SCHÉMA DEPARTEMENTAL DES PERSONNES HANDICAPÉES

2015-2020

www.ain.fr

AIN 01
le Département

SOMMAIRE

INTRODUCTION 6

I. Le contexte réglementaire 7

A. Le contexte institutionnel, législatif et règlementaire 7
B. Planification départementale et régionale : une articulation à rechercher 14

II. La méthodologie d'élaboration du schéma 17

PARTIE 1 : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS L'AIN 19

I. Un territoire hétérogène qui présente des zones de concentration de population 20

II. Quelques caractéristiques de la population en situation de handicap 22

A. Des enfants et adolescents en situation de handicap localisés majoritairement dans les secteurs urbains 22
B. Des adultes en situation de handicap comparativement moins représentés que dans la Région 24
C. Un accroissement du nombre de dossiers adultes déposés à la MDPH entre 2008 et 2012 et un vieillissement des publics 27
D. Des bénéficiaires de l'aide sociale relativement stables, en croissance dans les établissements 28

PARTIE 2 : L'ENFANCE EN SITUATION DE HANDICAP 31

A. Dépistage et prise en charge précoce 32
B. Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap 37
C. Accueil en établissement médico-social 45

III. Orientation 1 - Apporter un accompagnement de qualité dès le plus jeune âge 52

A. Renforcer le dépistage et la prise en charge précoce et accompagner les familles dans le parcours de diagnostic et de prise en charge 52
B. Permettre une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du département 54
C. Assurer un accompagnement cohérent et continu des enfants en situation de handicap 56

IV. Orientation 2 - Améliorer l'accueil et la prise en charge du jeune en situation de handicap 58

A. Favoriser une prise en charge en établissements médico-sociaux en adéquation avec les nouveaux besoins des jeunes 58
B. Anticiper les ruptures de parcours et les transitions entre établissements 59
C. Promouvoir une scolarité et une insertion professionnelle en milieu ordinaire adaptée aux jeunes en situation de handicap 61

PARTIE 3 : ORIENTATION, INSERTION PROFESSIONNELLE ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI 63

I. Éléments de diagnostic 64

A. Une insertion en milieu ordinaire qui demande un renforcement des coordinations 64
B. Une offre de travail en milieu protégé confrontée à des évolutions des besoins et attentes 67

II. Orientation 3 - Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap 71

A. Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers de la formation et de l'orientation 71
B. Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie active 73
C. Développer l'offre d'emploi en milieu ordinaire et protégé 75

PARTIE 4 : LA VIE A DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP 77

A. Une attention particulière portée sur l'accès au sport, aux loisirs et à la culture 78
B. Des problématiques de mobilité et de logement qui impactent les conditions de la vie à domicile 80
C. Un développement de l'accompagnement à domicile reconnu, des difficultés qui persistent 83
D. Un accès aux soins et une coordination des acteurs sanitaires qui conditionnent le maintien à domicile 88
E. Une offre de soutien et de répit des aidants à structurer et développer 89

III. Orientation 4 - Améliorer et coordonner l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap 94

A. Favoriser l'inclusion par l'accès à la culture, au sport et à la citoyenneté 94
B. Optimiser et développer l'accompagnement médico-social à domicile 96
C. Structurer et développer l'offre de soutien et de répit des aidants 98

IV. Orientation 5 - Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes 100

D. Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes 100

PARTIE 5 : LA COUVERTURE ET LA QUALITÉ DE L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS 102

I. Éléments de diagnostic 103

A. Une offre non médicalisée qui rencontre des limites face aux attentes des jeunes et aux besoins des publics vieillissants 103
B. Une offre médicalisée développée qui peine à répondre aux besoins spécifiques (handicaps très lourds et polyhandicaps) 107
C. Quelques alternatives à l'hébergement, une voie à développer pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap 110

II. Orientation 5 - Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes 113

A. Développer les possibilités d'accueil en établissement des personnes handicapées vieillissantes 113

III. Orientation 6 - Adapter et optimiser l'offre d'hébergement et ses alternatives 115

B. Adapter et structurer l'offre face à l'évolution des besoins et des attentes 115
C. Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement 117
D. Développer une offre de logement alternative à l'hébergement 119

PARTIE 6 : LE PILOTAGE GLOBAL DU DISPOSITIF ET LA COORDINATION DES ACTEURS 121

I. Un pilotage du dispositif et une coordination institutionnelle satisfaisants 122

II. Des marges de progrès en termes de coordination de terrain 124

GLOSSAIRE 126

INTRODUCTION

I. Le contexte réglementaire

Les principes d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale

Le Conseil général, chef de file de l'action sociale et médico-sociale, a en charge l'élaboration du schéma relatif aux personnes en situation de handicap. Les objectifs assignés à ces schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont précisés dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) :

- Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins du secteur ;
- Dresser le bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante ;
- Déterminer les perspectives et les objectifs de développement de cette offre ;
- Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Définir les critères d'évaluation des actions conduites.

Le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est établi pour une période de cinq ans, en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire mentionnés aux articles L.6121-1 et 6121-3 du Code de la Santé Publique. Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) visé à l'article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles est ensuite actualisé sur la base de ce schéma départemental.

Enfin, il convient de rappeler que depuis la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, qui a introduit au sein du CASF l'article L.313-4, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont devenus opposables : tout projet doit dorénavant être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental. De même, le Code de l'action sociale et des familles prévoit que le schéma relatif aux personnes handicapées est arrêté par le Président du Conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'Agence régionale de santé (ARS). Il est également prévu que les organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap, ainsi que les représentants des usagers, soient consultés, pour avis, sur le contenu de ces schémas.

A. Le contexte institutionnel, législatif et règlementaire

1) *Un schéma inscrit dans un contexte institutionnel renouvelé*

Tout comme lors de l'écriture du précédent schéma, le Conseil général de l'Ain a souhaité intégrer les problématiques liées à l'enfance handicapée à son schéma en direction des personnes en situation de handicap. Ce renouvellement doit permettre d'engager une réflexion globale sur les problématiques de la perte d'autonomie tout au long de la vie de l'usager, tant en termes de besoins des publics (dont on ne peut dénier les spécificités), qu'en termes de dispositifs et de configuration d'acteurs. Ce nouveau schéma arrive à un moment charnière. Les dispositifs en faveur de l'accompagnement des personnes handicapées ont connu de profonds bouleversements ces dix dernières années, suivant les orientations impulsées par les quelques textes clefs suivants.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

En premier lieu, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a modifié la perception de l'accompagnement des personnes handicapées en affirmant certains principes fondateurs.

- L'évaluation continue des besoins et des attentes de cette population en proie à des difficultés avec comme objectif d'aider la personne à acquérir une autonomie et à conserver sa dignité malgré un état de santé fragilisé voire dégradé.
- L'exercice des droits et des libertés de toutes les personnes prises en charge par un établissement ou un service social et médico-social (ESMS) ainsi que l'information sur ces droits fondamentaux. Ce principe appelle à la mise en place d'outils appropriés dans les ESMS, permettant en particulier la participation directe des personnes handicapées aux décisions qui les concernent individuellement d'une part, et à la vie de l'établissement d'autre part.
- La qualité de l'accompagnement, desquels participent le confort matériel et la qualité des prestations, notamment concernant l'hébergement et le soin. Une injonction qui appelle à la mise en place de politiques de ressources humaines appropriées et à l'instauration de pratiques évaluatives régulières (raison pour laquelle l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESMS) a été créée en 2007).
- La coordination et le partenariat comme principes d'intervention à deux niveaux pour les établissements et services, afin de renforcer les interactions entre les ESMS mais aussi entre les ESMS et les établissements de santé dans une démarche de décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

La loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Outre la mise en place dans chaque département d'un dispositif de veille et d'alerte et l'instauration d'une journée de solidarité, cette loi crée la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie. La CNSA est un établissement public chargé de contribuer au financement d'actions favorisant notamment l'autonomie des personnes handicapées.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle du Département dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Elle stipule que « le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale » en tenant compte des compétences confiées à l'État et aux autres collectivités et qu'il coordonne les actions menées sur son territoire.

Loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées **rénove l'action publique en matière de handicap. Tout d'abord, elle élargit le champ du handicap en reconnaissant les troubles psychiques et cognitifs comme pouvant relever d'une situation de handicap, dans la continuité de la l**oi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 **qui insérait l'autisme dans le champ du handicap de la même façon.**

D'un point de vue institutionnel et organisationnel, la loi crée les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), des groupements d'intérêt public placés sous la tutelle administrative et financière du Président du Conseil général.

Pour ce qui relève des droits, la loi de 2005 instaure le droit à la compensation des conséquences du handicap quels que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie de la personne concernée. Pour les enfants porteurs de handicap, elle affirme leur droit à suivre une scolarité dans le milieu ordinaire, au sein de l'école de leur quartier, en fonction du projet personnalisé de scolarisation.

Par ailleurs, cette loi est fondatrice de la notion de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, convergence indispensable au vue des problématiques nouvelles soulevées par la multiplication des personnes handicapées vieillissantes. En prenant acte de la similarité des besoins et préoccupations des personnes handicapées et âgées, la loi vise à définir des principes et modalités identiques de compensation de la perte d'autonomie afin de supprimer les barrières et éviter les ruptures de prises en charge. La mise en œuvre de ce principe n'est cependant pas encore effective.

Loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne

La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne vise la croissance du secteur, avec un objectif de création de 500 000 emplois dans les trois ans. Trois priorités sont mises en avant : la réduction des coûts et des prix, la simplification de l'accès aux services pour les particuliers et une professionnalisation du secteur garantissant la qualité des services. Parmi les mesures retenues par la loi, peuvent être citées : la création du chèque-emploi service, l'allègement des procédures d'agrément et la création de l'Agence nationale des services à la personne.

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite HPST) constitue un changement dans l'organisation des compétences de l'État dans les administrations déconcentrées. Les Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées, remplaçant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance Maladie pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie elles sont de fait le nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil général depuis le 1er janvier 2010. Elles sont coordonnées par le Comité National de Coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.
La loi modifie également la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux par la mise en place d'une procédure d'appel à projet.

Loi « Blanc » de juillet 2011 sur les Maisons Départementales des Personnes Handicapées

La loi « Blanc » modifie les modalités de fonctionnement des MDPH. Elle prévoit notamment de nouvelles règles concernant les personnels, donne des précisions sur les dépôts des demandes auprès de la MDPH, le fonctionnement de la CDAPH et la gestion des contentieux. Elle précise les rapports entre MDPH et organismes participant au service public de l'emploi.

Une conjoncture nationale à la fois engageante et contraignante

La prise en considération et l'intégration des problématiques liées au handicap dans le champ des politiques nationales a donné un nouveau souffle aux acteurs du secteur, notamment avec l'élaboration et l'engagement de grands plans nationaux qui permettent aux collectivités de s'engager vers une meilleure prise en charge des publics cibles. Il en est ainsi du plan Autisme qui énonce un certain nombre de priorités dans les actions qui doivent être déployées au niveau des départements, mais également du schéma Handicaps rares, ou encore du plan Psychiatrie et santé mentale par exemple.

Parallèlement, les circonstances économiques ont appelé les collectivités locales, au premier rang desquelles les Conseils Généraux, à une vigilance soutenue quant à l'évolution de leurs dépenses sociales. Ces contraintes budgétaires se renforcent dans un contexte de croissance des dépenses et de contraction des ressources, elles rigidifient ainsi le cadre d'action des acteurs locaux et les incitent à développer des solutions innovantes tout en optimisant les dispositifs déjà en place.

2) *Les Compétences du Conseil général et de ses partenaires institutionnels sur le champ du handicap*

Dans le champ du handicap, l'État et les Conseils généraux sont deux acteurs-clés dans le pilotage des dispositifs sociaux et médico-sociaux en faveur respectivement des enfants et des adultes handicapés. Pour autant, d'autres acteurs prennent part à ces politiques (les communes et leurs centres communaux d'action sociale, l'assurance maladie, les Caisses d'allocations familiales, etc.) dont il convient ici d'expliciter l'action.

Les compétences du Conseil général

Le Conseil général est positionné en tant que chef de file de l'action sociale. Après de nombreux transferts de compétences en matière d'action sociale depuis 1982, les contours de celles-ci sont désormais clairement affirmés. Le Conseil Général a notamment depuis 1983 la charge de l'ensemble des prestations d'aide sociale, à l'exception de quelques-unes restées à la charge de l'État. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales reconnaît au département un rôle de « chef de file » en matière sociale et médico-sociale : il « *définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* ».

Le département intervient dans plusieurs domaines :

- **l'action sociale à l'enfance**
- **la protection maternelle et infantile**
- **l'aide aux personnes handicapées**
- **l'aide aux personnes âgées**
- **l'insertion sociale et professionnelle**
- **l'aide au logement**

Dans le champ de la politique handicap, le Département est chargé :

- de la gestion de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), accordée par la Commission des Droits et de d'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ;
- de la tutelle administrative et financière du groupement d'intérêt public qu'il constitue avec l'État, les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale et, le cas échéant, d'autres personnes morales, gérant la maison départementale des personnes handicapées ;
- de l'attribution de l'aide sociale départementale ;
- de l'autorisation, la tarification, le contrôle et le suivi d'une partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux (compétence partagée avec l'Agence Régionale de Santé) ;
- de l'agrément, la formation et le suivi des familles d'accueil ;
- des frais de transport individuel des élèves et des étudiants handicapés vers les établissements scolaires et universitaires (si cette compétence n'est pas transférée à un groupement de communes).

Remplaçant l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) depuis le 1er janvier 2006, la Prestation de compensation du handicap (PCH), est une aide financière, versée par le Conseil général, destinée à financer les besoins liés au manque d'autonomie des personnes handicapées. Son attribution est personnalisée. Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, sur la base du projet de vie exprimé par la personne.

Les personnes handicapées adultes sont éligibles à l'aide sociale à l'hébergement qui prend en charge les frais d'accueil des personnes admises en établissement, qu'il s'agisse d'un accueil permanent, temporaire ou d'un accueil de jour. Deux catégories d'usagers sont concernées par cette aide : les travailleurs handicapés résidant en structure d'hébergement (foyer d'hébergement collectif, foyers éclatés…), et les personnes handicapées reconnues inaptes au travail, hébergées en foyer de vie ou en foyer d'accueil médicalisé, ou admises dans une structure d'accueil de jour.
Pour les personnes handicapées adultes restés à domicile, une aide sociale à domicile peut aider à financer des heures d'aides ménagères, aide dont l'attribution s'effectue sous conditions.

La Maison Départementale des Personnes handicapées (MDPH)

La MDPH est un Groupement d'Intérêt Public (GIP) placé sous l'autorité administrative et financière du Conseil général, dans lequel l'État est membre de droit. La MDPH associe les

caisses locales de sécurité sociale et les associations représentatives des personnes handicapées.
La MDPH offre un accès unique aux droits et aux prestations. Guichet unique, la MDPH centralise toute les démarches liées aux diverses situations de handicap : appui dans l'accès à la formation et à l'emploi, et orientations vers des établissements et services.
Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap[1]. Elle assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie et à la mise en œuvre des décisions prises par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Le Conseil régional intervient sur le champ des politiques sociales et médico-sociales dans le cadre de sa compétence propre sur la formation professionnelle en organisant l'offre de formation à travers son schéma régional des formations (intégrant les formations sociales et médico-sociales d'une part, et sanitaires d'autre part). Il intervient également dans le cadre de ses compétences relatives au transport.

La Région peut également intervenir plus spécifiquement sur le champ du handicap dans le cadre de compétences facultatives (ou non obligatoires), expression d'une volonté particulière de la collectivité. La Région Rhône-Alpes soutient par exemple les Établissements et Services d'Aide par le Travail et Entreprises adaptées. Le Conseil régional intervient également dans l'aide au financement de projets associatifs (établissements, activités, etc.), l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, le développement d'activités culturelles, de sports et de loisirs adaptés, etc.

Les compétences de l'État et de l'Assurance maladie

La politique de l'ARS, déclinée au sein des Projets régionaux de santé, s'articule autour de cinq axes stratégiques :

- Handicap et vieillissement
- Périnatalité et petite enfance
- Maladies chroniques
- Santé mentale (incluant souffrance psychique et addictions)
- Veille et sécurité alimentaire

Dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social, les établissements et services d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés sont financés par l'Assurance maladie. Ils sont autorisés, tarifés et contrôlés par l'Agence régionale de santé.
De même, les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés relèvent de plusieurs champs réglementaires et d'une compétence, selon le cas, de l'État et/ou du Conseil général. Ainsi, les établissements d'hébergement avec soins accueillant des adultes handicapés lourdement dépendants et nécessitant des soins ne pouvant être assumés par la médecine de ville (Maisons d'accueil spécialisées – MAS) sont intégralement financés par l'Assurance-maladie. Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) bénéficient quant à eux d'un financement double : d'une part, un forfait soins (Assurance-maladie), et d'autre part un prix de journée

[1] Article L. 146-3 du Code de l'Action sociale et des familles

(aide sociale départementale) pour l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale. Il en est de même pour le financement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

D'autres services de l'État participent de la politique sociale et médico-sociale principalement mise en œuvre par le Conseil général.
Par exemple, les unités territoriales de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE, anciennement DDTEFP) assurent la déclinaison opérationnelle des dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (à travers notamment le Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés – PRITH).
La Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) intervient dans le cadre des politiques d'accession et d'accessibilité du logement pour les personnes handicapées. Enfin, concernant la chaîne de déplacement notamment, la Direction régionale et interdépartementale de l'équipement et de l'aménagement (DRIEA) est compétente.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La CNSA est chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes

La Caisse d'Allocation familiale (CAF)

La Caisse d'Allocation familiale est chargée du versement de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicap (AEEH). Elle est notamment responsable du fonctionnement des crèches et des Centres de Loisirs sans Hébergement dans le cadre du milieu ordinaire.

Les compétences des communes

À la différence des départements qui attribuent l'aide sociale légale et peuvent allouer des aides sociales complémentaires, extralégales ou facultatives, les communes développent une action sociale qui leur est propre et relève exclusivement de l'aide facultative. Elles conservent toutefois des compétences d'action sociale importantes issues de la gestion de l'ancienne assistance publique. Le centre communal d'action sociale (CCAS) en constitue la structure opérationnelle. Il est à l'avant-poste des difficultés sociales des habitants et représente le premier échelon de proximité pour orienter la demande de la personne (ou établir le lien) vers le service adéquat. Les CCAS constituent les demandes d'aides sociales.
Concernant le handicap, les communes interviennent dans le cadre de la mise en accessibilité des espaces publics et de la voierie (à travers leur commission d'accessibilité), et de la petite enfance et de la jeunesse (adaptation des crèches, des accueils de loisirs, des écoles, etc.).

B. Planification départementale et régionale : une articulation à rechercher

Si la loi du 2 janvier 2002 assigne au Conseil général la responsabilité d'établir un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées pour une période de 5 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 confère aux Agence régionale de santé l'élaboration d'un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS). Le but de ce document est « *de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie* ». Il doit veiller à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'ARS.

La place donnée au projet régional de santé et à ses différentes composantes – dont le SROSM – renforce le poids des orientations régionales dans la planification médico-sociale. Les schémas départementaux doivent dorénavant s'inscrire en cohérence avec ces orientations et le renouvellement du schéma départemental de l'Ain intervient suite à la définition de ces orientations. En outre, les schémas départementaux doivent désormais être « examinés » par la Commission de coordination dédiée au secteur médico-social (décret n° 2010-346 du 31 mars 2010).

Par ailleurs, la loi de 2005 a créé un nouvel outil, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC). Son objectif est l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-social au sein de la région, pour garantir l'équité territoriale, avec une approche globale qui va de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement. Le PRIAC dresse chaque année les priorités régionales prévisionnelles par département du financement de l'année en cours et à quatre ans de créations ou transformations d'établissements et de services.

Si les schémas départementaux et le SROMS ont un périmètre propre, de nombreux points de complémentarité et de partage sont à souligner. L'exigence d'accessibilité, de continuité des parcours, les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, les modalités d'évolution de l'offre médico-sociale sont posées aux deux schémas. Ces compétences partagées invitent à une complémentarité des réponses.
Le schéma départemental présenté ici s'articule de manière forte avec les objectifs du SROMS.

L'organisation de la politique Handicap dans l'Ain

Définie par l'Assemblée départementale et plus précisément par le Vice-Président en charge de l'action sociale, la politique en faveur des personnes handicapées est mise en œuvre par la Direction générale adjointe à la Solidarité du Conseil général.

Cette Direction comprend neuf domaines (Contrôle interne et qualité, Enfant/adoption, Accueil du jeune enfant, PMI, Logement, Insertion, Développement social, Établissements et Autonomie) et une délégation, celle de la politique du handicap.

A ces différents services s'ajoutent huit Maisons de la Solidarité (MDS) en charge de la mise en œuvre des politiques du Conseil général au niveau local.

La délégation Politique du Handicap est chargée, en lien avec les domaines « Établissements » et « Autonomie » de l'élaboration, la coordination et la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées. Les Maisons de la solidarité assurent, quant à elles, les réponses de proximité.

La Délégation Politique du Handicap du Conseil général

La délégation Politique du Handicap s'appuie sur les domaines « Établissements » et « Autonomie » en charge également de la gestion des établissements, services et prestations à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

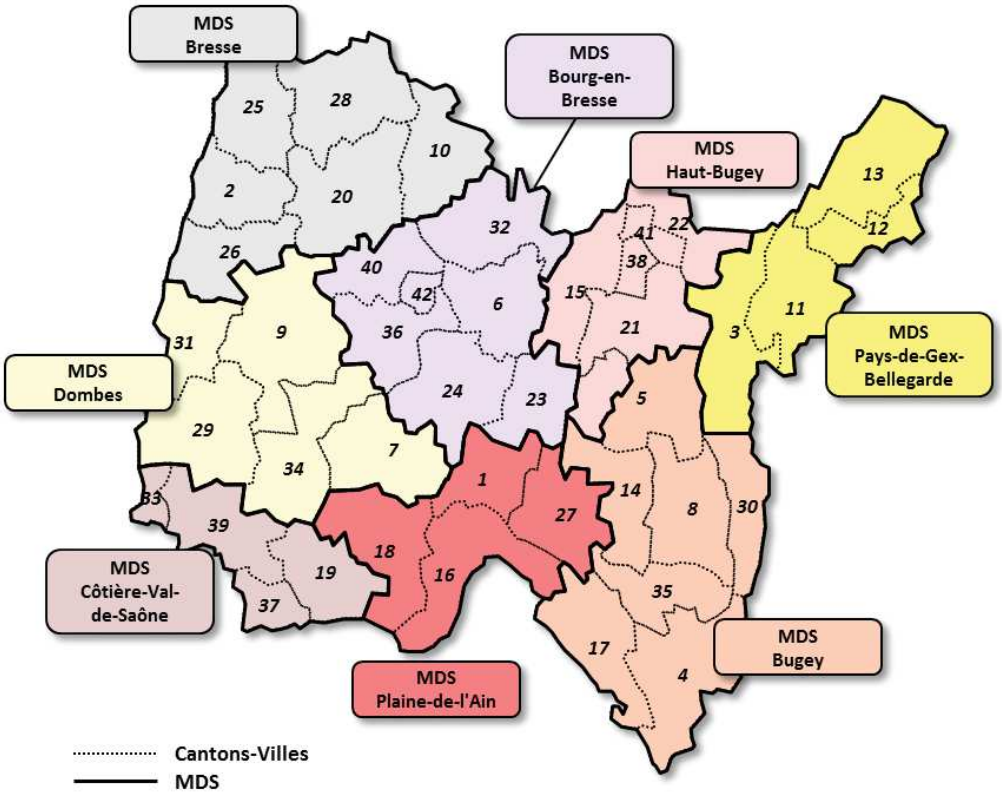
Le domaine « Établissement » est responsable de la politique d'accueil en structure. Il a en charge l'autorisation des créations, extensions et transformations de l'ensemble des établissements et services personnes âgées et personnes handicapées placés sous la compétence du Conseil général. Le service assure la tarification, le contrôle et le suivi des établissements pour personnes âgées et pour adultes handicapés, en lien avec les associations. Il a également en charge l'autorisation des créations et transformations de services d'aide à domicile pour les services autorisés.

Le domaine « Autonomie » est responsable de la politique de prise en charge au niveau du domicile pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Il met en œuvre, à destination de ces dernières, la PCH, l'ACTP en lien avec les MDS ainsi que l'aide sociale aux personnes handicapées.

Les Maisons de la Solidarité

La Direction Générale de la Solidarité comprend 8 Maisons de la Solidarité :

- Plaine de l'Ain
- Bugey
- Bourg-en-Bresse
- Dombes
- Côtières/Val-de-Saône
- Bresse
- Haut-Bugey
- Pays de Gex/Bellegarde



À noter : Les numéros correspondent aux différents cantons du département.

Dans chaque MDS, un adjoint ressources-autonomie placé sous la responsabilité du responsable a une mission en termes de logistique des différents sites ainsi qu'en termes de délégation de signature sur l'APA, l'aide sociale personnes âgées et personnes handicapées et l'ACTP (paiement). Ils ont sous leur responsabilité les ATSE spécialisés personnes âgées dépendantes qui font l'évaluation à domicile des plans d'aide APA uniquement.

En revanche, ils n'assurent aucune mission pour le compte de la MDPH et n'interviennent notamment pas dans l'évaluation de la PCH. Les missions d'évaluations effectuées par des tiers pour le compte de la MDPH sont :

- l'APF : convention financée par le Conseil général pour certains plans d'aide PCH, du fait que la MDPH de l'Ain ne compte aucun ergothérapeute ;
- l'association handicap Emploi : entretiens individuels d'insertion professionnelle financés sur budget MDPH ;
- les établissements et services médico-sociaux qui accueillent les personnes (à titre gratuit, dans le cadre de leur convention avec leur financeur Conseil général et ou Agence Régionale de Santé).

Les politiques transversales du Conseil général en matière de handicap

La politique en faveur des personnes handicapées mise en œuvre par le Conseil général dépasse l'action de la Délégation Politique du Handicap et les domaines « Établissements » et « Autonomie ».

Ainsi, les autres services de la Direction générale adjointe à la Solidarité sont impliqués dans la politique en faveur des personnes handicapées.

Le domaine « Insertion » accompagne les personnes les plus fragilisées vers l'autonomie dans une démarche coordonnée et cohérente, avec l'objectif de garantir l'accès aux droits de ce public.

Les domaines « Enfance - adoption », « Accueil du Jeune Enfant » et « Protection maternelle et infantile » œuvrent dans le soutien des enfants et des familles en situation de fragilité et la construction de réponses pluri-partenariales autour de situations complexes, à la croisée des interventions des différents partenaires.

Au-delà des services sociaux, l'ensemble des services du Conseil général se mobilisent pour l'accès et l'adaptation des politiques de droit commun.

Concernant les transports, le Schéma Directeur d'Accessibilité des Transports du Département vise à promouvoir la mise en accessibilité des transports publics. Dans le domaine des loisirs, l'implication du Conseil général se fait au titre d'actions volontaristes. Le Conseil général mène une politique de soutien au Comité départemental Handisport. Concernant la culture et le patrimoine, le Conseil général promeut l'accès à la culture des publics empêchés par le biais de dispositifs dédiés tels que « Culture et Handicap ». Le Conseil général accompagne également la scolarisation des enfants handicapés dans les collèges, que ce soit en Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) ou pour l'accès aux bâtiments.

II. La méthodologie d'élaboration du schéma

L'élaboration de ce schéma s'est faite dans la continuité du travail entrepris ces dernières années par les services départementaux, et les différents partenaires.

En effet, bien que le Département n'ait que peu de compétences légales dans le domaine de l'enfance handicapée, il a été décidé d'intégrer dans la mission d'évaluation du schéma 2005-2010 et d'élaboration du nouveau schéma, les problématiques qui s'y rapportent afin d'engager une réflexion plus approfondie sur la continuité du parcours de la personne, de l'enfance au grand âge, avec à titre d'illustration, des focus sur l'enfance handicapée et les personnes handicapées vieillissantes.

En outre, le Conseil général, avec la signature des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, possède une vue globale sur l'ensemble des activités des associations gestionnaires.

Ainsi une démarche d'appropriation d'une réflexion globale sur le handicap a été initiée dans le cadre d'une première phase d'état des lieux des besoins et de l'offre en établissements et services ainsi que d'identification des problématiques relatives à chaque âge de la vie.
Dans ce cadre, plusieurs types d'outils ont été mobilisés et notamment :

- Des analyses quantitatives, comparatives au niveau national et régional
- L'élaboration de cartes problématisées
- Des entretiens individuels et collectifs avec les responsables de services du Conseil général et ses partenaires
- Des réunions collectives thématiques avec les opérateurs, gestionnaires d'établissements et de services à destination des personnes handicapées dans le département
- La sollicitation des acteurs par écrit pour toute contribution,
- Une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la PCH à domicile, enfants et adultes,
- Des entretiens collectifs avec les membres de la CDAPH

La démarche s'est poursuivie par une seconde phase de concertation très large autour de six thématiques identifiées comme nécessitant d'être approfondies à savoir :

1. L'enfance handicapée
2. Jeunesse 16-25 ans, prévention des ruptures
3. Formation, emploi en milieu ordinaire et protégé
4. Personnes handicapées vieillissantes
5. Vie et accompagnement à domicile
6. Hébergement et alternatives

Les travaux menés dans ces deux phases constituent une contribution essentielle dans l'élaboration de ce schéma et ont permis d'identifier les enjeux qui feront l'objet d'une action dédiée.

Le Conseil général a souhaité associer le plus largement possible les acteurs tout au long de cette démarche.

L'élaboration du schéma a été suivie par un comité de pilotage composé du Vice-Président du Conseil général en charge de l'action sociale, des responsables de services du Conseil Général (Délégation Politique du Handicap et domaines « Établissements » et « Autonomie »), des partenaires institutionnels principaux (ARS, Éducation Nationale, Cap Emploi), ainsi que de quatre représentants des associations de personnes handicapées désignés dans le cadre du Comité d'Entente existant (ADAPEI, APAJH, APF, UNAFAM).

Le Comité de pilotage sera maintenu pour suivre la mise en œuvre du schéma.

PARTIE 1 : LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS L'AIN

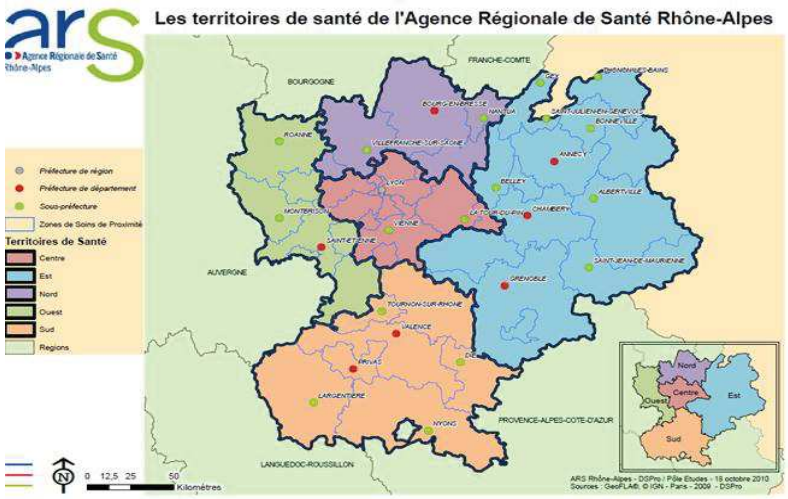
1 - Un territoire hétérogène qui présente des zones de concentration de population.

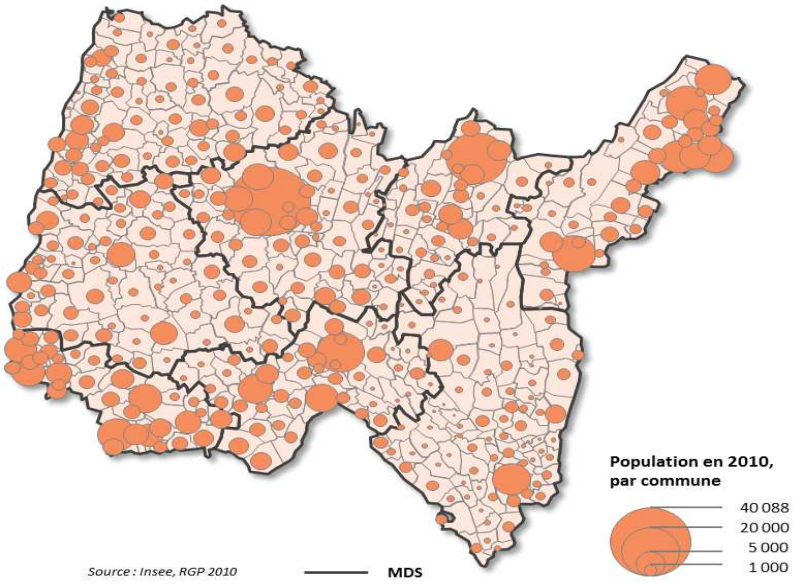
2 - Quelques caractéristiques de la population en situation de handicap.

I. Un territoire hétérogène qui présente des zones de concentration de population

Le département de l'Ain est découpé en 8 territoires : Plaine de l'Ain, Bugey, Bourg-en-Bresse, Dombes, Côtières/Val-de-Saône, Bresse, Haut-Bugey, Pays de Gex/Bellegarde. Selon le découpage de l'ARS, il se partage entre 3 territoires de santé :

- le territoire de santé Est du découpage de l'ARS Rhône Alpes qui comprend aussi la Haute Savoie et une partie importante de l'Isère ;
- le territoire Nord qui comprend une partie du Rhône ;
- le territoire Centre qui comprend une partie du Rhône et de l'Isère.





