cette situation. Cela suppose que les réponses médico-sociales soient souples, diversifiées et articulées aux réponses sociales et sanitaires.

Les concepts de projet de vie et de droit à une compensation personnalisée du handicap impliquent :

- que soient prises en compte toutes les dimensions de la situation de vie,
- des réponses et des services accessibles le plus tôt et le plus près possible,
- le respect des choix, souhaits et attentes des personnes et de leur famille,
- une souplesse et une articulation permanente entre les différents acteurs et institutions permettant une diversité et une évolution des réponses sociales, professionnelles, sanitaires et de logement.

3.1 Diversifier et adapter les modes d'accueil

- **Référence**

Décret 2004-231 du 17/03/04 sur l'hébergement temporaire

Décret 2005-1759 du 29 décembre 2005 sur l'agrément vacances adaptées.

- **Problématique/Constat**

Le groupe de travail fait le constat d'un manque de souplesse et de cloisonnements des modes d'accueil séquentiels, temporaires, de jour, de nuit qui nuisent à l'adaptation indispensable à l'évolution des besoins et des projets des personnes.

Les dispositifs et opportunités sont insuffisamment connus et en tout cas insuffisamment mis en œuvre.

La création d'un lieu d'accueil de jour souple, avec des conditions d'accès minimales, alternatif aux lieux spécialisés d'hébergement, de travail ou au domicile favorise la souplesse et l'adaptabilité nécessaire.

2 foyers de vie sur 6 pratiquent l'accueil temporaire. L'accueil à temps partiel est pratiqué dans tous les ESAT, les SATTHAV et dans un CRP sur 4, dans une MAS sur 2, dans un foyer de vie, dans trois services d'accueil de jour ou services occupationnels sur 7.

La transversalité devrait être renforcée grâce à une meilleure cohérence et continuité entre structures : SSIAD et FH, SAVS et SAMSAH, SAJ et FH par exemple.

- **Objectifs**

Les établissements et services continueront à adapter leur offre et leur fonctionnement aux attentes, besoins et projets des personnes en situation de handicap en :

- Développant et utilisant des modalités d'accueil innovantes : accueil de jour, GEM, accueil temporaire. (Fiches action SAJ et accueil temporaire)
- Améliorant la complémentarité et la coordination entre les structures, SAJ, FH, SAVS, SAMSAH...

Le développement des services d'accompagnement assurant des interventions de proximité est nécessaire au respect du choix des personnes.

L'amélioration de l'accessibilité physique des services conformément à la législation devrait faciliter leur utilisation par toutes les personnes concernées.

- **Moyens**

Chaque projet d'établissement ou de service (en cas de création, de restructuration et de révision du projet) doit prévoir une réponse à l'accueil temporaire, en interne ou en lien avec une autre structure. L'information sur les possibilités d'accueil temporaire permettrait une plus grande mobilité des personnes handicapées et de leur entourage (personnes issues d'autres départements en séjour en Haute Savoie par exemple ...)

→ Voir fiche action 3. 1.

"Développer l'accueil temporaire"

La création, en appui sur les initiatives locales existantes, d'un service d'accueil de jour expérimental commun à plusieurs structures, et dont le fonctionnement s'inspirerait du cahier des charges des GEM améliorera la souplesse nécessaire dans diverses situations. L'opportunité d'utiliser le bâti d'un foyer d'hébergement peut être envisagée.

→ Voir fiche action 3. 2.

"Créer un service d'accueil de jour expérimental"

La création d'un dispositif expérimental destiné aux personnes en situation de handicap physique comportant une résidence, des appartements adaptés, proposant des activités et des occupations la journée, articulé avec un SAMSAH est projeté sur le bassin genevois. L'évaluation de ce dispositif permettra, le cas échéant, de le modifier et d'en proposer l'extension sur d'autres bassins (en premier lieu sur le bassin annecien).

→ Voir fiche action 3. 3.

"Créer une plateforme de services expérimentale"

La mise en place d'un système de téléalarme ou d'un référent mobile rattaché au SAJ pour permettre une intervention rapide sur le lieu de vie est envisagée (cf. infra : "améliorer l'accès aux soins")

La modification des horaires de fonctionnement des structures améliorera la cohérence des interventions (exemple de l'intervention d'un SSIAD dans le cadre d'un FH).

L'offre de vacances adaptée sera à envisager.

3.2 Améliorer la qualité de vie, favoriser la socialisation et la participation à la citoyenneté

- **Problématique/Constat**

L'étude déjà citée permet également une représentation assez précise des limites rencontrées quant à la participation sociale et l'exercice de la citoyenneté des personnes en situation de handicap moteur.

41 % de l'effectif concerné n'a aucune participation à la vie sociale : associative, culturelle ou sportive.

40 % ne fréquentent pas les administrations, 37 % ne fréquentent pas les salles de spectacle et 14 % ne fréquentent pas les commerces.

D'une façon générale et ce quelle que soit la situation de handicap, les obstacles à l'accès aux services de tous ordres sont rencontrés par une majorité de personnes handicapées. Les obstacles discriminants peuvent concerner l'organisation et les horaires des intervenants à domicile (Cf. supra) le manque d'accessibilité des espaces de loisirs et des commerces, le regard des gens...

L'inaccessibilité concerne, outre le handicap moteur, le handicap psychique, les handicaps sensoriels et la déficience intellectuelle dans la mesure où les difficultés relationnelles, de communication et de compréhension sont peu voire pas prises en compte dans les principaux lieux de socialisation.

L'absence d'activité professionnelle aggrave l'isolement et la réduction de la vie sociale. La même étude a montré que 6 % de l'effectif travaille en milieu ordinaire et 19 % en milieu adapté. 73 % des personnes n'ont pas ou plus d'activité professionnelle.

- **Objectifs**

Le développement de la participation sociale et de l'exercice de la citoyenneté dans tous ses aspects : travail, culture, loisirs, vacances, environnement et nature, informatique et internet...constitue une orientation majeure du schéma départemental.

Il implique l'aménagement et l'adaptation des services de droit commun et des structures non accessibles quelle que soit la nature du handicap.

Il implique également l'amélioration des conditions de transport et de la chaîne du déplacement au bénéfice des personnes à mobilité réduite.

- **Moyens**

Participation sociale et exercice de la citoyenneté requièrent :

- La création d'un lieu souple de socialisation sur le modèle des GEM (Voir la fiche action 3. 2. concernant le SAJ expérimental)
- L'impulsion d'une réflexion sur l'accessibilité au sens large de la Cité : signalétique, outils de communication adaptés pour toute situation de handicap (visuels concernant la surdité, auditifs concernant la cécité...), tolérance vis-à-vis de la différence, tarifs adaptés, sensibilisation des personnels des services publics...
- L'amélioration de l'accès aux nouvelles technologies en prévoyant un accès Internet pour les personnes handicapées (usagers) dans chaque établissement et service (SAJ par exemple).
- La participation sociale et l'accès à la culture au sein des établissements.

→ Voir fiche action 3. 4.

"Impulser une réflexion sur la participation sociale pour toutes les situations de handicap"

- La formulation de préconisations à intégrer dans le schéma départemental du transport en associant au groupe de travail des personnes handicapées (proposition de création d'un groupement assurant la coordination des interventions sociales et médico-sociales pour la gestion d'un service de transports par exemple)

→ Voir fiche action 3. 5.

"Améliorer les transports en faveur des personnes handicapées"



4

Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

4 Améliorer les conditions d'emploi des travailleurs handicapés

Les travaux développés dans le cadre de ce schéma départemental n'ont pas couvert l'ensemble du champ de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, mais se sont principalement centrés sur le travail protégé.

S'agissant du travail protégé, la loi 2005.102 introduit une réforme des CAT en les remplaçant par les ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail). Les conditions de ressources sont revues par une révision des règles de cumul entre AAH et rémunération garantie.

Le décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation précise ces conditions et les modalités de "l'aide au poste".

La mission de soutien médico-social et éducatif des personnes handicapées afférent à leur activité à caractère professionnel et concourant à l'épanouissement personnel et social des travailleurs handicapés exercée auparavant par les CAT est confirmée dans les missions des ESAT.

Article L344-2

(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I Journal Officiel du 03.01.02)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 39 III Journal Officiel du 12.02.05)

*"Les établissements et services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont la commission prévue à l'article L. 146-9 a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, **ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.**"*

Le contrat de soutien et d'aide par le travail est défini par le décret n° 2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail.

Le groupe de travail départemental missionné sur cette thématique, en cohérence avec ces textes législatifs et réglementaires, a retenu la notion de "parcours professionnel"

comme axe de ses réflexions et propositions. Celles-ci se sont centrées surtout sur le parcours professionnel au sein des ESAT, mais aussi en amont et en aval de ceux-ci.

Équipement départemental en ESAT

Globalement, la Haute-Savoie est assez faiblement équipée en ESAT au regard de la région Rhône-Alpes.

Le bassin Annecien dispose d'un taux d'équipement supérieur à la moyenne départementale.

Sur les 14 ESAT présents dans le département (dont 1 ouvert en septembre 2006) :

- La majorité des ESAT (10 ESAT, 11 en septembre 2006) accueille des personnes présentant des déficiences intellectuelles (dont 2 accueillent quelques personnes en situation de handicap psychique)
- Selon une estimation issue des ESAT, environ 23% des personnes accueillies relèvent de handicap psychique
- 2 ESAT accueillent exclusivement des personnes en situation de handicap psychique
- 1 ESAT accueille des personnes IMC (infirmes moteurs cérébraux) et traumatisés crâniens

3 ESAT disposent d'une section d'accueil transitoire pour travailleurs adultes handicapés vieillissants (SATTHAV). Ce type de structure est présent sur 3 bassins du département.

La Haute-Savoie dispose également de 4 Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) alors qu'il en existe seulement 80 au niveau national. Ces centres recrutent à l'échelle nationale. (A noter : un regroupement sur Annecy de 3 des 4 CRP est en projet).

4.1 Favoriser la mobilité, l'évaluation et la formation dans le parcours professionnel (notamment pour les travailleurs d'ESAT)

- **Problématique/constats**

Depuis le décret n° 2006-703, l'article R. 243-8 prévoit la remise annuelle par les ESAT au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales «[...d'] un rapport sur leur politique en faveur des travailleurs handicapés qu'ils accueillent, en particulier en matière de rémunération garantie versée et de mise en oeuvre d'actions de formation. Sur le fondement de ce rapport, une convention ou, le cas échéant, un avenant (...) peut fixer un objectif d'augmentation du taux moyen de financement de la rémunération garantie par l'ESAT [...]. Elle définit **des orientations en matière de formation des travailleurs handicapés.**

Cet objectif d'augmentation doit demeurer compatible avec le projet de l'établissement ou du service d'aide par le travail. **Il ne peut avoir pour effet de remettre en cause des investissements nécessaires à l'accomplissement de la mission qui lui est assignée par l'article L. 344-2."**

De même le décret relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail présentant un modèle de contrat établi entre l'établissement ou le service d'aide par le travail et chaque travailleur handicapé précise à l'article 2 du modèle de contrat :

« Appui à l'exercice des activités à caractère professionnel »

Dans le cadre de la mise en œuvre de son règlement de fonctionnement et de son projet institutionnel, l'établissement ou le service d'aide par le travail X s'engage à mettre en place une organisation permettant à Mme, Mlle, M. Y d'exercer des activités à caractère professionnel adaptées à ses capacités et à ses aspirations.

*A ce titre, il s'engage à tout mettre en œuvre pour permettre à Mme, Mlle, M. Y de bénéficier de **toute action d'entretien des connaissances, de maintien des acquis scolaires, de formation professionnelle susceptibles de favoriser le développement de ses compétences et son parcours professionnel au sein du milieu protégé ou vers le milieu ordinaire de travail.** [...]"*

Cependant quelles que soient les préconisations réglementaires, le souci de développer la mobilité des travailleurs handicapés s'impose ; ceci pour deux raisons :

Celle de la prise en compte de la personne :

En effet l'objectif de mobilité permet d'associer les deux missions souvent perçues comme contradictoires : la mission sociale et la mission d'insertion en situation professionnelle. Il ouvre à une conception dynamique de l'intégration en ESAT fondant celle-ci sur l'idée de parcours professionnel, parcours qui conduirait la personne vers la situation tenant le mieux compte de ses capacités en évolution.

(On peut se référer à l'innovation conceptuelle du Comité Consultatif National d'Éthique qui promeut la notion de "personne humaine potentielle" comme référence éthique. Respecter l'individu c'est d'abord respecter ses potentialités, sa capacité à advenir. Concevoir pour la personne accueillie en ESAT un projet de mobilité professionnelle qui tient compte de sa volonté, c'est alimenter ce que l'on désigne sous le terme de "projet de vie")

Celle de l'efficience du dispositif d'insertion en situation professionnelle

Les constats émis dans le groupe de travail ont relevé le manque de fluidité au sein du dispositif de travail protégé qui s'expliqua par **une présence insuffisante des fonctions d'évaluation, de formation ou d'apprentissage dans les établissements.** Y est notée, la nécessité de faire évoluer le projet professionnel en prenant plus largement en compte la spécificité des personnes et leur évolution.

Partageant déjà ces constats et afin de favoriser une mobilité des travailleurs handicapés, des travaux ont été initiés à la demande du CTDESI avec le soutien technique du CREA Rhône-Alpes afin d'élaborer et de partager un outil commun d'évaluation des capacités des travailleurs handicapés (outil OCECP 74).

Par ailleurs une nouvelle fluidité de la liste d'attente a été expérimentée : depuis novembre 2004, trois associations gérant 3 ESAT ont passé convention avec la DDASS pour expérimenter des PAS (Places d'Aide par le Stage). Quatre places départementales ont été mobilisées pour 3 ESAT afin d'expérimenter des "PAS".

Après 2 évaluations et un bilan, le constat global est très positif : ces places ont permis d'accueillir 25 personnes handicapées en 2004/2005. Dès la première évaluation, il a été décidé de ne plus proposer ces places aux jeunes issus des IME pour lesquels la formule des stages classiques doit être utilisée. En 2006, 14 personnes issues des listes d'attente en ont pleinement tiré profit. Cette action permet un maintien ou la création d'un lien social et professionnel et surtout dynamise quelque peu la période d'attente en mobilisant la personne autour d'un projet. L'évaluation s'effectue avec l'outil OCECP. Cette 1^{ère} expérience a conduit à décider de pérenniser ces PAS pour les établissements concernés et de proposer aux autres ESAT intéressés de présenter un projet correspondant au cahier des charges précisé dans cette convention. La mise en place de ce dispositif sera

réalisée prioritairement par redéploiement de places existantes. Le nombre de places PAS ne pourra excéder une place par tranche de 65 places.

Ces constats sont à compléter en citant l'atout que constitue en Haute-Savoie le dispositif départemental de CRP (centre de réadaptation professionnelle) qui peut être qualifié d'exceptionnel au regard des autres départements : le département dispose en effet de quatre CRP. Pour le développement d'actions de formation en faveur des travailleurs handicapés, une réflexion pourrait être conduite sur la manière de les mobiliser et de s'appuyer sur leur compétence en tant qu'organisme de formation.

Enfin le diagnostic pointe le peu de places ou actions adaptées aux situations de handicap psychique.

A noter cependant, la mise en place dans un ESAT d'un "SAS" (Service d'Accueil Spécialisé) prévu pour permettre aux usagers de s'isoler et de s'apaiser au moment d'une crise ou d'une décompensation par exemple.

- **Objectifs :**

Au vu de ces constats, les objectifs vont surtout retenir une **conception de parcours professionnel** incluant des actions de formation et adoptant une culture et des méthodologies d'évaluation des compétences.

Il s'agira donc :

- **D'élaborer et de formaliser un parcours professionnel pour chaque travailleur handicapé.**
- **D'évaluer, valoriser, et développer les capacités des travailleurs fréquentant les ESAT.**

Il y aura aussi lieu dans ce cadre de prêter attention aux indices de fatigabilité, notamment dans les situations de vieillissement ou de handicap psychique.

Ces objectifs seront mis au service de celui de **la promotion de la mobilité professionnelle** du travailleur handicapé au sein ou en dehors de l'ESAT.

Enfin, **l'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de handicap psychique** devra être soutenu. A cet égard le plan de santé mentale préconise de :

*"Prendre en compte (...) les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques, notamment au moyen de cahiers des charges et d'outils de bonnes pratiques **sur la base d'un recensement et d'une évaluation des initiatives déjà existantes** et des expériences innovantes en matière d'insertion professionnelle" (Extrait du PSM)*

Moyens :

Le souci de renforcement de la mobilité des travailleurs en situation de handicap peut se traduire par :

- La description, dans chaque projet d'ESAT, des réponses proposées pour favoriser la mobilité des travailleurs handicapés,
- L'intégration d'un parcours professionnel dans le Projet Individuel des travailleurs d'ESAT et le contrat de soutien et d'aide par le travail,
- La construction d'un système d'observation de la mobilité,
- La généralisation par un appel d'offre à tous les ESAT du dispositif expérimental des PAS (places d'aide par les stages).

→ Voir fiche action 4. 1.

"Observer et favoriser la mobilité des travailleurs handicapés"

- Le développement et l'utilisation systématique des outils d'évaluation des compétences (OCECP), avec l'organisation d'un comité de suivi et d'évaluation (Voir la fiche action précitée)
- La pérennisation des formules de certification AFPA

Pour une plus grande prise en compte des situations de handicap psychique :

- Une adaptation des réponses et de l'accueil dans les ESAT en faveur des personnes souffrant de handicap psychique. Ceci supposera de prévoir un accompagnement et une formalisation des initiatives existantes - comme le service d'accueil spécialisé mis en place à l'ESAT de la Roche. (*Voir la fiche action 7. 1. "Soutenir la réhabilitation des personnes handicapées par la maladie mentale"*)

4.2 Promouvoir la notion de parcours entre milieu ordinaire et milieu protégé

- **Problématique :**

La loi du 11 février 2005 cherche à favoriser une possibilité de parcours entre le milieu protégé et le milieu ordinaire.

Pour permettre à ceux qui le peuvent d'évoluer vers le milieu ordinaire, le principe d'une mise à disposition, non limitée dans le temps, est repris par la loi du 11 février 2005. Ainsi, les travailleurs handicapés dans cette situation pourront être mis à la disposition d'une entreprise afin d'exercer une activité à l'extérieur de l'établissement ou du service auquel ils demeureront attachés (CASF, article L.344-2-5 nouveau du code du travail). **Ce dernier continuera donc à leur délivrer les prestations de soutien relevant de la mission de l'ESAT.**

Des modalités de détachement individuel ou collectif peuvent être ainsi organisées.

De même le bénéfice d'un soutien pendant un contrat de travail ou d'emploi peut être proposé :

C'est ainsi qu'un travailleur handicapé admis dans une structure d'aide par le travail pourra, lorsqu'il conclut un contrat de travail à durée déterminée, un contrat initiative emploi ou un contrat d'accompagnement dans l'emploi, bénéficiaire, avec son accord ou celui de son représentant légal, d'une convention conclue entre l'établissement ou le service d'aide par le travail, son employeur en milieu ordinaire et éventuellement un service d'accompagnement à la vie sociale (article L.344-2-5 du CASF). Cette convention précisera **les modalités de l'aide apportée par l'établissement ou le service d'accompagnement à la vie sociale au travailleur handicapé et à son employeur pendant la durée du contrat de travail.**

Garantir le droit au retour

Ainsi que le prévoit l'article L. 344-2-5 du CASF, la personne handicapée bénéficiera, en cas de rupture de ce contrat de travail ou de non recrutement définitif, d'un **droit à réintégration de plein droit** dans l'établissement ou le service d'aide par le travail d'origine ou, à défaut, dans un autre établissement ou service d'aide par le travail.

Les constats émis par le groupe de travail font mention d'une connaissance et de relations insuffisantes des ESAT avec le milieu ordinaire et réciproquement.

- **Objectifs :**

L'objectif premier sera de **faciliter l'accès au milieu ordinaire**. En prenant en compte le fait que ces passages se doivent d'être au préalable anticipés et préparés.

Objectif qui supposera de :

- Favoriser une meilleure connaissance de la situation de handicap par les milieux professionnels ; une médiation est préconisée, qui pourrait être exercée par les ESAT eux-mêmes.
- Développer l'accompagnement social et professionnel du travailleur handicapé en milieu ordinaire

Pour autant des garanties d'accueil devront être offertes afin d'encourager des parcours incluant ces passages en assurant le droit "au retour" si le besoin s'avère nécessaire.

"Rendre effectives les passerelles entre les ESAT et les entreprises adaptées" (Référence aux 15 mesures proposées par le gouvernement pour faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées)

- **Moyens :**

Favoriser, conformément aux missions maintenant dévolues aux ESAT, les détachements individuels ou collectifs ; tenter à cet effet des actions d'insertion si les travailleurs le souhaitent et en ont la possibilité.

Développer et adapter les postes de référents d'insertion dans les ESAT (en les mutualisant par l'intermédiaire de GCSMS : cf. supra "développer la complémentarité entre les structures")

→ Voir fiche action 4. 2.

"Créer des coopérations / mutualisations entre ESAT"

Favoriser la formation des travailleurs en s'appuyant sur les CRP et en adaptant leur offre (relèvent de la compétence du schéma régional).

Développer des formations en direction des travailleurs handicapés (conformément au décret du n° 2006-703 du 16 juin 2006).

Offrir des actions d'accompagnement professionnel en développant ou adaptant les missions des SAVS ou des SAMSAH à celles de l'accompagnement professionnel (*Voir l'orientation 3 concernant l'adaptation et la diversification de l'offre, et la fiche action sur les SAMSAH*).

Prévoir une capacité afin de pouvoir garantir le "droit au retour" : dégager, à l'échelle départementale, un certain nombre de places "flottantes" permettant ponctuellement la réintégration de personnes handicapées issues du milieu ordinaire. Le pilotage de cette mesure et l'attribution de ces places aux différents établissements sont assurés au niveau départemental par la DDASS (voir en ce sens le pilotage des PAS).

Voir la fiche action 4. 1. "observer et favoriser la mobilité des travailleurs handicapés".

4.3 Répondre au besoin de soutien des travailleurs handicapés

- **Références :**

Décret n° 77-1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application aux travailleurs handicapés salariés des dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 relatives à la garantie de ressources (abrogé par le décret 2004-1136 du 21 octobre 2004)

Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative aux centres d'aide par le travail

Décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) et le code de la sécurité sociale

Décret n° 2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail

- **Problématique/constat :**

Comme déjà dit, les deux missions des ESAT sont souvent perçues comme contradictoires : la mission sociale centrée sur la promotion de la personne et qui tient compte de sa situation de vulnérabilité, et la mission d'insertion en situation professionnelle centrée sur la production.

La mission sociale et de soutien éducatif est confirmée dans le décret.

Pour autant les constats du groupe de travail soulignent d'une part l'organisation des ESAT, dans les faits, souvent davantage centrée sur la production et d'autre part le coût élevé de certaines animations (dans le domaine artistique notamment).

Par ailleurs, les nouvelles dispositions introduites par la loi 2005.102 en matière d'aide aux travailleurs handicapés accueillis en ESAT lors de mise à disposition ou bénéficiant de contrat de travail ou d'emploi préconisent la poursuite des actions de soutien dans ces situations.

Doit aussi être mentionnée la question de l'occupation du temps non travaillé pour ce qui concerne particulièrement les travailleurs à temps partiel. Ces derniers se retrouvent en effet, à l'issue de leur activité professionnelle sans occupation.

Une situation très particulière doit également être prise en compte, celle de certaines personnes handicapées (usagers de FAM par exemple), qui, orientées en tant qu'"inaptes", seraient capables d'exercer une activité de type professionnel dans une certaine mesure, bien qu'il ne s'agisse que de quelques heures par semaine seulement.

• Objectifs

Les objectifs seront ici de :

- renforcer et d'améliorer l'accompagnement médico-social des travailleurs d'ESAT,
- favoriser le maintien des acquis et le développement des capacités,
- délivrer également ces soutiens aux travailleurs handicapés en situation de mise à disposition ou ayant conclu un contrat de travail à durée déterminée, un contrat initiative emploi ou un contrat d'accompagnement dans l'emploi,
- valoriser le temps non travaillé, éventuellement en lien avec des réponses autres que celles de l'ESAT.

(Voir l'orientation 3 "diversifier et adapter l'offre").

Afin de répondre au dernier problème évoqué, il serait pertinent de rechercher des solutions individualisées pour les personnes n'étant pas reconnues en tant que travailleurs handicapés, mais capables d'exercer une activité.

(Voir la fiche action 4.1)

• Moyens

- Proposer une meilleure rationalisation des activités dans la mesure du possible par une mutualisation - coopération inter établissements (cf. supra). Il pourrait être proposé de partager des professionnels qualifiés et compétents. Ceci aurait pour effet d'élargir les choix d'activités proposées.
- *(Voir la fiche action 4. 2.)*
- Maintenir le même degré d'accompagnement social quel que soit le rythme de travail (y compris celui du temps partiel).
- Permettre aux travailleurs à temps partiel de bénéficier d'un lieu d'accueil et de socialisation accessible pendant leur temps non travaillé.

Cette action rejoint l'orientation 3 "diversifier et adapter l'offre, améliorer les conditions de socialisation" (voir la fiche action sur le SAJ expérimental).

- Créer des banques de données des activités et ressources ; utiliser les réseaux existants.

4.4 Accompagner le passage d'adolescent à adulte dans le domaine de l'emploi

Cette orientation est un prolongement de l'orientation 4 du schéma départemental en faveur des enfants et adolescents en situation de handicap "Garantir des parcours de formation individualisés adaptés" qui a retenu les objectifs opérationnels suivants :

- Faciliter l'accès des jeunes en situation de handicap à un parcours d'insertion
- Missionner les établissements et services médico-sociaux pour le soutien à la formation professionnelle
- Dispenser accueil et information, évaluation, orientation auprès de jeunes (et de leurs familles) en recherche d'un projet de formation
- Transformer la pré professionnalisation en dispositif ayant des objectifs précis et évaluables
- S'engager dans une culture d'insertion
- Développer des échanges d'information, des passerelles, des connexions entre le monde professionnel, les établissements et services médico-sociaux, les commissions d'accès aux droits, les dispositifs de formation et d'insertion de droit commun et l'Éducation nationale
- Mettre en œuvre une évaluation partagée et une concertation, par bassin géographique, à propos de ces jeunes

Rappel des Objectifs de la Charte de partenariat Rhône-Alpes pour l'insertion professionnelle des jeunes en situation de handicap :

- Offrir aux jeunes handicapés de la région Rhône-Alpes, une égalité d'accès à une même offre de prestations d'insertion socioprofessionnelle sur l'ensemble du territoire régional en synergie avec les missions locales, tout en tenant compte du contexte local et des dispositifs d'ores et déjà mis en œuvre,

- Soutenir et poursuivre l'effort de formation professionnelle diplômante ou qualifiante en faveur de ces publics, en particulier dans la mise en lien des dispositifs d'insertion professionnelle avec les établissements du secteur médico-social, [...] ainsi qu'avec le schéma régional de la formation professionnelle,
- Réduire le nombre de jeunes handicapés en situation de déshérence entre les différents dispositifs (droit commun ou spécialisé),
- Mettre à disposition des coordinations des PDITH, et après concertation avec elles, des outils pérennes de pilotage.

→ 9 fonctions sont attribuées à ce dispositif : repérage, diagnostic, orientation, mise en œuvre des solutions, formation, préparation et accès à l'emploi, accompagnement et maintien dans l'emploi

- **Problématique/constat :**

L'analyse porte surtout sur la situation des jeunes de 16 à 18 ans. Le constat émis par le groupe de travail pointe le choix insuffisant en matière de métiers et de formation pour les jeunes vivant une situation de handicap.

Il attire aussi l'attention sur une conséquence de la scolarisation en milieu ordinaire, à savoir le risque d'absence de formation professionnelle et de préparation au milieu du travail.

- **Objectifs départementaux :**

L'adoption de la notion de parcours de scolarisation, et de formation et de parcours professionnel conduit à éviter toute rupture et faciliter les passages.

Il s'agira en direction des jeunes de 16 à 18 ans de retenir les objectifs suivants :

- Faciliter l'accès au travail et à la formation professionnelle,
- Permettre l'accès à de nouveaux métiers.

- **Moyens :**

Il est attendu de chacun des acteurs engagés dans les actions de formation qu'il retienne dès que les jeunes concernés atteignent l'âge de 16 ans la notion de projet professionnel. Un développement et un enrichissement de l'offre de formation proposée aux jeunes sont attendus.

Pourrait être favorisée la mise à disposition, pour des actions en faveur des jeunes de 16 à 18 ans scolarisés en milieu ordinaire, des plateaux techniques des IME (comme par exemple les IME Le Chalet St André de Megève et Nous aussi de Cluses) ainsi que ceux des ESAT (en leur permettant d'y réaliser des stages).

Offrir la solution de l'accueil temporaire (en structure pour enfants ou pour adultes) afin de faciliter la mobilité géographique des jeunes travailleurs sur le plan des transports et de l'hébergement.

(Voir la fiche action 3. 1. sur l'accueil temporaire)

Faciliter les allers-retours entre services médico-sociaux pour adolescents et services médico-sociaux pour adultes, notamment en renforçant les liens entre IMPro et ESAT.



5

Améliorer la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

5 Améliorer la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées

Les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions de vie et de l'accompagnement médico-social ont provoqué de façon sensible l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées. Une augmentation très importante du nombre de personnes handicapées âgées est à prévoir avec des conséquences en terme d'adaptation quantitative et qualitative de l'offre de prise en charge.

Le phénomène de vieillissement chez les personnes handicapées doit être pris en compte à la fois pour :

- les personnes handicapées vivant à leur domicile,
- les personnes handicapées accueillies en établissement.

Le thème de la vie à domicile des personnes handicapées a fait plus largement l'objet d'une orientation du présent schéma (voir supra). Il convient ici de souligner l'importance accrue de développer le soutien aux proches et à la famille – précédemment évoqué dans la partie concernant "l'aide aux aidants" – s'agissant des personnes handicapées vieillissantes. En effet le phénomène du vieillissement est une réelle cause d'angoisse et souvent de culpabilité pour la famille, notamment les parents de personnes handicapées qui redoutent leur propre vieillissement, voire leur disparition.

La question du maintien à domicile des personnes handicapées touche en outre – et de même que leur prise en charge en établissement – à celles de la sensibilisation et de la formation des professionnels intervenant auprès d'elles, qui seront envisagées dans un chapitre suivant.