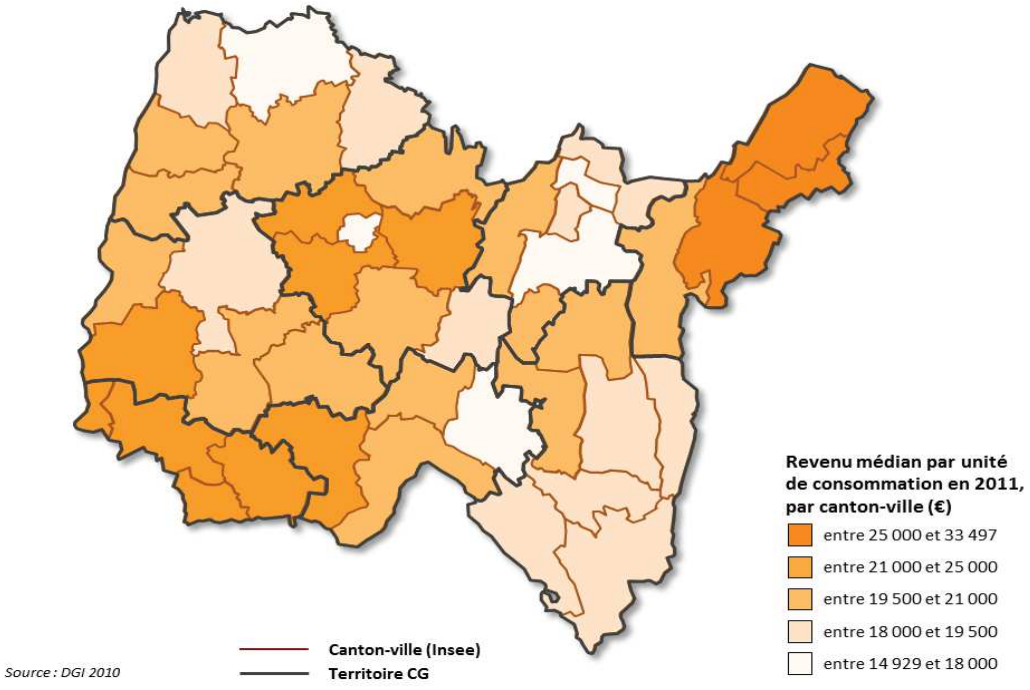
L'Ain représente un peu moins de 10% de la population de Rhône-Alpes avec 618 632 habitants au 1er janvier 2013.
La structure de la population montre une population légèrement plus jeune que celle de la région avec 26,4% de personnes de 20 ans contre 25,3% au niveau régional et 7,7% de personnes de 75 ans et plus contre 8,5% en Rhône-Alpes.

	Ain	Rhône-Alpes
Part de la population âgée de moins de 20 ans	**26,4%**	25,3%
Part de la population âgée de 60 ans et plus	**21,6%**	22,8%
Part de la population âgée de 75 ans et plus	**7,7%**	8,5%

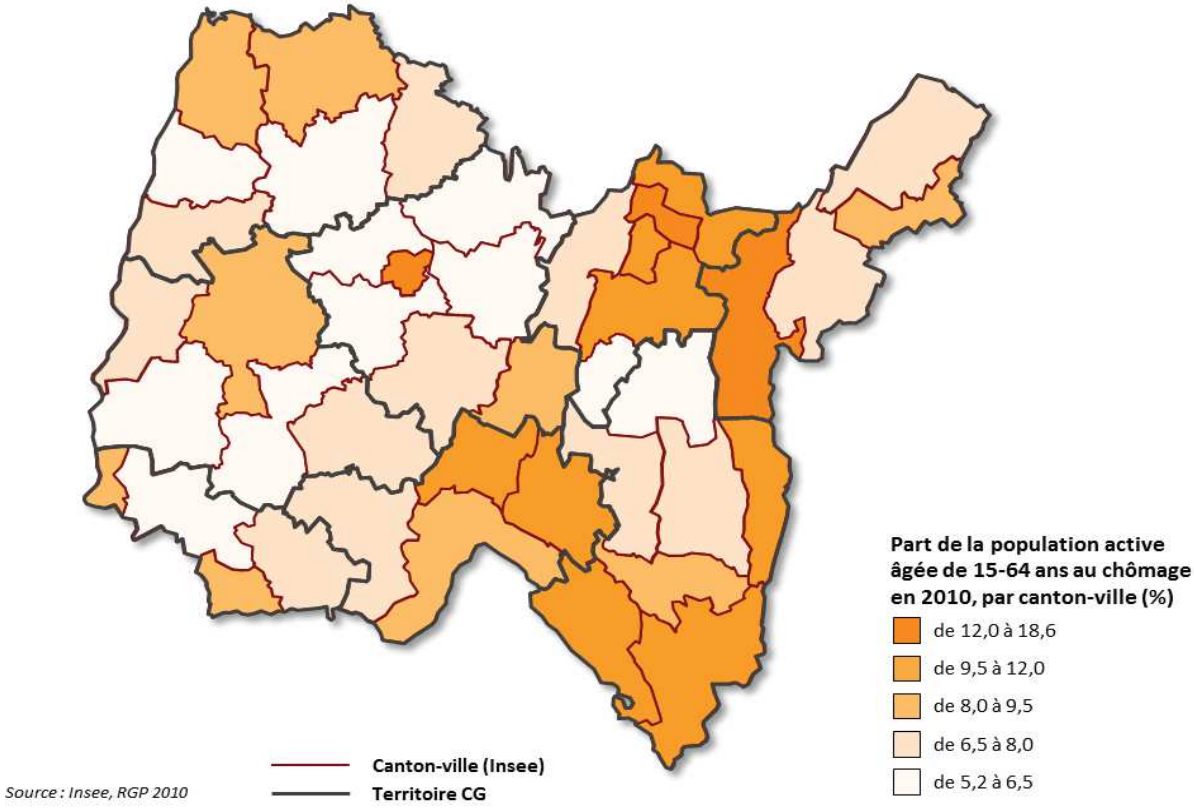
Avec une densité moyenne de 107 habitants/km², le département apparait comme un territoire intermédiaire ; celle-ci étant légèrement inférieure à la moyenne nationale (117 habitants/km²) mais dont la démographie est particulièrement dynamique. La population du département a ainsi augmenté de plus de 20% entre 1999 et 2013, contre 9% au niveau national.

On notera, à partir de la carte ci-dessus, des zones plus densément peuplées telles que l'agglomération de Bourg-en-Bresse, le sud-ouest du département frontalier avec le Rhône et le Nord-Est, frontalier avec la Suisse.

Par ailleurs, comme le montre la carte ci-dessous, la représentation des revenus par canton témoigne de disparités relativement importantes entre les ressources des populations. En effet, le Pays de Gex se distingue avec des revenus médians par unité de consommation supérieurs à 25 000€ par an. Les cantons situés autour de Bourg-en-Bresse ainsi que ceux du sud-ouest du département affichent également des revenus élevés, compris entre 21 000€ et 25 000€ par an alors que ceux du sud-est, du nord-ouest et du secteur d'Oyonnax présentent des revenus inférieurs à 19 500€ voire 18 000 € par an.



De même en ce qui concerne le taux de chômage, les cantons présentent des différences marquées. Si le département de l'Ain est plutôt favorisé économiquement, présentant un taux de chômage inférieur aux moyennes régionale et nationale (7,5% en 2012, contre 9,2% en Rhône-Alpes et 10,2% en France), il demeure supérieur à 12% dans les cantons de Bourg-en-Bresse, Bellegarde-sur-Valserine et Oyonnax, mais reste inférieur à 8%, sur la majorité des cantons de l'Ouest du département.



Plus de 10% des foyers de l'Ain (27 957 en 2012), comptent au moins une personne titulaire d'une aide attribuée par la MDPH au titre d'un handicap (dont 4 013 pour au moins un de leurs enfants).

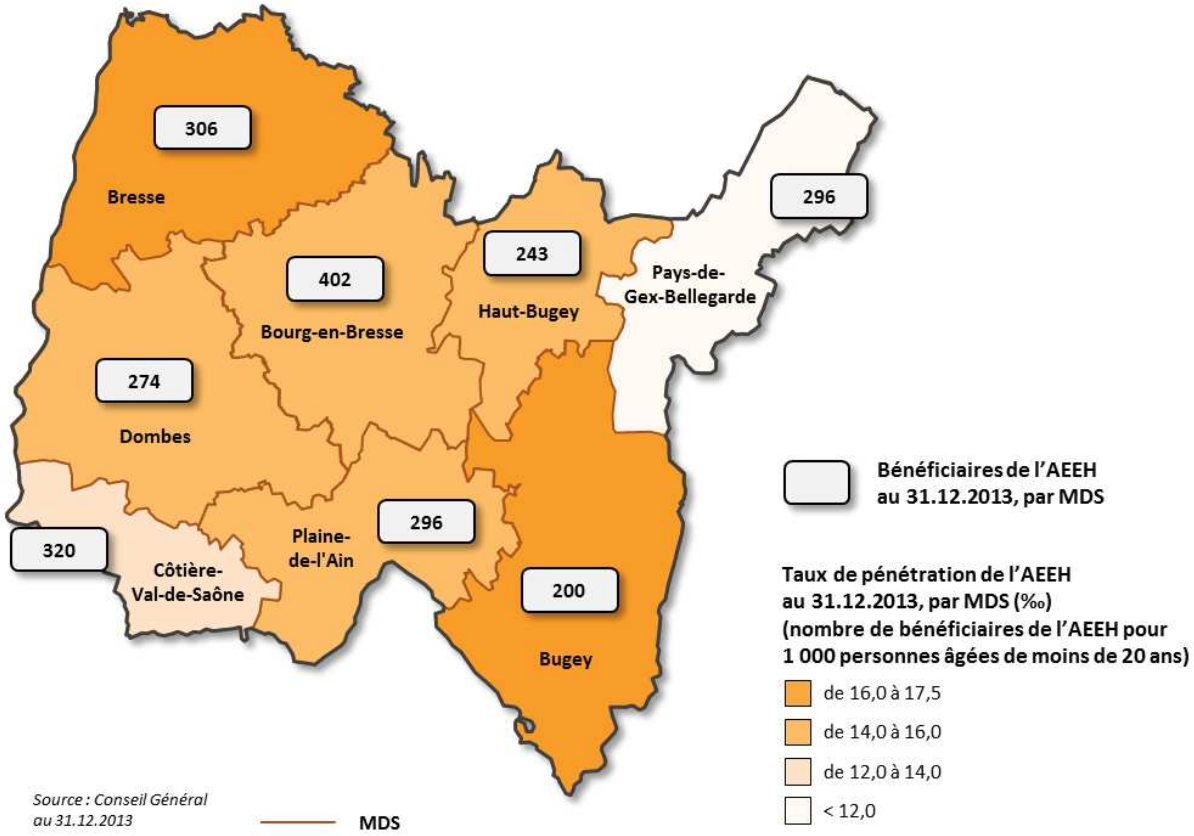
Cette proportion est significativement moins élevée dans le secteur du Pays de Gex, vraisemblablement du fait des particularités socio-économiques et géographiques du secteur avec un niveau de vie moyen plus élevé, une protection sociale assurée par d'autres moyens (organismes internationaux, assurance invalidité suisse, assurances privées) et une mobilité importante de la population.

II. Quelques caractéristiques de la population en situation de handicap

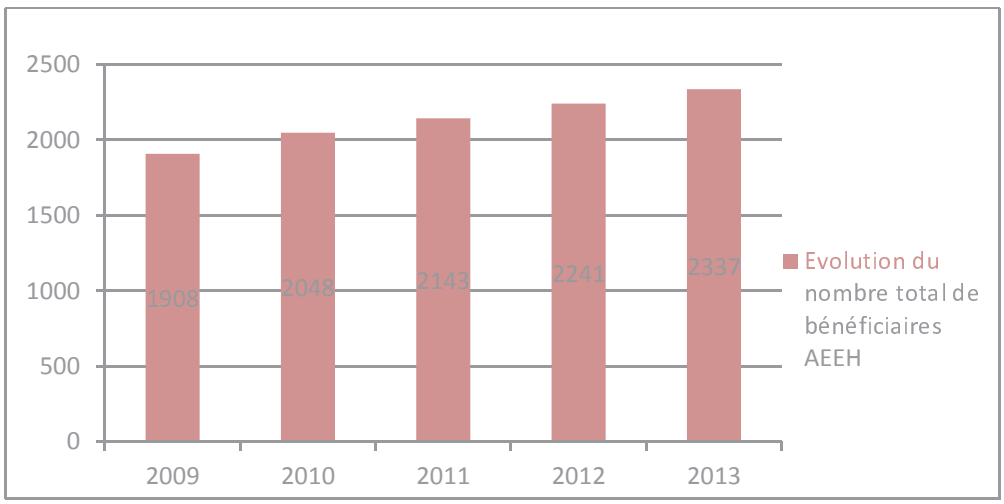
A. Des enfants et adolescents en situation de handicap localisés majoritairement dans les secteurs urbains

L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) est une prestation destinée – sous certaines conditions – aux enfants âgés de moins de 20 ans, ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 50 %.

Sur le territoire de l'Ain, 2 337 enfants de moins de 20 ans bénéficient de l'AEEH au 31.12.2013. À l'échelle du département, on dénombre 14,7 bénéficiaires de l'AEEH pour 1000 jeunes de moins de 20 ans. 6 MDS sur 8 ont un taux de pénétration supérieur au département. On relève des disparités entre MDS : en effet, les MDS du Bugey et de la Bresse affichent des taux de pénétration élevés, respectivement 17,5‰ et 17,4‰ ; en revanche, celui de la MDS du Pays-de-Gex est de 11,2‰.



En termes de répartition, 17,2% des bénéficiaires de l'AEEH se situent sur la MDS de Bourg-en-Bresse, suivi de Côtière-Val-de-Saône (13,7%), et Bresse (13,1%). C'est sur la MDS du Bugey que la part des bénéficiaires de l'AEEH est la moins élevée soit 8,6%.
Le graphique ci-dessous montre l'augmentation importante du nombre global de bénéficiaires de l'AEEH, tous âges confondus, entre 2009 et 2013, à savoir 1908 en 2009 contre 2337 en 2013, soit une augmentation de 22,5%.



La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est un droit ouvert aux enfants depuis le 1er avril 2008. Cette prestation couvre les aides humaines, aides matérielles et aides animalières. Un dossier PCH et une demande d'AEEH peuvent être déposés en même temps.

En 2012, l'Ain comptabilise 173 accords de PCH enfants (source : MDPH), soit un taux d'accords de 70%. Les accords pour les différentes aides liées à la PCH ont fortement augmenté ces deux dernières années. Prenons notamment l'exemple de l'aide humaine familiale qui est passée de 87 accords (dont 25 en établissements) en 2010 à 138 (dont 40 en établissements) en 2012. Il en est de même pour l'ensemble des aides.

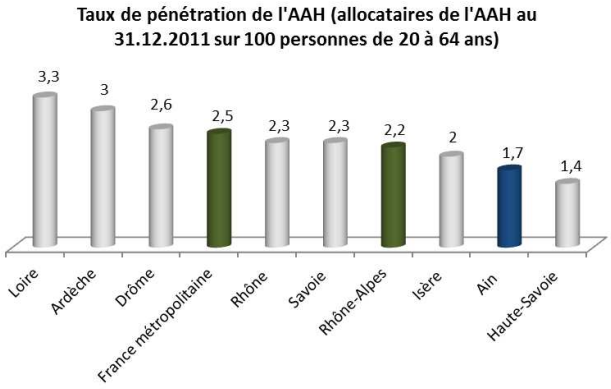
Type d'élément PCH (jeunes –20 ans)		Accords 2011	Accords 2010	Accords 2009
Aide humaine par aidant familial				
Aide humaine par emploi direct				
Aide humaine par prestataire				
Aide humaine par mandataire				
Aides techniques				
Aménagement véhicule/transports				
Aménagement logement/déménagement				
Charges exceptionnelles				
Charges spécifiques				

Source : rapport d'activités 2012 – MDPH

B. Des adultes en situation de handicap comparativement moins représentés que dans la Région

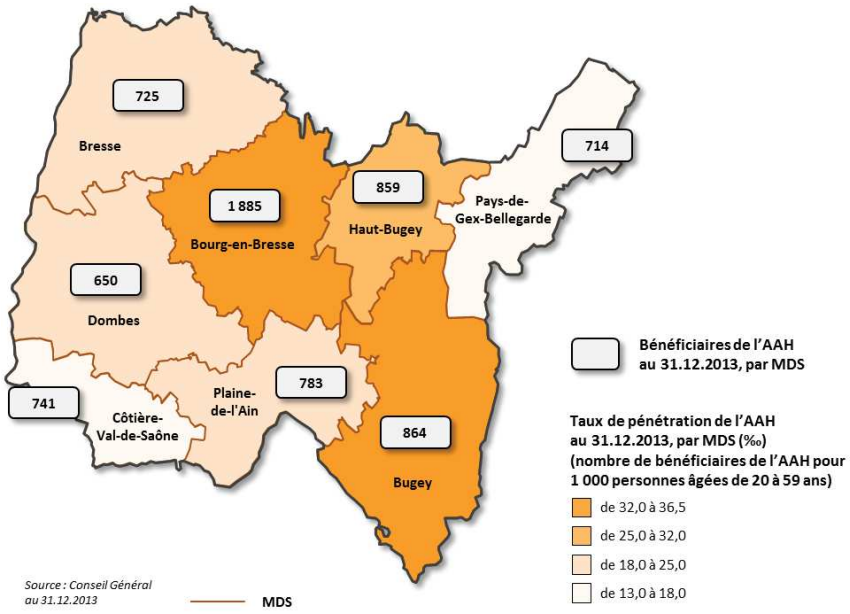
L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est une allocation versée sous conditions de ressources afin de garantir aux personnes en situation de handicap un revenu minimum. Cette allocation est accessible aux personnes de plus de 20 ans qui présentent un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% ou de 50 à 79% si cette incapacité entraîne une restriction substantielle et durable de l'accès à l'emploi. Attribuée par la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap), elle est versée par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) pour une durée de 1 à 2 ans renouvelable. Les bénéficiaires de l'AAH peuvent vivre à domicile comme être hébergés au sein d'une structure d'accueil spécialisée.

Avec 1,7% d'allocataires de l'Allocation pour Adultes Handicapés (AAH) au sein de la population âgée de 20 à 64 ans, soit 6 047 allocataires, l'Ain présente au 01.01.2013 un taux de pénétration inférieur aux moyennes régionale (2,2%) et nationale (2,5%). Ceci s'explique principalement par la relative bonne santé économique du département qui impacte de fait la représentation des bénéficiaires de minimas sociaux à la baisse.



Nombre d'allocataires AAH	
France métropolitaine	925 306
Rhône-Alpes	81 848
Rhône	**23 098**
Loire	**14 112**
Isère	**13 845**
Drôme	**7 258**
Haute-Savoie	**6 150**
Ain	6 047
Savoie	**5 641**
Ardèche	**5 337**

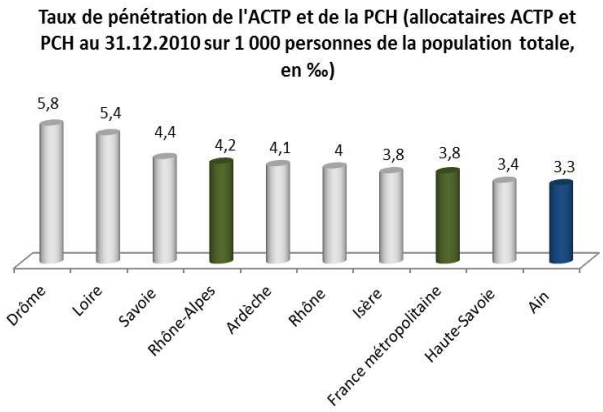
La carte ci-dessous montre que la localisation des bénéficiaires de l'AAH n'est pas homogène sur le territoire. Les taux de pénétration sont plus importants dans les MDS Bugey (36,5 pour 1000 personnes âgées de 20-59 ans), Bourg-en-Bresse (33,6), et Haut-Bugey (28,5) contre 13 pour Pays de Gex-Bellegarde et 16,3% pour Côtières-Val de Saône.



La Prestation de Compensation du Handicap (PCH), créée par la loi de 2005 et financée par les Départements, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation, en particulier pour les personnes qui ne sont pas hébergées par une structure médico-sociale. Cette prestation vise à permettre aux personnes handicapées de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, ainsi qu'à travers l'aide à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule.

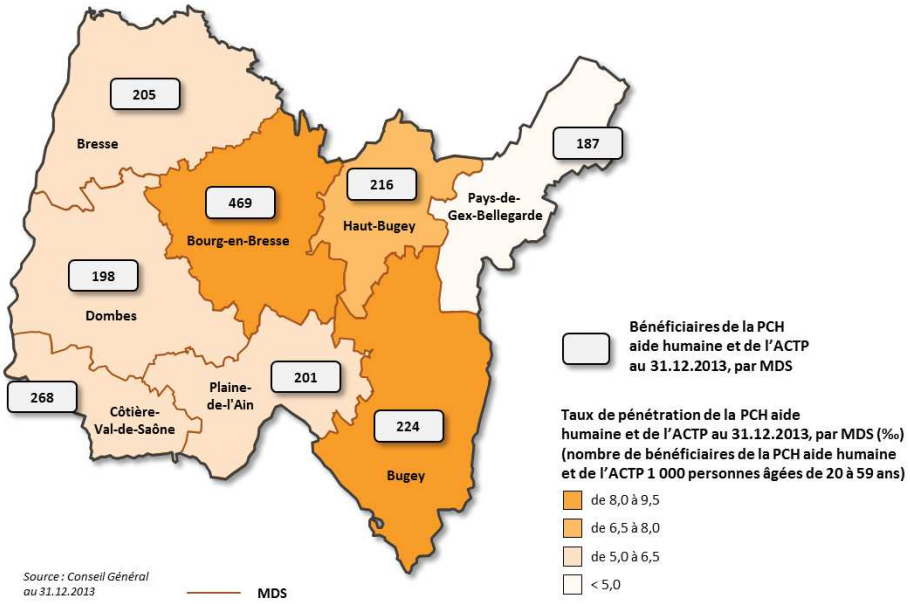
L'Allocation de Compensation d'une Tierce Personne (ACTP) est une allocation antérieure à la PCH qui s'adressait également aux personnes en situation de handicap.

Avec 1 956 bénéficiaires, le taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH est de 3,3‰ habitants dans l'Ain, ce qui positionne le département, en tant que département présentant le taux le plus faible de la région, en dessous des moyennes régionale (4,2) et nationale (3,8).



Nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH	
France métropolitaine	237 759
Rhône-Alpes	26 014
Rhône	**6 926**
Isère	**4 636**
Loire	**4 035**
Drôme	**2 836**
Haute-Savoie	**2 496**
Ain	1 956
Savoie	**1 830**
Ardèche	**1 299**

Ce sont les même MDS que pour l'AAH qui présentent les taux de pénétration les plus importants, soit Bugey (9,4 pour 1000 personnes âgées de 20-59 ans), Bourg-en-Bresse (8,4) et Haut-Bugey (7,2) contre 3,4 pour Pays de Gex – Bellegarde.

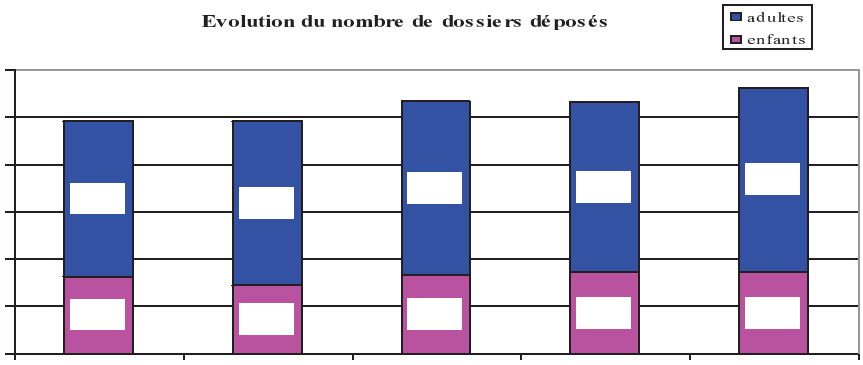


1 887 personnes bénéficient, en janvier 2013, d'au moins un des éléments de la PCH.

1-Aide humaine	
2-Aide technique	
3-Aménagement du logement ou du véhicule, surcoûts liés au transport	
Dont aménagement du logement (y compris déménagement)	
Dont aménagement du véhicule	
Dont surcoûts liés au transport	
4-Dépenses spécifiques et exceptionnelles	
5-Aide animalière	
Personnes bénéficiaires d'au moins 1 des éléments de la PCH	

C. Un accroissement du nombre de dossiers adultes déposés à la MDPH entre 2008 et 2012 et un vieillissement des publics

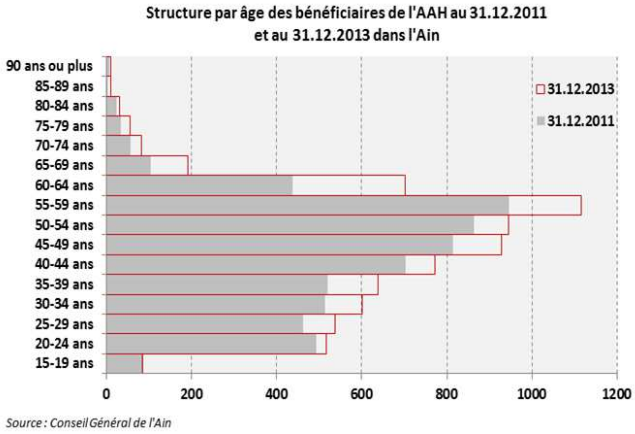
En 2012, 7 793 dossiers adultes et 3 434 dossiers enfants ont été déposés à la MDPH, soit une augmentation de 18,9% par rapport à 2008 pour les dossiers adultes. La dégradation de la conjoncture économique et l'évolution de l'âge de la retraite semblent constituer des éléments d'explication, notamment pour les demandes d'AAH.
À noter, qu'une partie de la hausse d'activité 2012 (plus de 8% d'augmentation sur les adultes) est liée au rattrapage du retard de saisie du dernier trimestre 2011, lié à la mise en place de la polyvalence enfant/adulte des instructeurs.

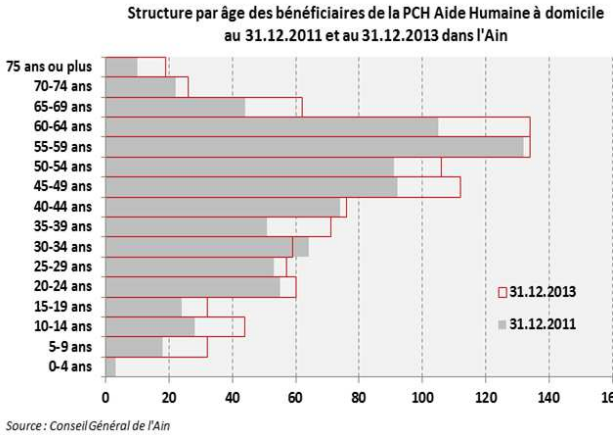


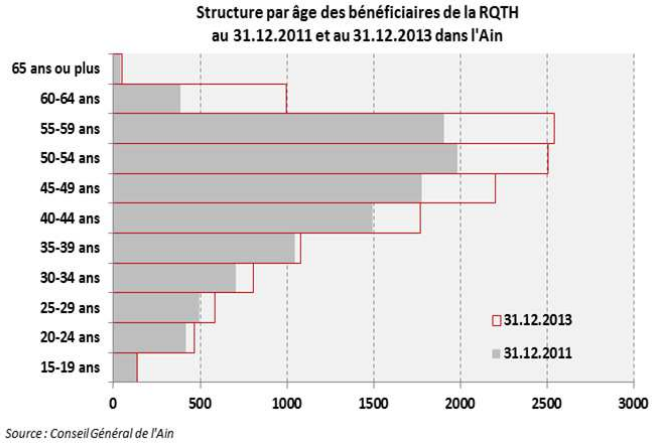
Aussi, le nombre de bénéficiaires des prestations connaît une augmentation significative entre 2011 et 2013 :

- de 19% pour les bénéficiaires de l'AAH
- de 18,2% pour les bénéficiaires de la PCH aide humaine
- de 26,6% pour les bénéficiaires de la RQTH

L'augmentation est nette sur toutes les tranches d'âge, toutefois plus marquée pour les 55-59 ans et les 60-64 ans pour les bénéficiaires de l 'AAH et de la RQTH, et sur la tranche 60-64 ans pour les bénéficiaires de la PCH aide humaine (dans la mesure où elles peuvent maintenant bénéficier de la PCH si ont un contrat de travail).



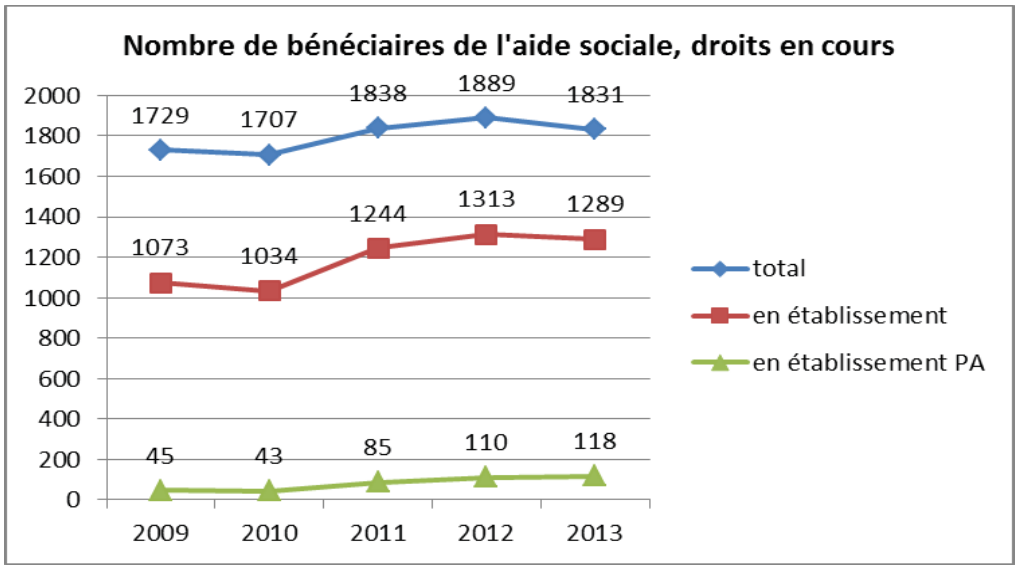




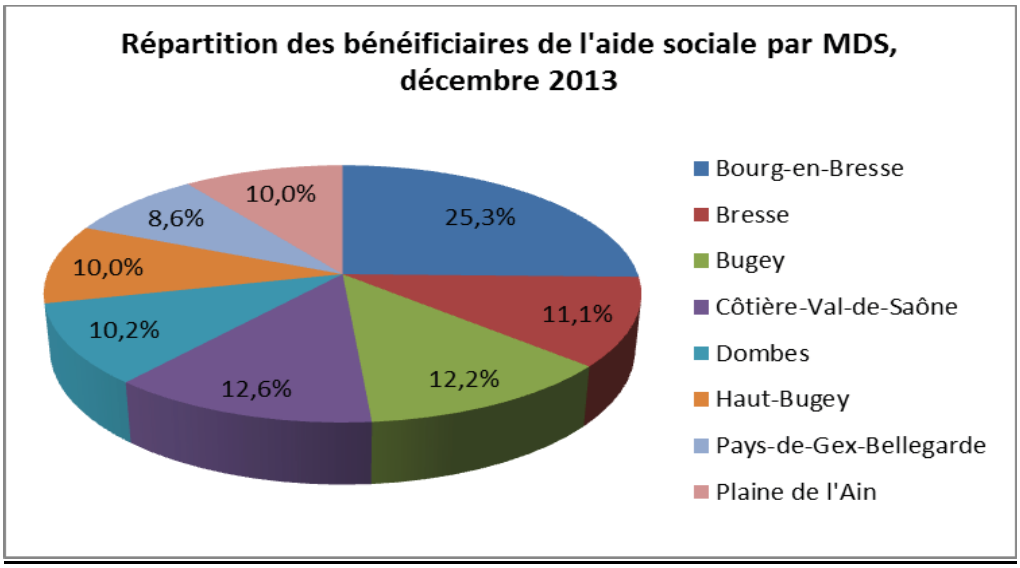
D. Des bénéficiaires de l'aide sociale relativement stables, en croissance dans les établissements

En 2013, le département enregistre 1 831 bénéficiaires de l'aide sociale droits en cours, à domicile et en établissement. Ce nombre de bénéficiaires apparaît plutôt stable entre 2009 et 2013 mais il est à noter un accroissement assez net des bénéficiaires en établissement :

- +20% sur l'ensemble des établissements (1 289 bénéficiaires en 2013)
- +162% en établissement pour personnes âgées (PA) (118 bénéficiaires en 2013)

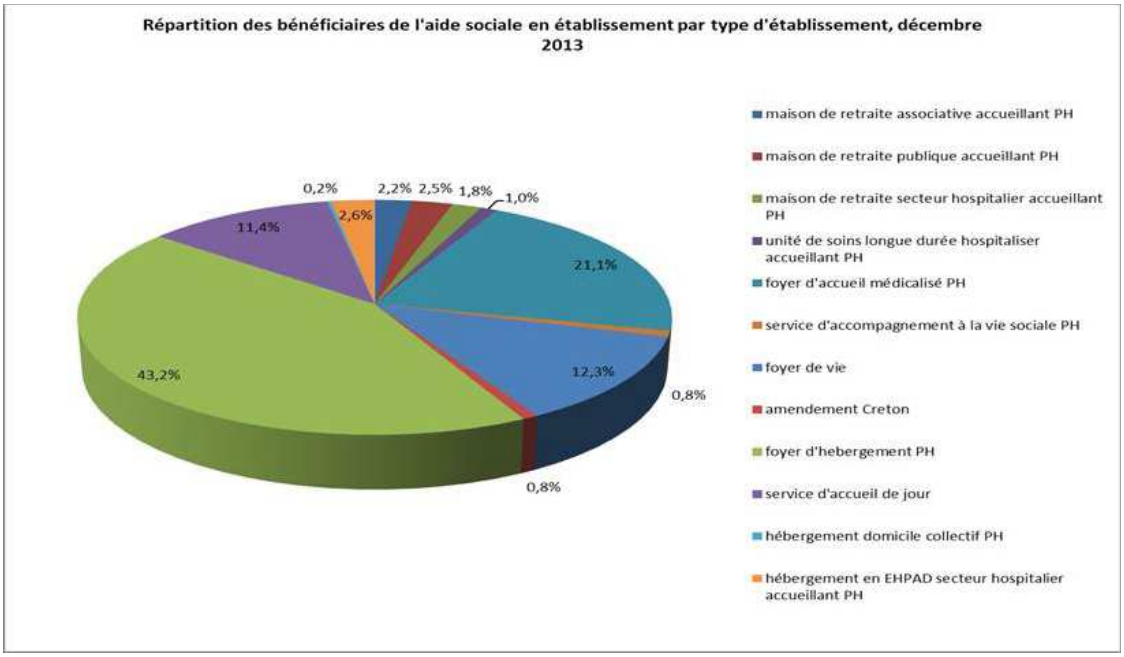


25% des bénéficiaires de l'aide sociale résident au sein du territoire de la MDS de Bourg-en-Bresse. La répartition des bénéficiaires entre les 7 autres MDS est relativement homogène, le Pays-de-Gex-Bellegarde présentant toutefois la part la plus faible, 8,6%.