S'agissant des personnes accueillies en établissement, la prise en compte du processus de vieillissement appelle deux types d'impératifs : l'amélioration et le développement de réponses spécifiques en faveur des personnes handicapées vieillissantes (5.1), et la nécessité d'aménager ou de sensibiliser les autres services – services spécialisés pour personnes handicapées ou services de droit commun pour personnes âgées - (5.2).

5.1 Améliorer et développer les réponses spécifiques

- **Problématiques et constats : des pratiques départementales adaptées et innovantes, à développer**

→ Originalité et souplesse du SPTS

Ainsi que le note le rapport de M. Blanc,⁴ l'accroissement rapide du nombre de personnes handicapées vieillissantes nécessite pour les autorités de tutelle de susciter et d'accompagner les initiatives en faveur de ces personnes, portées à la fois par les établissements et par les politiques départementales. Peuvent à ce titre être soulignées la pertinence et l'originalité du SPTS - service de préparation, de transition et de suivi -, dispositif innovant mis en place depuis quelques années par le Conseil Général de Haute-Savoie. Il s'agit d'une mesure financée de façon individuelle, qui permet un travail individualisé d'orientation progressive des personnes handicapées vieillissantes.

→ Intérêt des SATTHAV

Le groupe de travail départemental sur le thème du vieillissement a également souligné l'intérêt des SATTHAV, services d'accueil transitoire pour travailleurs handicapés vieillissants. Au nombre de 3 dans le département, leur mission est de proposer un aménagement du temps des travailleurs d'ESAT vieillissants afin de :

- les accompagner en cas d'invalidité partielle permanente,
- les préparer au statut de retraité,
- les aider par une activité adaptée à conserver leurs acquis sur les plans moteur, intellectuel, de la communication et de l'autonomie.

Ce dispositif permet de mieux prendre en compte la spécificité des capacités des travailleurs vieillissants et de leurs besoins. En effet et malgré l'augmentation constatée de l'espérance de vie des personnes handicapées, l'usure au travail est plus rapide et importante pour ces dernières.

⁴ "Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge" – Rapport remis le 11 juillet 2006 à M. Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

Le groupe de travail a préconisé un assouplissement de l'accueil des SATTHAV, et leur ouverture à d'autres personnes que les travailleurs d'ESAT.

Les deux dispositifs précités mis en place dans le département vont bien dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'évolution des besoins des personnes en fonction de leur vieillissement, passant par l'aménagement de solutions transitoires adaptées.

Pour autant cet aspect qualitatif de l'offre départementale ne permet pas d'é luder le problème de l'augmentation démographique à venir des personnes handicapées âgées, ni même de répondre à la demande actuelle d'accueil en établissement spécialisé. Des listes d'attente importantes sont en effet citées dans les structures existantes⁵ :

- la résidence Leirens dans le Genevois (disposant d'une autorisation de 60 places dont 40 sont actuellement installées),
- un FAM dans le bassin annecien (40 places autorisées / 8 installées).

• Objectifs opérationnels et moyens à mettre en oeuvre

➔ Le renforcement de l'offre d'hébergement

Au vu des listes d'attente constatées dans les structures précitées, une augmentation des capacités en établissements spécialisés est indispensable. Si plusieurs projets sont actuellement en cours ils ne seront pas suffisants pour répondre aux besoins ; il s'agit en effet non seulement de faire face à la demande actuelle, mais aussi d'anticiper son accroissement à venir.

L'objectif est d'accompagner les projets en cours et de créer un établissement d'hébergement spécialisé par bassin de vie. Au-delà des places restant à installer sur les bassins genevois et annecien, la réflexion menée dans le Chablais doit aboutir, et un travail est à impulser dans la Vallée de l'Arve.

➔ Le maintien du dispositif SPTS

Le dispositif SPTS, souple et adapté, est apprécié des professionnels. Son renouvellement – voire sa pérennisation – est donc préconisé à l'issue du conventionnement en cours d'une durée de 3 ans.

⁵ Selon les résultats de l'enquête conduite en 2004 par le Conseil général et la DDASS de Haute-Savoie auprès des établissements et services pour adultes handicapés

→ La généralisation et l'assouplissement des SATTHAV

Il est souhaité que les SATTHAV soient généralisés à tout le département, à hauteur de un par bassin de vie. Le groupe de travail avait en outre préconisé leur assouplissement et leur ouverture à l'extérieur. Une expérimentation est à prévoir dans un premier temps avec l'intégration d'un SATTHAV à un service d'accueil de jour ouvert à tous.

(Voir la fiche action 3. 2. sur le SAJ expérimental)

On peut remarquer ici que l'amélioration de l'offre en faveur des personnes handicapées vieillissantes ne peut se faire de façon totalement isolée, et les réponses, bien que spécifiques, doivent être envisagées en lien avec les autres dispositifs spécialisés ou de droit commun.

5.2 Favoriser le lien avec les autres services spécialisés ou de droit commun

Le vieillissement des personnes handicapées provoque des difficultés de prise en charge en institution, aussi bien au niveau des établissements et services destinés aux adultes handicapés que des établissements pour personnes âgées.

Un phénomène peut ainsi apparaître comme symptomatique de ces difficultés, le fait que des raisons "juridiques" soient invoquées pour fermer les portes devant les personnes handicapées vieillissantes.

Or il est nécessaire de rappeler que depuis les récentes réformes législatives et réglementaires aucune barrière d'âge à la présence de personnes n'est imposée, ni dans les établissements pour personnes âgées, ni dans les établissements pour adultes handicapés.

- **Handicap et droit commun des personnes âgées**

→ Un constat – le décalage entre les besoins des personnes âgées et ceux des personnes handicapées vieillissantes

Il est important de souligner la différence de profil entre la population, vivant en institution, des personnes handicapées âgées – personnes déjà en situation de handicap avant d'entamer un processus de vieillissement - et de celle des personnes âgées – souvent handicapées elles aussi. Ces différences relèvent à la fois du sexe, de l'âge (moyenne d'âge et âge moyen d'entrée dans la structure) et du type de handicap. Les personnes handicapées accueillies en institution pour personnes âgées sont en effet en majorité des hommes, ont un âge moyen (y compris d'entrée) bien inférieur à celui des autres usagers d'établissements pour personnes âgées, et, contrairement à ces derniers, souffrent pour près de 70% d'entre eux d'un handicap mental isolé.⁶

De plus et par conséquent, les besoins d'accompagnement et les rythmes de vie diffèrent eux aussi. L'organisation de la prise en charge des personnes handicapées doit être centrée beaucoup plus sur les activités et l'accompagnement dans le quotidien, que sur le nursing et les soins techniques, ainsi que le requiert l'état de santé des personnes âgées

⁶ Résultats de l'étude "Personnes handicapées vieillissantes et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes" – CRAM Rhône-Alpes – Décembre 2004

non handicapées avant l'âge de la "vieillesse". Le constat de ces divergences pose la question du type de réponse qu'un établissement réservé aux personnes âgées peut offrir aux personnes handicapées – sous représentées en terme d'effectif.

→ **Les objectifs opérationnels en terme d'adaptation des réponses pour personnes âgées aux besoins des personnes handicapées**

Si cette remarque, aussi bien que les réponses qu'elle appelle, relèvent plutôt du schéma départemental de gérontologie, on peut pointer ici le fait que l'accueil conjoint des personnes âgées et adultes handicapés nécessite une réelle adaptation des EHPA, passant notamment par une formation spécifique du personnel des institutions pour personnes âgées et un projet d'accueil adapté.

Le groupe départemental travaillant sur le vieillissement a suggéré d'inciter le **conventionnement de structures spécialisées pour personnes handicapées avec les EHPAD pour permettre le renforcement de leur personnel**, en suivant notamment l'exemple de l'EHPAD de Meythet ayant établi un partenariat avec l'ADIMC.

Dans le sens d'une adaptation des réponses mises en place pour les personnes âgées aux besoins spécifiques des personnes handicapées, la solution des **foyers-logements** doit être étudiée, en envisageant l'**intervention de SAVS, SAMSAH et SSIAD**.

Un effort de rapprochement entre les secteurs du handicap et personnes âgées peut d'ores et déjà être souligné avec l'**intégration de la problématique du handicap par les COLOC** (comités locaux de coordination) : un groupe de travail sur le handicap vient d'être lancé dans le département, dont la première réunion a eu lieu fin 2006. Une prochaine est prévue en février 2007.

Pour tenter de répondre au problème du transport, précédemment évoqué dans ce schéma et qui se pose de manière plus particulière pour les personnes handicapées âgées, le groupe de travail départemental a préconisé une **mutualisation des moyens avec des EHPAD pour permettre l'accès à des véhicules adaptés** (médicalisés).

Il est également nécessaire de mieux prendre en compte les situations de vieillissement des personnes handicapées en milieu hospitalier (voir l'accès aux soins)

- **Vieillessement des usagers en structures spécialisées**

→ Problématiques et constats

Ainsi qu'il a été rappelé plus haut, la problématique du vieillissement des personnes handicapées accueillies en établissement spécialisé recouvre notamment les questions de fatigabilité des personnes, de difficultés à suivre les rythmes de travail, du poids ressenti de la collectivité. C'est donc l'adaptabilité des structures à l'évolution des personnes accueillies qui est en cause, en ce qui concerne les modalités d'accueil (accueil à temps partiel, SAJ...) mais également la nature des activités proposées et les modes d'organisation des ateliers. Il s'agit donc d'individualiser des parcours professionnels (voir supra, l'orientation du schéma concernant l'emploi), en prenant en compte aussi bien les progressions que les phases de ralentissement temporaires ou durables. Cette nécessité d'adaptabilité et d'individualisation s'applique plus généralement à la conception que doivent avoir les établissements d'accueil et d'hébergement du parcours de vie des personnes.

Le groupe de travail a pointé un problème très spécifique que peuvent rencontrer les travailleurs d'ESAT, celui de la perte du logement au moment de la retraite. Le foyer d'hébergement fait en effet office de "logement de fonction", et le départ obligé de celui-ci, concomitant à la cessation d'activité, peut constituer une rupture des liens très brutale pour la personne handicapée.

Ce problème peut être plus globalement relié à celui de la perte de repères et de liens consécutive à un changement d'établissement (départ pour un EHPAD par exemple) en raison du vieillissement de la personne.

→ Objectifs à atteindre et moyens à mettre en œuvre :

L'objectif global, souligné par le groupe de travail, étant d'**éviter l'isolement des personnes handicapées vieillissantes et les ruptures dans les parcours de vie**, cet impératif nécessite une intégration par les établissements du phénomène de vieillissement de leurs usagers.

D'un point de vue qualitatif, les réponses proposées doivent **prendre en compte l'évolution des besoins des usagers vieillissants**, et permettre de respecter leur volonté et leur choix de vie. Cela implique notamment (comme évoqué précédemment) de veiller à ne pas rompre des habitudes, des amitiés, des attachements, de chercher à maintenir le lien social et les relations, alors que la famille est souvent de moins en moins présente.

Il est attendu des structures pour personnes handicapées qu'elles prévoient dans leur projet d'établissement ou de service la mise en place un système d'observation et

d'évaluation des besoins liés au vieillissement de leurs usagers. Un premier moyen simple est par exemple de prévoir dans chaque établissement pour personnes handicapées une observation de la pyramide des âges des usagers. La réalisation de bilans réguliers est également à prévoir.

La **possibilité d'accéder à une mesure de SAVS**, éventuellement rattachée à un SAMSAH existant, **pour les personnes de plus de 60 ans** est préconisée en tant que moyen de maintien des liens en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

(Voir la fiche action 2. 1. sur le développement des SAMSAH)

L'ouverture et l'**intégration des SATTHAV**, évoquée ci-dessus, **à l'offre d'accueil des SAJ**, en créant d'abord une structure expérimentale, constituerait aussi un mode de socialisation de ces personnes.

(Voir la fiche action 3. 2.)

Des réponses au problème précité de la perte de logement brutale des travailleurs d'ESAT doivent être recherchées en amont de la cessation d'activité, en concertation avec le SPTS. Les foyers d'hébergement pourront par exemple prévoir une extension de leur capacité en une section spécialisée destinée à leurs travailleurs retraités, avant leur accueil en EHPAD, permettant à ces derniers de conserver leurs liens sociaux ou amicaux. Une autre réponse peut être envisagée à travers l'accueil en foyer logement avec un accompagnement adapté.

Enfin et toujours dans le sens d'une adaptation de l'offre aux besoins des usagers vieillissants, **certaines places de foyer de vie pourront être médicalisées**, et l'intervention de SSIAD y être développée.

(Voir la fiche action 6. 2. "Améliorer l'accès aux ressources médicales")



⑥

Améliorer l'accès aux soins pour les personnes handicapées

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

6 Améliorer l'accès aux soins pour les personnes handicapées

Le droit des usagers est un point central de la loi du 2 janvier 2002. L'enjeu est de rendre effectives les possibilités de choix des personnes en leur garantissant - notamment - l'accès aux soins somatiques ou psychiques quels que soient leur âge et leur situation de handicap, qu'elles soient accueillies dans une structure médico-sociale ou qu'elles soient à leur domicile, la situation de handicap ne devant pas constituer un obstacle à l'accès aux soins.

Autre référence à cette orientation du schéma départemental, le plan régional de santé publique (PRSP), dont plusieurs préconisations vont dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins :

"Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficulté ..."

"Développer les dispositifs d'interface et les initiatives concourant à un décloisonnement entre le médical et le social, entre la ville et l'hôpital, et, tout particulièrement, dans le domaine de la psychiatrie"

"Faciliter l'accès aux ressources de prévention, de dépistage et de soins par l'adaptation de l'offre (développement de relais, de services mobiles ...)"

6.1 Assouplir les modalités d'accès au dispositif de soins de droit commun en privilégiant la proximité et les liens entre secteurs sanitaire et médico-social

- **Problématiques/constats :**

Le groupe de réflexion départemental travaillant sur la problématique du soin admet une certaine et apparente amélioration de l'accès à la médecine de ville et de l'accueil hospitalier en faveur des personnes en situation de handicap. Pour autant, d'importantes difficultés persistent.

→ Des difficultés d'accès aux soins somatiques, plus particulièrement dans le dispositif de soins libéral

Le groupe de travail a considéré les soins buccodentaires comme un bon indicateur des difficultés ou facilités d'accès aux soins pour les personnes handicapées. Si leur accessibilité apparaît aujourd'hui meilleure (ainsi l'exemple du détartrage annuel), sont pourtant remarqués des traitements différents de ceux dont peut bénéficier la population non handicapée (à titre d'exemple, les extractions dentaires sont plus fréquentes chez les personnes handicapées). Il est en outre constaté une altération de l'état buccodentaire plus rapide que pour la population "générale" - probablement du fait des prises médicamenteuses.

D'une manière générale, l'accès aux soins de ville pose des difficultés persistantes pour les personnes handicapées, en terme d'accessibilité physique des locaux notamment, mais aussi souvent liées à la méconnaissance par les praticiens libéraux des spécificités de la prise en charge des personnes handicapées - savoir-faire, attitude rassurante, temps de consultation plus long ...

La problématique de l'accès aux soins de ville peut également traduire un phénomène de réticence de certains libéraux à la prise en charge de personnes handicapées. S'agissant plus particulièrement de celles souffrant d'un handicap psychique, les difficultés d'accès peuvent aller jusqu'à des refus de prise en charge par les praticiens.

→ Certaines difficultés relevant des liens avec le secteur hospitalier

L'hospitalisation, qu'elle soit ponctuelle ou récurrente, dans le cas des situations de grande dépendance ou de dégradation progressive de l'état de santé dans les processus invalidants, **est souvent un moment difficile pour la personne handicapée** et pour son entourage, qu'il soit familial ou professionnel.

Des difficultés ont été mentionnées par le groupe de travail pour les personnes vivant une situation de handicap mental quant aux conditions d'hospitalisation. En revanche pour les usagers atteints de handicap psychique et contrairement à leurs difficultés d'accès aux soins de ville évoquées plus haut, une hospitalisation semble pouvoir être réalisée très rapidement - dans la demi-journée. Cette facilité soulignée par le groupe semble tenir au montage même du projet d'accueil, construit en partenariat étroit avec le centre hospitalier.

D'un point de vue général, un **manque de souplesse lors du retour d'hospitalisation** a été mis en avant, du fait d'une préparation insuffisante de cette sortie de l'hôpital. Il est en ce sens souvent constaté que les personnes handicapées doivent elles-mêmes assurer leur nouvelle organisation à la sortie de l'établissement sanitaire, alors qu'elles ne bénéficient que de peu d'informations et auraient besoin d'un accompagnement structuré.

Constat positif mis en avant par le groupe : les hospitalisations (psychiatriques plus précisément) de personnes souffrant d'autisme sembleraient moins fréquentes, et seraient pratiquées lorsque la situation nécessite effectivement un traitement lourd ou un séjour de rupture. Si cette évolution favorable est due à la formation des équipes des établissements aux prises en charge, il existe encore toutefois des hospitalisations au long cours de personnes souffrant d'autisme.

- **Objectifs et moyens**

- **Améliorer les liaisons hospitalisation/accueil en établissement médico-social**

Dans certains cas particuliers d'hospitalisation de personnes handicapées - atteintes de polyhandicap notamment - le groupe de travail a suggéré, afin d'améliorer les conditions de prise en charge à l'hôpital, de rechercher les modalités d'un accompagnement pour aider à la prise des repas des personnes et préconiser une meilleure installation des personnes alitées.

S'agissant du retour d'hospitalisation, il paraît utile de s'attacher à assurer la continuité des soins par exemple avec l'intervention de SSIAD ou de service d'HAD, en fonction des situations de vie.

- **Améliorer l'accès aux ressources sanitaires**

Cet impératif concerne aussi bien les établissements et services que les cabinets libéraux, mais également les services de soins de suite et de rééducation.

L'amélioration de l'accès aux soins peut passer par plusieurs moyens :

- Le développement de SAMSAH (*voir le chapitre concernant le développement de services d'aides à la personne et la fiche action 2. 1.*),
- Un partenariat avec le réseau régional existant pour les soins bucco-dentaires ⁷,
- Une sensibilisation des professionnels de santé, paramédicaux notamment, à la problématique du handicap, via leurs organisations professionnelles.

⁷ Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap en Rhône-Alpes – présidé par le Dr Eric-Nicolas BORY et financé depuis le 1^{er} Juillet 2005 par la dotation régionale pour le développement des réseaux

→ Voir fiche action 6. 1.

"Sensibiliser les professionnels médicaux et paramédicaux"

- L'identification, par bassin, d'une ou plusieurs personnes ressources (dentiste, gynécologues ...) sensibilisée(s) à la prise en charge du handicap

Il s'agit plus largement, de préconiser le développement d'une culture du dialogue avec le secteur libéral.

Enfin et surtout, il est indispensable de **favoriser l'accompagnement aux soins** des personnes handicapées. [Il s'agit également d'un axe du PRSP, qui propose d'"orienter la politique de santé vers la réduction des inégalités" en facilitant notamment l'accès aux soins des publics en difficultés par le développement de "dispositifs d'accompagnement adéquats".]

Cet accompagnement doit être adapté et personnalisé, tout en sachant éviter l'écueil de l'assistanat. Il convient en ce sens d'**affecter une mission de pôle ressources aux établissements médico-sociaux**.

6.2 Permettre la prise en compte par les structures d'accueil de la problématique santé de chaque personne

- **Le constat de carences**

La question de l'accès aux soins des personnes handicapées vivant en milieu médico-social recouvre, au quotidien, des paradoxes importants, comme le fait que les soins somatiques puissent ne pas y être suffisamment accessibles.

Il ressort pourtant de l'état des lieux que, notamment, le vieillissement des personnes accueillies en ESAT, foyer d'hébergement et foyer de vie implique un renforcement des réponses en terme de soins.

Un manque de réponse apparaît aussi par exemple lorsqu'une personne vivant en foyer d'hébergement est malade et en arrêt de travail ; elle doit alors être prise en charge par l'ESAT, ne pouvant par conséquent "garder la chambre".

Autre paradoxe, lié principalement à la structure des équipes des établissements et services, certains aspects de la santé – en particulier la prévention et l'éducation pour la santé - risquent d'être insuffisamment investis.

- **Objectifs et mise en oeuvre**

→ **Développer des ressources médicales au sein des établissements médico-sociaux**

Une adaptation à l'évolution de l'état de santé – notamment le vieillissement des usagers - nécessite **que soient médicalisées certaines places en foyer de vie**, passant par une transformation partielle en FAM.

S'agissant de la résidence Saint-François de Sales à Machilly, une médicalisation et une transformation sont à prévoir.

La complémentarité des prises en charge et la **continuité des soins dans les structures non médicalisées** – foyers de vie et foyers d'hébergement notamment -

peuvent être assurées selon plusieurs moyens, éventuellement envisagés à titre expérimental :

- la mise en place d'une permanence médicale en journée,
- l'intervention d'équipes mobiles de soins - conventionnement avec SSIAD et SAMSAH,
- système de téléalarme ou identification d'un référent mobile rattaché à un service d'accueil de jour pour permettre à un résident de foyer d'hébergement de garder la chambre

Il faut plus globalement renforcer les possibilités d'accompagnement médical en créant notamment des SAMSAH.

(Voir la fiche action 2. 1. sur les SAMSAH)

→ Améliorer la prévention par l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique

Doivent être rendues accessibles aux personnes handicapées en structure médico-sociale les actions de prévention prévues dans le plan régional de santé publique : "Réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire ; prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires (...) ; améliorer le dépistage et le suivi préventif."

Il est ainsi nécessaire de développer largement, auprès des usagers d'établissements médico-sociaux, les actions de prévention, de dépistage, d'éducation à la santé (hygiène buccodentaire notamment) et d'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique vise à sensibiliser et à responsabiliser les personnes aux caractéristiques de leur maladie ou handicap, en recommandant par exemple une bonne observance des traitements et des conseils d'hygiène de vie.

Plusieurs garanties doivent être prévues en ce sens :

- La prise en compte des problèmes de santé publique et d'accès aux soins lors de la définition des plans de compensation,
- L'intégration d'un volet prévention/santé publique dans chaque projet d'établissement - pour les ESAT, cela doit faire partie des activités de soutien proposées aux personnes,
- La coordination et le respect du projet santé par les référents des différentes structures (ESAT, FH, SAVS ...),
- L'amélioration de la formation du personnel soignant à l'éducation thérapeutique.

→ Voir la fiche action 6. 2.

"Améliorer l'accès aux ressources médicales"



7

Adapter les réponses pour certaines situations de handicap

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

7 Adapter les réponses pour certaines situations de handicap

7.1 Améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique

- **Les références doivent être rappelées :**

→ **Il s'agit avant tout de la loi 2005-102**, qui reconnaît pour la première fois la notion de handicap psychique.

→ **Les recommandations du plan de santé mentale**, qui visent à :

- **Développer les réseaux de santé** - Fédérer l'ensemble des personnels afin de créer les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient.
- **Mieux accompagner** - Promouvoir une offre sociale et médico-sociale diversifiée, décloisonnée et véritablement adaptée aux besoins des personnes articulée avec l'offre de soins. [...]. Une attention particulière sera portée à l'appui sanitaire des solutions médico-sociales. Les actions à conduire :
 - Développer les services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH),
 - Mieux former les personnels d'accompagnement à la spécificité du handicap psychique,
 - Créer des groupes d'entraide mutuelle,
 - Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté,
 - Mobiliser les dispositifs de travail protégé.

→ Le SROS 3 consacre une partie, dans son chapitre "psychiatrie et santé mentale", au suivi des personnes handicapées par la maladie mentale.

Le programme de réhabilitation et de réinsertion organise la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou dans leur famille :

- Il organise, lors du retour une prise en charge globale de la personne avec [...] si nécessaire un suivi social et médico-social avec accompagnement et soutien par les différents services : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), assistantes sociales de secteur, tuteurs et curateurs, éducateurs ou tout autre partenaire de la santé mentale et cela grâce à un travail en réseaux sociaux et associatifs ;
- Mais aussi le soutien et l'accompagnement des familles ;
- Et la contractualisation, dès la sortie, des modalités des ré hospitalisations qui pourraient être rendues nécessaires par l'évolution de l'état de la personne.

Ce retour à domicile doit pouvoir s'accompagner, lorsque l'état de la personne le permet, d'une réinsertion professionnelle [...].

Les personnes handicapées par la maladie mentale doivent pouvoir avoir accès à des structures d'hébergement diversifiées et adaptées à leur degré d'autonomie et bénéficier d'un suivi psychiatrique.

La double réponse aux besoins de la personne peut être apportée :

- Dans certaines structures médico-sociales,
- Par les "soins résidentiels".

"Dans les établissements médico-sociaux avec hébergement le suivi psychiatrique peut être assuré soit par l'équipe soignante de l'établissement soit par une équipe mobile sectorielle ou intersectorielle. Des conventions entre l'établissement de psychiatrie et l'établissement médico-social préciseront alors cette organisation. [...] Il peut s'agir de MAS, de FAM, de foyers de vie destinés aux malades psychotiques dont le handicap est important."

- **Le public**

Le public concerné ici recouvre les personnes souffrant de handicap psychique, les malades mentaux stabilisés dans la cité ainsi que les malades mentaux en situation de

handicap psychique et en situation d'exclusion. Mais il s'agit également, comme l'a pointé le groupe de travail, **des personnes séjournant au long cours dans les services de psychiatrie faute d'un autre accueil**. Pour le bassin annecien, les patients ainsi hospitalisés de façon inadéquate représentent également 30% de la population hospitalisée.

La question porte surtout sur la gestion des flux d'hospitalisation et la planification de la prise en charge, comme par exemple l'orientation vers des soins de suite.

En "aval du sanitaire", les difficultés résident, selon les situations, dans l'accès à un logement, un accueil médico-social.

- **L'état des lieux du dispositif local**

- ➔ **S'agissant de l'accompagnement**

Le département de la Haute Savoie dispose de deux implantations de SAVS spécialisé dans les bassins annecien et genevois. Sont actuellement projetées deux extensions et une création dans le Chablais.

Un SAMSAH est autorisé et mis en place sur le bassin annecien, une réflexion est en cours concernant des projets de création dans le Genevois et la Vallée de l'Arve.

- ➔ **S'agissant de l'accès au logement**

Des appartements associatifs sont actuellement offerts aux personnes (2 appartements relais à Annecy, 1 appartement associatif à Seynod (et 2 appartements associatifs à Annemasse) Ils bénéficient actuellement de l'appui du secteur psychiatrique.

- ➔ **S'agissant de l'accès à un hébergement et un accompagnement pour des personnes dépendantes**

Le département dispose d'un FAM dans le Genevois et d'un foyer de vie situé dans le Chablais.

Un projet de création d'une autre structure de type FAM ou MAS existe dans le bassin annecien.

- ➔ **S'agissant de l'accès à une activité**

Le département dispose d'un ESAT spécialisé implanté à Annecy et géré par l'association Messidor. Des projets d'extension sont actuellement en attente de financement pour le bassin d'Annemasse et la vallée de l'Arve. Cependant cette modalité de réponse par un ESAT "transition" pertinente pour beaucoup de situations ne répond pas à l'ensemble des

demandes, en particulier pour les personnes vivant une situation de plus grande dépendance.

Un autre ESAT spécialisé (mais non "de transition") accueille également, dans la Vallée de l'Arve, certaines personnes en situation de handicap psychique.

- **Le constat de difficultés
dans les liens avec le secteur psychiatrique**

→ Concernant les demandes d'**hospitalisation en CHS** des personnes venant d'un établissement médico-social, le groupe de travail a souligné certaines difficultés telles que le désarroi et les obstacles d'ordre relationnel dans les services psychiatriques lors de l'accueil de personnes souffrant de déficiences et souvent sans langage. Bien souvent aussi la crainte que la personne hospitalisée ne puisse ensuite rejoindre l'établissement médico-social provoque des difficultés au moment de l'hospitalisation.

Les réticences à l'hospitalisation ne sont en général amoindries qu'en s'appuyant sur les réseaux professionnels entre médecins psychiatres.

→ Le groupe de travail a rappelé l'existence dans le département de la Haute-Savoie de **structures médico-sociales intervenant comme relais de la psychiatrie** en apportant des réponses d'accompagnement, d'accueil, de lieux de vie, autres que l'hôpital. Il s'agit à l'heure actuelle de FAM, SAVS, ESAT spécialisé. La création d'un SAMSAH vient en outre d'être autorisée.

L'ouverture de FAM a eu un effet positif sur les situations d'attente au sein de l'hôpital. Il semble cependant qu'il y ait encore une insuffisance de places médicalisées.

- **Objectifs et moyens**
correspondant à leur mise en œuvre

→ Soutenir la réhabilitation des personnes handicapées par la maladie mentale en favorisant une approche géographique et le partenariat

Le groupe de travail a préconisé, en terme de soutien à la réhabilitation médico-sociale et sanitaire des personnes handicapées par la maladie mentale, la création par bassin de vie d'un réseau d'insertion des malades mentaux. Ainsi que l'indique le premier axe du présent schéma, il est en effet nécessaire d'adopter ici une approche géographique et de favoriser, après identification des ressources, le développement d'un partenariat entre les structures sanitaires et médico-sociales concernées dans chaque bassin en lien avec les antennes de la MDPH.

Le SROS 3 recommande en ce sens de mieux organiser le suivi des personnes handicapées par la maladie mentale après hospitalisation psychiatrique "grâce à la mise en place, sur chaque territoire, d'un programme de réhabilitation et de réinsertion. Ce programme, appuyé sur une unité intersectorielle, organise la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou dans leur famille, et développe la réponse aux besoins en soins des personnes handicapées psychiques dans les structures médico-sociales et dans le cadre de soins résidentiels."

→ Voir fiche action 7. 1.

"Soutenir la réhabilitation des personnes handicapées par la maladie mentale"

→ Faciliter les entrées/sorties d'hospitalisation psychiatrique et le retour en établissement médico-social ou à domicile.

La mise en œuvre de cet objectif passe nécessairement par l'établissement de conventions de partenariat avec l'hôpital psychiatrique

Il est aussi nécessaire d'assouplir les procédures administratives dans les changements d'orientation et de situation afin de mieux tenir compte des variétés et variabilité des situations.

En ce sens, les orientations du SROS 3 encouragent à "préparer les sorties d'hospitalisation psychiatrique et développer le soutien à la personne et sa famille en s'appuyant sur un réseau de partenaires". Les conventionnements avec la psychiatrie doivent être développés pour des retours d'hospitalisation progressifs et adaptés.

Il semble qu'un temps intermédiaire soit à prévoir, avant le retour au domicile ou en établissement, comprenant des actions de soutien et de rééducation (neuropsychologie et orthophonie) et éventuellement un accueil séquentiel.