43% des bénéficiaires de l'aide sociale en établissement sont accueillis en foyer d'hébergement. Viennent ensuite les foyers d'accueil médicalisés (21% des bénéficiaires) et les foyers de vie (12,3%).

Les bénéficiaires accueillis en structures pour personnes âgées (hospitalières, publiques, associatives) représentent 9% de l'ensemble.



PARTIE 2 : L'ENFANCE EN SITUATION DE HANDICAP

Diagnostic

1 - **Dépistage et prise en charge précoce.**

2 - **Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap.**

3 - **Accueil en établissement médico-social.**

Orientations

- **Apporter un accompagnement de qualité dès le plus jeune âge.**
- **Améliorer l'accueil et la prise en charge du jeune en situation de handicap.**

Éléments de diagnostic

A. Dépistage et prise en charge précoce

1) *La Protection Maternelle et Infantile : un dispositif globalement satisfaisant dont certains partenariats doivent faire l'objet d'amélioration*

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) joue un rôle central dans le dispositif de dépistage, à travers ses missions d'accompagnement des femmes enceintes, de suivi des jeunes enfants et de bilans médicaux dans les établissements scolaires auprès des enfants âgés de 3-4 ans permettant de diagnostiquer des troubles ayant des conséquences sur les acquisitions scolaires et la socialisation de l'enfant.

La protection Maternelle et Infantile est une structure de santé publique de proximité. Acteur local important sur le territoire, ce service dispense des soins médicaux de prévention et suit les futures mères ainsi que les enfants de moins de 6 ans. Ce service a pour missions principales : l'accompagnement à la sexualité et à la vie affective, l'accompagnement PMI en prénatal et en postnatal précoce, la santé de l'enfant, l'accompagnement face au handicap, l'accompagnement à la fonction parentale, les liens entre la prévention et la protection de l'enfance, le pilotage d'une politique de prévention précoce.

Sur le territoire, 14 médecins et 15 sages-femmes en poste réalisent des missions de Protection Maternelle et Infantile et de Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) ; 9 de ces derniers sur 10 étant gérés par le conseil général. L'embauche, sur ces dernières années, de nombreux professionnels (sages-femmes, infirmières-puéricultrices, conseillères conjugales), a permis l'amélioration de la prise en charge, de l'accompagnement et du suivi des femmes enceintes et enfants de moins de 6 ans ainsi qu'un travail partenarial de qualité et plus cohérent.

Le bilan du schéma 2009-2013 Promotion et Protection Maternelle et Infantile de l'Ain apparait donc globalement satisfaisant et efficient.

La PMI souhaitent privilégier la mission d'accompagnement prénatal et postnatal du fait d'une forte croissance démographique (7 400 naissances environ chaque année). En 2012, sur l'ensemble du territoire, 244 consultations de suivi de grossesse ont été menées en CPEF. En revanche, aucune consultation prénatale n'est réalisée par les sages-femmes de PMI qui assurent des visites à domicile dans le cadre de l'accompagnement médico-social (4 077 en 2012). Le service PMI privilégie également les permanences de puéricultrices dont la fréquentation a augmenté de 44% entre 2009 et 2012 ; 8 260 personnes ont été reçues en 2012. Notons, le développement de liaisons régulières et de qualité entre le service PMI et le service de maternité/néonatologie/pédiatrie de l'Hôpital de Bourg-en-Bresse, qui a permis un travail de suivi par les sages-femmes plus rapide. Néanmoins face au handicap psychique principalement, ces dernières rencontrent des difficultés pour évaluer la capacité des parents à gérer leur parentalité, à trouver des outils de prise en charge adaptés à ces nouveaux parents, à assurer un suivi rapproché sur du long terme...
Dans le cadre de ses missions de suivi des enfants de moins de 6 ans, en 2012, la PMI a proposé 869 consultations pour 6 358 enfants examinés.

Le repérage et le dépistage du handicap dans le cadre des bilans de santé réalisés en maternelle est également un travail important mené par les professionnels ; 93% des enfants ont été vus en

bilan visuel en petite section de maternelle. En moyenne section, le taux de couverture est également satisfaisant puisqu'il atteint les 87% (contre 45% en 2006-2007), soit 6 892 enfants vus par les infirmières puéricultrices directement (si besoin, certains enfants sont vus ensuite par un médecin) et 229 enfants vus directement par un médecin (orientation directe), sur 8 200 enfants inscrits en moyenne section. Le partenariat efficace avec l'Éducation Nationale facilite cette action.

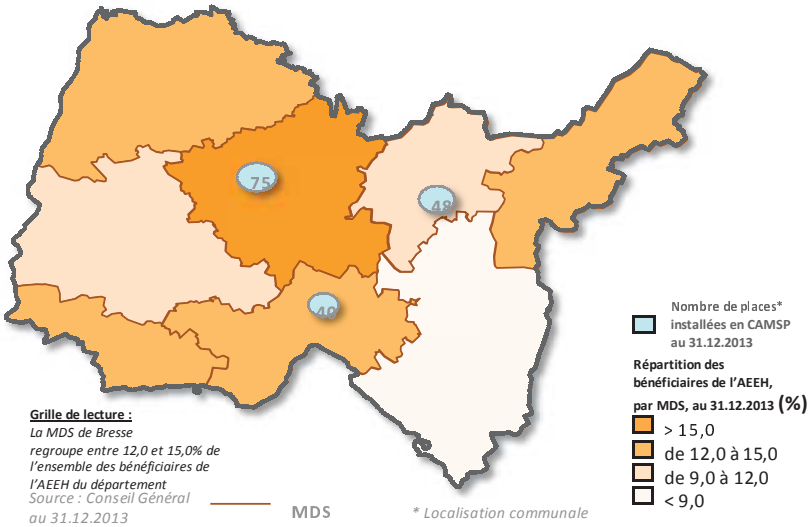
De par sa mission d'accompagnement médico-social, la PMI est un acteur essentiel au même titre que l'Éducation Nationale, les parents, l'élève… dans l'élaboration et le suivi du Parcours Personnalisé de Scolarisation, véritable feuille de route qui définit les modalités de déroulement de sa scolarité et les actions répondant à ses besoins particuliers. Actuellement, la PMI déplore son manque de présence au sein des PPS et la méconnaissance de l'ensemble des enseignants-référents du département. Relevons également, le besoin de mieux articuler le service PMI avec la MDPH lors de l'intégration d'un enfant handicapé à l'école et lors de la notification d'une AVS, le personnel PMI n'étant pas informé des notifications.

Pour terminer cette partie, il est à préciser que le schéma départemental personnes handicapées actuel ne présente aucun volet sur la petite enfance, l'enfance et la jeunesse, néanmoins les professionnels s'accordent à dire que ces publics doivent intégrer le futur schéma personnes handicapées pour plus de cohérence, de transversalité et de lisibilité.

2) *Les CAMSP : des structures intéressantes, en saturation actuellement, qui demandent une amélioration en termes de partenariat et de collaborations*

Le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) assure un travail de dépistage et de prise en charge précoce à destination de la petite enfance.

Au 31.12.2013, Le département de l'Ain compte au total 163 places installées en CAMSP dits « polyvalents », soit environ 10% de l'équipement régional pour ce type de structure (on recense 1 558 places de CAMSP en Rhône-Alpes – source : SROSM). Les CAMSP « spécialisés » principaux (déficiences visuelles, déficiences auditives) ont une vocation régionale. Ces places sont concentrées sur 3 villes du département à savoir, Bourg-en-Bresse, Nantua et Ambérieu-en-Bugey. AU 31.12.2014, une évolution et une nouvelle répartition des places sont attendues, comme suit : 75 places sur Bourg-en-Bresse, 36 sur Nantua, 34 sur Ferney-Voltaire et 40 sur Ambérieu-en-Bugey.



Les CAMSP ont pour vocation essentielle la prise en charge précoce des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap. Le recours à cette structure ne demande aucune orientation MDPH.

Au vu des nouveaux besoins des enfants et des attentes des familles, les CAMSP ont dû ces dernières années faire l'objet d'adaptation et d'assouplissement.

Par ailleurs, le décloisonnement amorcé avec les institutions, notamment avec le secteur médico-social, ainsi que l'amélioration des relations partenariales avec l'Éducation Nationale, encore non pleinement satisfaisants à ce jour, ont permis de travailler sur une offre continue, plus fluide et cohérente. Néanmoins, on relève sur le département des difficultés d'accès du fait notamment de zones mal desservies à savoir, Pays-de-Gex-Bellegarde, Belley, certaines zones de la Bresse (limite Ain, Jura, Saône et Loire) liées à des principes d'intervention qui sont entre autre, de retenir qu'un accès à un CAMSP doit être inférieur à 30 minutes de voitures ou de transports en communs. Des problèmes de mobilité des familles apparaissent également comme des freins à l'accès aux CAMSP.

Ces structures sont embolisées d'une part, en aval, en raison d'un manque de solutions (manque de places en SESSAD et problème de démographie médicale notamment) après 6 ans plus exactement lorsque la prise en charge par le CAMSP s'arrête et doit passer le relais à un autre service médico-social et d'autre part en amont (c'est-à-dire à l'entrée du CAMSP) en raison de l'embolisation de l'aval. Les professionnels sont alors inquiets quant à la rupture possible de parcours de soin pour l'enfant.

L'embolisation des CAMSP peut parfois entrainer le manque de temps d'implication sur certaines autres missions. Néanmoins, les professionnels ont identifié un besoin fort d'engager une réflexion quant à la montée en compétences et en capacités autour du dépistage et de la prévention des bébés à risques. Il ressort également le besoin de redéfinir des coopérations et de réaffirmer le cadre d'intervention général sur des aspects plus « pointus » comme les troubles du spectre autistique ou encore les déficiences sensorielles associées à d'autres troubles...
Les missions du CAMSP apparaissent encore insuffisamment connues par les acteurs du handicap ce qui peut limiter parfois le repérage le plus en amont possible. Le renforcement du décloisonnement des institutions et secteurs et le développement de partenariats avec notamment le milieu libéral, le secteur de la psychiatrie, les services Enfance et PMI du Conseil Général… est alors nécessaire. On précisera que le renforcement des CAMSP est prévu dans le cadre du plan autisme, un axe fort existant sur la réalisation de stages précoces.

Au-delà du CAMSP, le Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce (SAFEP) à destination des 0-3 ans atteintes d'une déficience auditive et de leur famille a pour missions principales d'aider les parents dans la communication avec leur enfant, poser avec elle les bases d'une éducation spécifique, et également d'éveiller et développer chez l'enfant toutes les potentialités nécessaires pour pallier sa surdité et préparer sa scolarité. 50 places de SAFEP sont installées sur le territoire et une augmentation de 5 places est en cours développement. Un deuxième SAFEP à destination des enfants porteurs d'un handicap visuel est présent sur le territoire, avec pour l'année 2014, 3 places.

3) *L'accueil de la petite enfance porteuse de handicap : sensibiliser, former, informer et accompagner, autant d'enjeux prioritaires pour le département*

Les Établissements d'Accueil du Jeune Enfant sont de véritables lieux de prévention et de dépistage mais également d'accueil d'enfants ordinaires et porteurs de handicap. Le taux d'équipement en accueil collectif est assez disparate entre les territoires, à savoir 17,3 places pour 100 enfants de moins 3 ans sur la MDS de la Côtière-Val-de-Saône contre 4,7 sur la MDS de la Plaine de l'Ain (12,6 à l'échelle nationale). Cette offre collective est complétée par un accueil individuel assuré par les assistantes maternelles indépendantes agrées par le Conseil général, qui ressort comme le premier de mode de garde sur le territoire. Ces dernières années, les professionnels de la petite enfance se mobilisent sur la question de l'accueil et de l'accompagnement du handicap, qui est aujourd'hui une préoccupation prioritaire.

	MDS Bourg Bresse	MDS Bresse	MDS du Bugey	MDS de la - -	MDS de Dombes	MDS du - Bugey	MDS du - de-Gex	MDS de la Plaine de l'Ain
Enfants de moins de 3 ans	4222	2611	1743	3237	2503	2507	4313	3022
Taux d'équipement en EAJE*	16,5	9,1	12,6	17,3	7,6	7,8	13,2	4,7
Taux d'équipement en accueil individuel journée**	59,2	85,9	59,4	76,3	97	45 ,3	47,8	74,8

Source : service Accueil du jeune enfant – CONSEIL GÉNÉRAL Mars 2014 / INSEE 2010

On note des évolutions positives, notamment en termes d'accessibilité des locaux, de sensibilisation à l'accueil et la prise en charge d'un enfant porteur de handicap et de formations des professionnels des structures d'accueil petite enfance collectif mais également des assistantes maternelles proposées par les médecins de PMI sur demande, d'organisation de réunions de travail collectives pluri professionnelles autour du handicap dans le cadre de journée petite enfance, d'intégration d'un axe handicap dans le schéma départemental Accueil du Jeune Enfant…

Par ailleurs, les professionnels tels que les CAMSP, « Une Souris Verte »… sont autant de partenaires indispensables sur le territoire pour pouvoir proposer une meilleure prise en charge et un suivi des familles et enfants porteurs de handicap, mais également un accompagnement de proximité aux professionnels de la petite enfance. Des équipes pluridisciplinaires peuvent parfois se former et permettre d'avoir une vision globale et singulière de chaque enfant prenant en compte les préoccupations de la famille. Soulignons, également le travail important des services d'aide à domicile pour les enfants et jeunes handicapés ne pouvant être accueillis en structure, reste toutefois des limites d'intervention, avec une aide ponctuelle et des professionnels insuffisamment formés à l'accueil de ces publics.

Au-delà, de ces évolutions positives notables, les acteurs locaux souhaitent travailler de manière concertée sur certains éléments qui rencontrent quelques limites et demandent une certaine transversalité. Tout d'abord, on relève le manque d'information des parents sur les possibilités d'accueil de leur enfant porteur de handicap, ce qui ne favorise pas l'accès aux structures petite enfance et autres. De plus, les solutions d'accueil proposées ne répondent que partiellement aux besoins d'un enfant handicapé et aux attentes des parents (disponibilités, professionnel en poste, accessibilité du domicile d'une assistante maternelle…).
Les professionnels en charge de la petite enfance font l'objet de nombreuses formations qui leur permettent d'accueillir et de prendre en charge au mieux un enfant porteur de handicap au sein de leur structure, il est à noter néanmoins des difficultés sur le Pays de Gex du fait d'un turn-over important des professionnels en place.

Sur le territoire, le vivier d'assistantes maternelles indépendantes en activité apparait ouvert à l'accueil d'un enfant en situation de handicap. Toutefois, certains éléments limitent encore cette possibilité d'accueil, à savoir, l'inexistence d'agrément ou de financement spécifiques.

Des insuffisances en termes de passerelles entre les EAJE et les écoles maternelles sont également soulignées alors que ces dernières permettraient une continuité et fluidité de parcours de ces enfants porteurs de handicap.

Les professionnels abordent également le manque de données chiffrées sur cette problématique lié à l'absence de volet spécifique au sein de l'observatoire petite enfance.

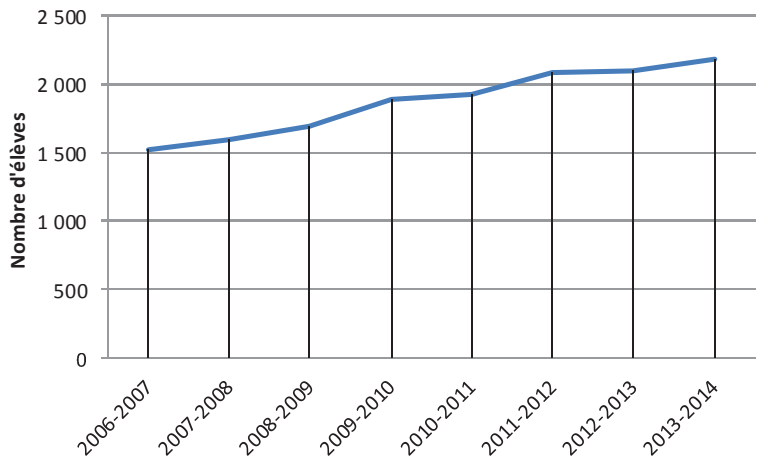
Enfin, on précisera que de manière générale, la transversalité entre le service Accueil du Jeune Enfant et le service PMI notamment est actuellement non pleinement satisfaisant, alors que pour autant, elle favoriserait un meilleur repérage et dépistage avant l'entrée à l'école.

B. Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

1) *Plus de 2 000 élèves scolarisés et accompagnés en milieu ordinaire*

Sous l'impulsion de la loi du 11 février 2005, la scolarisation des élèves en situation de handicap dans les établissements relevant de l'Éducation nationale a connu une importante progression dans le département de l'Ain. Entre la rentrée 2006 et la rentrée 2013, le nombre d'élèves scolarisés avec un PPS a augmenté de 43%, passant de 1 524 à 2 181 élèves.

Évolution de la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements relevant de l'Éducation nationale de 2006 à 2013



Années scolaires	Nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés
2006-2007	1524
2007-2008	1592
2008-2009	1693
2009-2010	1886
2010-2011	1921
2011-2012	2088
2012-2013	2102
2013-2014	2181

Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

Pour accompagner ce développement, le dispositif de l'Éducation nationale s'appuie dans le département sur 15 enseignants référents (dont 14 sont des enseignants spécialisés) dans le premier et second degré, chargés de faire le lien entre les établissements scolaires, les enseignants et les équipes éducatives, les familles, la MDPH.

Un arrêté du 17 août 2006 a précisé le rôle des enseignants référents

« L'enseignant référent est, au sein de l'éducation nationale, l'acteur central des actions conduites en direction des élèves handicapés. Il est l'interlocuteur privilégié des parents ou des représentants légaux de chaque élève handicapé fréquentant dans son secteur d'intervention un établissement scolaire ou une unité d'enseignement définie par l'article D. 351-17 du code de l'éducation, ou suivant une scolarité à domicile dans le même secteur, ou suivant une scolarité en milieu hospitalier. Il assure auprès de ces familles une mission essentielle d'accueil et d'information. Il se fait connaître d'elles et s'assure qu'elles connaissent ses coordonnées postale et téléphonique. L'enseignant référent exerce principalement ses missions en application des décisions de la commission des droits et de l'autonomie et en vue de favoriser leur réalisation. Il veille à la continuité et à la cohérence de la mise en œuvre du projet personnalisé de scolarisation et il est l'interlocuteur principal de toutes les parties prenantes de ce projet. Il assure un lien permanent avec l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles, dont il est le correspondant privilégié. »

2) *Un nombre d'AVS en progression qui permet le maintien en milieu scolaire ordinaire*

Un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) est une personne s'occupant de l'accompagnement, de la socialisation, de la sécurité et de l'aide à la scolarisation d'enfants en situation de handicap ou présentant un trouble de santé invalidant. Un AVS peut intervenir soit individuellement auprès d'un élève : il s'agit dans ce cas d'un AVS individuel ou AVS-i.

Un AVS peut accompagner plusieurs élèves scolarisés au sein de classes spécifiques – CLIS ou ULIS. Cet accompagnement étant réalisé de manière collective, il s'agit dans ce cas d'un AVS-co.

En mars 2014, 1 651 élèves bénéficient d'un accompagnement par un AVS-i ou AVS-co :

- 875 élèves accompagnés de manière individuelle par un AVS-i
- 776 élèves accompagnés de manière collective par un AVS-co

Le nombre total d'auxiliaires de vie scolaire s'élève à 558 personnes, représentant 340,60 postes d'équivalent temps plein (ETP). Leur nombre a progressé de +28% depuis 2010 et a permis de répondre aux besoins d'accompagnement des élèves : le nombre d'élèves non accompagnés au 31/12 de chaque année a très fortement diminué (-82% depuis 2010) ; en mars 2014, tous les élèves qui ont une notification MDPH sont accompagnés par un AVS.

					évolution 2010-2013
Nombre d'ETP AVS au 31/12 de chaque année	**266,37**	**289,58**	**297,47**	**340,6**	**28%**
Enfants non accompagnés au 31/12 de chaque année (manque de moyens ou en cours de recrutement)	**45**	**30**	**15**	**8**	**-8,20%**

Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

Les AVS se répartissent selon deux cadres d'emploi :

- Soit ils sont salariés par le Rectorat (Éducation nationale)
- Soit ils sont directement salariés par un établissement scolaire (collège ou lycée) à travers un dispositif d'aide à l'emploi (contrat unique d'insertion – CUI). À noter que ces établissements peuvent aussi être les employeurs d'AVS intervenant au sein des écoles primaires.

En mars 2014, 60% des AVS sont salariés de l'Éducation nationale, 40% par un établissement scolaire.

L'Éducation nationale indique être comparativement moins confrontée au turn-over et à l'absentéisme des AVS que les autres académies de la région. Le recrutement des AVS est réalisé par secteur, dans une logique de proximité avec l'établissement scolaire d'intervention et le domicile de l'AVS. Suite à une présélection sur papier (étude des CV), les entretiens de recrutement sont assurés par les enseignants référents, accompagnés le cas échéant par des directeurs d'établissement scolaires. Les AVS sont également mieux formées à la prise en charge d'un enfant porteur de handicap via le partenariat mis en place avec le CAMSP et les établissements médico-sociaux.

875 élèves accompagnés individuellement par une AVS dans le 1er et 2nd degré (hors CLIS et ULIS)

Au 1er mars 2014, 100% des 875 élèves qui bénéficient d'une notification d'accompagnement par une AVS individuelle (AVS-i) dans le département sont effectivement accompagné par une AVS dans leur établissement scolaire. Au 31 décembre 2013, seuls 8 élèves n'étaient pas encore accompagnés, en raison de notification de droits intervenus de manière tardive après la rentrée scolaire retardant l'affectation d'une AVS pour ces élèves.

L'efficacité du dispositif AVS repose dans le partenariat très structuré existant entre l'Éducation nationale et la MDPH :

- l'Éducation nationale participe aux réunions de la CDAPH. Des commissions de renouvellement de droits d'accompagnement sont organisées très en amont au cours du 1er semestre, permettant de viser les deux tiers des demandes d'AVS avant la fin du mois de juin et d'avoir à la rentrée scolaire seulement 10% des notifications manquantes.
- Cette organisation permet au département d'avoir deux mois d'avance par rapport aux autres départements de la région en ce qui concerne les notifications d'AVS.

En 2014, ces 875 élèves sont scolarisés dans les établissements suivants :

- 238 élèves en classe de maternelle bénéficient d'un accompagnement par une AVS-i.
- 508 élèves en classe de primaire
  - ➔ Soit 85% dans le 1er degré
- 116 élèves en collège
- 10 élèves en Lycée général
- 5 élèves en Lycée professionnel

Répartition des élèves en situation de handicap scolarisés dans un établissement de l'Education Nationale					
1er degré		219	19	298	27%
		452	54	506	58%
2nd degré		87	29	116	13%
		8	2	10	1%
		5	0	5	1%
Total		771	104	875	100%

Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

Le nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés dans le 2nd degré demeure relativement faible comparé à celui du 1er degré. Ce constat peut s'expliquer par des orientations vers des dispositifs de scolarisation collective (ULIS) ou vers des structures médico-sociales après l'école primaire.

Enfin, il est important d'accompagner l'enfant et sa famille dans un éventuel arrêt d'intervention de l'AVS, souvent mal vécue par ces derniers qui pensent cet accompagnement comme la seule solution aux difficultés rencontrées par l'enfant. Il s'agit alors de travailler avec les parents sur les autres réponses possibles existantes sur le territoire.

3) *Une offre de CLIS et ULIS développée pour répondre aux besoins des élèves*

Les classes d'inclusion scolaire (CLIS) permettent l'accueil dans une école primaire ordinaire d'un petit groupe d'enfants (12 au maximum) présentant le même type de déficience. Quatre catégories de CLIS sont dénombrées, destinées à accueillir soit : des enfants présentant des troubles importants, des fonctions cognitives (CLIS 1), d'un handicap auditif (CLIS 2), d'un handicap visuel (CLIS 3) ou d'un handicap moteur (CLIS 4).

Le département présente une offre de CLIS s'élevant, pour la rentrée 2013, à 43 CLIS. Ces dispositifs permettant une scolarisation en petit groupe en milieu ordinaire a connu une forte croissance depuis plusieurs années : + 19%.

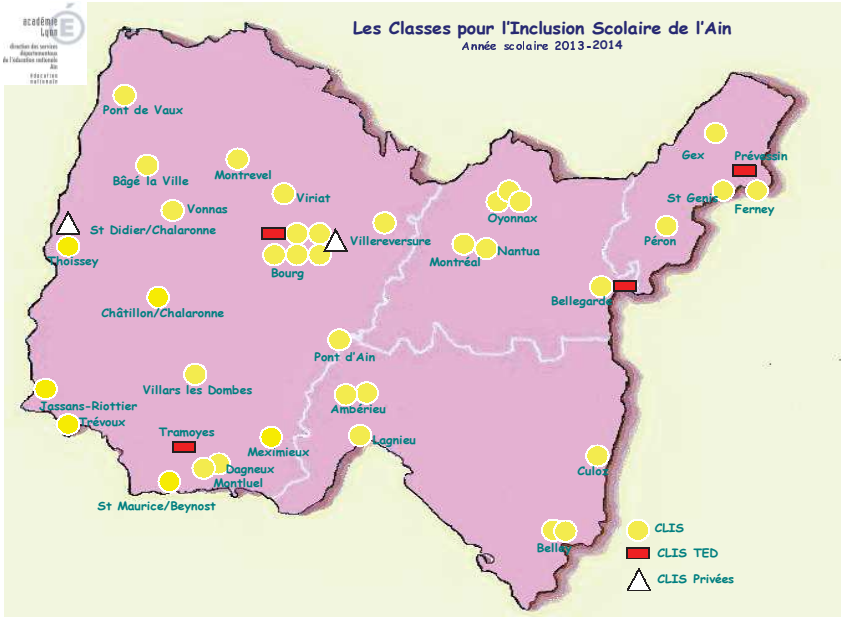
Année scolaire	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	évolution 2010-2013
Nombre de CLIS	36	37	41	43	19%

Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

Cette offre bénéficie d'un maillage très développé (voir carte ci-après) et est essentiellement implantée dans des établissements publics (seules 2 CLIS sont installées au sein d'un établissement privé). Ce maillage dense permet d'apporter des réponses adéquates à l'enjeu de proximité entre l'école et le domicile des élèves, afin d'éviter des temps de transport trop longs. Par ailleurs, ces dispositifs présentent très peu de places vacantes.
En terme de diversification, la très grande majorité de ces dispositifs de scolarisation collective en milieu ordinaire présente un caractère généraliste, là où d'autres académies ont fait le choix de la spécialisation en fonction des catégories de handicap.

Néanmoins, afin de répondre plus spécifiquement aux besoins des élèves présentant des troubles envahissant du développement (TED), 4 CLIS spécialisées ont été ouvertes dans le département. Une CLIS pour élèves présentant un handicap moteur est également installée à Bourg-en-Bresse.
Pour les élèves présentant une déficience sensorielle (auditive et/ou visuelle), il n'existe pas de dispositif spécifique en dehors de la mise à disposition de matériel pédagogique adapté et d'accompagnement individualisé par une auxiliaire de vie.

Par ailleurs, une réelle prise en compte du 3ème plan Autisme par le département est à souligner notamment avec l'ouverture d'une CLIS en école maternelle prévue pour la rentrée 2015.



Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

Les Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) accueillent des élèves dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'un établissement scolaire du second degré, d'une scolarisation adaptée.

Le département de l'Ain comptabilise 25 ULIS Collèges : 23 sont installées au sein de collèges publics et 2 au sein de collèges privés.
Cette offre est aujourd'hui complétée par 5 ULIS Lycées, installées au sein de lycées d'enseignement professionnel uniquement.
Le maillage des ULIS apparaît moins dense que celui des CLIS, en raison du nombre moins élevés d'élèves concernés.
Depuis 2010, le rythme d'ouvertures des ULIS – en collège comme en lycée –, a été plus rapide que ce qui a pu être constaté sur les CLIS. Ceci montre que l'Académie de l'Ain a bien anticipé, notamment grâce à la qualité du partenariat avec la MDPH, l'évolution des besoins de scolarisation dans le département.

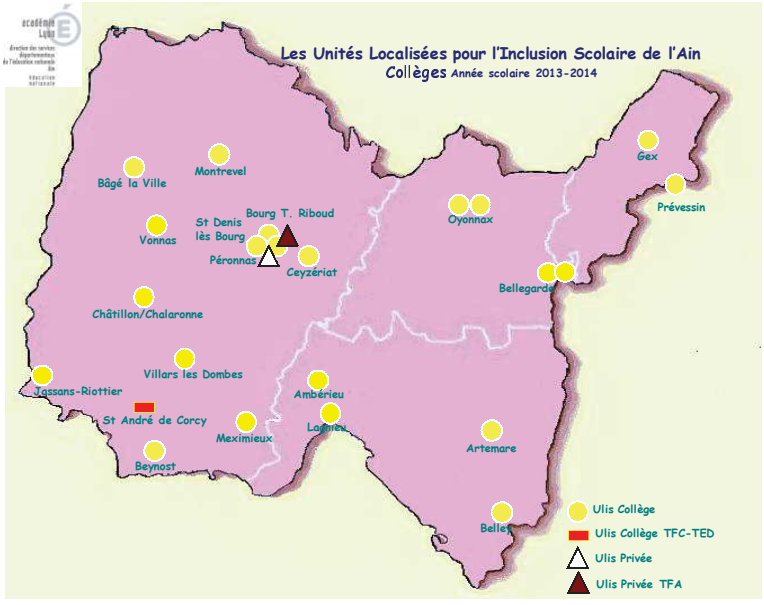
Année scolaire	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	évolution 2010-2013
Nombre d'ULIS en collège	19	20	23	25	32%
Nombre d'ULIS en lycée professionnel	3	4	5	5	67%

Source : Education nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

La quasi-totalité des ULIS du département permettent d'assurer la scolarisation d'élèves présentant des troubles des fonctions cognitives (TFC). Deux ULIS sont néanmoins spécialisées :

- Une ULIS permet l'accueil d'élèves présentant des troubles envahissant du développement (TED) ;
- Une ULIS pour les élèves présentant des troubles de la fonction auditive (TFA).

De plus, 2 installations d'ULIS supplémentaires en collège et lycée sont prévues pour la rentrée prochaine. Toutefois, il n'existe pas de dispositif ULIS en lycée général dans le département, faute d'un nombre de demandes suffisant permettant d'ouvrir ce type de dispositif.



Source : Éducation nationale – IEN-ASH Ain, mars 2014

La loi du 11 février 2005 a renforcé le cadre de la scolarisation en créant des unités d'enseignements (UE) au sein des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). La loi prévoit que l'enfant handicapé reste inscrit dans un établissement de l'Éducation nationale (l'établissement de référence), sa scolarité pouvant s'effectuer :

- dans une unité d'enseignement implantée au sein de l'établissement médico-social ;
- à temps partagé dans cette unité et dans l'établissement scolaire de référence ;
- à temps partagé dans cette unité et dans un établissement scolaire avec lequel l'établissement médico-social est lié par convention.

La catégorie des ESMS recouvre plusieurs types d'établissements : IME, IMP, IMPro, ITEP.
Dans le département de l'Ain, l'installation d'une unité d'enseignement de l'IME de Hauteville est prévue au sein d'un lycée ordinaire pour la rentrée prochaine. En revanche, il n'en existe pas dans le milieu ordinaire. Il s'agit là d'un enjeu pour le prochain schéma départemental : en effet, ces dispositifs conjoints avec le secteur médico-social sont appelés à se developper dans le milieu ordinaire. Et tout particulièrement concernant les élèves présentant des troubles du spectre autistique.

Ces deux dispositifs apparaissent adaptés aux besoins des enfants et jeunes porteurs de handicap pour favoriser une inclusion en milieu ordinaire. Néanmoins, certaines marges de progrès sont identifiées, notamment en termes de sensibilisation et formation des enseignants, pricipalement pour des sortis de dispositifs, ainsi que d'accompagnement des jeunes dans leur orientation professionnelle. Des partenariats sont alors à engager pour permettre un parcours cohérent et continu.

Le 3ème Plan autisme 2013-2017 prévoit :

Des unités d'enseignements créées en école maternelle, associant enseignants et professionnels médico-sociaux et permettant ainsi une complémentarité des interventions scolaires et médico-sociales ou sanitaires dans une unité de lieu. L'objectif est de mobiliser les capacités d'inclusion et d'apprentissage au plus tôt par des approches éducatives, thérapeutiques et d'enseignement adaptés.
Ces créations seront réparties sur la durée du plan à savoir une unité d'enseignement par académie à la rentrée scolaire 2014 tendant progressivement vers 1 unité d'enseignement par département.

4) *Une offre de places en SESSAD à développer et redéployer afin de favoriser la scolarisation en milieu ordinaire*

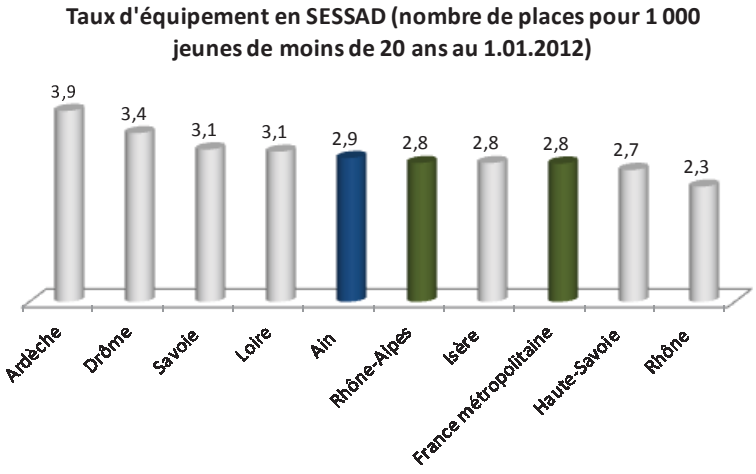
Un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) est un service médico-social dédié à la prise en charge des enfants et des jeunes handicapés âgés de 0 à 20 ans. Il dispense une prise en charge globale en matière de soins, de rééducation et d'enseignement, sur le lieu de vie ou l'établissement scolaire de l'enfant.

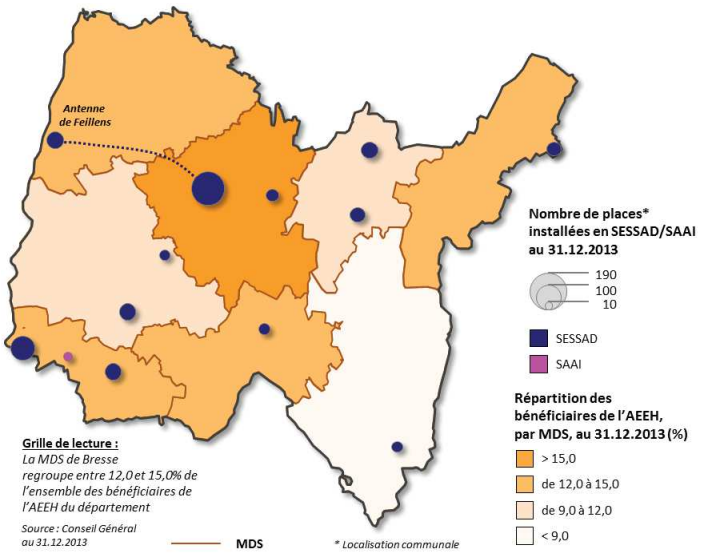
Un Service d'Aide à l'Intégration pour Jeunes Handicapés (SAAI) s'adresse à des jeunes handicapés âgés de 7 à 18 ans. Ce service assure une aide éducative et psychothérapeutique aux bénéficiaires et à leur famille ainsi qu'une information et un soutien.

Les SESSAD en chiffres

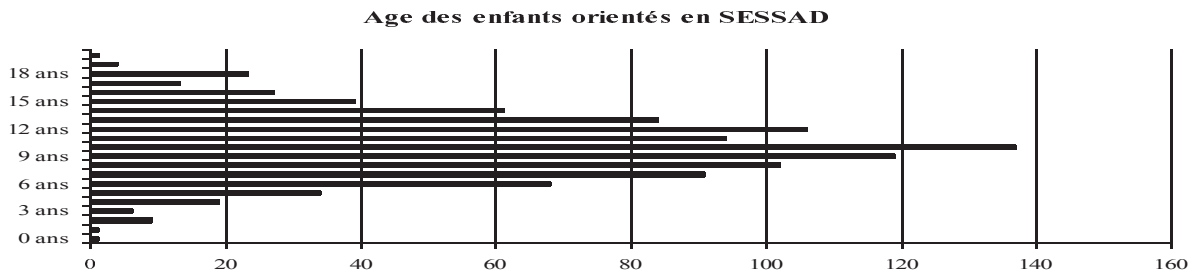
- **599 places installées de SESSAD**
- **2 places de SAAI**
- **Un taux d'équipement de 2,9 places**
- **1 037 enfants orientés vers un SESSAD**

Au 31.12.2013, on compte sur le département 599 places installées de SESSAD et 12 places de SAAI. Un projet d'extension de places en SESSAD sur la commune de Ferney-Voltaire est engagé. L'offre de SESSAD est relativement homogène sur le département néanmoins 220 places sont concentrées sur Bourg-en-Bresse. L'offre de SESSAD bénéficie d'un niveau de diversification satisfaisant pour la prise en charge de la déficience intellectuelle, la déficience motrice, l'autisme et les troubles envahissant du développement. Son taux d'équipement est de 2,9 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans, soit quasiment égal à celui de la région et de la France.





L'orientation SESSAD (sur 1 037 enfants avec une orientation en cours en 2012) qui ne correspond actuellement pas au nombre de places installées, est surtout présente à partir de l'âge de 6 ans, alors que les CAMSP (centres d'action médico-sociale précoce) interviennent sans besoin d'orientation par la MDPH chez les enfants de moins de 6 ans. Elle prédomine à l'âge du collège (graphique ci-dessous). À noter que parmi les 753 enfants orientés en CLIS ou ULIS, 386, soit plus de la moitié, bénéficient en parallèle d'une orientation en SESSAD. Cela représente 38% des enfants orientés en SESSAD.



Du fait d'un manque de places en SESSAD et d'une durée moyenne d'accompagnement de 4 ans ½, l'accès à ce type d'outil apparait compliqué. Les délais d'attente d'entrée en SESSAD sont alors très longs, entre 18 mois et 3 ans sur certains territoires comme Ambérieu-en-Bugey par exemple ce qui ne favorise pas le maintien en milieu scolaire ordinaire. Des enfants doivent de fait se faire suivre par les professionnels libéraux, coût important par les familles avec toutefois une prise en charge pour partie par la MDPH, mais une coordination peu effective.

Se pose alors la question du développement ou redéploiement de certaines places permanent en établissements médico-sociaux au profit de places en SESSAD du fait notamment d'une stratégie de prise en charge séquentielle multiple et d'une offre coordonnée pour la mise en place de parcours cohérents.

Par ailleurs, une problématique apparait autour des jeunes déficients visuels à la sortie du SESSAD, aucune structure relais n'existe pour les ces jeunes après 20 ans, alors que l'on note un réel besoin de rééducation.

Le Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire des enfants et jeunes porteurs d'une déficience auditif sévère ou profond mène un travail similaire à celui des SESSAD sur le territoire mais à destination d'un public jeune porteur d'une déficiences auditive sévère et profonde, plus précisément des enfants de 3 à 6 ans non scolarisés et des enfants et adolescents scolarisés, de la maternelle au lycée. Le SSFIS couvre le territoire de l'Ain, à l'exception de la région de Belley et du Valromey, le pays de Gex, la côtière entre Meximieux et Lyon.

5) *Les différents temps de vie de l'enfant en situation de handicap : scolaire, périscolaire et extrascolaire, une cohérence à travailler*

Dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires, il s'agit d'élaborer un véritable parcours éducatif de l'enfant qui participe à la cohérence et la coordination des différents temps de vie de l'enfant, à savoir, scolaire, périscolaire et extrascolaire. À l'échelle communale, ce travail partenarial est parfois difficile à mettre en œuvre, d'autant plus avec un enfant porteur de handicap. Si le milieu scolaire s'engage à travailler sur l'accueil d'enfant handicapé, l'extrascolaire et le périscolaire quant à eux ne sont pas encore adaptés et n'ont pas les professionnels formés. Des situations qui deviennent problématiques pour les parents qui n'ont pas de solutions d'accueil pour leurs enfants sur les mercredis et vacances scolaires. Actuellement, soulignons les difficultés rencontrées par les enfants porteurs de handicap, principalement ceux atteints de troubles du comportement, d'accès aux activités périscolaires proposées après l'école, par manque de professionnels qualifiés, de taux d'encadrement satisfaisant et de transport adapté. Un travail partenarial est à engager entre l'EN, le Conseil général et les communes en charge du Projet Éducatif de territoire. Certains acteurs sont porteurs d'expérimentations intéressantes sur le territoire, de mise en place d'une AVS sur le temps périscolaire qui permet une certaine continuité du parcours de l'enfant.

C. Accueil en établissement médico-social

1) *Une offre en IME insuffisante en cours de reconfiguration au vu des nouveaux besoins existants*

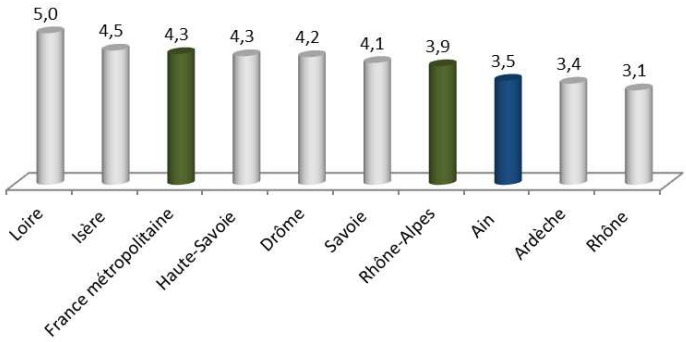
L'Institut Médico-Éducatif est un établissement médico-éducatif qui accueille des enfants et adolescents. L'accueil se fait jusqu'à 20 ans (prolongement parfois possible avec dérogation, l'amendement Creton). La dénomination IME recouvre une grande diversité de structures pouvant accompagner plusieurs types de déficiences (intellectuelles, motrices, sensoriel, TED, etc.).

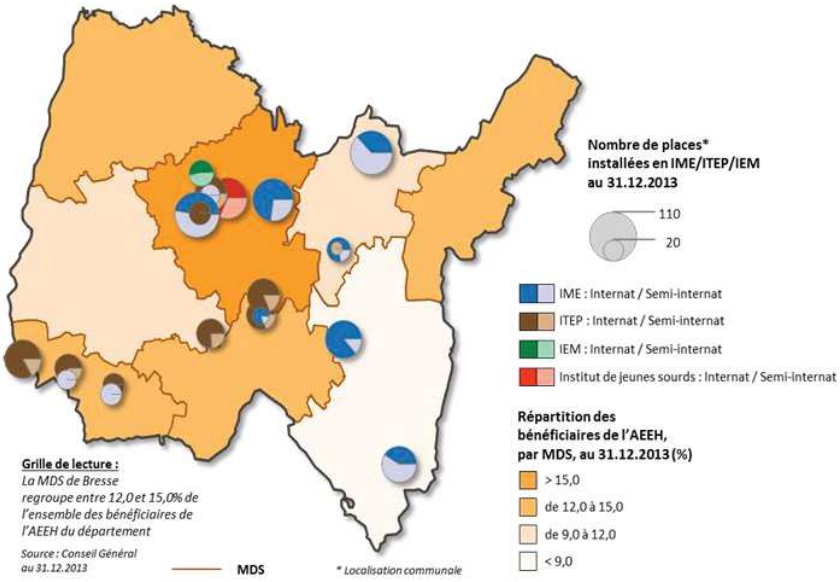
Les IME en chiffres

- **560 places installées en IME dont 285 places installées en internat et 275 places en semi-internat**
- **680 orientations formulées pour un IME**

Le département de l'Ain est doté de 560 places installées en IME dont 285 places installées en internat et 275 places en semi-internat. À la lecture de la carte ci-dessous, on constate que les IME sont principalement situés sur les MDS de Bourg-en-Bresse, du Haut-Bugey et du Bugey. En revanche, l'ouest du territoire ainsi que le Pays-de-Gex sont dépourvus d'offre en IME. Les 2 IME situés sur la MDS Côtière-Val-de-Saône sont en semi-internat.
680 orientations ont été formulées par la MDPH en 2012, celles-ci sont notables à la suite d'un passage en CLIS et 64% des enfants orientés en IME sont des garçons. Notons toutefois, que les orientations (milieu scolaire/IME) choisies ne sont pas toujours en adéquation avec les difficultés du jeune, il s'agit alors de s'interroger sur les réels besoins de ce dernier.

Taux d'équipement en IME (nombre de places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 1.01.2012)





On notera un manque de places en IME (avec un taux d'équipement bien en deçà de la moyenne nationale, respectivement 3,5 contre 4,3) et des refus de l'internat qui limitent les prises en charges et une répartition territoriale très hétérogène qui demande un transport adapté, or soulignons une réduction des tournées de ramassage proposée par les IME et des difficultés de mobilité rencontrées par certaines familles. 10 IME sont installés sur le territoire avec pour certains d'entre eux un travail spécifique sur une tranche d'âge définie (ex : IME La Savoie : 74 jeunes de 12 à 20 ans) ou la mise en place de dispositif sur un handicap particulier, tel que l'accueil d'enfants autistes de 6 à 14 ans sur l'IME l'Armaillou depuis 2009. Ces jeunes sont suivis et accompagnés par des équipes pluridisciplinaires, on parle même de plateau technique assez complet, composé de médecins, professeurs, éducateurs spécialisés, psychomotriciens… En revanche, les professionnels du milieu psychiatrique sont insuffisamment représentés, des coordinations apparaissent pourtant nécessaire dans la construction de véritables parcours de soin. Les liens avec les SESSAD sont également à renforcer. Il s'agit alors de travailler sur le décloisonnement des secteurs social et sanitaire.

Les IME travaillent de plus en plus sur la notion de « parcours » du jeune, qui devrait débuter à la préadmission en SESSAD, en s'appuyant sur de nouveaux métiers tels que les « coordonnateurs de parcours », qui ont la responsabilité de la co-élaboration et le suivi des projets des jeunes en lien avec les autres professionnels de l'établissement, les familles ainsi que les partenaires.
Ces parcours doivent faire l'objet d'une certaine fluidité, et demandent un accompagnement au plus près des besoins et une souplesse en termes de réponses et flexibilité des structures au vu des nouveaux besoins émergents de la part des jeunes et des familles (moins d'internat, plus d'ouverture vers l'extérieur, des solutions intermédiaires entre établissement et domicile et également le week-end…). De nouvelles alternatives sont à rechercher.

Bien que l'inclusion individuelle de ces jeunes avec un accompagnement proposé par des professionnels de l'IME soit pertinente, elle est souvent très douloureuse, les inclusions collectives apparaissent alors intéressantes et prennent une autre dimension.

Les jeunes porteurs de difficultés comportementales font l'objet parfois d'une double prise en charge liée à la fois à leur handicap mais également à leur situation inscrite en protection de l'enfance ; de quelle manière concilier les deux ? La double prise en charge est-elle pertinente ? La prise en charge en un lieu unique est-elle à envisager ?ces interrogations sont également partagées par les acteurs intervenant en ITEP.

On pointera également, la problématique de la sexualité. Beaucoup d'établissements médico-sociaux (IME et ESAT notamment) accueillants des jeunes handicapés font appel aux CPEF. Ils persistent tout de même une difficulté liée au manque de formations des éducateurs. En effet, les établissements, peu formés, ont parfois des discours très restrictifs pour les usagers de ces établissements (pas de relation sexuelle au sein de l'établissement, contraception obligatoire avant l'entrée…). Ainsi, les CPEF sont parfois confrontés à des demandes d'établissement alors que la patiente n'en est pas au stade d'une sexualité effective.

Par ailleurs, l'ouverture des établissements vers l'extérieur est un enjeu majeur, les professionnels réfléchissent donc à la mise en place de classes spécialisées délocalisées dans le milieu scolaire ordinaire. Quant aux jeunes inscrits en CLIS ou ULIS, ils bénéficient d'un maintien dans le milieu scolaire ordinaire, néanmoins, ils ne partagent que peu d'activités du type musique, sport… avec les autres élèves. Des passerelles entre établissement et Éducation nationale sont à créer. Notons, qu'il existe une véritable problématique autour de la tranche d'âge 16-25 ans qui est à prendre en compte du fait de ruptures éventuelles de parcours et des difficultés d'insertion socioprofessionnelle.

De plus, on relève une augmentation des troubles psychiques sévères des jeunes dont la prise en charge partagée avec le CMP enfants et CMP Adultes est nécessaire, une coordination avec le milieu psychiatrique apparait indispensable notamment dans le cadre d'un projet individualisé qui intègre un parcours de soin.

Enfin, il est à souligner la place centrale des parents dans l'élaboration du parcours du jeune, souvent isolés et démunis, qu'il s'agit d'accompagner au mieux avec l'aide de partenaires locaux investis. Cette volonté des structures IME comme ITEP d'évoluer, de s'adapter et de s'ouvrir, pose la question du repositionnement, de la requalification de l'ensemble des professionnels en place ainsi que de leur formation notamment en termes de réponses psychiatriques du fait d'un problème de démographie médicale existant.

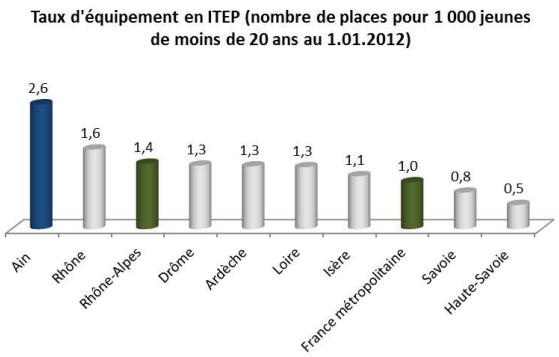
2) *Une offre ITEP qui doit faire face à de nouveaux enjeux*

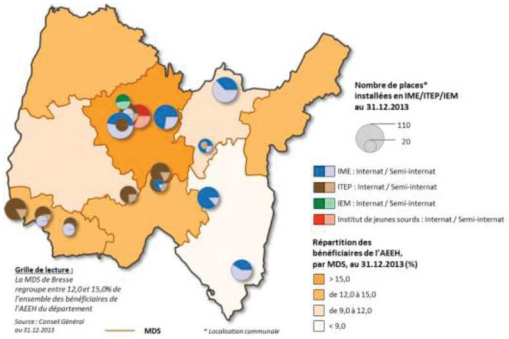
L'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) est une structure médico-sociale qui a pour vocation d'accueillir des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment les troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

Les établissements médico-sociaux en chiffres

- **437 places installées en ITEP dont 348 places en internat et 89 places en semi internat**
- **497 orientations formulées en ITEP**

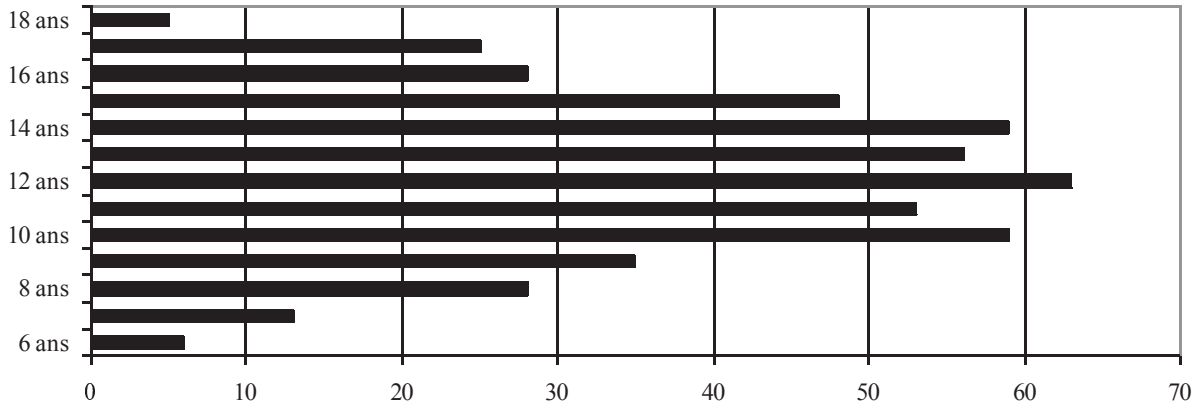
Le département compte 9 ITEP totalisant 437 places installées dont 348 places en internat et 89 places en semi-internat. On relève une surreprésentation des ITEP dans le sud du territoire, en effet, les 5 MDS du nord, à l'exception de Bourg-en-Bresse ainsi que la MDS du Bugey n'ont aucun établissement ITEP. Des demandes sont formulées sur Bourg-en-Bresse en revanche, sur le territoire du Pays-de-Gex pas nécessairement.
Le taux d'équipement en ITEP est de 2,6 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans contre 1,4 au niveau régional et 1 à l'échelle de la France. Ce taux d'équipement est largement le plus élevé de toute la région Rhône-Alpes, néanmoins soulignons qu'un tiers des places est occupé par des enfants du Rhône.





En 2012, 80% des enfants orientés en ITEP par la MDPH sont des garçons. À noter que l'orientation en ITEP est particulièrement concentrée à l'âge du collège (2/3 des enfants orientés ITEP ont l'âge du collège), et s'effondre après l'âge de la scolarité obligatoire.

Age des enfants orientés en ITEP



Au vu des nouveaux besoins émergents de la part des jeunes et des attentes des parents, les ITEP réfléchissent à la mise en place de réponses plus souples, flexibles et intermédiaires entre l'établissement et le domicile qui leur demandent une certaine adaptation de leur fonctionnement actuel et entraine également une réflexion sur les transports.

Ces établissements mettent également l'accent sur la place et la participation des parents puisqu'ils sont des acteurs majeurs dans l'élaboration du parcours du jeune, c'est pourquoi, des outils pertinents d'accompagnement de ces parents ont été mis en place, tels que les Conseils de Vie Sociale.

Comme au sein des IME, les ITEP s'interrogent sur la prise en charge des jeunes relevant de la protection de l'enfance et de l'accompagnement de leurs parents ou familles d'accueil, étant donné que ces derniers font l'objet d'approches différentes en termes d'objectifs et de préoccupations entre les professionnels des ITEP et ceux du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du Conseil général. Des liens plus étroits sont alors à engager entre les établissements médico-sociaux et le service ASE du Conseil général.
Par ailleurs, les ITEP ont également engagé un travail partenarial intéressant avec l'Éducation nationale sur la formation des AVS à l'accueil, la prise en charge et le suivi d'enfants porteurs de handicap, se pose alors la question de la généralisation de cette expérience locale sur d'autres territoires du département et auprès des enseignants.

On notera également en termes de partenariat, une réelle amélioration des liens partenariaux avec les SESSAD mais également avec la MDPH qui a permis la prise de décision en urgence pour des jeunes dans des cas particuliers.

Enfin, il est à souligner l'évolution des publics jeunes présentant des troubles psychiatriques et psychologiques qui demandent une coopération étroite entre le milieu médico-social et sanitaire, pédopsychiatre notamment, dans un objectif d'élaboration d'un véritable parcours de soin.
Comme il a été précisé dans la partie sur les IME, les ITEP sont également en réflexion sur une requalification et un repositionnement des professionnels en place pour une meilleure adaptation de leur structure.

3) *L'Institut des Jeunes Sourds, un dispositif associatif effectif*

L'institut des Jeunes Sourds situé à Bourg-en-Bresse prend en charge des enfants et des jeunes déficients auditifs sévères et profonds de moins de 20 ans scolarisés de la maternelle au lycée. Il possède un internat de 70 places, un semi-internat de 30 places ainsi que des services complémentaires : SAFEP et SSFIS (conférer partie CAMSP et SESSAD). Il a pour objectif d'accompagner ces enfants et jeunes dans le développement de la parole, dans la pratique d'activités psychomotrices, sensori-motrices, créatives, préparation aux apprentissages fondamentaux, aux diplômes…
Un travail important de partenariat a été lancé avec les services de la PMI, les orthophonistes libéraux, l'Éducation nationale… néanmoins les liens avec ce dernier sont à renforcer pour une meilleure inclusion des enfants porteurs de handicap, par la délocalisation éventuelles de classes dans le milieu ordinaire.

4) *Les ruptures de parcours et les transitions entre structures jeunes et adultes : une complexité reconnue et un enjeu majeur pour le futur schéma départemental des personnes en situation de handicap*

Un des enjeux majeurs du futur schéma départemental est de permettre une meilleure cohérence et continuité des parcours des jeunes vers l'âge adulte. C'est pourquoi il s'agit d'anticiper et de travailler sur les ruptures éventuelles de parcours, ainsi que sur les transitions entre établissements.

En effet, certains jeunes sortants d'établissements médico-sociaux se voient sans solution. Ils ne relèvent pas d'un établissement spécialisé car le handicap n'est pas assez lourd et ils rencontrent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle dans le milieu ordinaire. Se pose alors la question de l'accompagnement le plus en amont possible afin de préparer ces jeunes sur leur devenir.

D'autres jeunes sont en pleine transition entre l'établissement accueillant des moins de 20 ans et l'établissement accueillant des adultes. Cette transition est souvent jugée complexe. Plusieurs éléments explicatifs à cette remarque :

- Le passage d'un accompagnement renforcé dans le secteur enfant, avec des taux d'encadrement plus importants, à un accompagnement plus allégé dans le secteur adulte n'est pas facile à accepter.
- Le passage d'un secteur enfant où tout est mis en place pour minimiser le handicap à un secteur adulte qui mêle des publics jeunes à des publics âgés qui ont des handicaps lourds, fait que le jeune se retrouve face à son propre handicap.

- Le passage d'un secteur enfant qui donne de l'espoir aux jeunes et familles à un secteur adulte où ils se retrouvent confrontés à une réalité plus difficile en termes d'autonomie et d'inclusion apparait difficile.

C'est pourquoi les professionnels des établissements pour jeunes et adultes handicapés souhaitent travailler de pair sur une intégration progressive des plus jeunes. Pour une meilleure transition, il s'agit donc de réfléchir de manière concertée à une orientation le plus en amont possible de l'entrée en établissement adultes, à la mise en place de contacts réguliers entre établissements enfants et adultes, pour l'instant largement insuffisants (ex : l'IME APAJH a un projet pour les jeunes autiste à partir de 14 ans pour préparer au secteur adulte), de périodes de transition (stages, alternance…), d'orientations moins rigides, de formules plus souples pour faciliter le retour au domicile des parents. Tout ceci pouvant s'appuyer sur une personne ressource du jeune, du type coordonnateur de parcours, qui apparait comme le référent unique du jeune et des professionnels. Actuellement, cela repose sur la bonne volonté des directeurs d'établissements, la culture de ce type de fonctionnement n'étant pas effective sur le département, bien qu'une dotation globale et une convention triennale soient existantes.
Soulignons enfin, la réflexion à engager concernant le passage dans le secteur adulte à 18 ans et le versement de l'AEEH jusqu'à 20 ans, réelle incompréhension des familles.

5) *Un nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton maitrisé*

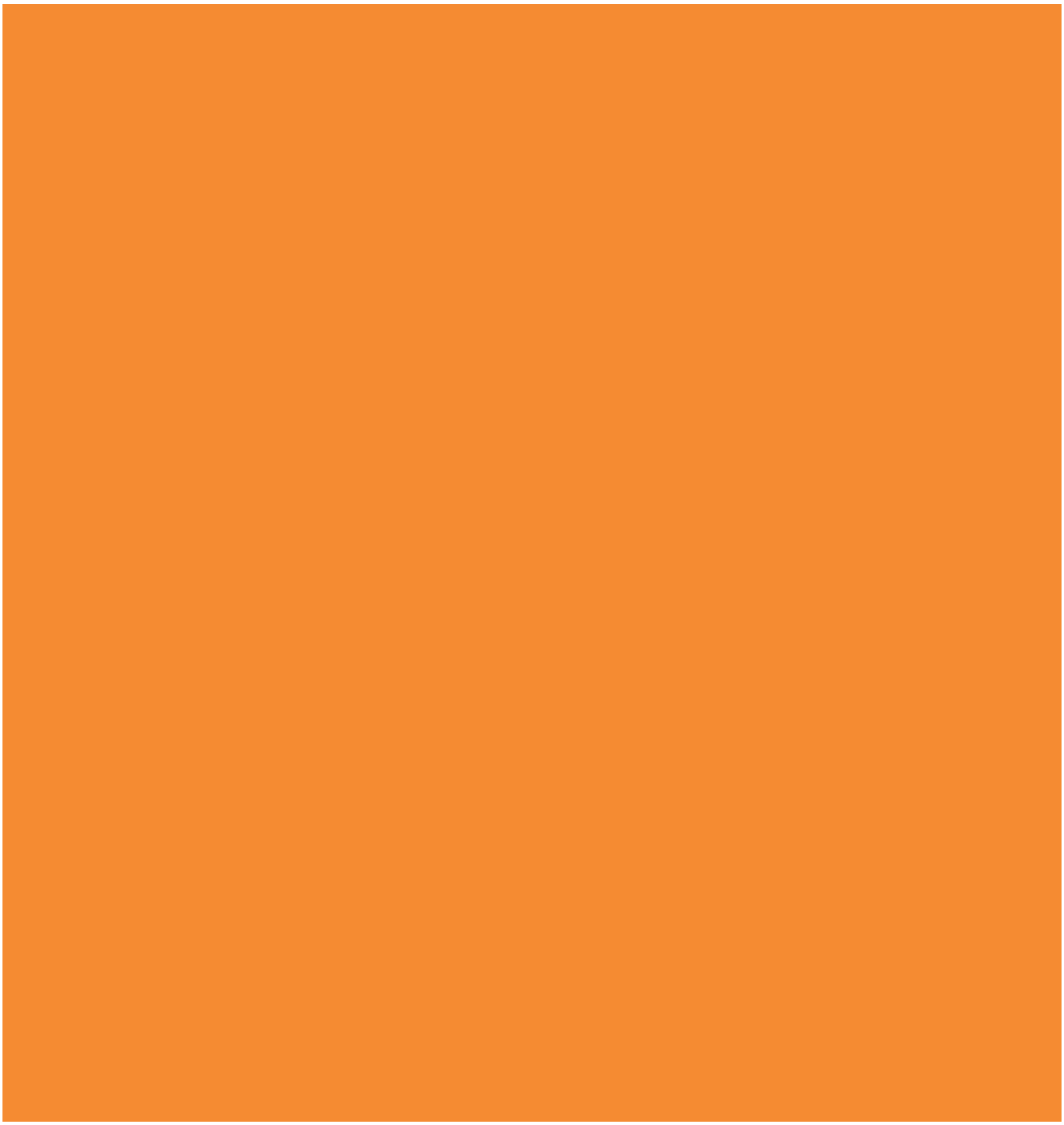
L'amendement Creton est un dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes

Au sein du département au 14.03.2014 (*source MDPH*), on compte 39 personnes relevant de l'amendement Creton dont 30 jeunes de moins de 21 ans et 9 plus de 22 ans. Plus précisément, sur ces 39 jeunes, 5 ont un maintien en IEM au titre de l'amendement Creton, 1 en IES et 33 en IME.

	IEM	IES	IME
Nombre de jeunes maintenus actuellement en établissement pour enfants	5	1	33

Les orientations prévues pour ces jeunes sont assez diverses et peuvent être multiples ; orientation vers un ESAT, FH, FAM, MAS, SAJ, FV, SAVS et service expérimental pour adultes.