→ Améliorer l'accès aux soins psychiques et psychiatriques

Cela implique une plus grande accessibilité des CMP, notamment par les transports en commun.

Doit aussi être recherchée **l'intervention de psychiatres ou d'équipes mobiles en structures d'hébergement**. Cette mesure est préconisée à la fois par le plan de santé mentale – en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète, et plus particulièrement en faveur des publics en situation de précarité (voir infra) - , et par le SROS 3 : "Les équipes mobiles intersectorielles, dont le fonctionnement n'est pas suffisamment structuré, devraient se recentrer sur l'intervention à domicile ou sur les lieux de vie."

Sont aussi à développer les aides à domicile. L'offre de SAMSAH n'est actuellement disponible que sur le bassin d'Annecy (mise en place en janvier 2007), et devrait être proposée dans chaque bassin de vie après expérimentation et évaluation de celui d'Annecy.

(Voir la fiche action 2. 1. sur les SAMSAH)

→ Renforcer l'offre d'accompagnement et d'accueil pour les malades mentaux stabilisés

Pour ce qui concerne l'accueil en établissement, le groupe a souligné l'intérêt d'un FAM comme celui du Genevois, qui s'avère adapté. La création dans le bassin d'Annecy d'une structure médico-sociale spécialisée comparable à ce FAM est justifiée.

La création de maisons relais spécialisées pour le handicap psychique est aussi à encourager dans le cadre de l'appel à projets national lancé en 2006.

→ Développer l'activité hors travail des personnes handicapées psychiques

La grande majorité de ces personnes est en situation de non travail. Le groupe de travail a évoqué le problème de la nature de l'accompagnement intégrant des activités valorisantes.

Il a aussi fait mention de la conséquence de courts contrats de travail sur l'allocation de ressources.

L'accompagnement des personnes en appartement relais pointe également la difficulté d'apporter une activité animant une vie psychique et apportant une certaine dynamique. Il est indiqué que les modalités de prise en charge collectives sont plus favorables que les modalités individuelles. Cette question ne se pose dans les mêmes termes que pour les personnes vivant une situation de handicap mental.

A cet égard l'intérêt du GEM est souligné.

→ Adapter les réponses et l'accueil dans les ESAT en faveur des personnes souffrant de handicap psychique

(Voir l'orientation 4 concernant l'amélioration des conditions d'emploi des travailleurs handicapés)

→ Améliorer la prise en compte du handicap psychique chez les personnes en situation d'exclusion - personnes sans domicile et personnes incarcérées notamment

En cas d'aboutissement du projet de création de lits halte soins santé au sein de CHRS dans le département, l'intégration de cette nouvelle structure dans le réseau existant doit être recherchée par l'ensemble des partenaires, et implique un fort développement des échanges entre social et médico-social.

Il est aussi à noter que la mise en œuvre d'un programme spécifique est prévue par le plan de santé mentale afin de "favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion". Des crédits sont notamment prévus pour le développement d'équipes mobiles de psychiatrie en faveur de ce public.

7.2 Améliorer la prise en compte des personnes souffrant d'autisme

- **Problématique**

Certaines situations de handicap (comme les situations de troubles envahissants du développement) font vivre aux personnes une relation de grande dépendance à autrui. Celle-ci se manifeste dans différents domaines de vie, pour l'exercice des actes essentiels de l'existence, pour l'établissement et le maintien des liens relationnels, pour la vie dans la cité et l'exercice de la citoyenneté. Cet état de dépendance crée de fortes contraintes tant pour les personnes elles-mêmes que pour leur entourage, leurs aidants, "naturels" ou professionnels.

La préoccupation de la qualité de vie devrait orienter l'organisation de l'accompagnement et des accueils. En effet celle-ci est liée à l'intensité, à la qualité et à la permanence des soins requis (soins infirmiers et soins de nursing, soins spécifiques et spécialisés nécessitant un plateau technique ou un savoir faire spécifiques), ainsi qu'à la qualité des liens établis ; elle est également liée au bien-être que procurent ces soins et cet accompagnement.

La préoccupation du parcours de vie devrait, quant à elle, conduire à penser la continuité des actions en prêtant une attention particulière aux moments de passage, en particulier ceux liés aux âges charnières ou aux modifications des conditions de vie, en tenant compte, du fait de la pathologie, des risques liés à la fois aux changements et à l'immuabilité de ces conditions.

La conquête d'une certaine qualité de vie nécessite ainsi tout au long du parcours de vie un ajustement particulier et continu des actions aux besoins des personnes porteuses d'autismes. Certaines de ces actions impliquent des coordinations entre établissements et services médico-sociaux ou avec des établissements et services sanitaires.

Enfin, du fait des contraintes et adversités qu'elles entraînent, ces situations de grande dépendance imposent une plus grande vigilance à l'égard des risques de maltraitance.

- **Constats en Haute Savoie**

➔ **L'équipement pour l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme**

La Haute-Savoie dispose pour leur accueil et accompagnement d'un établissement spécialisé (une MAS située à Sallanches dans la Vallée de l'Arve). **Un FAM agricole à vocation départementale, actuellement en cours de construction dans le bassin annecien, a également été autorisé pour une capacité de 27 lits.**

Par ailleurs, une MAS et un FAM situés dans le bassin annecien accueillent des personnes dépendantes.

La préoccupation du parcours de vie conduit à rechercher une cohérence du dispositif pour personnes adultes atteintes d'autisme avec celui pour enfants et adolescents actuellement en cours d'évolution dans le département de Haute-Savoie.

Après un processus de concertation sur les réponses à apporter aux besoins des enfants et adolescents atteints de troubles envahissants du développement repérés dans le schéma départemental pour l'enfance en situation de handicap, un projet départemental "pour une amélioration des réponses aux besoins des enfants avec autisme et troubles envahissants du développement" a été élaboré. Pour le mettre en œuvre, un appel à projets a été lancé en juin 2006 sur la base d'un cahier des charges rédigé lors de cette phase de concertation.

Conformément aux orientations du schéma départemental pour l'enfance en situation de handicap, c'est l'approche géographique qui a prévalu tant dans les modalités de concertation que dans l'organisation de ces nouvelles réponses, avec un souci de couvrir chacun des quatre bassins géographiques. Les objectifs retenus suivent les préconisations de la circulaire interministérielle du 8 mars 2005 "relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement" ainsi que les orientations du schéma départemental et répondent aux attentes en matière de dépistage et de prévention, de prise en charge en institution, de scolarisation, de formation des professionnels, d'articulation avec le secteur sanitaire, d'accompagnement des parents. Il est également prévu la mise en place, à titre expérimental, d'une équipe mobile pour délivrer conseils, évaluation, interventions ponctuelles, activation d'un réseau partenarial autour de l'enfant et de sa famille pour les enfants d'un âge supérieur à 6 ans (à la suite de la mission des CAMSP).

Ce projet départemental prévoit que la prise en compte des situations des adultes atteints d'autisme fasse à la suite de cette première mobilisation l'objet d'un travail complémentaire.

- **Objectifs et moyens**

Il s'agira de :

- garantir une continuité des actions en veillant aux spécificités de l'accompagnement à l'âge adulte,
- couvrir les quatre bassins géographiques.

Pour ce faire le projet départemental aura à être complété d'une concertation et de propositions en direction des personnes adultes atteints d'autisme selon les modalités retenues pour le domaine de l'enfance.

→ Voir fiche action 7. 2.

**"Garantir des accueils et accompagnements de qualité
pour les personnes adultes atteintes d'autisme"**

7.3 Améliorer l'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de multihandicap

- **Problématique et constats**

Certaines situations de multihandicap (liées à des accidents vasculaires cérébraux, des lésions cérébrales, des traumatismes crâniens ou encore des maladies neuro-dégénératives) conduisent les personnes concernées à un état de grande dépendance, difficile à vivre pour elles-mêmes mais aussi pour leur entourage. La particularité des besoins de ces personnes suppose d'être prise en compte par les partenaires afin d'améliorer l'accueil et l'accompagnement proposés.

L'offre départementale actuelle se répartit sur les bassins d'Annecy et du genevois français :

- Le foyer de vie le Goéland pour personnes avec infirmité motrice cérébrale situé à Meythet, qui propose de l'accueil temporaire et un service occupationnel, projette de créer un FAM à Hery-sur-Alby, répondant à un besoin exprimé de 30 places
- La résidence St François de Sales à Machilly (foyer de vie) accueille en partie des personnes cérébrolésées
- Le FAM "la clé des champs" à St Cergues, ouvert en 2006 pour des personnes polyhandicapées, accueille également des personnes cérébrolésées

- **Objectif :**

La finalité de l'organisation du dispositif est d'assurer, par une bonne répartition de l'offre, une couverture harmonieuse du département évitant les concentrations sur un même bassin pour une même typologie de situations de handicap.

L'amélioration de la qualité de l'offre en ce domaine suppose en outre une coordination de l'offre disponible passant par le développement d'un partenariat entre les établissements et services concernés.

- **Moyens :**

Les établissements et services accueillant actuellement des personnes multihandicapées (atteintes d'IMC ou personnes cérébrées) auront à rechercher, afin de tenir compte des besoins spécifiques de ces usagers, une adaptation de leur offre impliquant une part de médicalisation. Il est nécessaire pour les structures d'envisager cette adaptation de façon concertée et coordonnée, pour parvenir à l'organisation d'une "plateforme de services" en faveur des usagers. Cette coordination inclura le centre de ressources pour personnes cérébrées avec ses missions d'observation et de conseil, en lien avec les équipes pluridisciplinaires.

L'amélioration de l'offre nécessite par ailleurs la création de SAMSAH et de SSIAD assurant une couverture départementale.

La création d'un FAM spécialisé, déjà envisagée, doit également aller vers un équilibre de l'offre sur le territoire, et répondre à des besoins avérés.

Il est attendu des établissements qu'ils prévoient, dans leurs projets de création ou de restructuration, les conditions d'accueil temporaire et séquentiel selon une organisation la plus souple possible. Les modalités d'accueil de l'entourage familial et proche des usagers supposent elles aussi d'être précisées.

→ Voir fiche action 7. 3.

"Garantir des accueils et accompagnements de qualité pour les personnes adultes atteintes de multihandicap"



8

Développer les compétences par la formation

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

8 Développer les compétences par la formation

- **Le développement des compétences, une orientation transversale du schéma départemental**

Plusieurs axes d'évolution préconisés dans ce pré projet de schéma départemental impliquent le développement de compétences.

Sont à citer à ce titre :

- le soutien à la vie à domicile,
- la nécessaire articulation des actions sanitaires et médico-sociales,
- les collaborations souhaitées entre établissements et services,
- la prise en compte du phénomène de vieillissement des personnes handicapées,
- le développement d'actions de prévention et d'éducation à la santé,
- l'amélioration de la prise en compte du handicap psychique

Est à souligner la **particularité du département de Haute-Savoie en matière d'emploi** : les postes médico-sociaux étant peu attractifs au regard du coût de l'immobilier, le secteur déplore des vacances de postes ainsi qu'une insuffisante mobilité professionnelle

- **Objectifs :**

Les objectifs finaux de la formation sont à envisager de deux points de vue :

➔ Bien évidemment du **point de vue de la personne handicapée** usager d'établissement ou de service, le développement des compétences des accompagnants vise une plus grande qualité et adaptation de la prise en charge et de l'offre de services – prestations sanitaires, éducatives, sociales ..., dans le souci d'une amélioration constante de l'offre lié à la promotion des droits des usagers. Mais cette amélioration de la prise en charge suppose aussi, a minima, la prévention et la résolution des situations de maltraitance.

➔ **Voir la fiche action 8. 1.
"Prévenir les situations de maltraitance"**

→ **Du point de vue du professionnel ou de l'aidant**, la formation a pour objectifs le soutien – technique mais aussi psychologique –, la rupture du sentiment d'isolement, et la valorisation, professionnelle et/ou humaine.

• **Champ de la formation**

La nécessité, évoquée tout au long de ce schéma, de développer les compétences des professionnels doit recouvrir plusieurs objectifs opérationnels, donc plusieurs thèmes et publics :

- Former les professionnels travaillant en établissement à l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, afin de leur confier un rôle de personnes ressources en ce domaine,
- Former les personnels d'accompagnement et de services à domicile à la spécificité du handicap psychique et du vieillissement des personnes handicapées,
- Développer l'aide aux aidants,
- Améliorer l'accompagnement du projet de vie,

Sensibiliser et former les professionnels libéraux – médicaux et paramédicaux à l'accueil des personnes handicapées, (*Voir la fiche action 6. 1. sur la sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux*)

- Améliorer les coopérations entre les professionnels du sanitaire et du médico-social.

• **Les modalités de mise en œuvre de ces objectifs**

Les supports de développement des compétences peuvent être d'ordre très divers, selon bien entendu les objectifs poursuivis, mais surtout selon les publics auxquels on s'adresse. Il s'agit, selon les cas, de :

- Conduire des actions de sensibilisation au handicap (publications, colloque ...) à destination des professionnels libéraux et intervenants à domicile, notamment les kinésithérapeutes, et développer une culture du dialogue avec le secteur libéral,
- intégrer des modules "personnes handicapées vieillissantes" dans les formations d'aide médico-psychologique,
- associer les aidants familiaux et les bénévoles aux actions de formation,
- mettre en place des actions d'accompagnement spécifiques pour les aidants, par exemple dans le cadre de l'appel à projet conjoint du Ministère et de la CNSA,
- développer des pôles de formation,
- prévoir des actions de formation communes aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux,

- mettre en place des actions de qualification et d'adaptation aux postes,
- recourir à la VAE et la formation en alternance.

Il est en outre prioritaire de veiller à développer une **culture d'évaluation des pratiques professionnelles** dans le secteur médico-social.



9

Mettre en oeuvre et évaluer le schéma

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

9 Mettre en œuvre et évaluer le schéma

- **Le contexte**

L'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (article 18 de la loi 2002.2) dispose que "*Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour une période maximum de cinq ans [...] :*

2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante [...]

5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre de ces schémas.

[...]"

- **Observer**

L'établissement, dans le cadre du schéma départemental, d'un "bilan quantitatif et qualitatif de l'offre (...) médico-sociale existante" tel que prévu par la loi suppose le développement d'outils observation, concernant notamment :

→ la mise en œuvre des décisions des CDAPH (plans de compensation)

→ les situations d'attente : gestion et suivi des listes d'attente,

Le suivi continu et mutualisé des besoins permettrait de disposer d'une veille, utile pour adapter les réponses à l'évolution des demandes, mieux réguler les admissions au niveau départemental et suivre ainsi la mise en œuvre du schéma départemental.

- **Accompagner la mise en œuvre et évaluer**

Comme cela a pu être rappelé, la loi 2002-2 a prévu que les schémas "définissent les critères d'évaluation des actions mises en oeuvre dans le cadre de ces schémas". Il est ainsi opportun que les fiches action figurant dans le programme d'action comportent des modalités d'évaluation.

La loi indique également l'opposabilité du schéma aux projets d'établissement ou de service, qui implique leur compatibilité avec les objectifs de réponse aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma. La mise en oeuvre de celui-ci nécessitera en effet probablement la création de nouvelles réponses et la révision des projets existants ou l'adaptation des projets à l'aune des orientations retenues. De même les projets de création ou d'extension d'établissements ou de services auront à se référer à ces objectifs.