	ESAT						SAVS	Service expé. pour adultes
Orientations prévues pour les jeunes relevant de l'amendement Creton	17	12	7	7	7	4	3	1



III. Orientation 1 - Apporter un accompagnement de qualité dès le plus jeune âge

FICHE N° 1.1

A. Renforcer le dépistage et la prise en charge précoce et accompagner les familles dans le parcours de diagnostic et de prise en charge

Constats

Objectif

Permettre l'anticipation et l'individualisation des prises en charge en favorisant les dépistages précoces ainsi qu'en accompagnant les familles vers les dispositifs

Pilotes de l'action

Conseil général (domaine PMI)

ARS

Partenaires participants à l'action

CAF, CAMSP, CMP, hôpital, professionnels de santé libéraux, TISF, Réseau Souti'Ain (ville-hôpital), Maisons départementales de la Solidarité

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.1.1 Améliorer le repérage des premiers signes du handicap chez l'enfant

- Soutenir les initiatives en cours, du type mise en place d'un pôle bébés vulnérables porté par les Centres d'Actions Médico-sociales Précoces (CAMSP)
- Créer un Staff postnatal, instance partenariale, permettant les rencontres et échanges entre professionnels de terrain :
  - Proposer une composition du staff pluridisciplinaire : service de néonatologie de l'hôpital, de la Protection Maternelle Infantile, du CAMSP et du Centre Médico Psychologique (CMP)
  - Définir les objectifs et missions précises de ce staff : évaluation des besoins, identification de bonnes pratiques…
- Sensibiliser et former les professionnels de médecine de ville (médecins généralistes, Kinés…) sur les premiers signes du handicap chez l'enfant par le biais de modules lors des formations et sur la pertinence d'intervention des CAMSP notamment

Sous-action 1.1.2 Renforcer la prise en charge et le suivi des jeunes enfants

- Développer l'offre en CAMSP sur les secteurs de Belley, Côtière-Val-de-Saône, Pays-de-Gex et Hauteville
- Renforcer les liens entre les CAMSP et le milieu hospitalier par la mise en place de convention sou charte autour du staff postnatal
- Développer des réseaux inter structures par le biais de la mise en place de portes ouvertes, journées thématiques regroupant professionnels et familles
- Dynamiser le réseau des acteurs locaux intervenant en direction de l'enfance handicapée :
  - Relancer le réseau des CAMSP existant mais non effectif à ce jour
  - Valoriser les relations partenariales formelles et informelles entre professionnels des CAMSP
  - Relancer et enrichir les rencontres entre le service PMI et les CAMSP

    - Développer des liens partenariaux avec les professionnels de santé implantés au sein des Maison de Santé Pluridisciplinaires en développement sur le territoire
    - Sensibiliser les médecins de ville sur la pertinence d'intervention des CAMSP
- Apporter des réponses de proximité aux familles par le développement d'antennes et/ou de délocalisation des structures dans des locaux mis à disposition sur des lieux identifiés par les familles existants
- Poursuivre le développement des MSP sur le territoire et l'aide apportée aux étudiants en médecine

Sous-action 1.1.3 Écouter, soutenir et accompagner au mieux les parents dans le parcours de dépistage/diagnostic et de prise en charge

- Écouter et accompagner les familles dans la compréhension du diagnostic et dans tout le parcours de vie de l'enfant
- Proposer des actions d'aide à la parentalité pour les parents d'enfants handicapés :
    - Écouter et guider le parent dès la sortie d'hôpital
    - Mettre en place des rencontres thématiques autour de sujets de la vie quotidienne composées de parents et professionnels en s'appuyant sur des lieux existants tels que les CAMSP, la PMI…
    - Améliorer l'accompagnement social des familles en grande vulnérabilité
- Renforcer l'information aux familles sur l'offre existante

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Existence de zones blanches non couvertes par les dispositifs de dépistage précoce et d'accompagnement
- ✓ Absence de spécialistes de la rééducation sur certaines zones pour assurer des prises en charge précoces
- ✓ Augmentation du nombre de familles en grande vulnérabilité avec un/des enfant(s) en situation de handicap

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de bilans de la PMI pour les 3-4 ans réalisés chaque année et évolution annuelle
Nombre de consultations de PMI pour les 0-6 ans réalisées chaque année et évolution annuelle
Nombre de personnes touchées par des actions de soutien à la parentalité animées chaque année par les acteurs locaux
Nombre de communes non couvertes par un CAMSP chaque année

FICHE N° 1.2

B. Permettre une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du département

Constats

Objectif

Optimiser l'offre de services sur le territoire et renforcer les formations et partenariats des acteurs interagissant au quotidien avec les enfants en situation de handicap afin de garantir une prise en charge adaptée sur l'ensemble du territoire de l'Ain

Pilotes de l'action

Conseil général (domaine Accueil du jeune enfant)

ARS

Partenaires participants à l'action

Conseil général (domaine Autonomie, domaine Établissements et domaine Protection de l'Enfance), MDPH, Éducation nationale, SESSAD, ITEP, IME, SAAD, CAF, ARS, communes, Centre psychothérapique de l'Ain

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.2.1 Adapter les structures d'accueil de droit commun des enfants en situation de handicap

- Apporter un accompagnement et un soutien aux assistantes maternelles indépendantes souhaitant accueillir un enfant handicapé en s'appuyant sur un partenaire essentiel : les Relais d'Assistantes Maternelles (RAM)
- Travailler l'accueil de l'enfant handicapé dans le cadre de la réforme des rythmes scolaires :
  - Inscrire un volet handicap dans le Projet Éducatif de Territoire (PEDT)
  - Mettre en place des activités adaptées aux enfants porteurs de handicap
  - S'appuyer sur les réflexions en cours entre l'Éducation Nationale (EN), le Conseil Général et la Maison Départementale pour Personnes Handicapées (MDPH) sur les transports adaptés
- Repréciser les missions des enseignants référents auprès des acteurs locaux et développer les liens avec une personne ressource des services spécialisés du type Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)
- Mettre en lien étroit les schémas départementaux « actions de soutien aux familles », « Enfance et Familles » et « personnes handicapées » pour plus de transversalité

Sous-action 1.2.2 Faire évoluer les établissements médico-sociaux face aux nouveaux besoins des enfants et des familles

- S'appuyer sur les résultats de l'étude menée actuellement par le CREAI sur la création de possibilités de prise en charge d'Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) enfants sur le Pays-de-Gex
- Réunir la commission « situations critiques » dans le cas d'exclusion d'un enfant
- Mettre en place un groupe de travail partenarial autour de la problématique de l'accueil d'un enfant en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) le week-end et résidant la semaine en établissement (ITEP et IME)

Sous-action 1.2.3 Optimiser le maillage territorial de l'offre en tenant compte des spécificités du territoire de l'Ain

- Retravailler de manière étroite entre l'EN, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la MDPH la couverture territoriale pour apporter une certaine homogénéité de l'offre sur le territoire et plus particulièrement l'offre de SESSAD
- Organiser un groupe de travail sur l'étude des circuits entre les gestionnaires d'établissements et le Conseil général dans un objectif d'optimisation des transports et des coûts (cf. sous-action 4.1.1)
- Améliorer l'offre de Services d'Aide à Domicile, en intégrant dans les plans de formation la question de la prise en charge du handicap des enfants et adolescents

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Problème de couverture des zones blanches
- ✓ Des formations des professionnels de droit commun encore peu axées sur le handicap

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de PEDT comprenant un volet handicap sur le territoire de l'Ain
Nombre et proportion d'assistantes maternelles et agents des services d'aide à domicile formés au handicap chaque année et son évolution annuelle
Nombre de communes non couvertes par un SESSAD chaque année

FICHE N° 1.3

C. Assurer un accompagnement cohérent et continu des enfants en situation de handicap

Constats

Objectif

Garantir une complémentarité et une coordination entre les acteurs locaux qui entourent l'enfant et assurer un véritable parcours de soins

Pilotes de l'action

MDPH

ARS

Partenaires participants à l'action

Conseil général (pôle Famille-Parentalité), Éducation nationale, Protection judiciaire de la jeunesse, CAMSP, SESSAD, IME, ITEP, SAAD, CPA, hôpital, professionnels de santé libéraux…

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.3.1 Favoriser les complémentarités et coordinations entre acteurs intervenant auprès de l'enfant en situation de handicap

- Développer la connaissance mutuelle et les synergies entre acteurs locaux :
  - Développer le site internet de la MDPH facilitant les échanges d'information et la connaissance de l'offre et des professionnels installés sur le territoire
  - Organiser, plusieurs fois par an, des journées thématiques (ex : sur le signalement), temps de formation, échanges de pratiques et d'information, à destination d'une pluralité d'acteurs locaux
  - Ouvrir les réunions départementales des enseignants référents à des acteurs clés du territoire tels que la MDPH, le secteur de la psychiatrie, la médecine de ville… afin de favoriser des synergies
  - Réaffirmer la place importante de la justice dans le circuit partenarial ainsi que la responsabilité parentale
- Améliorer la formation des professionnels de milieu ordinaire pouvant être susceptibles d'accueillir un enfant handicapé :
  - Proposer des formations autour du handicap aux enseignants dispensées par des professionnels du handicap du territoire et formaliser ces inter échanges avec l'EN dans un cahier des charges
  - Développer des formations à destination des familles d'accueil, des professionnels des services d'aide à domicile et des assistantes maternelles indépendantes autour de la prise en charge du handicap physique et psychique

Sous-action 1.3.2 Éviter les ruptures de parcours de soin des enfants sortis de dispositifs

- Valoriser les établissements médico-sociaux sous forme de dispositif proposant une palette de prise en charge ainsi qu'un accompagnement (accueil de jour, internat de répit…)
- Conduire une réflexion sur l'âge des agréments des services CAMSP et SESSAD pour plus de cohérence

- Travailler et anticiper le plus en amont possible la sortie des dispositifs par la mise en place et le développement de passerelles étroites entre le secteur médico-social et sanitaire
- Refonder les relations entre les structures enfants et le Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA) en réfléchissant à l'opportunité de s'appuyer sur une équipe mobile du CPA
- Conduire un travail concerté avec l'hôpital sur la réservation de places d'urgence de courte durée pour des enfants/jeunes en crise ayant besoin d'une prise en charge individuelle

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Un manque de formation approfondie à l'accueil et la prise en charge du handicap pour les acteurs locaux du droit commun
- ✓ Un cloisonnement des secteurs médico-social et sanitaire

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de formations sur le handicap et nombre de participants chaque année
Pourcentage d'enfants admis en ITEP ou en IME parmi les nombre d'enfants orientés
Pourcentage d'enfants admis en SESSAD parmi les nombre d'enfants orientés

IV. Orientation 2 - Améliorer l'accueil et la prise en charge du jeune en situation de handicap

FICHE N° 2.1

A. Favoriser une prise en charge en établissements médico-sociaux en adéquation avec les nouveaux besoins des jeunes

Constats

Objectif

Proposer et apporter une offre en cohérence avec les besoins des jeunes favorisant la notion de parcours

Pilotes de l'action

ARS

MDPH

Partenaires participants à l'action

Conseil général, ESSMS, Éducation nationale, CPA, SESSAD

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.1.1 Adapter les établissements médico-sociaux aux nouveaux besoins des jeunes et attentes des familles

- Travailler de manière concertée entre les établissements et la MDPH sur l'amélioration et la souplesse des notifications MDPH afin qu'elles répondent à une véritable notion de besoins permettant de fait des évolutions/changements dans le parcours de vie du jeune (cf. sous-action 4.2.2)
- Lancer un travail partenarial entre l'EN et les institutions autour de la mise en place et du suivi de stages à destination des jeunes (cf. sous-action 2.2.1 et 2.3.1)

Sous-action 2.1.2 : Accompagner mieux les parents en amont et pendant le suivi des jeunes

- Mieux intégrer le parent dans la définition et le renforcement du projet personnalisé de leur enfant

Sous-action 2.1.3 Développer des coordinations entre acteurs locaux

- Promouvoir et réaffirmer la notion de référence du parcours du jeune dans les projets d'établissements, de services et au sein du dispositif scolaire
- Faciliter les interventions de l'équipe psychiatrique du CPA au sein des établissements

Sous-action 2.1.4 Optimiser le maillage territorial de l'offre en établissements médico-sociaux

- Renforcer la coordination entre le Conseil général et l'ARS sur les zones géographiques de besoins notamment limitrophes
- Encourager le développement des places en SESSAD principalement sur les territoires du Pays-de-Gex et de la Côtière-Val-de Saône afin de proposer une offre homogène

Liens avec les autres schémas directeurs

✓ Schéma régional d'organisation médico-sociale

Freins ou contraintes

✓ Un cloisonnement des secteurs médico-social et sanitaire

✓ Des problèmes de couverture des zones blanches

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Conclusions des réunions de travail entre la MDPH et les établissements

Nombre de communes non couvertes par un SESSAD chaque année

FICHE N° 2.2

B. Anticiper les ruptures de parcours et les transitions entre établissements

Constats

Objectif

Accompagner au mieux le jeune vers sa vie d'adulte en établissement et sortis de dispositif et l'aider à s'insérer socialement et professionnellement

Pilotes de l'action

ARS

Éducation nationale

Partenaires participants à l'action

Centre d'information et d'orientation (CIO), MDPH, ESSMS, Missions locales jeunes, chambre des métiers, Service public de l'emploi, DIRECCTE, Mission de lutte contre le décrochage scolaire

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.2.1 Préparer le plus en amont possible le jeune à l'entrée en établissements adultes et en faciliter l'accès

- Améliorer l'accueil et le suivi des jeunes en établissement pour adultes :
  - Anticiper le passage à l'âge adulte
  - Assouplir les calendriers de sorties et modes d'accueil (rythmes de sorties, accueil séquentiel, externat…)
  - Proposer des visites d'établissements adultes en amont de l'entrée du jeune
  - Accompagner les jeunes lors des premiers contacts avec l'établissement
  - Mettre en place, à destination des parents, familles d'accueil et coordonnateur du jeune, des réunions d'informations, de sensibilisation et de communication autour de la continuité et du parcours du jeune (présentation des structures adultes) au sein des établissements enfants
- Améliorer les possibilités de réalisation de stage pour les jeunes :
  - Permettre la réalisation de stages en ESMS : jeunes en établissement, jeunes hors établissement
  - Inscrire dans chaque projet pédagogique des établissements un paragraphe sur les stages (nombre de places possible, paiement, encadrement…)
  - Rédiger une convention type pour régir l'accueil des jeunes en établissement pour adultes
  - Pérenniser les conventions entre certains établissements et les partenariats existants avec les acteurs locaux (Mission Locale Jeunes, Chambre des métiers…) pour les jeunes handicapés hors établissements médico-sociaux

Sous-action 2.2.2 Améliorer l'accompagnement des jeunes sortis de dispositifs

- Réaffirmer le principe de mise en place d'un service de suite auprès des jeunes sortants de dispositifs
- Améliorer l'articulation entre les professionnels des établissements et les professionnels de la psychiatrie
- Impliquer au mieux les parents et mandataires judicaires (curatelle et tutelle) dans le devenir de leur protégé (cf. sous-action 2.2.1)

- Participer à la réflexion sur le repérage des besoins en termes d'organisation de stages et de transition de périodes d'adaptation pour favoriser le libre choix du parcours de vie des personnes et d'éviter les ruptures (cf. sous-action 4.2.2)

Liens avec les autres schémas directeurs

✓ Schéma régional d'organisation médico-sociale

Freins ou contraintes

✓ Une offre différenciée entre les jeunes en structures et ceux sortis de dispositif
✓ Des fonctionnements très différents entre les établissements enfants et adultes

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de services de suite mis en place chaque année et son évolution annuelle
Conclusions de l'organisation mise en place pour les stages

FICHE N° 2.3

C. Promouvoir une scolarité et une insertion professionnelle en milieu ordinaire adaptée aux jeunes en situation de handicap

Constats

Objectif

Aider et accompagner, en termes de scolarité et d'insertion professionnelle, le jeune handicapé maintenu dans le milieu ordinaire

Pilotes de l'action

ARS

Éducation nationale

Partenaires participants à l'action

MDPH, Service public de l'emploi, SESSAD, DIRECCT, chambre des métiers, AGEFIPH, FIPHFP, Orsac Insertion

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.3.1 Améliorer l'accompagnement scolaire et l'insertion professionnelle en milieu ordinaire du jeune

- Encourager le développement des places en SESSAD principalement sur les territoires du Pays-de-Gex et de la Côtière-Val-de-Saône et d'unités d'enseignement délocalisées en milieu ordinaire afin de proposer une offre homogène sur le territoire
- Expérimenter une solution pour les jeunes de 16-18 ans ayant fait toute une scolarité en milieu ordinaire et ne pouvant envisager une formation diplômante.
- Développer quantitativement une offre sur le principe du Service d'Adaptation à la Vie Sociale et Professionnelle (SAVISP) dans un objectif d'accompagnement du jeune à la vie professionnelle
- Insérer dans le Projet Personnalisé d'Orientation, un document recensant les organismes pouvant informer les familles sur les offres de stage
- Simplifier les lourdeurs administratives actuelles :
  - Donner la possibilité aux jeunes de faire des stages dans les milieux ordinaires et protégés sans avoir à saisir la MDPH (cf. sous-action 4.2.2)
  - Élaborer des conventions type de stage entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire
  - Mettre en place des passerelles effectives entre le milieu spécialisé et le milieu ordinaire
- Développer des bilans de compétences pour les jeunes en situation de handicap psychique afin de vérifier leurs appétences et aptitudes
- Pérenniser les stages existants établis entre acteurs locaux ayant des retours positifs pour le jeune
- Développer des outils de communication (plaquette, logiciel de centralisation du type PROSPER) sur les différents types d'offres existants : GRETA, Maison Familiale et Rurale…

Sous-action 2.3.2 Travailler de manière étroite et concertée avec les professionnels et les familles

- Organiser des journées thématiques annuelles regroupant l'ensemble des acteurs œuvrant à destination du handicap
- Mettre à jour le site internet de la MDPH
- Sensibiliser et former mieux les enseignants à l'accompagnement des jeunes en sortie de dispositif

- Poursuivre l'adaptation de la rédaction des notifications MDPH
- Mettre en place un groupe de travail avec les familles ayant pour objectif de travailler sur une rédaction appropriée du courrier de notification
- Favoriser la découverte du jeune :
    - Proposer une certaine souplesse des places en structure pour venir les tester
    - Développer des liens étroits entre établissements, MDPH et EN afin d'anticiper au mieux la sortie de la scolarisation

Liens avec les autres schémas directeurs

✓ Schéma régional d'organisation médico-sociale

Freins ou contraintes

✓ Une offre existante sur le territoire encore mal connue par les professionnels et les familles

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de communes non couvertes par un SESSAD chaque année
Nombre de jeunes de 16-18 ans ayant participé à l'expérimentation

PARTIE 3 : ORIENTATION, INSERTION PROFESSIONNELLE ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Diagnostic

1 - Une insertion en milieu ordinaire qui demande des coordinations renforcées.

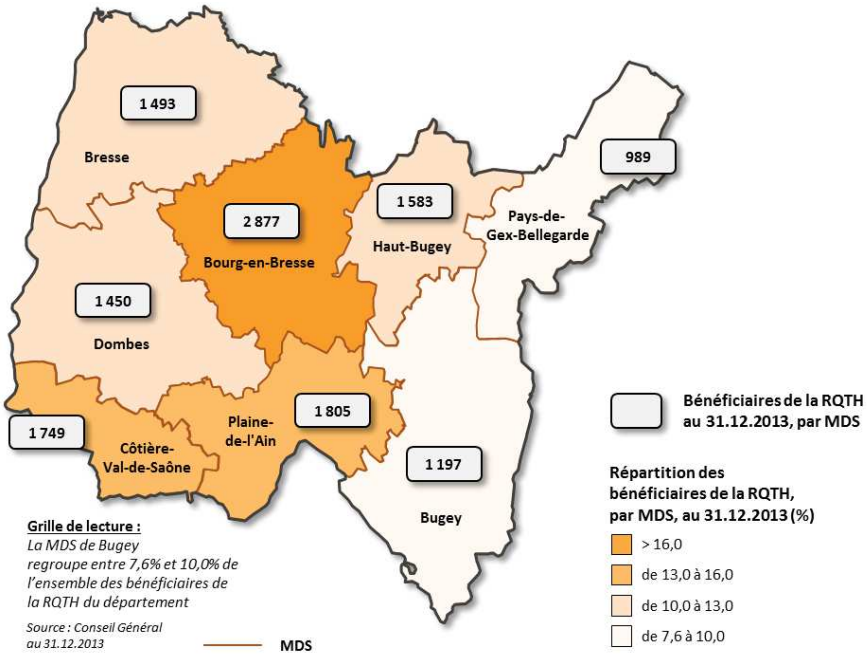
2 - Une offre de travail en milieu protégé confrontée à des évolutions des besoins et attentes.

Orientation

- Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

I. Éléments de diagnostic

Le département de l'Ain compte 13 143 personnes reconnues comme « travailleurs handicapés » réparties sur l'ensemble du territoire. Elles sont localisées, comme le montre la carte ci-dessous, majoritairement dans les secteurs plus urbains des MDS Bourg-en-Bresse, Côtière-Val de Saône et Plaine de l'Ain.



A. Une insertion en milieu ordinaire qui demande un renforcement des coordinations

L'insertion en milieu ordinaire en chiffres

- **Orientation professionnelle réalisée en 2012 : 1203 personnes, soit 83% des demandes**
  dont 36 prés orientations, 107 en CRP, 92 préconisations pour intégrer une entreprise adaptée et 400 orientés vers le dispositif de maintien dans l'emploi
- **2 centres de rééducation professionnelle, 140 places**

Dans une logique de parcours, il s'avère indispensable d'accompagner la personne en situation de handicap dans sa vie professionnelle qui apparaît plus touchée par le chômage que le reste de la population.

Le chômage des travailleurs handicapés dans l'Ain

- **3 776 Demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus en situation de handicap (DEFM TH) au 31/12/2013 dans l'Ain, soit 28,7% de l'ensemble des bénéficiaires d'une RQTH**
- **Répartition par territoire Pôle Emploi**
  - **Bourg : 1443**
  - **Ambérieu : 394**
  - **Belley : 353**
  - **Meximieux : 417**
  - **Oyonnax : 539**
  - **St Genis : 303**
  - **Trévoux : 327**
- **1 209 personnes accompagnées par Cap Emploi au 31/12/2013**

- **52% des placements réalisés par Cap Emploi en 2013 (492) ont été réalisés dans une entreprise de moins de 20 salariés donc soumise à l'obligation d'emploi**

Globalement supervisé par les services de l'État qui ont notamment pour mission de veiller à la bonne mobilisation des dispositifs par les acteurs de l'emploi et le soutien au financement de postes adaptés dans les entreprises (à hauteur de 2 millions d'euros par an dans le département), cet accompagnement est pensé de manière collaborative entre les professionnels du social et du médico-social et les acteurs de l'emploi dont Cap Emploi qui accompagne entre 1 200 et 1 400 travailleurs handicapés chaque année, dont environ 700 nouveaux dossiers orientés par Pôle Emploi chaque année (703 en 2013). La majorité du public concerné a plus de 45 ans et présente une problématique d'usure professionnelle (dans 80% des situations une problématique de port de charge), le public de moins de 30 ans représente un peu moins de 10% des personnes accompagnées. Cap Emploi est pleinement intégré dans le Service Public de l'Emploi qui cadre ses objectifs, missions et actions. La structure cherche néanmoins à rester présente sur des actions complémentaires à l'accompagnement qu'elle peut proposer, telles que les *jobs dating*, les forums, le coaching… Le point fort de la structure dans l'Ain reste sa présence sur tous les territoires du département par le biais de permanences au sein des Pôles Emploi et donc son service de proximité pour les travailleurs en situation de handicap.

Outre la présence de 2 Centres de Rééducation Professionnelle, de respectivement 35 et 105 places situés dans la MDS Bugey, le dispositif du département de l'Ain est complété par des actions plus innovantes. Les formations à distance de l'ADAPT permises par la création d'antennes hors les murs du centre de formation permettent de toucher des personnes de tout le département et de répondre à une attente forte de ne pas avoir à aller en internat pour bénéficier d'une formation. Autre exemple, le dispositif de maintien dans l'emploi répond au besoin de travailler des solutions en interne à l'entreprise ainsi qu'en externe pour des personnes qui, suite à la survenance d'un handicap, sont menacées dans leur emploi (760 signalements en 2013, 840 pour 2014) de l'ADAPT.

Enfin, le département bénéficie de l'investissement de l'association ORSAC sur les questions d'insertion professionnelle et de retour à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique en partenariat avec Cap Emploi, L'ADAPT, la CARSAT, le Conseil Régional ainsi qu'un réseau d'employeurs du département qui acceptent des personnes en stage. On notera le dispositif innovant d'ESAT de transition de 9 places installées à ce jour (pour 15 autorisées) pour des personnes orientées par ORSAC Insertion et la MDPH car ayant les possibilités de s'intégrer progressivement dans le milieu ordinaire. Toutefois, ORSAC insertion voit son intervention limitée géographiquement ; malgré les besoins, la structure n'est pas en capacité d'accompagner les publics de Belley, de Trévoux ou encore du Pays-de-Gex…

Globalement, la coordination des acteurs du champ de l'insertion constitue un atout dans le département de l'Ain. Elle est formalisée dans le cadre de plusieurs instances :

- la Commission Technique du Maintien dans l'Emploi pilotée par l'ADAPT qui réunit tous les acteurs concernés du département ;
- la Commission Départementale du Maintien dans l'Emploi qui se réunit 3 fois par an ;
- la Commission Orientation Professionnelle qui réunit chaque semaine, à la MDPH, Pôle Emploi, Cap Emploi, L'ADAPT, ORSAC Insertion.

Toutefois, des marges de progrès sont soulignées et conditionnent de façon assez marquée l'efficacité du dispositif. Ainsi, cinq types de coordination méritent d'être travaillés :

- La coordination des acteurs autour de l'insertion professionnelle des jeunes et la mise en place d'un maillon efficace entre le secteur enfance et le secteur adulte de façon à éviter les ruptures de parcours : en effet, malgré une scolarisation en milieu ordinaire, l'insertion professionnelle des jeunes s'est complexifiée du fait, d'une part, d'une conjoncture économique peu favorable et d'autre part, d'un manque de dispositifs « passerelles » pouvant permettre de maintenir la motivation et les compétences acquises. De nombreux jeunes quittent le système scolaire ordinaire à 16 ans et ne sont plus repéré par les acteurs du champ du handicap ou de l'insertion professionnelle pendant plusieurs années. Cette rupture de parcours constitue un enjeu majeur pour le prochain schéma. Il est également à noter un besoin d'amélioration de la coordination entre les différents acteurs du secteur du handicap et notamment Cap Emploi et la Mission Locale Jeunes qui a en charge le suivi et l'accompagnement d'une partie des jeunes en situation de handicap. Enfin, on soulignera l'importance de coupler au projet professionnel du jeune, le projet social impliquant directement les possibilités d'insertion et le sentiment d'utilité.
- La continuité des accompagnements des personnes en situation de handicap psychique : ce public présente des spécificités à prendre en compte dans le cadre de l'insertion professionnelle et nécessite un lien étroit entre structures d'accompagnement vers l'emploi, employeur et secteur psychiatrique, lien qui progresse mais peut encore être amélioré afin d'éviter les « parcours hachés » que connaissent encore aujourd'hui les personnes.
- La qualité des orientations : celle-ci reste fortement impactée par le manque de contenu médical et social des dossiers présentés. Malgré la bonne coordination globale des acteurs dans le département de l'Ain, certaines orientations en centre de réadaptation professionnelle, notamment dont l'objectif est le retour à l'emploi restent en décalage avec les besoins et capacités des publics ou apparaissent illusoires au vu de la problématique de la personne.
- Le lien entre le milieu protégé et le milieu ordinaire : le manque de lien entre les acteurs de l'insertion et les directeurs d'ESAT limitent le nombre de personnes qui passent de l'emploi en milieu protégé à l'emploi en milieu ordinaire. Des marges de progrès existent notamment entre le milieu protégé et l'emploi en entreprise adaptée, pour lequel la DIRECCTE finance 160 aides au poste chaque année (au sein de 7 entreprises adaptées). D'autres vecteurs méritent d'être cités tels que la pertinence des dispositifs d'ESAT de transition de l'ORSAC et d'ESAT hors les murs de L'ADAPT ou encore le travail de recherche de prestations en entreprises ordinaires mené par tous les ESAT. Toutefois, deux points de vigilance s'imposent : la nécessité de limiter les échecs d'insertion en milieu ordinaire et la problématique d'équilibre du modèle économique des ESAT qui contraint les structures à garder les travailleurs les plus productifs. ORSAC Insertion va prochainement piloter un dispositif pour travailler avec les ESAT la question de la sortie et de l'insertion en milieu ordinaire. Il s'agit de voir dans quelles mesures les ESAT peuvent constituer une étape dans le parcours des personnes, un tremplin et non une finalité.
- Le lien entre le service insertion du Conseil général et les problématiques et acteurs du handicap notamment dans le cadre de l'identification et de l'observation des publics bénéficiaires du RSA ayant une RQTH pour une meilleure adéquation de leur suivi à leur problématique.
- Le lien et le travail partenarial entre acteurs de l'insertion et les médecins du travail qui apparaissent insuffisants.

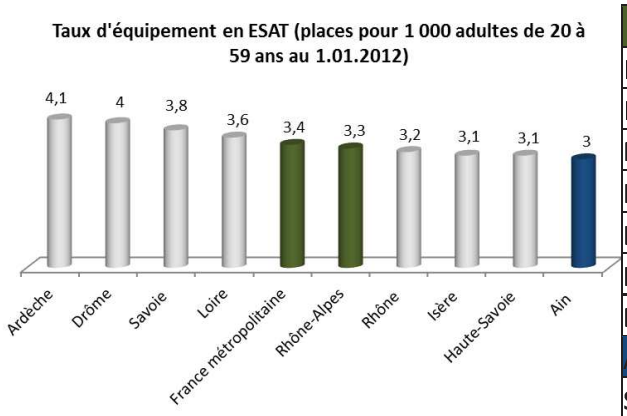
Outre ces problématiques majeures, on notera les difficultés propres liées au territoire. Premièrement, l'Ain présente un faible niveau de qualification des travailleurs handicapés (37,9% ont un niveau inférieur à V contre 24,3% en Rhône-Alpes et 24,1% au niveau national). Il existe donc une part non négligeable de personnes rencontrant une problématique d'usure professionnelle, peu ou pas qualifiées, ayant été employées dans une seule entreprise tout au long de leur vie et donc pour lesquelles la réinsertion est particulièrement complexe. Cette situation est particulièrement caractéristique du bassin d'Oyonnax du fait d'une structure économique et sociale propre qui se traduit par la présence d'un nombre important de personnes très éloignées de l'emploi qui cumulent problématiques sociales, maîtrise de la langue française insuffisante et handicap. L'association ORSAC Insertion qui est présente sur Bourg-en-Bresse et Ambérieu-en-Bugey enregistre de nombreuses demandes sur le secteur d'Oyonnax mais n'est pas en mesure de répondre de façon satisfaisante du fait du manque de mobilité des personnes et des coûts de déplacement. Dans le même registre mais sur l'ensemble du département, il est souligné le manque d'outils et de solutions de formation et de réorientation professionnelle pour des publics peu ou pas qualifiés qui connaissent une problématique d'usure professionnelle.