Les modifications impulsées par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 seront également à intégrer lors des adaptations à venir des projets d'établissement, en particulier :

- Le soutien à l'accès de dispositifs de droit commun,
- Le respect du choix de vie des personnes,
- Leur association (et/ou celle de leur entourage) aux décisions les concernant,
- L'élaboration et la mise en oeuvre de projets personnalisés,
- La nécessaire souplesse pour la mise en oeuvre d'actions de compensation, telles que prévues dans les plans personnalisés de compensation et qui prenne en compte l'évolution des situations de vie,
- L'adoption d'outils garantissant les droits des personnes,
- La prévention des situations de maltraitance,
- La recherche de partenariats au sein de réseaux coordonnés

Dans ce contexte, pour que le schéma départemental soit un outil de pilotage et de régulation, il apparaît opportun d'en prévoir dès son adoption les outils de suivi et d'évaluation afin :

- d'accompagner et évaluer la mise en oeuvre du schéma départemental
- de construire le prochain état des lieux à la fin de la période de validation du schéma départemental.

Pour ce faire la construction d'un cadre de références départemental incluant les recommandations déduites du schéma départemental, et traduisant les objectifs fixés par celui-ci en questions évaluatives, peut être proposée.

Un tel référentiel offrirait un cadre d'analyse pour :

- s'assurer de la mise en œuvre des orientations par les établissements et services et évaluer celle-ci (par ex la traduction des orientations en matière d'admission, d'exercice de missions d'information, de partenariats....)
- guider les associations à élaborer leurs projets,
- aider à l'instruction de nouveaux projets,
- élaborer des conventions d'objectifs et de moyens.

Afin que ce référentiel soit considéré comme un outil partagé, il est souhaitable de réunir les conditions pour une construction de façon consensuelle.

Ainsi en terme méthodologique, peut être proposée la mise en place d'un groupe de travail, avec une animation inspirée de celle des conférences de consensus, missionné pour les tâches suivantes :

- Traduction des objectifs en questions évaluatives – l'interrogation sera centrée sur les conditions de mise en œuvre par les établissements et services des orientations et actions inscrites dans le schéma départemental,
- Synthèse des recommandations du groupe et modélisation sous la forme d'un référentiel.



Le plan d'actions

Schéma départemental

en faveur des adultes en situation de handicap

Fiche action 1. 1.

Créer des coordinations entre établissements et services

Problématique / constats :

Connaissance mutuelle, mais collaboration insuffisante et peu effective entre les établissements

Peu de mobilité possible entre les structures

Objectifs :

Résoudre certaines situations individuelles problématiques

Améliorer le partenariat et la souplesse entre les structures

Assurer une cohérence et une continuité des interventions entre les différents intervenants à domicile, y compris en cas d'intervention de plusieurs structures auprès d'une même personne.

Identifier des ressources locales disponibles

Moyens :

Mettre en place, au sein de chaque bassin, des groupes de coordination entre établissements pour échanger sur des situations individuelles problématiques et permettre de les résoudre – A chaque type de handicap doit pouvoir correspondre une réponse auprès d'un groupe de coordination

Mettre en place un cahier de transmission entre les intervenants de différents services auprès d'une même personne

Identifier un partenaire ressource (association gestionnaire par exemple) capable d'offrir une compétence pour chaque catégorie de handicap ou chaque spécialité.

Acteurs :

Établissements et services sociaux et médico-sociaux, antennes MDPH

Modalités d'évaluation :

Existence pour chaque type de handicap d'un groupe de coordination

Nombre de situations individuelles problématiques résolues par ce travail de coordination

Nombre de personnes bénéficiant d'un cahier de transmission entre les intervenants de différents services

Fiche action 2. 1.

Développer l'offre de services et de soins à domicile par la création de SAMSAH, SSIAD et SAVS

Problématique / constats

Les actes de la vie quotidienne des personnes en situation de handicap et en particulier de handicap physique nécessitent de l'aide.

Ces aides sont souvent assurées par défaut par l'entourage et en particulier la famille.

La couverture géographique, le nombre de professionnels de santé, l'amplitude horaire des interventions ne permettent pas de satisfaire les besoins et une participation sociale satisfaisante.

Objectifs

Garantir la proximité et l'accessibilité des services à domicile.

Améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services.

Favoriser la prise en charge globale de la personne en coordonnant les actions et les interventions.

Moyens et modalités de mise en oeuvre

Développer et adapter l'offre de SSIAD, SAMSAH et SAVS

→ Pour les SSIAD : Élargir les amplitudes horaires d'interventions, augmenter leur couverture géographique et leur capacité

Atteindre, en fonction des moyens attribués par la CNSA, le taux cible de 0.18 ‰ par habitant ; en évaluer ensuite la pertinence

Mettre en place un groupe de travail pour conduire une réflexion sur l'évolution nécessaire des SSIAD : prise en charge et personnel nécessaires (qualification et nombre).

→ Augmenter couverture et capacité des SAMSAH

Assurer une couverture par bassin de vie de deux SAMSAH : un pour le handicap psychique, un pour le handicap physique

Envisager au sens large de "lieu de vie" la notion de domicile prévue par les textes (le décret du 11 mars 2005 prévoit l'intervention de SAMSAH en "milieu ouvert" et en "milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel").

Prévoir des coopérations entre SAMSAH (support technique, échange de pratiques ...)

Appuyer les SAMSAH sur des partenaires ressources selon le type de handicap (*voir FA 1*)

Offrir des actions d'accompagnement spécifiques en développant ou adaptant les missions des SAVS ou des SAMSAH :

- Spécialiser des SAMSAH et SAVS à l'accompagnement professionnel
- Prévoir un SAVS spécialisé à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Modalités d'évaluation :

Nombre de places de SAMSAH, de SSIAD et de SAVS créées

Évolution du taux d'équipement

Amplitude horaire des interventions

Secteurs géographiques (non) couverts par l'intervention de ces ressources.

Satisfaction des usagers

Fiche action 2. 2

Améliorer l'accès au logement et son adaptation

Problématique/constats :

L'accessibilité au logement et son adaptation aux besoins constituent une difficulté et nécessitent souvent des investissements financiers importants. L'adaptation se heurte à des problèmes liés au bâti. Domotique, mobilier adapté accroissent l'autonomie et la sécurité.

A signaler, une convention vient d'être signée entre le Conseil Général et Act-Habitat pour favoriser l'adaptation du logement des personnes handicapées après consultation de l'ergothérapeute de la MDPH

Objectifs :

Respecter le choix des personnes de vivre dans leur domicile.

Améliorer l'accès et l'adaptabilité en fonction de l'évolution de l'autonomie

Moyens à mettre en œuvre :

Sensibiliser les professionnels intervenant dans la construction ou la rénovation de logements à ces questions.

Consulter les usagers avant la réalisation des travaux.

En lien étroit avec la MDPH (son ergothérapeute par exemple), faire un recensement des logements locatifs accessibles, adaptés et adaptables afin de pouvoir mettre en relation les offres et demandes de logements adaptés

S'appuyer aussi sur la PCH qui peut permettre le financement de l'adaptation du logement, ou à l'acquisition d'aides techniques (domotique).

Pilotes et acteurs

La réflexion doit être menée au niveau départemental

Modalités d'évaluation :

Mise en place et utilisation d'une banque de données mettant en lien l'offre et la demande

Nombre de demandes de logements adaptés ayant trouvé une issue favorable

Fiche action 2. 3.

Apporter une aide aux aidants

Problématique/constats :

Le maintien au domicile est conditionné par la mobilisation des aidants, famille et entourage proche. Du fait de l'avancée en âge et d'une usure possible des aidants concomitante à une aggravation de la dépendance et/ou des troubles de la personne en situation de handicap, un soutien aux aidants est indispensable.

Objectifs :

Apporter un soutien psychologique, technique, méthodologique.

Prévenir les situations de maltraitance.

Rompre le sentiment d'isolement des aidants.

Moyens à mettre en œuvre :

Développer la formation des aidants naturels à l'assistance dans la vie quotidienne afin d'acquérir des savoir-faire

Identifier, susciter, renforcer les initiatives existant dans le secteur du handicap en terme de soutien et d'aide aux aidants (écoute téléphonique par exemple)

Identifier les personnes pouvant bénéficier de ces aides, celles susceptibles d'intervenir (psychologues, formateurs, ressources au sein d'un établissement ou d'un GCSMS ...) ; définir le contenu de ces aides

Mettre à disposition l'expertise et certaines ressources des établissements et services et du réseau local au service des aidants.

Favoriser la disponibilité des services pour apporter un répit aux aidants (voir FA 3.1)

Envisager la solution de la garde à domicile en faveur des personnes adultes handicapées

Développer des groupes de parole envisageant un financement partenarial (CG, MSA ...)

Pilotes et acteurs :

Équipes territoriales de la MDPH (rôle de conseil), associations gestionnaires ou non, établissements et services médico-sociaux

Modalités d'évaluation :

Nombre d'actions de formation menées à destination des aidants

Nombre de groupes de parole mis en place

Nombre de bénéficiaires des actions de formation et de groupes de parole

Nombre d'établissements apportant une aide aux aidants.

Fiche action 3. 1

Développer l'accueil temporaire

Problématique/Constats :

L'accueil temporaire participe au soutien à la vie à domicile, au répit des aidants, à la prévention des risques de maltraitance, ouvre pour les personnes handicapées elles-mêmes ainsi que pour les équipes des possibilités de changement.

Des difficultés d'accès à l'accueil temporaire et à la mise en œuvre du décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à l'accueil temporaire ; obstacles géographiques, administratifs, liés à la capacité ...

La connaissance des conditions d'accueil temporaire est souvent insuffisante

Manque de choix de métiers et de mobilité géographique pour les jeunes en formation professionnelle

Objectifs :

Informier sur les possibilités d'accueil temporaire

Promouvoir l'accueil temporaire, à temps complet ou partiel avec ou sans hébergement

Favoriser la mobilité géographique des jeunes en formation en facilitant les conditions de leur hébergement

Objectif indirect : permettre concrètement la mise en œuvre du droit au répit en faveur des aidants (famille et entourage)

Référence : Décret 2004-231 du 17/03/04 sur l'hébergement temporaire

Moyens à mettre en œuvre :

Prévoir dans chaque projet d'établissement ou de service une réponse à l'accueil temporaire, en interne ou en lien avec d'autres structures.

Apporter pour chaque type de handicap une réponse pour 1 ou 2 bassins géographiques.

Pilotes et acteurs : CG, DDASS, établissements et services

Modalités d'évaluation :

Prise en compte de l'accueil temporaire dans les projets d'établissements et de services

Nombre de places dédiées à l'accueil temporaire

Nombre et caractéristiques de personnes ayant bénéficié d'un accueil temporaire en établissement (vie à domicile / dans un autre établissement, département d'origine ...)

Durée de l'accueil temporaire réalisé

Fiche action 3. 2.

Créer un service d'accueil de jour expérimental

Objectifs :

Favoriser la socialisation des personnes handicapées

Permettre l'occupation du temps libre des travailleurs à temps partiel

Rompre le sentiment d'isolement, notamment pour les personnes vivant à leur domicile et les personnes vieillissantes (→ ouvrir les SATTHAV)

Développer la coordination inter établissements par la mutualisation

Objectif opérationnel :

Créer un lieu souple de socialisation et d'occupation avec nécessité de répondre aux différents types de besoins (repos/activité)

Conditions de mise en œuvre :

SAJ inspiré du cahier des charges des GEM et prenant appui sur les initiatives locales

Lieu ouvert à la fois à des travailleurs handicapés ou à d'autres personnes handicapées

Prise en compte de la notion de sécurité pour les usagers

Accès Internet pour les usagers

2 types d'accès :

- libre (sans orientation obligatoire par la CDAPH) à des adultes de tous âges et tous types de handicap,

- inscrit dans le plan de compensation pour les travailleurs à temps partiel

Intégration d'un SATTHAV à ce SAJ expérimental

Cofinancement État/conseil général

Utiliser le bâti existant (foyer d'hébergement par exemple)

Pilotage et acteurs

DDASS, CG

Organismes gestionnaires, établissements et services, associations représentatives des usagers

Modalités d'évaluation :

Mise en place effective du SAJ

Nombre et caractéristiques des usagers du service (établissement d'origine, type de handicap, âge...)

Type de fréquentation du service (libre ou avec orientation, régulière ou occasionnelle ...)

Activités proposées

Caractéristiques du fonctionnement (modes de financement, mutualisation des moyens, statut du personnel ...)

Généralisation dans chaque bassin de vie de la structure expérimentale après évaluation

Fiche action 3. 3.

Créer une plateforme de services expérimentale

Problématique/Constats :

Si le maintien au domicile est souvent souhaité, il peut s'avérer trop complexe voire impossible du fait de l'aggravation des troubles et de la dépendance et/ou du vieillissement et de l'usure des aidants.

Ces situations peuvent nécessiter un accompagnement quasi constant, synonyme d'accueil résidentiel.

La professionnalisation des aides est une préoccupation importante des personnes en situation de handicap et des aidants.

L'accueil en structure spécialisée ne peut avoir pour conséquence une réduction de la participation sociale.

Objectifs :

Proposer une alternative au maintien au domicile dans les situations où celui-ci n'est plus possible proposant les services d'aide et de soins nécessaires.

Garantir la proximité et l'accès aux services de tous ordres (administrations, commerces...) ainsi qu'à l'offre culturelle, de loisirs, d'activités diverses.

Apporter des services aux personnes vivant à leur domicile.

Moyens à mettre en œuvre :

Créer, sur le bassin d'Annemasse, une résidence ouverte sur la Cité, intégrant SAMSAH, SAJ, foyer d'hébergement, ESAT, qui propose dans des logements adaptés des actions d'aides et de soins permanents.

Y sont associés des logements privés adaptés ainsi que des activités sous forme d'ateliers (informatique par exemple).

Pilotes et acteurs

CG et DDASS, association gestionnaire, association représentative d'usagers, communauté urbaine d'Annemasse

Modalités d'évaluation :

Nombre de personnes concernées par la plateforme de services et caractéristiques de ces usagers (âge, type de handicap, degré d'autonomie)

Nature des activités et services proposées (qualité – diversité)

Généralisation dans chaque bassin de vie de la plateforme après évaluation

Fiche action 3. 4.

Impulser une réflexion sur la participation sociale pour toutes les situations de handicap

Problématique/Constat

La participation sociale et l'exercice de la citoyenneté quel que soit le handicap (sensoriel, psychique, intellectuel, moteur...) se heurtent à de nombreux obstacles liés à la compréhension, aux moyens de communication (visuels, auditifs...), à la tolérance vis-à-vis de comportements particuliers etc. ...

Sont concernés : le travail, les loisirs et vacances, l'environnement, les nouvelles technologies, les services de tous ordres...

Objectif

Élaborer et promouvoir un plan "accessibilité" départemental.

Identifier, pour chaque type de handicap les obstacles et les facilitateurs à la participation sociale.

Définir des orientations et identifier les acteurs concernés par leur mise en œuvre.

Mobiliser et impulser la réalisation de ces orientations.

Moyens à mettre en œuvre

Constitution et animation d'un groupe de travail chargé d'élaborer un plan « accessibilité ».

Pilotage et acteurs

CG, DDASS

Communes et communautés de communes, associations des personnes concernées...

Modalités d'évaluation :

Production du groupe de travail (recommandations)

Nombre de situations de handicap concernées

Plan de mise en œuvre des recommandations

Mise en œuvre de ces recommandations se traduisant par l'adaptation et l'accessibilité des services

Fiche action 3. 5.

Améliorer les transports en faveur des personnes handicapées

Constats :

Difficulté d'accès aux soins due aux transports : les CMP ne sont pas accessibles par les transports en commun.

Le service Handimobile sur le bassin d'Annemasse est peu utilisé par ces personnes du fait de méconnaissance et de non coordination.

Les difficultés liées aux transports (accessibilité physique, horaires ...) constituent un obstacle important à la socialisation et l'accès à la Cité des personnes handicapées.

Le problème de l'adaptation des transports se pose de façon plus prégnante pour les personnes handicapées vieillissantes

Objectif :

Rendre les transports en commun plus accessibles aux personnes handicapées (couverture horaire et géographique)

Améliorer l'accessibilité des services (notamment les CMP) par les transports en commun

Moyens :

Associer des représentants de personnes handicapées lors de l'élaboration du schéma départemental relatif au transport.

Optimiser l'utilisation de véhicules adaptés dont dispose la plupart des structures pour personnes handicapés, enfants et adultes, par exemple en utilisant l'outil des groupements de coopération sociale et médico-sociale pour organiser et assurer le fonctionnement d'un service de transport spécialisé

Augmenter les amplitudes horaires des transports en commun adaptés

Mettre en place un site de covoiturage agréé pour les personnes handicapées

S'agissant des personnes handicapées âgées, prévoir une mutualisation des moyens avec des EHPAD pour permettre l'accès à des véhicules adaptés (médicalisés)

Modalités d'évaluation :

Représentation effective des personnes handicapées lors de l'élaboration du schéma départemental relatif aux transports

Mise en place d'un groupement de coopération intégrant la problématique transport

Nombre de véhicules collectifs mutualisés / nombre d'établissements et d'associations concernés ; Utilisation effective de transports mutualisés (nombre d'usagers transportés)

Fiche action 4. 1.

Observer et favoriser la mobilité des travailleurs handicapés

Problématique

Le cadre réglementaire récent confirme la mission sociale des ESAT et encourage à la mobilité des travailleurs, au sein de l'ESAT, entre ESAT, ou entre ESAT et milieu ordinaire. Certaines personnes, orientées en tant qu'"inaptes au travail " (usagers de FAM par exemple), seraient pourtant en capacité d'exercer dans une certaine mesure une activité de type professionnel à hauteur de quelques heures par semaine.

Objectifs

Adopter la notion de parcours professionnel

Évaluer les capacités professionnelles pour proposer les actions de formation nécessaires.

Observer les actions encourageant la mobilité

Garantir le "droit au retour"

Rechercher des solutions individualisées pour les personnes handicapées non reconnues en tant que travailleurs handicapés, mais capables d'exercer une activité

Moyens d'action

Intégrer un parcours professionnel dans le Projet Individuel des travailleurs d'ESAT et le contrat de soutien et d'aide par le travail

Développer l'utilisation systématique des outils d'évaluation des compétences (OCECP)

Organiser un comité de suivi et d'évaluation

Décrire, dans chaque projet d'ESAT, les réponses proposées pour favoriser la mobilité

Généraliser par un appel d'offre le dispositif expérimental des places d'aide par les stages.

Prévoir une capacité d'accueil pour garantir le "droit au retour" en dégageant, à l'échelle départementale, un nombre de places "flottantes" pour la réintégration de travailleurs handicapés accueillis en ESAT après un temps de travail en milieu ordinaire.

Encourager les expériences favorisant une intégration de type professionnel pour les personnes non reconnues aptes au travail

→ Envisager par exemple de créer (autoriser) certaines places de foyer d'hébergement au sein de foyers de vie

→ Engager une réflexion - en lien avec MDPH et CDAPH - concernant le statut de l'orientation de ces personnes (entre "apte" et "inapte" au travail)

Pilotage / acteurs :

DDASS, ESAT, MDPH

Modalités d'évaluation :

Utilisation systématique de l'outil OCECP et nombre de projets de mobilité proposés, mis en oeuvre

Nombre de PAS créées – nombre d'ESAT concernés

Existence dans chaque ESAT d'une procédure favorisant la mobilité des travailleurs

Nombre de places flottantes créées pour garantir le droit au retour – nombre de travailleurs faisant valoir le droit au retour et bénéficiant de ces places

Conclusions du comité de suivi et d'évaluation

Fiche action 4. 2.

Créer des coopérations/mutualisations entre ESAT

Problématiques / constats :

Absence de parcours professionnel pour les travailleurs d'ESAT

Manque de choix de métiers et de formation pour les jeunes

Peu de mobilité entre les structures

Coût élevé de certaines animations (domaine artistique notamment)

Objectifs :

Diversifier la formation et les activités proposées aux travailleurs d'ESAT

Renforcer et améliorer l'accompagnement médico-social des travailleurs d'ESAT

Moyens :

Développer des complémentarités entre les établissements

Rationaliser les activités dans la mesure du possible : mutualisation - coopération inter établissements

Élargir les choix d'activités proposées

Permettre aux usagers d'ESAT de travailler à plusieurs types d'activités au sein de différents ESAT par un jeu de mises à disposition réciproques, ou en permettant à un travailleur d'aller en formation dans un autre ESAT

Développer et adapter les postes de référents d'insertion dans les ESAT en mutualisant des postes entre plusieurs établissements

Recruter ou partager des professionnels qualifiés et compétents

Créer des banques de données des activités et ressources, utiliser les réseaux existants

Pilotage et acteurs :

DDASS, ESAT, réseaux

Modalités d'évaluation :

Nombre d'usagers ayant pu exercer une activité ou bénéficier d'une formation dans un autre ESAT

Création d'un poste de référent d'insertion – nombre d'ESAT disposant d'un temps de référent d'insertion

Création d'une banque de données des activités et ressources

Fiche action 6. 1.

Sensibiliser les professionnels médicaux et paramédicaux

Problématique / constats :

Manque de professionnels paramédicaux (surtout des kinésithérapeutes) intervenant à domicile, notamment en ville

Objectifs :

Promouvoir une culture du dialogue

Tenter de résoudre le manque de professionnels paramédicaux à domicile

Informier et sensibiliser les professionnels libéraux – médicaux et paramédicaux - à l'accueil des personnes handicapées (intégrer dans les pratiques la connaissance des aspects culturels spécifiques (modalités d'expression, comportements ...))

Former les personnels d'accompagnement et de services à domicile à la spécificité du handicap psychique et du vieillissement des personnes handicapées

Former les professionnels travaillant en établissement à l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique, afin de leur confier un rôle de personnes ressources en ce domaine

Moyens :

Conduire des actions de sensibilisation (publications, colloque ...) à destination des professionnels libéraux et intervenants à domicile, notamment les kinésithérapeutes

Utiliser un média interne (ex : bulletin de l'ordre des médecins)

Organiser une conférence / journée d'information sur le handicap et la vie à domicile des personnes handicapées

Intégrer des modules "personnes handicapées vieillissantes" dans les formations d'aide médico-psychologique

Développer des pôles de formation

Pilotage :

DDASS (médecin inspecteur de santé publique), MdPH

Modalités d'évaluation :

Nombre d'actions de sensibilisation conduites et de professionnels libéraux concernés

Diffusion d'une brochure spécifique

Caractéristiques de la brochure (contenu, auteur, initiateur, échelle de diffusion ...)

Bilan de la journée d'information sur le handicap et la vie à domicile

Fiche action 6. 2.

Améliorer l'accès aux ressources médicales

et développer des actions d'éducation à la santé

Problématique

Manque d'accessibilité aux soins somatiques au sein des structures médico-sociales

Risque d'insuffisante prise en compte de certains aspects de la santé – en particulier la prévention et l'éducation pour la santé

Pas de solution pour un travailleur d'ESAT malade et devant "garder la chambre"

Viellissement des personnes handicapées vivant en institution, et évolution de leurs besoins en termes de soins

Objectifs

Améliorer l'accès aux ressources médicales - aux soins gynécologiques, buccodentaires notamment - pour les personnes handicapées (à domicile ou en établissement)

Développer l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique auprès des usagers d'établissements

Moyens

Développer des SAMSAH (*Voir FA 2.1.*)

Médicaliser certaines places de foyers de vie (transformation partielle en FAM)

Transformer et médicaliser la résidence Saint-François de Sales à Machilly

Prendre en compte des problèmes de santé publique et d'accès aux soins lors de la définition des plans de compensation

Développer la prévention et le dépistage auprès des usagers d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

Intégrer un volet prévention/santé publique dans chaque projet d'établissement (pour les ESAT, cela doit faire partie des activités de soutien proposées aux personnes).

Prévoir dans chaque projet d'établissement ou de service – pour les structures non médicalisées - une forme de réponse médicale :

- permanence médicale en journée
- intervention d'équipes mobiles de soins au sein des structures d'hébergement conventionnement avec SSIAD et SAMSAH
- système de téléalarme
- référent mobile rattaché à un service d'accueil de jour

Pilotage / acteurs :

DDASS, CG, MDPH, établissements et services

Modalités d'évaluation :

Nombre de places de foyer de vie médicalisées

Médicalisation de la résidence Saint-François de Sales à Machilly

Nombre de projets d'établissements et de services non médicalisés ayant prévu le recours à une réponse médicale

Nombre d'actions de prévention et de dépistage conduites auprès des usagers

Modification des projets d'établissements et de services

Fiche action 7. 1.

Soutenir la réhabilitation des personnes handicapées par la maladie mentale

Problématiques / constats

Réticences à l'hospitalisation psychiatrique des personnes venant d'un établissement médico-social

Développement de structures médico-sociales intervenant comme relais de la psychiatrie (accompagnement, accueil, lieux de vie)

Problème du retour d'hospitalisation psychiatrique souvent trop brutal et insuffisamment accompagné

Objectifs

Faciliter les entrées/sorties d'hospitalisation psychiatrique et le retour en établissement médico-social ou à domicile ; Améliorer l'accès aux soins psychiatriques

Organiser la prise en charge globale et notamment la réponse en terme de soins des personnes handicapées psychiques à leur domicile ou en structures médico-sociales

Renforcer l'offre d'accompagnement et d'accueil pour les malades mentaux stabilisés

Favoriser leur intégration sociale et professionnelle

Moyens

Favoriser une approche géographique et le partenariat entre structures sanitaires et médico-sociales par bassin géographique.

Établir des conventions de partenariat entre structures médico-sociales et hôpital psychiatrique.

Développer le soutien à la personne et sa famille pour préparer les sorties d'HP en s'appuyant sur un réseau de partenaires.

Prévoir un temps intermédiaire, avant le retour au domicile ou en établissement, comprenant des actions de soutien et de rééducation (neuropsychologie et orthophonie) et éventuellement un accueil séquentiel.

Assouplir les procédures administratives dans les changements d'orientation et de situation.

Mettre en place, sur chaque territoire, un programme de réhabilitation et de réinsertion, tel que prévu par le SROS 3, appuyé sur une unité intersectorielle.

Développer l'intervention de ressources psychiatriques en structures d'hébergement.

Développer les aides à domicile, notamment les SAMSAH (voir FA 2.1)

Développer les dispositifs type GEM favorisant la socialisation des personnes concernées
Créer dans le bassin d'Annecy une structure d'accueil médico-sociale spécialisée
Adapter l'accueil dans les ESAT aux situations de handicap psychique en organisant des temps et lieux d'apaisement.
Encourager la création de maisons relais spécialisées pour le handicap psychique dans le cadre de l'appel à projets national lancé en 2006.

Pilotage / acteurs

DDASS, CG, antennes de la MDPH, associations représentatives d'usagers, établissements et services sanitaires et médico-sociaux.

Modalités d'évaluation :

Nombre de conventions de partenariat (médico-social / psychiatrie) et de structures concernées

Contenu du programme de réhabilitation et de réinsertion par territoire

Nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge intermédiaire entre hôpital et domicile (action de soutien et de rééducation, accueil séquentiel ...)

Nombre de structures d'hébergement bénéficiant de l'intervention de psychiatre ou d'équipe mobile

Fréquentation et utilisation des GEM, conformité des GEM aux objectifs

Modalités de création d'une structure spécialisée dans le bassin d'Annecy

Nombre de réponses à l'appel à projet national concernant les maisons relais spécialisées

Nombre de places créées

Nombre de personnes en attente de réponse

Fiche action 7. 2.

Garantir des accueils et accompagnements de qualité

pour les personnes adultes atteintes d'autisme

Problématique

La recherche d'une qualité de vie et celle d'une participation sociale supposent une adaptation fine à l'évolution des situations, aux besoins et attentes des personnes tout au long de leur parcours de vie.

Objectifs

Garantir une continuité des accueils et accompagnements à l'âge adulte en attirant l'attention sur les temps de passage et modification des conditions de vie.

Veiller à développer des réponses par bassin géographique.

Moyens

Assurer la continuité du plan départemental déjà élaboré pour les enfants et adolescents atteints de TED en adaptant également les projets d'établissement accueillant les adultes concernés par ces situations de handicap.

Identifier les besoins quantitatifs et qualitatifs en termes d'accompagnement des adultes atteints de TED.

Développer des formations spécifiques.

Mettre en lien les établissements médico-sociaux avec les structures sanitaires, avec le CADIPA et le Centre de Ressources Rhône Alpes pour l'Autisme.

Pilotes/acteurs

DDASS, CG, MdPH, établissements et services, associations gestionnaires et associations représentatives des usagers.

Modalités d'évaluation :

Repérage des ruptures de prise en charge lors du passage à l'âge adulte (liste d'attente dans les structures pour adultes, nombre de jeunes relevant de l'amendement Creton, modification des modalités de communication ...)

Nombre de formations spécifiques et de bénéficiaires

Nombre de projets révisés en ce sens

Liens entre établissements, structures sanitaires, CADIPA et le Centre de Ressources Rhône Alpes pour l'Autisme

Fiche action 7. 3.

Garantir des accueils et accompagnements de qualité pour les personnes adultes atteintes de multihandicap

Objectifs

Assurer une bonne répartition de l'offre pour une couverture harmonieuse du département évitant les concentrations sur un même bassin pour une même typologie de handicap

Coordonner l'offre disponible et développer un partenariat

Moyens

Médicaliser une part de l'offre

Proposer une plateforme de services aux usagers

Créer des SAMSAH et SSIAD spécialisés assurant la couverture du département (Il est à noter qu'un projet de SAMSAH pour personnes avec handicap moteur, traumatisés crâniens et cérébrolésés, est actuellement à l'étude sur le bassin d'Annemasse)

Créer un FAM spécialisé si les besoins sont avérés

Prévoir les modalités d'accueil temporaire et séquentiel

Définir les conditions de prise en compte des attentes et préoccupations des familles et proches

Constituer un groupe de travail, pour veiller à la coordination de l'offre et au travail en partenariat, composé du centre ressource pour personnes cérébrolésées de Haute-Savoie, représentants d'établissements et services accueillant des personnes multi handicapées, représentants d'usagers, DDASS et Conseil général

Pilotes/acteurs

DDASS / CG, centre de ressources pour personnes cérébrolésées de Haute-Savoie, établissements et services accueillant des personnes atteintes de multihandicap

Modalités d'évaluation :

Nombre et situation géographique des places de SAMSAH et SSIAD créées

Nature de l'offre proposée aux usagers

Satisfaction des usagers et de leur entourage

Production du groupe de travail

Fiche action 8. 1.