B. Une offre de travail en milieu protégé confrontée à des évolutions des besoins et attentes

Les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), permettent à une personne handicapée d'exercer une activité dans un milieu protégé si elle n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire

Le travail en milieu protégé en chiffres

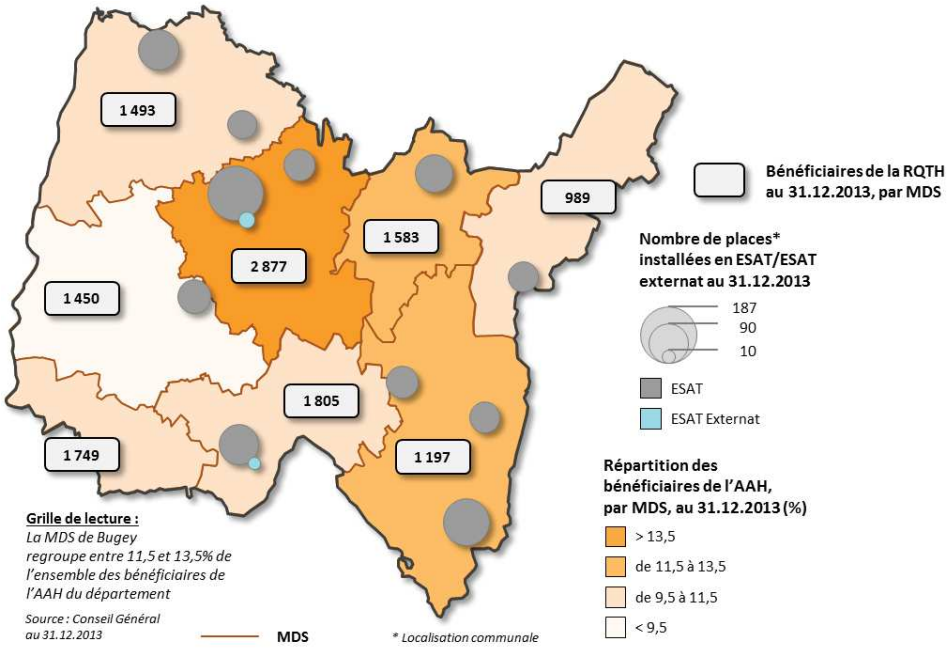
- **1 534 orientations en ESAT au 1er janvier 2013**
- **965 places installées en ESAT (848 en 2005)**
- **Création d'un ESAT de 50 places en 2011 à Villars-les-Dombes par l'ADAPEI**



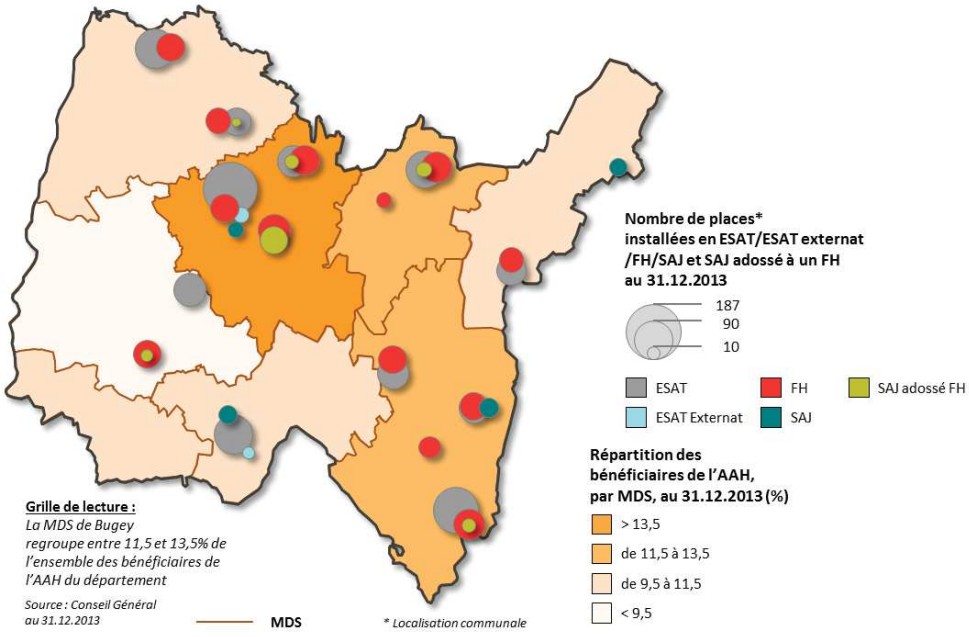
Nombre de places en ESAT	
France métropolitaine	113 787
Rhône-Alpes	10 912
Rhône	**2 976**
Isère	**1 993**
Loire	**1 339**
Haute-Savoie	**1 226**
Drôme	**978**
Ain	933
Savoie	**828**
Ardèche	**639**

Pour ce qui est de l'équipement en Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), l'Ain, avec 3 places pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, se positionne en bas du tableau des départements de la région, en-dessous des niveaux régional et national moyen d'équipement (respectivement 3,3 et 3,4‰). La localisation de l'offre est relativement homogène sur le territoire et adaptée par rapport à la répartition globale des bénéficiaires de l'AAH. Néanmoins, deux limites :

- Certains territoires sont moins dotés tels que l'ouest du département, et notamment le territoire de la MDS Côtière-Val de Saône (aucun établissement), ainsi que celui du Pays de Gex-Bellegarde (un établissement), ce qui apparaît insuffisant au vu des dynamiques de population.
- La logique d'implantation des structures n'est pas pleinement adaptée aux bassins de population, le développement de l'offre d'ESAT demande aujourd'hui une concertation efficace entre associations et une mise en cohérence des différentes stratégies qui a manqué dans le passé.



Il est important de noter que la majorité des ESAT se situent à proximité des offres de foyers d'hébergement limitant les trajets à effectuer tous les jours pour les travailleurs.



Type d'orientation médico-sociale (au 31/1/2013)					
ESAT - établissements et services d'aide par le travail					

Au 1er janvier 2013, 1 534 personnes bénéficient d'une orientation en ESAT pour 965 places installées, soit 13,8% de plus qu'en 2005. Les personnes âgées de moins de 30 ans représentent 33% de l'ensemble contre 18% pour les personnes âgées de plus de 50 ans.

L'Ain est confronté à trois mutations majeures, identifiées également au niveau national.

Premièrement, la population accueillie en ESAT est de plus en plus hétérogène, avec une forte progression des troubles psychiques. Certaines structures soulignent les difficultés induites en termes de cohésion de groupe et les besoins de formation et d'adaptation des équipes.

Dans le département, les personnes autistes ou présentant des troubles du développement représentent une proportion significative de la population ayant vocation à être accueillie en ESAT. Par ailleurs, les méthodes d'éducation adaptées à l'autisme sont désormais reconnues par la HAS et l'ANESM. Le secteur « enfant » apparaît relativement bien doté en offre dédiée aux personnes souffrant d'autisme ou de TED, or le secteur « adulte » et notamment celui de l'emploi en milieu protégé n'a pour l'instant pas travaillé sur une offre spécifique, interpellant la continuité des parcours de ces publics et l'adéquation de l'offre départementale à leurs besoins.

Deuxièmement, la demande de travail à temps partiel progresse. En effet, elle reflète deux autres tendances que connaissent les ESAT : le vieillissement de leurs travailleurs et l'évolution des profils des jeunes à la sortie des structures pour enfants. Ces derniers ne sont en effet pas toujours prêts à entrer dans l'activité professionnelle à temps plein. Il est souligné le souhait marqué des jeunes et de leur famille d'avoir une intégration progressive au sein des ESAT, les structures étant souvent sollicitées pour des stages permettant de préparer l'insertion. Par ailleurs, le département est caractérisé par une offre relativement peu développé de places en service d'accueil de jour pouvant être couplées à un accueil en foyer d'hébergement. De ce fait, de nombreuses personnes dont le handicap est relativement lourd sont orientées en ESAT et rencontrent des difficultés pour occuper un poste à temps plein. De même, cette offre insuffisante impacte les propositions pouvant être réalisées au public vieillissant qui se voit, pour une part, contraint de repousser l'âge de départ à la retraite malgré une tenue du poste en ESAT difficile (à titre d'exemple, l'ADAPEI estime à une cinquantaine le nombre de personnes vieillissantes concernées par cette problématique, presqu'une centaine d'ici 5 ans, sur les 690 personnes employées au sein de ses ESAT).

On soulignera d'une part l'embolisation de la chaîne et le sureffectif de certaines structures créée par cette situation, limitant le nombre de places libérées pour les publics jeunes et d'autre part, le besoin pour les équipes d'anticiper les projets de sortie et de travailler sur l'accompagnement des travailleurs à la cessation d'activité. En effet, cette étape importante a des répercussions qui vont au-delà du besoin de remplacer le temps de travail par une activité occupation, la personne pouvant souffrir de la perte du statut de salariée et donc être en attente de retrouver une certaine utilité sociale. Enfin, l'accroissement des demandes de travail à temps partiel induit une réflexion sur la mobilité et les possibilités de transport qui s'offre aux travailleurs du fait des lieux d'implantation des ESAT.

Troisièmement, les jeunes travailleurs ayant bénéficié d'un parcours en milieu ordinaire sont de moins en moins nombreux à souhaiter intégrer un foyer d'hébergement adossé à l'ESAT et recherche une confirmation de leur autonomie et de leur inclusion en milieu ordinaire. Par ailleurs, les jeunes arrivent en ESAT avec des projets spécifiques et souhaitent se rapprocher du

milieu ordinaire ce qui réinterroge les accompagnements, les outils, les formations pouvant être proposées (alphabétisation, sécurité, hygiène, formations qualifiantes...). Ainsi, les enjeux pour le département sont, d'une part, de travailler sur une requalification de certaines places de foyers d'hébergement pour développer une offre plus souple, plus adaptée aux attentes des jeunes, pouvant être séquentielle, d'impulser des liens entre les différents acteurs de l'emploi du public en situation de handicap pour favoriser le mise en place de parcours individuels en fonction des compétences et des besoins, et de reconnaître la fonction de lieu de formation que peuvent avoir les ESAT. Dans ce cadre, un ESAT du département accueille deux jeunes en contrat d'apprentissage. Cette réponse demeure toutefois ponctuelle, mais correspond pleinement aux attentes de certaines familles.

On soulignera, comme dans la partie précédente, les liens relativement distendus entre milieu protégé et milieu ordinaire. L'offre d'entreprises adaptées (5 structures pour 106 places travaillant sur 4 métiers principaux pour l'ADAPEI, 1 structure portée par l'ORSAC) pourrait tenir lieu de passerelle entre milieu protégé et ordinaire. Toutefois, est souligné le peu de personnes accueillies provenant d'ESAT ainsi que la rareté des insertions en milieu ordinaire effectuées. L'insertion en milieu ordinaire est d'autant plus difficile pour le public en situation de handicap psychique qui, malgré ses compétences, ne présente pas les prérequis d'une insertion en entreprise. Il s'agit de donner l'opportunité aux structures d'être reconnues et valorisées dans le tissu économique (ex : action village ESAT/EA), afin d'amener les entreprises à accepter davantage de personnes issues du milieu protégé.

II. Orientation 3 - Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap

FICHE N° 3.1

A. Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers de la formation et de l'orientation

Constats

Objectif

Orienter et accompagner les publics ayant des difficultés d'insertion professionnelle afin de limiter les ruptures de parcours

Pilotes de l'action

Handicap Emploi

Partenaires participants à l'action

ARS, MDPH, ESAT, ESSMS, MLJ, DIRECCTE, Éducation nationale, DDCS, communes, Chambre des métiers, Service public de l'emploi, AGEFIPH, FIPHFP

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.1.1 : Améliorer l'accompagnement vers l'emploi des jeunes publics

- Favoriser, formaliser et encadrer les périodes de stages, d'adaptation et de transition dans les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) :
- Systématiser la découverte du secteur adulte lorsque le jeune est encore dans le secteur enfant
- Développer les conventions entre secteur protégé et établissement scolaires dans le cadre de la formation
- Mettre en place un accompagnement renforcé des jeunes vers l'emploi :
- Mettre en place un dispositif de coordination dédié aux jeunes afin de fluidifier les parcours et d'éviter les ruptures (en s'appuyant sur l'expérience du dispositif précédent porté par les MLJ qui réunissait l'ensemble des acteurs médico-sociaux, sanitaires, scolaires et de l'emploi et identifiait un référent de la coordination des actions autour du jeune)
- Poursuivre l'intégration des MLJ aux coordinations sur l'emploi des personnes handicapées existantes (comme c'est le cas depuis peu dans le cadre des équipes pluridisciplinaires MDPH)

Sous-action 3.1.2 : Proposer une offre d'orientation et d'accompagnement aux personnes orientées en ESAT

- Mettre en place des actions d'accompagnement et de conseil des personnes suite à la notification ESAT :
  - Faire connaitre les dispositifs d'accompagnement et de conseils existants
  - Informer les personnes des structures existantes et de leur champ d'activité en s'appuyant sur une plaquette recensant les activités réalisées au sein des ESAT et entreprises adaptées
  - Accompagner les personnes sur la détermination de la nature des travaux pouvant être effectués en fonction des situations et des attentes

Sous-action 3.1.3 : Développer l'offre de formation et les outils de réorientation pour les personnes ayant une problématique d'usure

- Favoriser le partage des évaluations entre MDPH et Revenu de Solidarité Active (RSA) dans le respect des règles du secret professionnel et du droit de l'usager
- Favoriser l'échange avec la médecine du travail et MDPH pour l'élaboration des diagnostics et le plan d'aide dans le cadre de la coordination du maintien dans l'emploi en respect du droit des usagers
- Travailler de manière concertée sur la mise en place d'un projet professionnel spécifique aux demandeurs d'emploi travailleurs handicapés qui respecte les aptitudes et appétences des personnes (s'appuyer sur le travail de l'ORSAC pour les personnes handicapées psychiques)
- Adapter l'offre de formation de droit commun qui doit être plus flexible et tenir compte du handicap
- Développer les possibilités d'emploi adaptées aux personnes ayant une problématique d'usure :
    - Favoriser le développement des places en entreprises adaptées
    - Mobiliser le secteur de l'Insertion par l'Activité Économique (IAE) en favorisant la diversification des champs d'activité des structures

Freins ou contraintes

- ✓ Un manque de passerelles existant pour favoriser l'insertion professionnelle des jeunes

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Effectivité de la transmission d'information concernant les bénéficiaires du RSA en situation de handicap
Évolution du nombre de places en entreprise adaptée

FICHE N° 3.2

B. Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie active

Constats

Objectif

Reconnaître et prendre en compte l'importance de la vie sociale dans la démarche d'insertion professionnelle afin de favoriser l'épanouissement de la personne handicapée

Pilotes de l'action

Conseil général

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESAT, DIRECCTE, MLJ, Handicap Emploi, ESSMS des secteurs du handicap et du grand âge, associations culturelles, groupement des cadres de direction de l'Ain, CLIC

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.2.1 : Valoriser le projet et l'environnement social aux côtés du projet professionnel

- Prendre en compte l'importance du projet social et de l'environnement social au sein des ESAT :
  - Favoriser la proximité avec les transports et les services dans le cadre les projets de développement de l'offre de places
  - Envisager le rapprochement de certaines structures des cœurs de villes ou de villages
  - Favoriser la décentralisation d'animations au sein des ESAT les plus éloignés des cœurs de villes ou de villages
  - Diversifier les champs d'activité des ESAT en lien avec l'économie locale
- Sensibiliser et communiquer mieux auprès de représentant des entreprises locales et collectives, via éventuellement leur intégration au Conseil de Vie Sociale des Établissements
- Développer l'offre de places en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) par la transformation de places de Foyer d'hébergement (FH) afin de permettre à un nombre plus important d'avoir accès à un accompagnement global intégrant projet social et projet professionnel
- Améliorer l'information des personnes par le maillage du territoire en lieux et points ressources en s'appuyant éventuellement sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Sous-action 3.2.2 : Apporter des réponses au projet social en complément d'un temps de travail partiel

- Systématiser l'accompagnement personnalisé au sein des ESAT des travailleurs vieillissants dans le cadre de leur cessation progressive d'activité
- Favoriser et développer des activités alternatives à l'activité professionnelle
- Développer l'offre de places en Service d'Accueil de Jour (SAJ) par bassin de vie dans un objectif de maintien du lien social et de lien entre le milieu ordinaire et le milieu protégé
- Mobiliser le tissu local (associations, animations des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) …) dans le cadre des activités proposées par les ESSMS
- Soutenir la création d'un GEM dans un objectif de lutte contre l'isolement social
- Développer et structurer un réseau inter-ESAT afin de proposer des stages et des périodes d'essai au sein de différentes structures pour permettre une meilleure adéquation du projet professionnel et du projet social (stages en vue d'un rapprochement familial, stages d'ouverture, stages de test…)

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Des difficultés de mobilisation du tissu privé local

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Création d'un groupe d'entraide mutuelle
Nombre de communes non couvertes par un SAVS
Évolution du taux d'équipement en SAJ

FICHE N° 3.3

C. Développer l'offre d'emploi en milieu ordinaire et protégé

Constats

Objectif

Poursuivre l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre d'emploi aux besoins des personnes en situation de handicap pour favoriser leur insertion professionnelle en milieu protégé ou ordinaire

Pilotes de l'action

ARS

Handicap Emploi

Partenaires participants à l'action

MDPH, DIRECCT, ESAT, ESSMS, MLJ, entreprises adaptées

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.3.1 : Adapter et développer l'offre d'emploi en milieu protégé

- Développer quantitativement l'offre de places d'ESAT en privilégiant la notion de bassin de vie et la proximité des transports et des services (Côtière, secteur de Belley, Bourg-en-Bresse du fait de la proximité des ressources en logement et en transport)
- Permettre les temps partiel en ESAT en tenant compte des contraintes d'organisation et de la nécessaire qualité des accompagnements
    - Favoriser les temps partiels dans la limite de 10 à 15% des places agréées
    - Envisager une prise en charge partielle des coûts liés aux transports supplémentaires par la PCH dans le cadre du projet de vie (cf. sous-action 4.1.1)

Sous-action 3.3.2 : Favoriser les passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire

- Solliciter l'AGEFIPH pour expérimenter une simplification de la reconnaissance de la lourdeur du handicap (RLH) dans le cas du passage du milieu protégé au milieu ordinaire dans un objectif de simplification et de motivation à l'embauche des travailleurs handicapés
- Favoriser le développement de places d'ESAT hors les murs et d'ESAT de transition en lien avec le tissu économique local afin de diversifier les champs d'activité

Sous-action 3.3.3 : Poursuivre la sensibilisation et les actions pour l'emploi des travailleurs handicapés en milieu ordinaire

- Recenser, coordonner et fédérer les différents organismes, dispositifs et actions mises en œuvre en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés en milieu ordinaire afin de clarifier l'offre et donc de simplifier le parcours des potentiels employeurs
- Renforcer la connaissance des acteurs de l'emploi en milieu ordinaire des travailleurs handicapés et des actions mises en œuvre :
    - Mobiliser la semaine pour l'emploi des personnes handicapées pour développer la communication et la sensibilisation
    - Communiquer sur les expériences positives d'emploi en milieu ordinaire
- Poursuivre le travail mené auprès des employeurs privés et publics pour rapprocher l'offre de la demande d'emploi face au faible niveau de qualification des travailleurs handicapés et identifier des tâches spécifiques et adaptées à ce public

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Une difficile mobilisation du tissu local en milieu ordinaire
- ✓ Le manque de places en ESAT sur certaines zones

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de places d'ESAT hors les murs et d'ESAT de transition
Nombre de personnes en temps partiel en ESAT
Communication sur les expériences positives d'emploi en milieu ordinaire

PARTIE 4 : LA VIE A DOMICILE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Diagnostic

1 - Une attention particulière portée sur l'accès au sport, aux loisirs et à la culture.

2 - Des problématiques de mobilité et de logement qui impactent les conditions de la vie à domicile.

3 - Un développement de l'accompagnement à domicile reconnu, des difficultés qui persistent.

4 - Un accès aux soins et une coordination avec le secteur sanitaire qui conditionne le maintien à domicile.

5 - Une offre de soutien et de répit des aidants à structurer et développer.

Orientations

- Améliorer et coordonner l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap.
- Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (domicile).

Éléments de diagnostic

A. Une attention particulière portée sur l'accès au sport, aux loisirs et à la culture

La loi de 2005 met la notion de citoyenneté et de vie sociale au cœur des dispositifs de prise en charge des personnes handicapées. Elle s'appuie notamment sur l'idée que la personne handicapée a le droit à la pleine réalisation de son projet de vie. L'accès aux loisirs et à la vie sociale et citoyenne des personnes handicapées (enfants ou adultes) représente donc un enjeu majeur du dispositif aujourd'hui. Néanmoins, la notion d'accessibilité à la vie sociale est multiforme. En effet, les aménagements à faire ne sont pas les mêmes selon qu'ils sont destinés à une personne handicapée ayant des troubles moteurs, visuels, auditifs, cognitifs ou psychiques. Il est donc nécessaire de s'éloigner d'une vision réductrice conduisant à penser que la réponse permettant de favoriser la vie sociale des personnes dépendantes consiste uniquement en la construction de rampes d'accès.

La culture et le sport, des enjeux majeurs pour l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap

Les acteurs locaux, institutionnels et associatifs, s'engagent depuis quelques années pour que la culture et le sport permettent à tous, personnes handicapées ou non, de communiquer, s'exprimer et partager. On parle aujourd'hui de développement culturel et sportif et d'inclusion des enfants, adolescents et adultes handicapés par la pratique.

Le conseil général de l'Ain et ses partenaires ont souhaité proposer une offre culturelle et sportive accessible à tous. En effet, sur le territoire, des rencontres « culture et handicap », associant de nombreux acteurs dont les CLIS et les ULIS ont lieu depuis 2001, ce qui a permis la création d'un réseau de professionnels intéressant. De plus, les bibliothèques et les quatre musées départementaux offrent aux personnes porteuses de handicap un accueil de qualité, des aides à la visite, la traduction en langue des signes, des ouvrages adaptés... Dans ce cadre, en 2007, le musée départemental de la Bresse-Domaine des Planons a obtenu le label "Tourisme et Handicap" pour les déficiences auditives et mentales. Afin d'améliorer l'accessibilité de tous les sites, la même démarche est en cours dans les autres musées départementaux. En parallèle, l'association « Résonance Contemporaine » dans le cadre de sa mission de Pôle Ressources Musique Contemporaine et Culture et Handicap entend promouvoir la création contemporaine de qualité et la volonté de partager cette démarche artistique avec le plus grand nombre avec une attention particulière aux personnes qui ont le moins accès à l'art et la culture parce qu'elles sont handicapées, malades...

On soulignera également les nombreux partenariats effectifs entre services médico-sociaux (SAJ, SAVS, D3A) et les associations locales du milieu ordinaire.

Concernant le sport, le conseil général subventionne notamment le Comité Départemental Handisport - CDH (1 club et 17 sections) et le Comité Départemental des Sports Adaptés - CDSA (6 clubs répartis sur le territoire) ainsi que quelques clubs sportifs. Le CDSA a vu son nombre de licenciés augmenter entre 2012 et 2013 (716 licenciés à 771). Le CDH compte, quant à lui, 131 licenciés en 2012 et 2013. L'inclusion en milieu ordinaire reste plus complexe dans ce champ. Néanmoins le département favorise les rencontres sportives entre tous pour plus de mixité et de motivation des personnes en situation de handicap. Par ailleurs, les structures de sport adapté sont de plus en plus sollicitées par les clubs et associations du milieu ordinaire pour effectuer des sessions de sensibilisation et de formation auprès de leurs équipes de salariés et de bénévoles

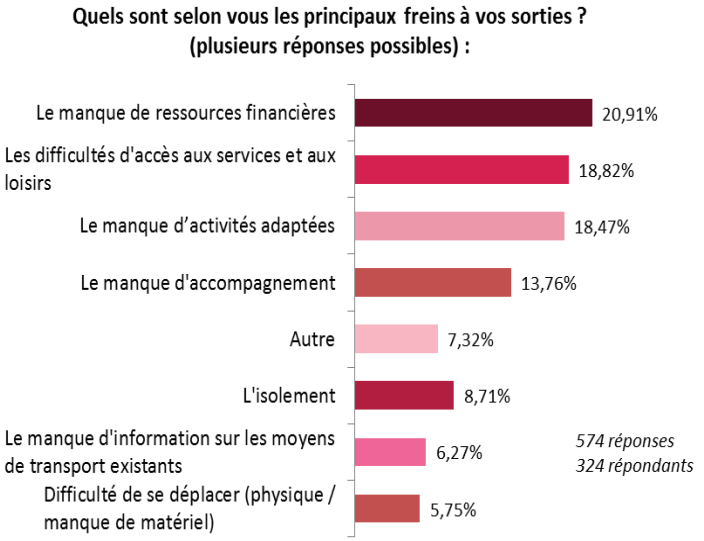
mais le manque de moyens humains des associations de sport adapté freine les relations et partenariats pouvant être engagés sur ce volet.

Une certaine transversalité entre acteurs locaux du milieu ordinaire et du champ du handicap se construit progressivement. En effet, on relève une envie des professionnels de travailler ensemble sur l'accessibilité des structures et projets aux personnes handicapées. L'accessibilité des locaux, l'adaptation des supports pédagogiques, le décloisonnement des activités, la mixité des publics et les actions hors les murs sont autant de progrès soulignés. Par ailleurs, on ressent une évolution sensible des personnes porteuses de handicap qui s'octroient aujourd'hui le droit de pratiquer une activité culturelle et sportive dans un établissement de droit commun. Ces enfants, jeunes et adultes sont donc acteurs et non plus consommateurs.

Au-delà de ces évolutions positives, des marges de progrès ont été soulignées par les professionnels :

- Des freins d'accès pour les personnes vivant à domicile liés au manque de mobilité
- Des difficultés pour les personnes de poursuivre les activités et sorties engagées lorsque le service accompagnateur se retire. Face à cette problématique le dispositif D3A (géré par l'association Vivre en Ville à Ambérieu-en-Bugey) apparaît pertinent et efficace, accompagnant les personnes progressivement vers l'autonomie en matière de déplacement, de loisirs et de pratique d'une activité culturelle ou sportive.
- Une insuffisance en termes d'information et de communication à destination des personnes handicapées et des Établissements scolaires sur l'offre culturelle proposée
- Un besoin continu d'adapter les supports pédagogiques des structures de droit commun et de former les professionnels concernés par l'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de handicap (agents des bibliothèques et musées, accompagnateur sportif…)
- Des partenariats à développer entre établissements pour personnes handicapées, structures scolaires et services culturels et sportifs du Conseil général afin d'identifier au mieux les besoins et attentes
- Un manque d'offre à destination des élèves de collège
- Un besoin important de relancer le bénévolat dans les associations pour pouvoir s'appuyer sur des accompagnateurs
- Un besoin de développer le bénévolat chez les personnes handicapées dans une logique d'accès et de participation à la vie citoyenne (GEM, participation à la vie associative et implication au sein des Conseils d'Administration des associations, actions d'utilité sociale…)

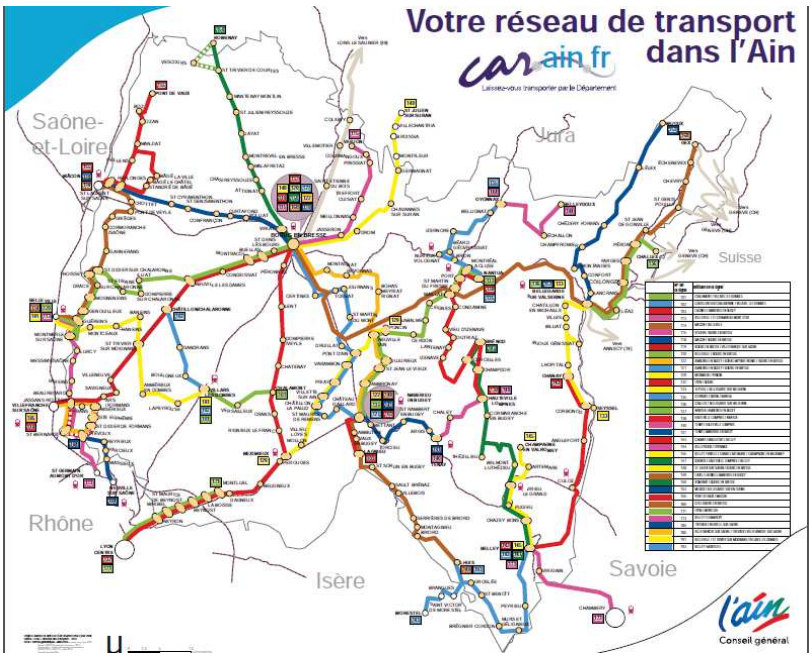
Parmi les différents obstacles aux sorties identifiés par les 324 répondants, le manque d'activités adaptées et les difficultés d'accès aux services et aux loisirs représentent chacun plus de 18% des réponses.



B. Des problématiques de mobilité et de logement qui impactent les conditions de la vie à domicile

1) *Les déplacements*

Le Conseil général de l'Ain gère un réseau de transport constitué de 36 lignes dont 10 lignes structurantes.



Les axes prioritaires pour la mise en accessibilité des transports dans le département sont identifiés dans le schéma accessibilité du service transport, schéma travaillé et validé en amont par les associations du champ du handicap. Trois axes principaux sont travaillés :

- L'amélioration de l'information adaptée aux personnes handicapées (fiches horaires, site internet, intérieur des véhicules) dont les objectifs ont été atteints

- La mise en accessibilité des véhicules qui a été réalisé pour 80% de la flotte
- La mise en accessibilité des points d'arrêt principaux, soit un par commune sur les 10 lignes structurantes du réseau. Cet objectif n'est pas atteint en 2014 du fait d'un financement à hauteur de 15% pour le département, laissant un reste à charge aux communes de 85% du montant des aménagements.

Un travail de bilan et de précision du calendrier va être impulsé dans le cadre de la programmation de l'agenda accessibilité avant la fin 2014. Celui-ci va être l'occasion de relancer le partenariat avec les associations du champ du handicap qui s'est essoufflé depuis la validation du schéma.

Malgré les avancées réalisées, on soulignera plusieurs limites à l'accessibilité du réseau de transport et aux déplacements :

- Un acheminement aux points d'arrêt principaux qui est variable selon l'accessibilité des voiries. Sur ce point, les avancées des communes du département sont variables. On notera un manque de sensibilisation et d'expertise spécifique de certains élus locaux et de leurs services techniques, de certaines d'entre elles, en matière d'accessibilité.
- Des lignes non structurantes (50) non adaptées
- Un territoire hétérogène avec des zones rurales éloignées des services et des modalités de déplacement complexes
- Des personnes et associations demandeuses de transport à la demande, mode de transport qui reste peu développé à l'extérieur de Bourg-en-Bresse malgré la possibilité de soutien proposée aux communes qui souhaiteraient mettre en place un service de ce type
- L'implantation géographique de certains accueils et établissements qui nécessitent un recours aux transporteurs privés

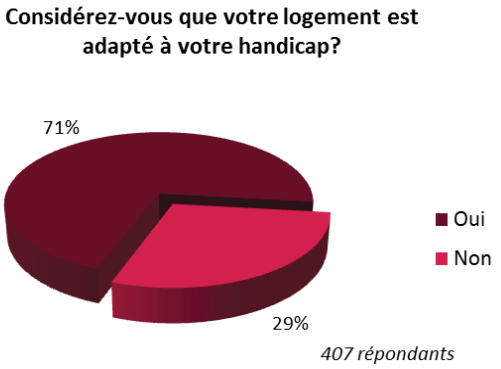
Les transports dont la compétence relève du Conseil général ne représentent qu'une partie du réseau. Des projets sont en cours au niveau des gares SNCF notamment : pôle d'échanges multimodal accessible à la gare de Bourg-en-Bresse, mise en accessibilité à la gare d'Ambérieu-en-Bugey, de Montluel, de Bellegarde…

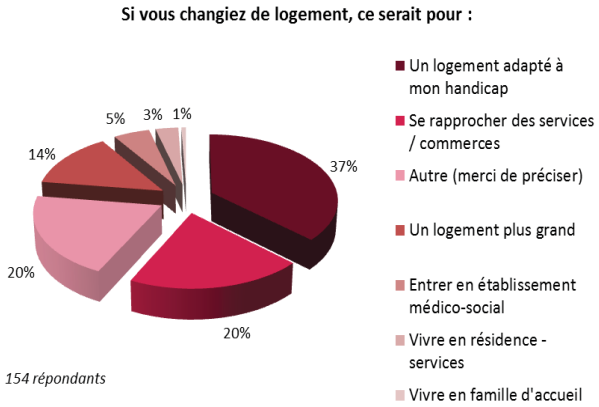
Enfin, est à noter la problématique du transport scolaire qui concerne 450 enfants chaque année et constitue un poste particulièrement coûteux pour le département. Bien que ne correspondant pas pleinement aux attendus législatifs, le département a fait le choix de financer des transports individuels en taxi ou en véhicule adapté (80 enfants). En majorité, les parents et associations sont en accord avec ce mode de transport individuel, qui répond à toutes les problématiques individuelles. Le coût est aujourd'hui d'environ 5 000 euros par enfant et par an et le budget total est en croissance et pourrait s'avérer très important en cas de montée en charge de la demande. Un travail étroit entre MDPH, Éducation Nationale et service transport du Conseil général sur les affectations scolaires apparaît nécessaire pour limiter les temps de trajets de ces enfants.

2) L'accessibilité des logements ordinaires

L'aménagement du logement constitue une condition nécessaire au maintien à domicile. Concernant les caractéristiques du parc de logements du département, une grande hétérogénéité est notée, les zones rurales et les quartiers anciens urbains comportant une majorité de logements non accessibles dont la réhabilitation est complexe tandis que certaines zones ont bénéficié récemment de nombreuses constructions neuves adaptés aux personnes à mobilité réduite (Pays de Gex, Côtières, Plaine de l'Ain, certains quartiers de Bourg-en-Bresse).

Parmi les 466 personnes ayant répondu à l'enquête menée auprès des bénéficiaires de la PCH à domicile, 30% considèrent que leur logement n'est pas pleinement adapté à leur handicap. Par ailleurs, en ce qui concerne les motivations pour un éventuellement changement de logement, 37% des 154 répondants déclarent souhaiter changer d'habitation pour un logement adapté à leur handicap, 20% dans un objectif de rapprochement des services et des commerces.





Le service logement du Conseil général intervient notamment dans le soutien aux aménagements des logements du parc privé, en complément des aides financières de l'ANAH. Le budget alloué annuellement par le Conseil général est de 300 000 à 400 000 euros et de 500 000 à 600 000 euros par l'ANAH pour l'aménagement des logements des personnes âgées et des personnes handicapées. 180 à 260 logements sont réhabilités et mis en accessibilité chaque année. Dans ce cadre, les liens avec la MDPH sont effectifs mais un décalage persiste entre l'approche des opérateurs et les possibilités de prises en charge de la PCH.

Le Conseil général finance par ailleurs depuis le dispositif ADALOGIS, géré par le PACT, destiné à mettre en relation les demandeurs de logement adapté avec les bailleurs. L'évaluation du dispositif est décevante au regard du nombre d'accès au logement et du nombre de logements adaptés recensés par les bailleurs. Des adaptations sont mises en place afin que le fichier d'ADALOGIS soit directement en lien avec le fichier des personnes en attente de logement social et avec le dispositif préfectoral du «label prioritaire».

Outre l'adaptation des logements ordinaires, des initiatives pertinentes sont à expérimenter dans le département. Des projets d'appartements en cœur de villes ou de villages, facilitant l'autonomie des personnes et adaptés aux pathologies et besoins sont en cours sur plusieurs territoires de la région Rhône-Alpes. Ces appartements, pensés avec des espaces privatifs et des espaces collectifs, permettent la vie autonome grâce au soutien de l'équipe soignante et éducative et à la mutualisation de certaines aides financières. Si cette offre reste marginale, elle semble pouvoir répondre à des différents publics et problématiques (personnes vieillissantes, handicap psychique, …) et constitue une voie à explorer dans le département de l'Ain en s'appuyant sur l'expérience du projet HAISSOR mis en œuvre dans le cadre du logement des personnes âgées. Ne correspondant pas pleinement au dispositif précité, on citera néanmoins la pertinence de l'offre de logements regroupés couplés à l'accompagnement d'un SAVS d'Eclat dans le Pays-de-Gex, de l'APAJH à Méximieux et de Vivre en Ville 01 à Bourg-en-Bresse ou encore le service d'accompagnement au logement de l'ORSAC.