Prévenir la maltraitance

Objectifs :

Prévenir les situations de maltraitance

Doter les professionnels et aidants "naturels" de procédures d'alerte et de traitement des situations à risque de maltraitance

Moyens :

Conduire des actions de sensibilisation et de formation

Favoriser la mise en place d'analyse de la pratique

Élaborer et diffuser des protocoles de prévention et de traitement des situations de maltraitance

Promouvoir le droit au répit (via l'accueil temporaire notamment)

Pilotes et acteurs :

DDASS et CG

Associations gestionnaires, associations représentatives des usagers d'établissements et services médico-sociaux

Modalités d'évaluation :

Nombre d'actions de sensibilisation et de formation conduites

Nombre de bénéficiaires de ces actions

Appropriation et utilisation de protocoles de prévention et de traitement des situations de maltraitance

Fiche action 9. 1.

Accompagner et évaluer la mise en œuvre des orientations du schéma en faveur des adultes handicapés

Problématique / constats :

L'observation constitue un outil d'évaluation et de pilotage

Les orientations du schéma sont un outil de régulation de l'offre médico-sociale

Objectifs :

Maintenir à la suite du schéma une observation continue des publics concernés afin d'améliorer la connaissance de l'offre et de la demande

Adapter les projets d'établissements et de services aux évolutions du cadre législatif et réglementaire

Évaluer la mise en œuvre des orientations du schéma par l'ensemble des acteurs

Moyens :

Développer un outil d'observation concernant :

- la mise en œuvre des décisions de la CDAPH
- les situations d'attentes (gestion et suivi des listes d'attente)

Construire un référentiel pour l'évaluation de la mise en œuvre des orientations du schéma dans les projets d'établissements et de services

Constituer un groupe de travail pour l'élaboration de ce référentiel

Pilotage et acteurs

DDASS, Conseil général, MDPH, CDAPH, établissements et services médico-sociaux, représentants d'usagers

Modalités d'évaluation :

Création d'un outil d'observation départemental

Nombre de situations d'attente examinées pour lesquelles des solutions ont été mises en œuvre

Analyse des écarts entre la préconisation et la réalisation des plans de compensation

Production du groupe de travail dédié à l'élaboration du référentiel

Utilisation du référentiel pour l'examen des projets



Glossaire

*Schéma départemental
en faveur des adultes en situation de handicap*

Glossaire

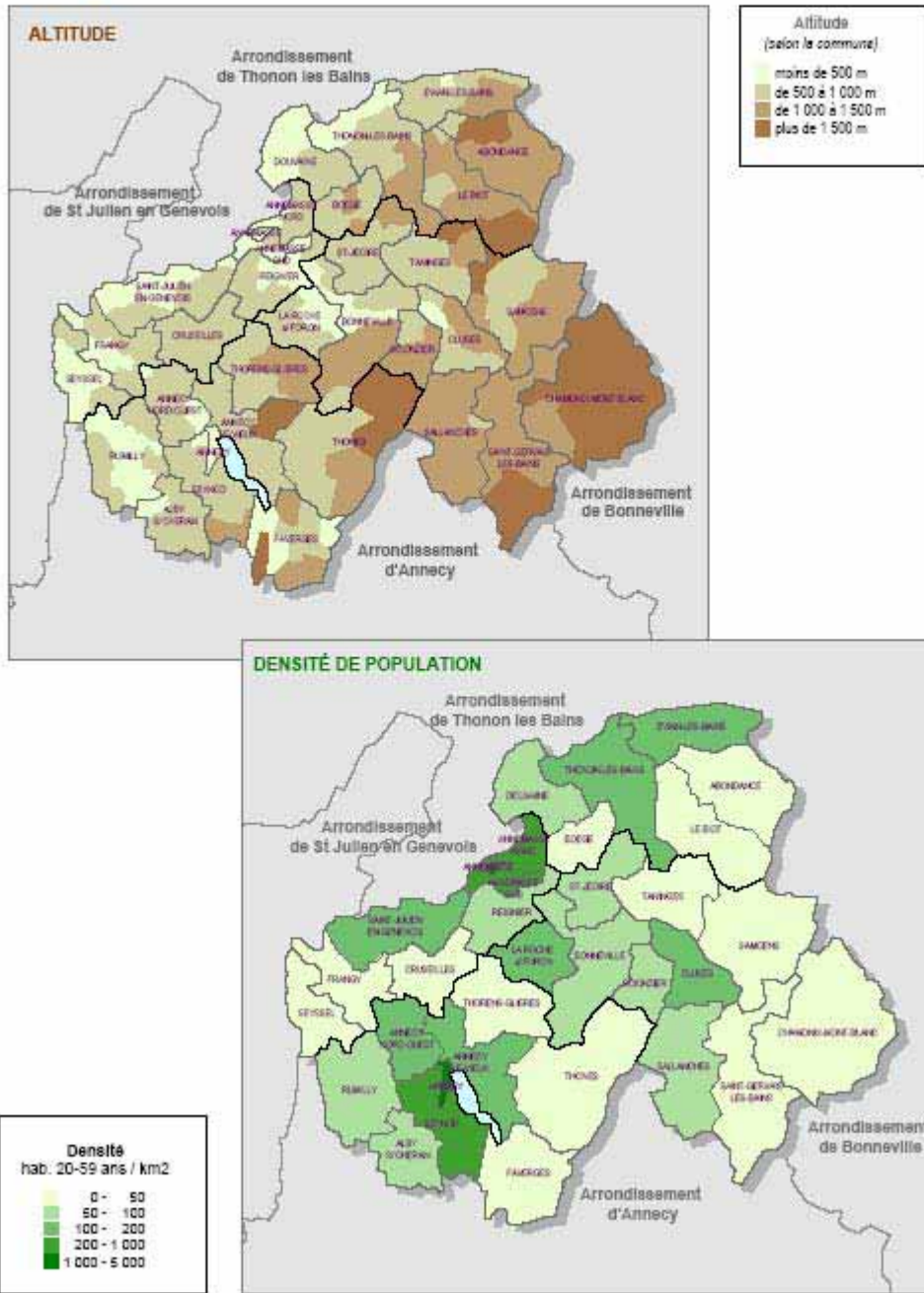
ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
ADIMC	Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux
AFPA	Association de Formation Professionnelle des Adultes
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CADIPA	Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CG	Conseil Général
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRP	Centre de Réadaptation Professionnelle
CTDESI	Conseil Technique des Directeurs d'Établissements et Services pour Inadaptés
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDTEFP	Direction Départementale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail Les établissements et services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé (ex FDT)
	<p>Accueil de personnes gravement handicapées dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toutes activités à caractère professionnel, leur fait obligation de recourir à une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants.</p> <p>(financement : Aide Sociale ou prise en charge par la personne elle-même du coût de l'hébergement ; Assurance Maladie pour le forfait soins)</p>
FH	Foyer d'Hébergement
	<p>Hébergement d'adultes handicapés travaillant soit en établissement de travail protégé soit en milieu ordinaire ; peut également fonctionner en structure appartement.</p> <p>(financement : Aide Sociale et prise en charge par la personne elle-même)</p>
FV	Foyer de Vie (ou foyer occupationnel)
	<p>Accueil d'adultes handicapés à temps complet non reconnus travailleurs handicapés et ne nécessitant pas de soins constants ; certaines structures peuvent pratiquer un accueil de jour.</p> <p>(financement : Aide Sociale ou prise en charge par la personne elle-même)</p>
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAD	Hospitalisation A Domicile
IMPro	Institut Médico-Professionnel
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
	<p>Accueil de personnes handicapées n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.</p> <p>(financement Assurance Maladie)</p>
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA	Mutuelle Sociale Agricole
OCECP	Outil Commun d'Évaluation des Compétences Professionnelles
PAS	Places d'Aide par le Stage
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDITH	Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement à la perte d'autonomie
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
SAJ	Service d'accueil de Jour
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SATTHAV	Service d'Accueil Transitoire pour les Travailleurs Handicapés Adultes Vieillissants
SAVS	<p>Service d'Accompagnement à la Vie Sociale</p> <p>Destinés à favoriser le maintien à domicile et à la vie sociale des personnes handicapées par un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Ils s'adressent à des personnes vivant en logement individuel ou en appartement collectif et travaillant en milieu ordinaire ou en structure protégée.</p> <p>(financement Conseil Général)</p>
SPTS	Service de Préparation, de Transition et de Suivi
SROS 3	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010 (3^{ème} génération)
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite ou de Réadaptation
TED	Troubles envahissants du développement
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

HAUTE SAVOIE / SCHÉMA ADULTES HANDICAPÉS

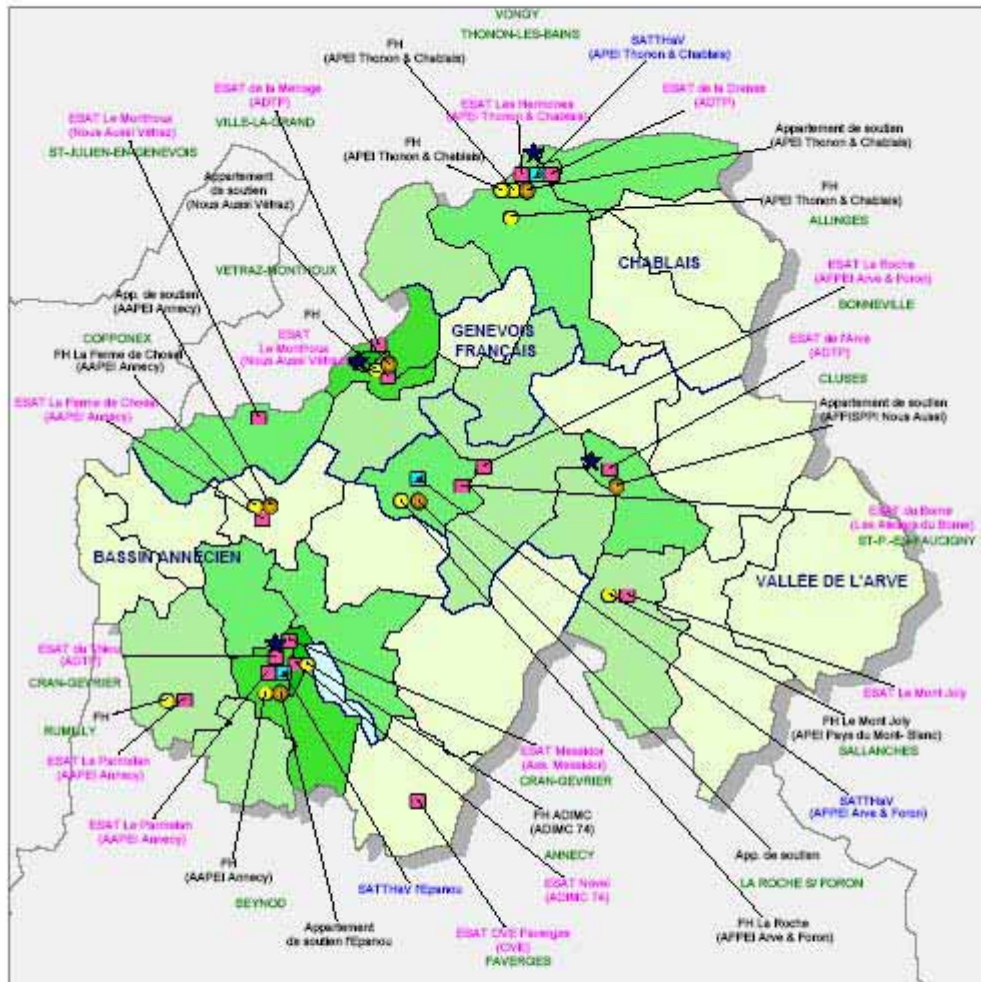
Géographie du département



CREAI Rhône-Alpes - Juillet 2006

HAUTE SAVOIE / SCHÉMA ADULTES HANDICAPÉS

Implantation des établissements (1/3)

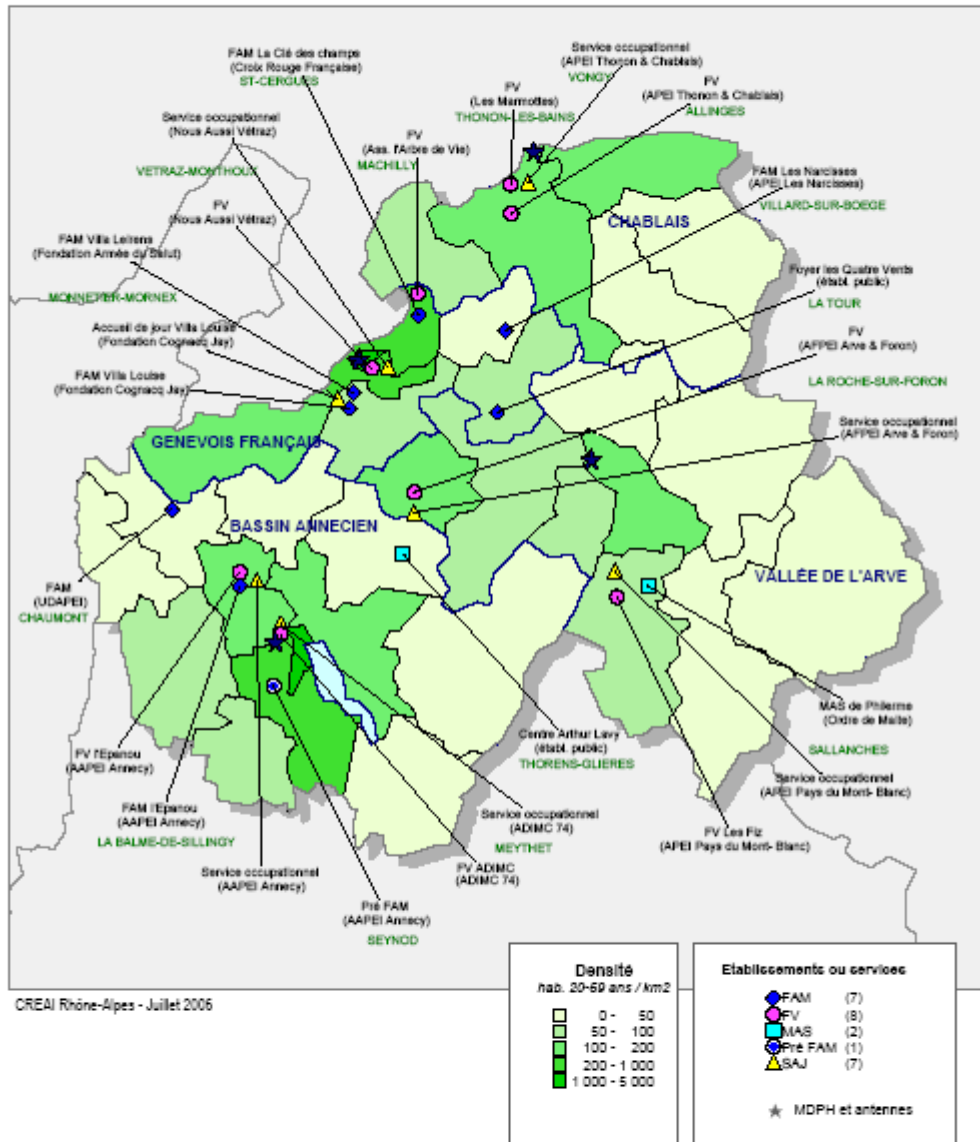


CREAI Rhône-Alpes - Juillet 2006



HAUTE SAVOIE / SCHÉMA ADULTES HANDICAPÉS

Implantation des établissements (2/3)



HAUTE SAVOIE / SCHÉMA ADULTES HANDICAPÉS

Implantation des établissements (3/3)