C. Un développement de l'accompagnement à domicile reconnu, des difficultés qui persistent

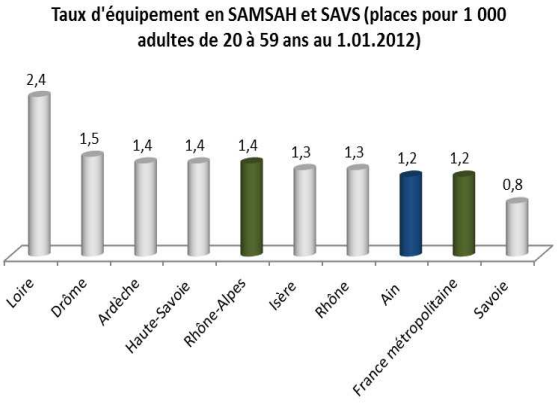
1) *Les SAVS et les SAMSAH*

Le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) propose un accompagnement adapté dont l'objectif est le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels de la personne handicapée. Il a donc été créé pour favoriser un maintien de la personne en milieu ouvert ainsi qu'un apprentissage de l'autonomie.

En plus des prestations du SAVS, le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) propose des soins, réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Les SAVS et SAMSAH en chiffres

- **884 orientations en SAVS et 144 en SAMSAH au 31/01/13**
- **461 places installées en SAVS et 54 places en SAMSAH**
- **Extension de la capacité du SAVS de Belley de l'ADAPAI de 6 places et du dispositif D3A d'Ambérieu en Bugey de Vivre en Ville 01**
- **Évolution du SRAME de Centre Médical Mangini vers un SAMSAH géré par l'ORSAC de 30 places et du SESVAD de l'APF vers un SAVS situé à Bourg-en-Bresse**
- **Création d'un SAMSAH de 24 places par l'HANDAS intervenant sur l'ensemble du département, d'un SAVS de 25 places à Ornex par Vivre en Ville 01**

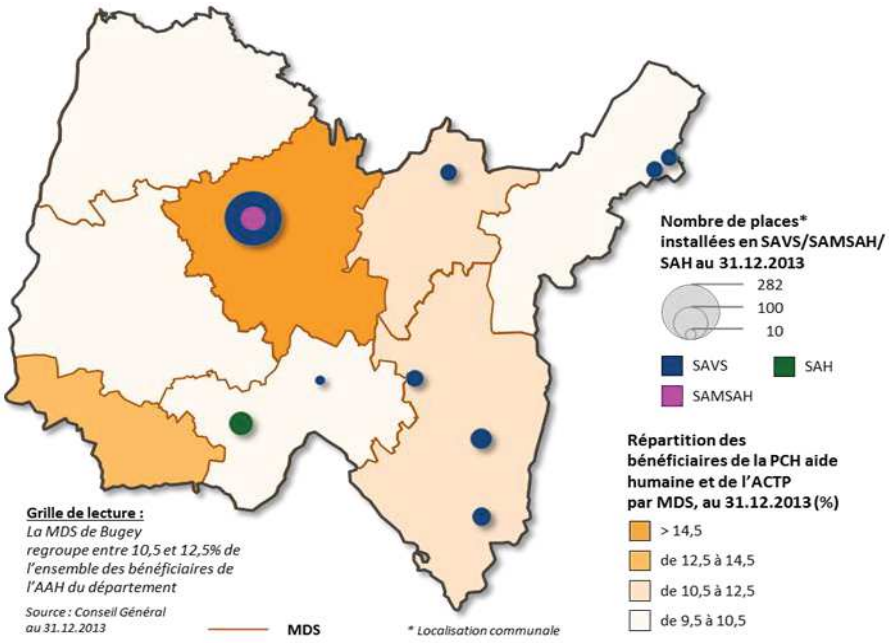


Nombre de places en SAMSAH et SAVS	
France métropolitaine	39 398
Rhône-Alpes	4 593
Rhône	**1 164**
Loire	**888**
Isère	**840**
Haute-Savoie	**545**
Ain	382
Drôme	**380**
Ardèche	**217**
Savoie	**177**

L'Ain présente un taux d'équipement en Services d'Accompagnement pour Personnes Handicapées inférieur aux moyennes nationale et régionale (1,2 place pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans), cette dernière étant principalement tirée par le taux d'équipement du département de la Loire.

La carte ci-dessous met en lumière certains déséquilibres entre territoires. En effet, si quelques services interviennent sur l'ensemble du département, on soulignera néanmoins la plus faible couverture de la zone Ouest et Sud-Ouest du département, ce dernier territoire étant pourtant à la fois dynamique démographiquement et concentrant une part relativement importante du public bénéficiaire de la PCH « aide humaine » et de l'ACTP.

Par ailleurs, sont à souligner les difficultés rencontrées par les services dans le Pays de Gex. En effet, les difficultés de recrutement que connaissent les services intervenant à domicile (SAVS, SAAD…) et le manque de professionnels libéraux, notamment infirmiers, complexifient les prises en charge et induisent un manque de régularité des interventions.



Depuis plusieurs années, les besoins d'accompagnement à domicile connaissent une croissance importante, nécessitant en contrepartie le développement de l'offre de services. Cette offre trouve toute sa place en matière d'accompagnement de proximité. L'accompagnement proposé par les structures est d'autant plus pertinent qu'il s'accompagne d'une réflexion sur la complémentarité des interventions entre les SAMSAH d'une part et les autres services intervenant à domicile d'autre part.

Une attention particulière a été portée, dans le cadre du précédent schéma, sur l'inclusion et l'accompagnement à domicile. Pour répondre aux besoins, 16 places en SAVS et deux SAMSAH pour un total de 54 places ont été autorisés et installés, permettant ainsi d'améliorer la couverture territoriale. Une logique d'inclusion et d'innovation est portée par certaines associations (ex : Éclat dans le Pays de Gex, Vivre en Ville 01…) dont les expériences apparaissent intéressantes et pourraient être reproduites pour partie sur d'autres territoires du département (stages, transitions…). Une équipe mobile autisme de 20 places a été mise en place, constituant une véritable interface entre domicile et établissement. Le dispositif présente des premiers résultats encourageants qui poussent à développer ce type d'offre sur d'autres handicaps. On notera à ce titre que le PRS comporte un appel à projet « équipe mobile » pouvant faire l'objet d'une autorisation de places sur le département de l'Ain pour 2014.

Malgré le rattrapage initié ces dernières années, le taux d'équipement de ces services dans le Département reste insuffisant face aux besoins. Il s'agit principalement d'un manque de places de SAMSAH, manque reconnu dans le PRS de l'ARS Rhône-Alpes.

Les SAVS peuvent être contraints de dépasser leurs missions de base et d'aller vers de la coordination sanitaire au vu des problématiques des personnes accompagnées. On soulignera notamment, le besoin important de coordination sanitaire autour des personnes handicapées psychiques.

Par ailleurs, des personnes souffrant d'un handicap moyen sont accueillies en institution alors qu'il pourrait être envisagé une vie à domicile avec un étayage approprié dans la mesure où l'environnement social est favorable, permettant de fait un repositionnement des places en institution sur la prise en charge de handicaps lourds et polyhandicaps.

Des difficultés sont également pointées du fait de la configuration géographique du département et donc de l'éloignement et du manque d'accessibilité de certaines zones, impactant la régularité des interventions à domicile d'une part, et l'isolement de certains usagers, d'autre part (ex : Vallée de l'Albarine, plateau d'Hauteville). Des personnes sont en recherche d'activités occupationnelles de jour, d'activités en groupes…mais leur participation reste limitée du fait d'un manque de mobilité.

Enfin, un développement des services d'accompagnement est attendu pour répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et âgées dont la prise en charge par les services existants est poursuivie par manque d'alternatives, limitant de fait l'accès à de nouveaux publics. Des réponses innovantes sont à imaginer pour ces publics afin de permettre le maintien à domicile et de faciliter l'accompagnement des jeunes publics. On notera d'une part le projet de GEM à Bourg-en-Bresse qui peine à voir le jour depuis 2008 malgré l'intérêt du dispositif pour ce type de public ainsi que l'appel à projet inscrit dans le PRS pour la création en 2015 d'un SSIAD pour personnes handicapées vieillissantes.

2) *Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)*

Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), assurent au domicile des personnes des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie, en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale, qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Les Services d'Accompagnement et d'Aide à Domicile (SAAD) jouent un rôle important dans l'accompagnement à domicile de la personne handicapée (enfants et adultes). Le département de l'Ain bénéficie dans ce domaine d'une bonne couverture, avec l'intervention notamment de six SAAD autorisés par le Conseil général, inscrits dans une démarche de qualité avancée.

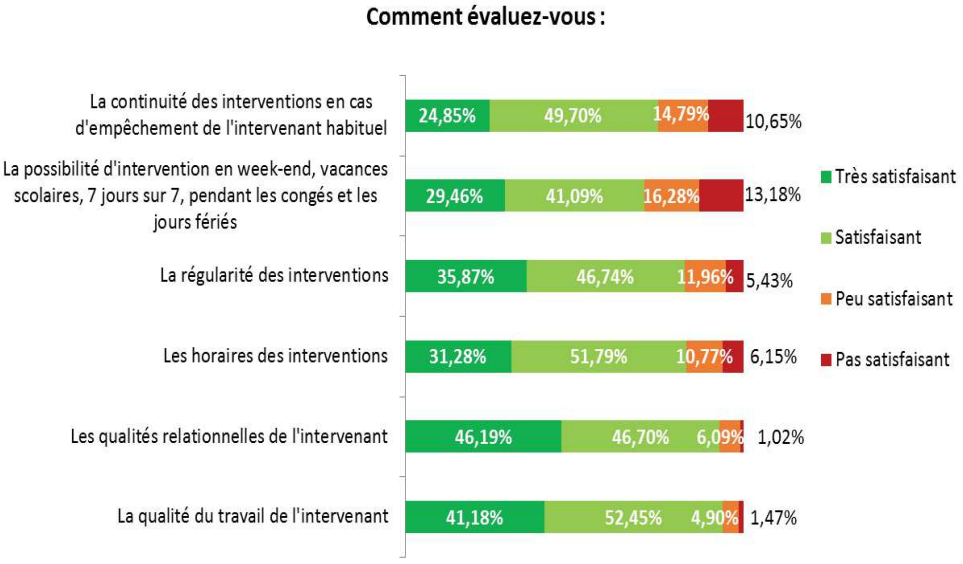
Parmi les 984 décisions d'aide humaine à domicile dans le cadre de la PCH en cours au mois de janvier 2013, 32% des personnes sont accompagnées par les services prestataires (SAAD).

	À domicile		En établissement	
Modalité aide humaine PCH	**Jan-2012**	**Jan-2013**	**Jan- 2012**	**Jan-2013**
Toutes modalités confondues	**881**	**984**	**227**	**305**
Aidant familial	**485**	**554**	**146**	**202**
Service prestataire	**271**	**316**	**10**	**11**
Emploi direct	**74**	**81**	**2**	**3**
Emploi via mandataire	**19**	**17**	**1**	**1**

Si les SAAD jouent un rôle central dans le maintien à domicile des personnes en situation de handicap dont des personnes qui ne sont pas accueillies en établissement du fait d'un handicap particulièrement lourd ou de difficultés à intégrer un groupe, leur positionnement reste complexe entre acteurs institutionnels, médico-sociaux et familles. En effet, la distinction entre aide à la personne et aide à l'environnement dans les plans d'aide est difficile à accepter pour les familles ce qui complexifie les accompagnements. Les structures sont, dans ce cadre, en attente du

développement d'une approche globale de l'aide et de l'accompagnement à domicile avec une prise en compte affirmée du projet social des personnes. Par ailleurs, la reconnaissance des SAAD au sein du parcours des personnes handicapées n'est pas pleinement acquise. Les difficultés d'organisation rencontrées liées principalement au turn-over des professionnels ainsi que les besoins de formation des intervenants face à l'alourdissement des problématiques à domicile et la prévalence des troubles psychiques impactent la reconnaissance des familles et des acteurs médico-sociaux. Si les services d'aide à domicile se sont engagés dans un processus de professionnalisation et de modernisation, en matière de handicap, le manque de formations disponibles est soulevé en particulier pour l'accompagnement des troubles spécifiques, psychiques par exemple. Les SAAD sont également confrontés à la difficulté de mettre en œuvre les plans d'aide particulièrement lourds, du fait de leur fonctionnement au quotidien. Ainsi, les enjeux de continuité du service (weekends, jours fériés) et de la flexibilité des horaires d'interventions se posent ici avec toute leur acuité.

La majorité des répondants à l'enquête menée auprès des bénéficiaires de la PCH à domicile sont aidés au quotidien. Les différents items proposés bénéficient d'un fort pourcentage de réponse. Globalement, les usagers ayant répondu à l'enquête réalisée auprès des bénéficiaires de la PCH à domicile (180 répondants) sont satisfaits des services intervenants au domicile. On notera néanmoins que la continuité des interventions et la possibilité d'intervention effective les week-ends, vacances et jours fériés se distinguent des autres items par une proportion d'insatisfaction un peu supérieure.



3) *Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)*

Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), interviennent depuis 2004 auprès des personnes adultes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes de certaines pathologies chroniques. Ils ont pour mission le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile. Ils ont pour mission de contribuer à prévenir ou à différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement.

Le nombre de places de SSIAD dédiées aux personnes handicapées en de 48 en 2014. Ces places sont réparties comme suit :

Ambérieu : 2
Meximieux : 2
Lagnieu : 2
Bellegarde : 4
Belley : 6
Bourg-en-Bresse :11
Ceyzériat : 5
Coligny : 1
Gex : 4
Oyonnax : 4
Pont-de-Veyle : 2
Reyrieux : 5

Les professionnels s'accordent sur un point de vigilance prégnant, à savoir le manque de places en SSIAD réservées aux personnes en situation de handicap.

À titre d'illustration :

- Certains secteurs ne recensent aucune place tandis que d'autres sont sous-équipés 4 places par exemple sur l'ensemble de la Délégation territoriale d'Aix-Les-Bains
- Ce taux d'équipement relativement faible a pour conséquence un glissement de tâches vers les SAAD qu'il conviendrait de maîtriser, d'autant que des enjeux de professionnalisation et de formation des équipes des SAAD intervenant sur le champ du handicap perdurent
- Il est d'autant plus problématique en raison de l'insuffisance de l'offre infirmière libérale notamment sur certains secteurs, surtout pour les prises en charge très lourdes.

En outre, dans le cadre du PRIAC, un appel à projet est prévu en 2015 pour 21 places de SSIAD destinées aux personnes handicapées vieillissantes. Cet appel à projet conjoint concernera le territoire nord (Ain et Rhône) et plus particulièrement le Val de Saône (zone déficitaire).

En ce qui concerne la coordination dans le département de l'Ain, elle est effective entre services intervenant à domicile sur un même territoire facilitant ainsi la qualité et la pertinence des prises en charge. Pour aller plus loin, les acteurs souhaitent désormais appréhender leurs missions respectives et relations interservices de manière davantage transversale afin de proposer des accompagnements globaux - c'est-à-dire intégrant les aspects physique, psychique et l'environnement. Cette ambition s'inscrit pleinement dans une logique de parcours, préoccupation partagée par l'ensemble des acteurs.

Toutefois, on note dans le département un manque de liens et de coordination entre les acteurs du domicile et les établissements. Des relations informelles existent au cas par cas mais le manque de régularité et de formalisation des partenariats est prégnant. Peu voire pas de projets communs sont recensés.

Ces liens pourraient être développés dans deux directions :

- l'assouplissement des prises en charge conformément aux attentes des usagers avec le développement notamment des accueils séquentiels, de jour et temporaires

- la transmission de l'expertise des établissements en matière de prise en charge des handicaps. Des liens sont notamment à créer dans le cadre de formations et de soutien à la prise en charge de certains handicaps des intervenants du domicile.

D. Un accès aux soins et une coordination des acteurs sanitaires qui conditionnent le maintien à domicile

Le secteur sanitaire est largement impliqué dans l'accompagnement des personnes à domicile et en établissement, néanmoins des difficultés d'accès aux soins accentuées sont constatées pour les personnes en situation de handicap. Premièrement, le département se caractérise par une forte concentration des moyens hospitaliers sur Bourg-en-Bresse. Une offre complémentaire publique est également recensée à Oyonnax et Belley ainsi qu'une clinique privée à Ambérieu-en-Bugey. On notera, conformément au découpage des territoires de santé la forte attractivité de certaines ressources médicales extérieures au département, situées en Savoie, en Haute-Savoie, dans le Rhône ou encore en Suisse. Deuxièmement, l'offre médicale libérale malgré quelques améliorations, reste, en 2012, inférieure aux moyennes régionale et nationale et présente des déséquilibres importants entre territoires du département. On soulignera les délais importants de prise en charge par certains professionnels dont le secteur psychiatrique du fait d'une offre hospitalière insuffisante face aux besoins et peu relayée par l'offre libérale et les difficultés de recrutement rencontrées par les ESSMS. Par ailleurs, une problématique de prise en charge infirmière est pointée sur certaines zones du territoire notamment pour la réalisation de toilettes complexes (ex : Pays de Gex).

*Source : cosanté, 2014 * pour 100 000 habitants*				kinésithérapeutes
Ain				
Rhône-Alpes				
France métropolitaine				

Enfin, les cabinets médicaux ne sont pas toujours aux normes d'accessibilité prévues par la loi du 11 février 2005 posant certaines difficultés aux personnes en situation de handicap et nécessitant le plus souvent un accompagnement.

En ce qui concerne la coordination entre secteur médico-social et sanitaire, des expériences de coordination sont effectives toutefois, le repérage et les parcours de soins restent complexes pour les personnes en situation de handicap. Des coordinations sont formalisées dans le cadre d'équipes mobiles pluridisciplinaires (ex : équipe mobile autisme, équipes de soins palliatifs, projet équipe mobile d'hygiène) ainsi que dans le champ de la psychiatrie dans le cadre de la coordination psychique qui associe les acteurs du secteur psychiatrique, les acteurs médico-sociaux et certains SAAD et permet une amélioration de la connaissance des acteurs et un repérage partagé des besoins. À ce titre, un livre blanc sur les besoins et problématiques de prise en charge des handicaps psychiques est en cours d'élaboration.

Toutefois, au-delà de ces expériences encourageantes des marges de progrès sont notées :

- La coordination avec le secteur psychiatrique et son efficacité restent variables selon les acteurs, l'antériorité des relations et les personnes. Or, l'évolution des troubles des

personnes implique un renforcement et une systématisation du partenariat avec ce secteur parfois freiné par le manque de ressources.

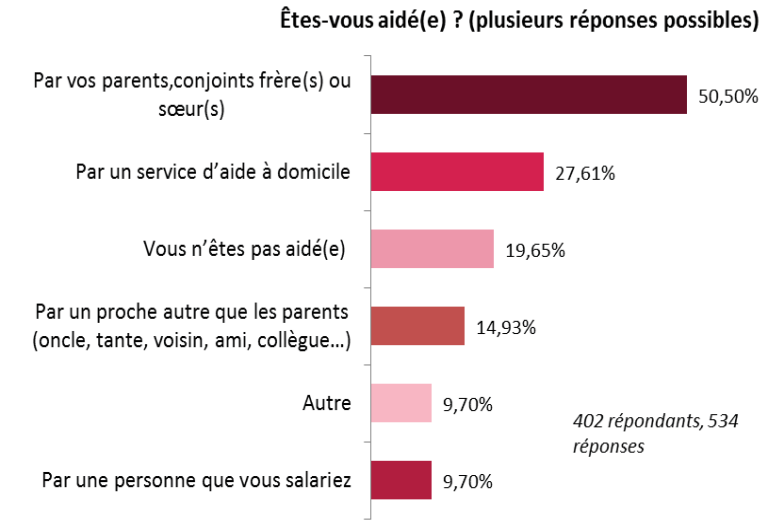
- Le découpage du département entre 3 territoires de santé est cohérent avec les bassins d'attractivité mais implique une coordination et un travail partenarial complexe avec de très nombreux acteurs. Des difficultés importantes sont notamment pointées dans le cadre des sorties d'hospitalisation vers les services de Soins de Suite et de Réadaptation.
- Des personnes, notamment parents d'enfants handicapés, sont orientées sans supervision médicale vers des bilans auprès de professionnels divers (orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues…) créant des inquiétudes et attentes inutiles ainsi que des difficultés de repérage et de priorisation pour les familles, et des coûts souvent importants non pris en charge par les couvertures de base ou complémentaires.
- Des professionnels non soignants sont fortement sollicités de fait pour de la coordination des soins, notamment les SAVS, par manque de SAMSAH sur le département. Les besoins d'accompagnement au sein de l'offre de services de santé et de de soutien à la construction de parcours de soins cohérents restent donc importants.

E. Une offre de soutien et de répit des aidants à structurer et développer

Les aidants familiaux ont un rôle central dans l'aide et l'accompagnement des personnes handicapées à domicile. Le maintien à domicile des personnes handicapées suppose souvent l'existence d'un entourage présent et attentif. Prévenir l'épuisement de ces « aidants naturels » mais aussi les associer aux prises en charge constitue un enjeu majeur pour le département.
On relèvera notamment que :

- 56,3% des bénéficiaires de la PCH « aide humaine » bénéficient d'une aide familiale valorisée dans le cadre de la PCH
- Des familles présentes au quotidien qui ne font appel à aucun dispositif souvent par méconnaissance, des situations d'épuisement qui ne sont pas connues des professionnels

Plus de 50% des personnes ayant répondu à l'enquête (sur 402 répondants) déclarent être aidés par un parent, un conjoint, un frère ou une sœur.



Plusieurs types de besoins coexistent :

- Un besoin d'information
- Un besoin d'écoute et de soutien en lien avec les structures et associations spécialisées dans les différents handicaps
- Un besoin de formation favorisant l'étayage des compétences parentales
- Un besoin de reconnaissance du rôle actif des aidants naturels dans l'élaboration, le suivi et la mise en œuvre et l'évaluation du projet personnalisé de la personne en situation de handicap
- Un besoin de répit

Par ailleurs, il est indispensable de pointer la problématique des aidants vieillissants qui est majeure et tend à s'intensifier. Des intégrations progressives en établissement sont à développer.

En ce qui concerne l'offre de soutien des aidants sur le département, elle apparait manquer de visibilité, de lisibilité et de structuration. Tout d'abord, elle reste peu développée, les aidants des personnes handicapées ne pouvant être associés à l'offre plus étoffée à destination des aidants de personnes âgées. Si quelques initiatives sont portées par les associations, elles restent le plus souvent ponctuelles et mises en place à destination des aidants des usagers des services des associations (ex : mise en place d'un service d'aide aux tuteurs familiaux par l'ATMP, journée annuelle de l'APF, …). On soulignera néanmoins qu'une partie du projet de service de l'équipe mobile autisme est axée sur le soutien aux aidants.

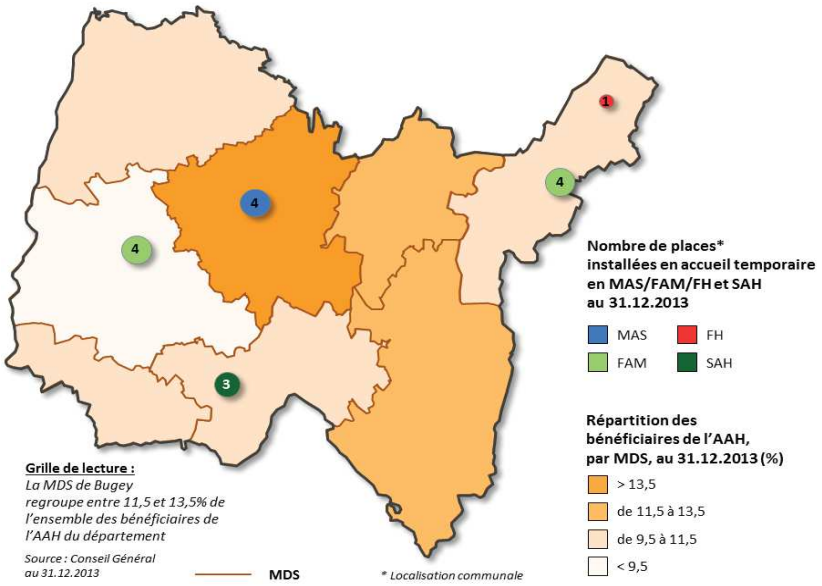
En matière de répit, l'offre apparaît largement insuffisante face aux besoins.

Les solutions d'accueil de répit sont essentielles pour favoriser la vie à domicile des personnes handicapées. Elles offrent un lieu de socialisation et un accompagnement éducatif aux personnes en situation de handicap et un temps de répit pour leurs aidants. Ces solutions sont soit de l'accueil de jour en structure, soit de l'hébergement temporaire, soit de l'accueil séquentiel en établissement spécialisé médicalisé ou non.

16 places d'accueil temporaire sont recensées dans le département dont 12 portées par des structures dédiées à la prise en charge de handicaps physiques lourds, l'offre d'accueil polyvalent est donc restreinte. Ces places en établissement sont complétées par une offre de trois places d'accueil temporaire en famille d'accueil, offre dont la gestion reste particulièrement complexe pour les accueillants et donc peu développée.

De même, des difficultés de gestion des places d'accueil temporaire dans un objectif de réponse au besoin de répit sont pointées, les établissements se voyant souvent contraints d'utiliser ces places pour une étape de transition vers de l'accueil permanent ou du fait des listes d'attente pour de l'accueil permanent directement. De même du côté des familles, la compréhension de l'objectif de ce type d'offre et son utilisation pour répondre au besoin de répit restent limitées.

Ainsi, on notera un manque de réponse aux besoins de répit et un manque d'équité d'accès du fait de l'éloignement des structures pour les personnes résidents sur certaines zones du département non couvertes telles que le Bugey, Côtière-Val-de-Saône ou encore La Bresse.



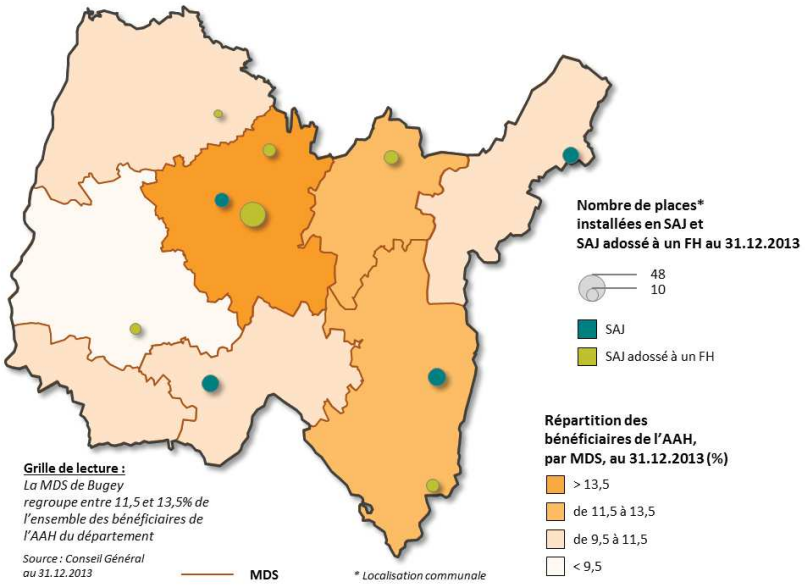
Les services d'accueil de jour en chiffres

- **325 orientations au 01/01/13**
- **183 places installées**
- **Création d'un SAJ de 22 places à Meximieux par l'APAJH**
- **Extension des SAJ de Belley et de Lassignieu de l'ADAPEI de 6 places et du SAJ d'Éclat à Prevessin-Möens de 5 places**

Le département est doté de 10 structures d'accueil de jour dont 6 adossées à un foyer d'hébergement. On notera, le nombre insuffisant de places autorisées qui est de 183 pour 325 orientations au 31 janvier 2013, soit une place pour 1,8 orientation.

Adossé à un hébergement en FH ou en FV ce service peut répondre aux besoins d'un public qui n'est pas en capacité d'assurer un temps plein en ESAT ou d'un public vieillissant mais relativement autonome dont les attentes en termes d'activité restent fortes.

À titre d'exemple, l'ESAT de l'ARIMC à Virieu-le-Petit a créé en 2012 une section tremplin pour accompagner les difficultés rencontrées par les travailleurs handicapés vieillissants et leur départ de la structure. Or, il est constaté dans ce cadre, une attente de ces personnes qui vont quitter l'ESAT de bénéficier d'une nouvelle orientation sur une structure adaptée en capacité de leur proposer des activités de jour.



Enfin, on soulignera que l'accueil séquentiel en établissement participe du soutien et au répit des aidants familiaux.

En effet, l'accueil séquentiel constitue une solution de répit néanmoins difficile à mettre en place car les possibilités d'accueil séquentiel en internat – de jour, en fin de semaine et lors de périodes de vacances par exemple – sont relativement peu saisies de la part des professionnels et des familles. Les modalités de recours à cet accueil sont à explorer et affiner pour permettre leur développement.

L'ARS préconise à ce sujet de faciliter et impulser les prises en charge souples et adaptées pendant les périodes de transition afin de répondre de manière personnalisée aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Le SROMS **promeut la création de structures relais (relais familial, plateforme d'accompagnement) afin de répondre à trois objectifs :**

- **Prévenir l'épuisement des aidants familiaux,**
- **Mais aussi conforter la fluidité des prises en charge et des accompagnements,**
- **Et prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.**

Pour terminer sur la question de l'information des familles, l'évolution législative relative à la prise en charge du handicap a consacré l'élaboration de projet personnalisé et de projet de vie ; leur mise en œuvre et leur évaluation ont pour conséquence une meilleure association et ainsi une meilleure information des familles. Celles-ci demeurent cependant à améliorer ;

L'ouverture du guichet unique de la MDPH lors du précédent schéma a mis à jour un nouveau canal d'information dont les familles peuvent se saisir. Toutefois se pose la question de la proximité, la MDPH a mis en place des permanences hebdomadaires dans les territoires pour répondre aux problématiques de proximité. Il s'agit également de veiller à fournir aux travailleurs sociaux des territoires une information unifiée et actualisée car ils peuvent constituer un lien entre les usagers et la MDPH.

III. Orientation 4 - Améliorer et coordonner l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap

FICHE N° 4.1

A. Favoriser l'inclusion par l'accès à la culture, au sport et à la citoyenneté

Constats

Objectif

Poursuivre les efforts et investissements réalisés pour permettre aux personnes handicapées d'accéder à l'offre culturelle, sportive ainsi qu'à la citoyenneté

Pilotes de l'action

Conseil général (Direction des transports, Direction de la culture et éducation)

DDCS

Partenaires participants à l'action

ARS, MDPH, ESSMS, SAAD, associations culturelles et sportives, service des sports et service communication du Conseil général, Comité sport adapté, Handisport

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 4.1.1 : Dépasser les freins liés à la mobilité

- Favoriser le développement du transport à la demande :
  - Inciter et soutenir les communes et communauté de communes
  - Étendre les horaires du transport à la demande en soirée et week-end afin de favoriser la pratique d'activité de loisirs et le lien social
  - Mettre en place une plateforme d'échanges et de mutualisation des véhicules adaptés détenus par les ESSMS, les associations, les collectivités territoriales ainsi que des moyens humains, notamment bénévoles

Sous-action 4.1.2 : Soutenir l'implication des structures culturelles et sportives dans l'accueil et la pratique des personnes handicapées

- Renforcer la communication sur les réseaux sport et handicap et culture et handicap ainsi que sur les évènements organisés auprès des associations, des centres sociaux, des ALSH, des structures médico-sociales et des familles
  - Mobiliser des relais d'information : Comité Départemental Olympique Sportif, ADDIM, services d'aide à domicile, MDPH…
- Apporter un soutien financier aux démarches de communication et de mise en place de journées promotionnelles plusieurs fois par an et sur différents territoires (ex : festival handicap, évènements mêlant milieu ordinaire et handicap…)
- Développer la formation des acteurs associatifs à l'accueil et à l'accompagnement de personnes handicapées :
- Soutenir et formaliser un plan de formations non diplômantes et diplômantes spécifique au handicap
- Envisager la création d'un réseau de personnes formées mobilisables par plusieurs associations
- Sensibiliser les acteurs locaux à l'accessibilité géographique et en termes de transport des différentes activités de loisirs

- S'appuyer sur la plateforme « Forme et santé », portée par l'ARS, abordant diverses thématiques et regroupant de multiples acteurs

Sous-action 4.1.3 : Favoriser l'investissement citoyen des personnes handicapées

- Favoriser et soutenir (locaux, financements) le développement de Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) au-delà du seul handicap psychique
- Donner la parole aux personnes handicapées dans le cadre de partage d'expérience :
    - Poursuivre et développer, sur l'ensemble du département, les interventions de personnes handicapées dans le cadre scolaire (ex : prévention routière, thème large du handicap…)
    - Développer, au sein des associations, les relations de parrainage entre personnes handicapées pour favoriser l'auto-support et l'information des usagers

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Le manque de formations des professionnels susceptibles d'accompagner les personnes en situation de handicap en milieu ordinaire

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre d'évènements culturels et sportifs organisés à destination des personnes handicapées chaque année
Nombre de GEM existant
Formalisation d'un plan de formations non diplômantes et diplômantes spécifique au handicap

FICHE N° 4.2

B. Optimiser et développer l'accompagnement médico-social à domicile

Constats

Objectif

Poursuivre l'investissement réalisé et l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre d'accompagnement à domicile en associant et coordonnant l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires

Pilotes de l'action

ARS

Conseil général (domaine établissement)

Partenaires participants à l'action

MDPH, SAVS, SAMSAH, CMP, ESSMS, SAAD, assurance maladie, milieu hospitalier

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 4.2.1 : Poursuivre le développement de l'offre de SAVS et de SAMSAH

- Mettre en place des antennes de SAVS et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sur l'ouest du territoire, en particulier à destination des personnes atteintes de troubles psychiques, par bassin de vie pour favoriser la proximité avec les usagers et desservir les zones non couvertes
- Développer les activités collectives extérieures au domicile vers le milieu ordinaire et vers les activités organisées par les établissements et services médico-sociaux

Sous-action 4.2.2 : Favoriser la coordination et la complémentarité des intervenants

- Porter une politique départementale qui favorise la connaissance mutuelle des acteurs, leur coordination et les mises en réseau et synergies
    - Pérenniser la coordination handicap psychique et améliorer l'articulation avec le milieu sanitaire
    - Organiser des journées thématiques annuelles regroupant l'ensemble des acteurs œuvrant à destination du handicap
    - Favoriser la participation des acteurs locaux au traitement de situations complexes
    - Organiser des informations adaptées en direction des usagers et de leur famille
- Identifier des acteurs experts sur certains types de handicap en capacité de soutenir et d'apporter de la technicité aux services intervenant à domicile :
    - Favoriser le développement et le renforcement des équipes mobiles (ex : handicap psychique, handicap sensoriel, handicap lourd…)
    - Favoriser l'échange d'expériences, de pratiques et permettre la sollicitation pour un conseil entre ESSMS et services d'aides à domicile
    - Développer les conventionnements entre ESSMS permettant l'intervention ponctuelle d'une autre structure dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge d'une personne
- Expérimenter un modèle d'accompagnement des personnes en situations critique/urgente pour éviter une rupture de leur parcours de vie

- Organiser la coordination des acteurs autour de la personne par le biais de l'identification d'un référent pouvant suivre le parcours de vie

- Conduire une réflexion sur la levée de la non possibilité de cumul de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)
- Lancer une réflexion entre MDPH, ARS, Conseil général, Assurance Maladie et ESSMS permettant de mieux repérer les besoins en termes d'organisation de stages et de transition de périodes d'adaptation pour favoriser le libre choix du parcours de vie des personnes et d'éviter les ruptures

Liens avec les autres schémas directeurs

✓ Schéma régional d'organisation médico-sociale

Freins ou contraintes

- ✓ L'accessibilité aux dispositifs de droit commun (ex. accès à la culture) n'est possible que si la continuité des services de soins et d'aide à domicile est assurée
- ✓ Un manque de connaissance des acteurs

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre d'antennes SAVS et SAMSAH mises en places

Conclusions des réflexions organisées entre MDPH, ARS, Conseil général, Assurance Maladie et ESSMS afin de mieux repérer les besoins en termes d'organisation de stages et de transition de périodes d'adaptation

FICHE N° 4.3

C. Structurer et développer l'offre de soutien et de répit des aidants

Constats

Objectif

Structurer et développer l'offre de soutien et de répit des aidants familiaux afin d'éviter les situations d'épuisement

Pilotes de l'action

Conseil général (Pôle Dépendance – Autonomie)

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, associations, ESSMS du secteur du handicap et du grand âge, SAAD, Maisons départementales de la Solidarité

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 4.3.1 : Poursuivre le travail d'information et d'orientation des familles

- Améliorer et structurer l'information et l'orientation des familles au niveau des territoires :
  - Renforcer les moyens du réseau de la MDPH en matière d'information et d'orientation des publics
  - Mailler le territoire en matière de lieux d'accueil, d'information et d'orientation des publics en étudiant différentes possibilités : CLIC, mise en accessibilité des Points Accueil Solidarité, développer des permanences existantes …
  - Définir collectivement ce qui relève de l'urgence et formaliser une convention pour plus de souplesse et de réactivité

Sous-action 4.3.2 : Développer l'offre de soutien et de formation des aidants familiaux

- Adapter, décloisonner et étendre le dispositif d'aide aux aidants adapté aux personnes âgées
- Proposer systématiquement l'introduction d'une part d'aidant professionnel dans les plans PCH pour favoriser le répit des aidants familiaux
- S'appuyer et communiquer sur les réseaux de familles apportant soutien et partage d'expériences
- Conduire une réflexion sur la complémentarité et les synergies entre les dispositifs PCH et Aide Sociale (aide-ménagère et aide sociale à l'hébergement)

Sous-action 4.3.3 : Favoriser le répit des aidants

- Développer des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire et d'urgence dans un objectif de maillage du territoire et en synergie avec la PCH
- Expérimenter et/ou développer des solutions innovantes de répit :
  - Mobiliser les sorties et séjours de vacances permettant à la fois le répit et l'ouverture des personnes
  - Mobiliser les associations d'aide à domicile pour permettre des temps de prise en charge en cas d'absence ponctuelle des familles et faciliter la modification des modalités de mises en œuvre/financement de l'aide humaine PCH sur des périodes courtes
  - Envisager la mutualisation de prestations entre plusieurs personnes pour mettre en place des temps occupationnels collectifs encadrés par des SAAD au sein de locaux adaptés

- Organiser des temps de concertation entre acteurs sur les situations critiques d'épuisement familial à l'instar du travail effectué au sein des MAIA

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Des difficultés de mobilisation des aidants
- ✓ Des formations non pleinement en adéquation avec le handicap au sein des services d'aide à domicile

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre d'actions de soutien aux aidants
Évolution des solutions innovantes de répit

IV. Orientation 5 - Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

FICHE N° 5.1

D. Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes

Constats

Objectif

Favoriser le maintien à domicile des publics handicapés vieillissants par des propositions adaptées aux besoins et des prises en charge coordonnées

Pilotes de l'action

Conseil général (Pôle Dépendance autonomie, domaine du logement)

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, CAF, ESSMS, SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAAD, Bailleurs publics, CMP, milieu sanitaire, PACT

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 5.1.1 : Proposer une offre de logement dédiée aux personnes handicapées vieillissantes

- Soutenir les projets et expérimentations en matière de logement favorisant l'inclusion :
  - Expérimenter une extension du dispositif HAISSOR au champ du handicap avec mutualisation des PCH dédiées aux espaces et services collectifs en veillant à distinguer les besoins individuels des réponses collectives
  - Soutenir les projets de résidences intergénérationnelles avec engagement des résidents par le biais d'une charte
  - Mobiliser les foyer-logement sur l'accueil d'adultes handicapées vieillissants
  - Privilégier l'habitat diffus pour les personnes en situation de handicap psychique
  - Développer, former et encadrer l'accueil familial pouvant constituer une solution de logement adaptée aux personnes handicapées vieillissantes
- S'appuyer sur les ressources sanitaires et les dynamiques hors les murs pour soutenir le maintien à domicile (ex : intervention à domicile et en EHPAD des infirmiers des CMP, équipe mobile psycho-gérontologique, intervention à domicile des professionnels hospitaliers…)
- Faire évoluer le dispositif ADALOGIS pour améliorer son efficacité et évaluer ses résultats en 2015

Sous-action 5.1.2 : Coordonner et développer l'offre de services d'accompagnement dédiés aux personnes handicapées vieillissantes

- Permettre aux personnes handicapées vieillissantes la poursuite de l'accueil et de l'accompagnement SAVS :
  - Finaliser la couverture du département en SAVS et renforcer l'existant en travaillant la répartition de l'offre par bassin de vie et plate-forme de services
  - Conduire une réflexion concertée sur la levée de la limite d'âge à 60 ans plutôt que d'aller vers la création de services dédiés au public de plus de 60 ans
- Développer les offres occupationnelles à destination des personnes handicapées vieillissantes :
  - Finaliser la couverture du département en SAJ en travaillant la répartition de l'offre sur le territoire et plate-forme de services
  - Favoriser et soutenir le développement de Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

- Envisager les modalités de solvabilisation de l'accès aux accueils de jour des EHPAD pour les personnes handicapées vieillissantes
- Ouvrir les temps occupationnels des foyers de vie aux personnes vivant à domicile

- Améliorer la coordination des intervenants autour de la personne handicapée vieillissante :
  - Travailler la complémentarité des services intervenant au domicile (SAAD, Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), SAVS…) dans le cadre d'un groupe « domicile » favorisant la connaissance mutuelle et pouvant traiter les situations complexes animé par un coordinateur extérieur/un référent du type CLIC
  - Expérimenter la transposition de l'outil « carte MEMO » au handicap et sensibiliser les services sociaux des hôpitaux afin de faciliter l'organisation des accompagnements et prise en charge en sortie d'hospitalisation

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

✓ Prendre en compte les problématiques d'accessibilité des services et structures

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de projets et expérimentations en matière de logement favorisant l'inclusion
Évolution du nombre de personnes accompagnées par un SAVS
Nombre de places d'offres occupationnelles créées
Rapport d'activité du « groupe domicile »

PARTIE 5 : LA COUVERTURE ET LA QUALITÉ DE L'OFFRE EN ÉTABLISSEMENTS

Diagnostic

1 - Une offre non médicalisée qui rencontre des limites face aux attentes des jeunes et aux besoins des publics vieillissants.

2 - Une offre médicalisée développée qui peine néanmoins à répondre aux besoins spécifiques, handicaps très lourds et polyhandicaps.

3 - Quelques alternatives à l'hébergement, une voie à développer pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap.

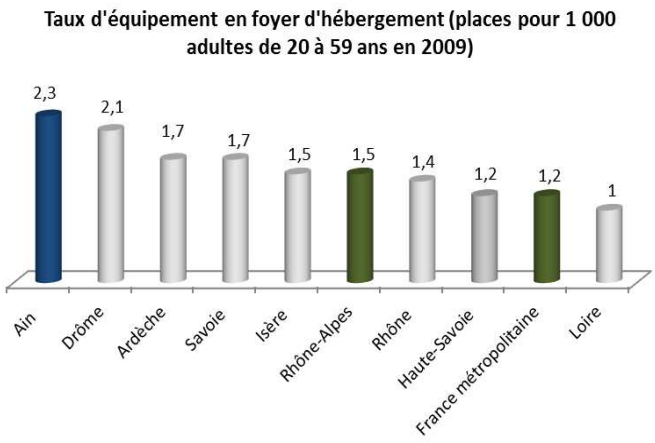
Orientations

- Améliorer la prise en charges des personnes handicapées vieillissantes (établissements).
- Adapter et optimiser l'offre d'hébergement et ses alternatives.

I. Éléments de diagnostic

A. Une offre non médicalisée qui rencontre des limites face aux attentes des jeunes et aux besoins des publics vieillissants

Les Foyers d'Hébergement assurent l'hébergement des personnes adultes handicapées qui exercent une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, en entreprise adaptée ou en milieu protégé (ESAT).



Nombre de places en foyer d'hébergement	
France métropolitaine	38 956
Rhône-Alpes	4 976
Rhône	**1 332**
Isère	**930**
Ain	**718**
Drôme	**515**
Haute-Savoie	**460**
Loire	**380**
Savoie	**372**
Ardèche	**269**

Avec 718 places, l'Ain présente un taux d'équipement en foyers d'hébergement de 2,3 place pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, ce qui le positionne en tête des départements de la région Rhône-Alpes, au-dessus des moyennes nationale (1,2‰) et régionale (1,5‰).
La localisation des foyers à proximité des ESAT et des SAJ montre que le parcours des personnes est appréhendé sous l'angle de la proximité (cf. axe 2).

Les foyers d'hébergement et les foyers de vie en chiffres

- **753 orientations en FH**
- **614 places installées en FH**
- **Reconstruction des FH de l'ADAPEI de Virieu-le-Grand et de Ceyzériat**
- **Création du FH « Les Quatre Vents » de l'ADAPEI à Bourg-en-Bresse à destination des personnes handicapées vieillissantes – 30 places et du FH de l'ADAPEI à Villars les Dombes – 50 places dont 10 places de transition vers l'autonomie**

Au vu du taux d'équipement en foyers d'hébergement sur le département de l'Ain, l'offre répond globalement aux besoins. Néanmoins, on soulignera trois types de difficultés.

- La première difficulté est en lien direct avec **le taux d'équipement important qui attire de fait des personnes d'autres départements**. Dans certains établissements les personnes venant d'autres départements représentent près de 50% de l'effectif total. Cet élément interroge dans la mesure où il peut induire certaines difficultés, d'accueil de personnes du département au moment où l'orientation est formulée, d'observation de l'adéquation de l'offre aux besoins sur le département dans un objectif de restructuration et enfin de coordination avec les départements concernés.

- La seconde difficulté réside **dans la répartition territoriale de l'offre** qui, bien que réalisée en lien avec celle des ESAT auxquels la majorité des établissements sont rattachés ne correspond pas toujours aux bassins de population. Les établissements sont relativement

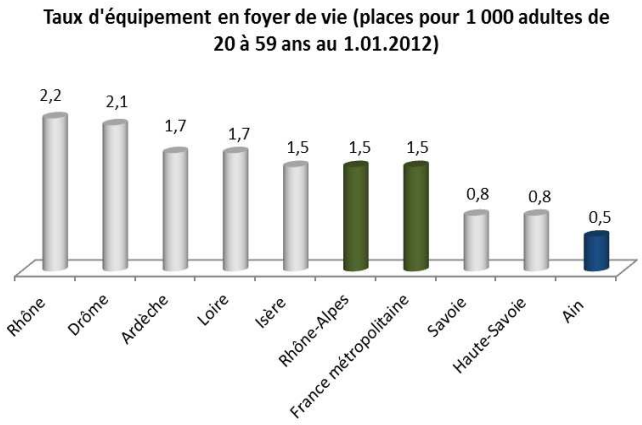
éloignés, d'une part, des cœurs de ville, des espaces de lien social et des services de proximité et d'autre part, des zones attractives qui enregistrent une croissance de population sur la période récente (les zones frontalières avec la Suisse et le Rhône notamment). L'éloignement des services de proximité (commerces mais aussi offre sanitaire et médico-sociale) pose la question de la mobilité, celle-ci étant limitée dans le département de l'Ain qui présente des zones rurales excentrées et difficile d'accès.

- Enfin, au-delà de la répartition territoriale des foyers d'hébergement, **leur adaptation à l'évolution des caractéristiques et besoins des publics accueillis** constituent un enjeu.

Type d'orientation médico-sociale (au 31/01/2013)					
FH - foyer d'hébergement					

753 personnes sont orientées en foyer d'hébergement au 31 janvier 2013, 37% d'entre elles ont moins de 30 ans et 24% ont plus de 50 ans. Ce sont sur ces deux publics qu'il convient de porter une attention particulière. En effet, une évolution des attentes des jeunes publics est notée. Le niveau d'encadrement, la souplesse et l'inclusion en milieu ordinaire connus dans le secteur « enfant » génère des habitudes de vie et des attentes nouvelles qui ne correspondent pas toujours à l'offre classique en foyer d'hébergement. Or, la logique dans le département de l'Ain a été de créer une place de FH pour une place d'ESAT, places d'hébergement qu'il apparaît aujourd'hui compliqué de remplir à hauteur du nombre de personnes salariées d'ESAT. À l'autre bout de la chaîne, ce sont les besoins et capacités des personnes handicapées vieillissantes, sortant d'ESAT et hébergées en FH qui évoluent et impliquent une réponse adaptée. L'accueil de ce dernier public en FH peut freiner le turn-over au sein des structures et limiter les possibilités d'accueil pour les jeunes générations d'une part et d'autre part n'est pas toujours adapté à besoins qui peuvent nécessiter des prises en charge sanitaires. L'enjeu pour le département est donc de restructurer une partie de cette offre en FH pour gagner en souplesse d'accueil pour le public jeune et proposer des réponses au public vieillissant désireux de conserver des activités de jour mais pouvant également avoir des besoins relevant du secteur sanitaire.

Les Foyers de Vie accueillent certains adultes handicapés pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap.

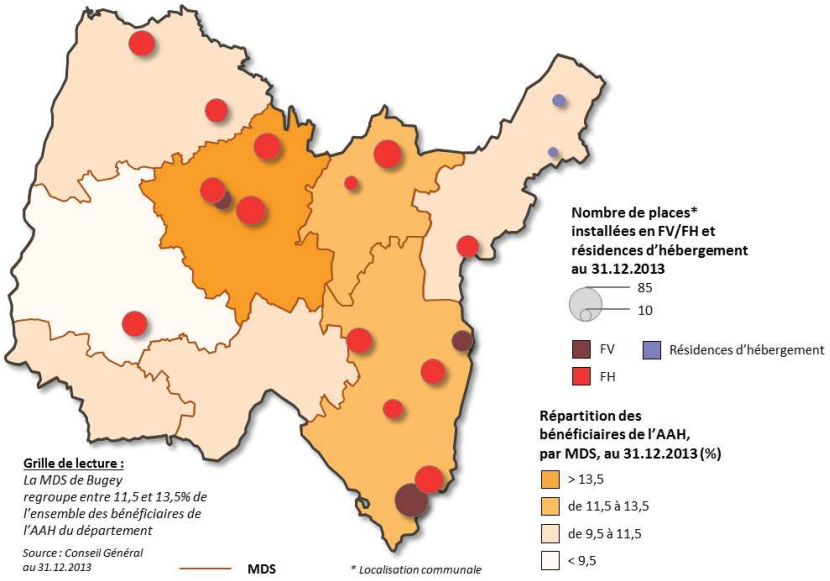


Nombre de places en foyer de vie	
France métropolitaine	48 044
Rhône-Alpes	5 064
Rhône	**2 004**
Isère	**956**
Loire	**653**
Drôme	**516**
Haute-Savoie	**335**
Ardèche	**263**
Savoie	**180**
Ain	**157**

Les foyers de vie en chiffres

- **392 orientations en FV**
- **150 places installées en FV**
- **Extension du FV de l'ORSAC à Premeyzel – 85 places**

En ce qui concerne les foyers de vie, le département présente le taux d'équipement le plus faible de la région, soit 0,5 places pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, au-dessous des moyennes régionale et nationale qui sont équivalentes, à 1,5‰. 3 structures sont recensées sur le département, dont 2 situées sur le territoire de la MDS Bugey.



Type d'orientation médico-sociale (au 31/01/2013)					
FV - foyer de vie					

Au 31 janvier 2013, 392 personnes bénéficient d'une orientation en foyer de vie pour 150 places installées (175 autorisées). Le faible taux d'équipement en foyer de vie se traduit par un manque de places net pour répondre aux besoins :

- globalement pour des personnes relativement autonomes mais ayant des problématiques qui ne permettent pas le logement ordinaire (addictions, handicap psychique…), celles-ci étant confrontées à des délais d'attente relativement longs et à une offre d'établissement qui n'est pas toujours adapté aux spécificités de leur handicap. En effet, la logique a été pendant longtemps de créer des établissements de taille relativement importante (40 places minimum) alors qu'il y a des besoins spécifiques qui ne trouvent pas réponses et sur lesquels il s'agit aujourd'hui de porter l'attention (autisme, TED, …).
- pour des personnes handicapées vieillissantes sortant d'ESAT dont l'hébergement en foyer de vie pourrait être couplé à la fréquentation d'un service d'accueil de jour.

La réponse au besoin d'accueil et d'hébergement des publics handicapés vieillissants constitue un enjeu important pour le département. Les besoins et les réponses sont variables en fonction de l'âge des publics et du type de handicap.

Si des réponses existent et des projets sont en cours, ils apparaissent insuffisants face aux besoins actuels et à venir. Dans le champ de l'accueil non médicalisé, on notera notamment la création du foyer d'hébergement « Les Quatre Vents » de 30 places à Bourg-en-Bresse par l'ADAPEI qui est dédié à l'accueil de ce public ainsi qu'un projet partenarial en cours porté par la Croix Rouge et l'ADAPEI. Par ailleurs, les FH et FV accueillent aujourd'hui de nombreuses personnes handicapées vieillissantes, impliquant une adaptation de leur accompagnement au quotidien. La principale limite rencontrée par les FH (dédiés ou non) à ce public réside dans la prise en charge des pathologies qui apparaissent rapidement chez les personnes, voire de gestion de fins de vie alors que ces structures ne sont pas médicalisées. Il s'agit donc de travailler en amont de la mise en œuvre du projet la localisation à proximité de structures médicalisées ou d'une offre médicale ainsi qu'une coordination renforcée avec les professionnels de santé.

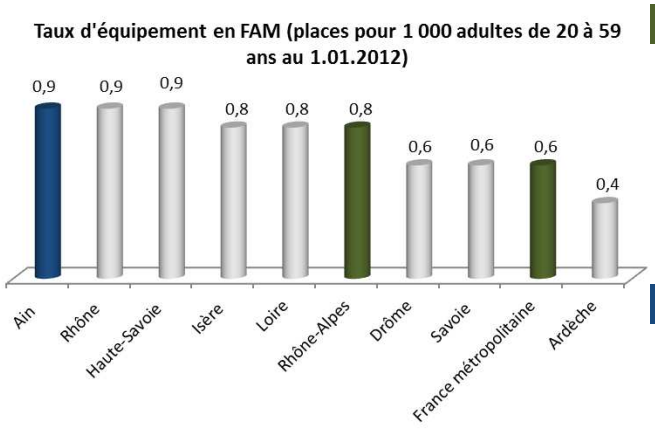
Enfin, des accueils en EHPAD sont réalisés et travaillés en amont et en coordination avec le secteur du handicap. ***Une fiche-action est dédiée à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes et/ou présentant des troubles psychiques dans les EHPAD dans le schéma personnes âgées 2013-2018 qui a permis d'initier des liens et coordinations effectives. Ces intégrations concernent notamment un public en situation de handicap psychique stabilisée. Ces intégrations sont pour la plupart jugées réussies. On citera, à ce titre, l'EHPAD de Corbonod qui accueille 52 personnes handicapées sur 86 lits installés, fonctionnement qui implique une coordination étroite avec le CPA de Bourg-en-Bresse. Néanmoins, des difficultés persistent :*** *un décalage d'approche et de compréhension entre les champs du handicap et de la gérontologie, des besoins d'encadrement et d'activités importants des publics handicapés du fait de l'offre proposée dans le champ du handicap et donc une problématique de financement du surcoût lié à ces attentes pour les EHPAD.*

Il est à souligner, le manque de services d'accueil de jour malgré le développement du nombre de places dans le cadre du précédent schéma, ***cette offre apparaissant particulièrement adaptée à l'accompagnement de personnes vieillissantes en demande de lieux de socialisation et d'activités (cf. axe 3).***

Handicap	Gérontologie
Une logique du droit à la réparation	**Une logique de solidarité familiale**
Une prise en charge du registre éducatif	**Une prise en charge du registre du soin**
Une forte mobilisation familiale et associative	**Un faible pouvoir mobilisateur**
Un projet de vie où chaque individu trouve sa place dans un environnement adaptable (loi 2005-102), se heurtant aux limites de l'adaptation structurelle	**Un projet de vie conçu de telle manière que c'est le projet institutionnel qui est décliné à l'échelle de l'individu et répond à une commande légale (loi 2002-2) : recherche d'une homogénéité de groupe**

B. Une offre médicalisée développée qui peine à répondre aux besoins spécifiques (handicaps très lourds et polyhandicaps)

Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) accueillent des adultes gravement handicapés inaptes à toute activité professionnelle et qui ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels ou d'un soutien et suivi médical réguliers.



Nombre de places en FAM	
France métropolitaine	20 984
Rhône-Alpes	2 605
Rhône	**794**
Isère	**493**
Haute-Savoie	**380**
Loire	**301**
Ain	**280**
Ardèche	**263**
Drôme	**154**
Savoie	**140**

Les foyers d'accueil médicalisés en chiffres

- **423 orientations en FAM au 31/01/13**
- **314 places installées en FAM**
- **Restructuration du FAM de l'ADAPEI à Talissieu**
- **Extension de la capacité du FAM à destination d'un public vieillissant de Santé Bien-être à Beaupont - 30 places et du FAM de l'ORSAC à Premeyzel - 53 places**
- **Création d'un FAM de 40 places à Romans par le Comité d'Aide aux Personnes Traumatisées et Handicapées, d'un FAM de 25 places à Virieu-le-Petit par l'ARIMC et d'une antenne FAM à l'EHPAD de Saint-Vulbas de 20 places pour un public vieillissant**

Avec un taux d'équipement en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) de 0,9 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, l'Ain apparaît bien doté : les moyennes régionale et nationale étant respectivement de 0,8 et 0,6‰. De nombreux projets ont été menés à bien dans le cadre du précédent schéma ainsi que dans la période récente jusqu'en 2014 pour l'antenne FAM de l'EHPAD de Saint-Vulbas.

En ce qui concerne la localisation des FAM, la majorité d'entre eux se situent à l'extrémité Est du département, sur une bande allant du Nord au Sud. On notera l'absence de FAM sur le territoire des MDS Bourg-en-Bresse, Haut-Bugey ainsi qu'au Sud-Ouest sur Côtière-Val de Saône et Plaine de l'Ain.

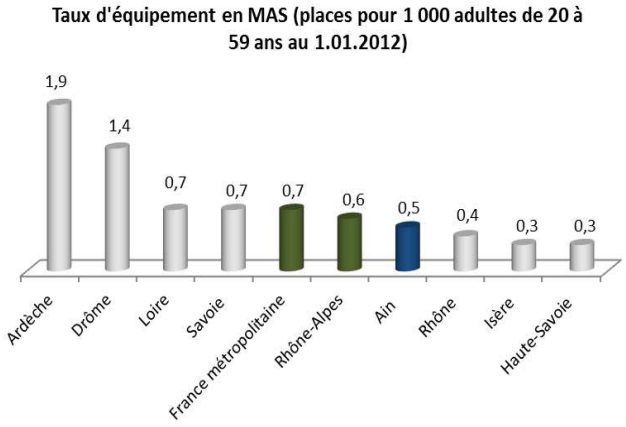
Type d'orientation médico-sociale (au 31/1/2013)					
FAM – Foyer d'Accueil Médicalisé					

Au 31 janvier 2013, 423 orientations vers un FAM sont recensés pour 314 places installées.

Globalement, l'offre de FAM ainsi que leur modèle de fonctionnement sont satisfaisants dans le département de l'Ain et correspondent à des besoins importants.
Ces structures constituent des lieux ressources et d'expérimentation du fait d'une certaine souplesse structurelle. Les directeurs de ces structures sont demandeurs d'un développement et d'une reconnaissance de ce modèle médico-social dans le cadre par exemple d'une plus grande coordination entre établissements (ex : associations des FAM) pour déboucher sur des projets communs, des expérimentations, de l'évaluation partagée : développement des stages d'entrée, actions de socialisation, séjours croisés de résidents… Il s'agit par ces expérimentations de favoriser le développement de périodes d'intégration, de transition, la mise en place de réponses individualisées…

Est à souligner l'extension de 30 places du FAM de Beaupont et la création d'une antenne FAM de 20 places à l'EHAPD de Saint-Vulbas toutes deux dédiées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, moins autonomes que celles pouvant trouver réponse au sein de l'offre non médicalisée. Aussi, il apparaît pertinent de ne pas restreindre la problématique à un seul type d'accueil dédiée mais de penser les réponses en termes de parcours, celles-ci pouvant être construites tant dans le secteur de l'offre non médicalisée que médicalisée pour personnes en situations de handicap mais également dans celui de l'offre pour personnes âgées dépendantes en fonction du niveau de besoins des personnes.

Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants.



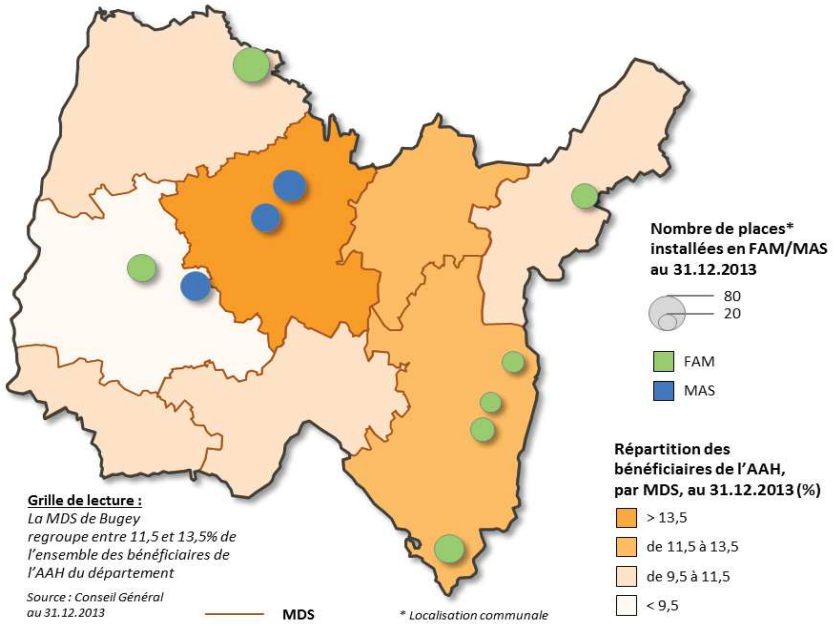
Nombre de places en MAS	
France métropolitaine	24 374
Rhône-Alpes	1 919
Rhône	**411**
Drôme	**351**
Ardèche	**289**
Loire	**250**
Isère	**182**
Ain	**164**
Savoie	**153**
Haute-Savoie	**119**

Le taux d'équipement en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) de l'Ain se situe dans la moyenne basse des départements de la région Rhône-Alpes, soit à 0,5 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, légèrement au-dessous des moyennes régionales (0,6‰) et nationale (0,7‰).

Les maisons d'accueil spécialisées en chiffres

- **263 orientations en MAS au 31/01/13**
- **166 places installées**

Trois structures sont recensées dans le département, deux sur le territoire de la MDS Bourg-en-Bresse et une à proximité, sur le territoire de la MDS Dombes. L'Est du département n'est donc pas pourvu en structures de ce type, répondant au besoin d'hébergement de personnes lourdement handicapées.



Type d'orientation médico-sociale (au 31/1/2013)					
MAS - Maison d'Accueil Spécialisée					

Au 31 janvier 2013, 263 orientations MAS sont en cours de validité pour 166 places installées, soit une place pour 1,6 demande.

On notera, dans le département de l'Ain, une offre particulièrement développée à destination des personnes souffrant de handicaps légers et moyens du fait notamment d'une implantation historique de l'ADAPEI. Or, aujourd'hui des insuffisances sont soulignées pour la prise en charge de personnes lourdement handicapées, souffrant de polyhandicaps ou présentant des besoins spécifiques créant des difficultés d'accueil et de prises en charge avec d'autres types de handicap notamment :

- Les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ou psychique lourd (qui relevaient, pour ce dernier public, il y a quelques années encore d'accueil en long séjour psychiatrique).
- Les personnes traumatisées-crâniennes dont la problématique nécessite une institutionnalisation adaptée (FAM polyhandicap n'est pas en capacité de répondre aux troubles associés importants avec problématique médicale).

- Les personnes lourdement handicapées suite à un accident vasculaire cérébral qui demandent une équipe formée sur une prise en charge de problématiques médicales complexes.
- …

La répartition des publics et des moyens doit donc être interrogée afin de répondre à des situations qui peuvent se retrouver parfois sans solution à domicile, avec un niveau de PCH particulièrement élevé et accompagné par des aidants familiaux et des services d'aide à domicile alors que l'accompagnement est particulièrement complexe et épuisant. **Il s'agit donc de recentrer l'accueil en établissement sur le handicap lourd.**
La réponse pour ce type de public doit conjuguer à la fois un niveau de prise en charge sanitaire assez élevé et de qualité, avec un encadrement éducatif au sein d'une structure qui constitue un réel lieu de vie. Elle ne peut s'organiser sans une coordination renforcée des acteurs. Cette coordination, qui bien que satisfaisante entre associations et acteurs institutionnels (Conseil général, MDPH, ARS…), présente des marges de progrès significatives sur le terrain, entre associations dans le cadre de la mise en œuvre de projets communs, de mutualisations ou encore entre secteur médico-social et secteur sanitaire. Une coordination par thématique, par exemple dédiée au handicap lourd, pourrait s'avérer pertinente afin de construire les réponses adaptées aux publics identifiés.

Néanmoins, il convient de nuancer ce propos dans la mesure où de nombreuses familles se rapprochent des structures pouvant accueillir des handicaps lourds, effectuent des visites pour finalement ne pas donner suite.

Enfin sont pointés des besoins de poursuite de l'adaptation et de l'amélioration des conditions d'accueil en établissement qu'ils soient médicalisés ou non : **les questions de bâti et d'accessibilité, des conditions d'expression de la vie affective et de la sexualité ou encore d'accompagnement des fins de vie apparaissent comme des sujets importants pour le prochain schéma.**

C. Quelques alternatives à l'hébergement, une voie à développer pour répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap

Tardives, les innovations en matière d'accueil et d'hébergement des personnes en situation de handicap ont connu un essor ces dernières années dans le département. Plusieurs dispositifs et offres différentes sont recensés.

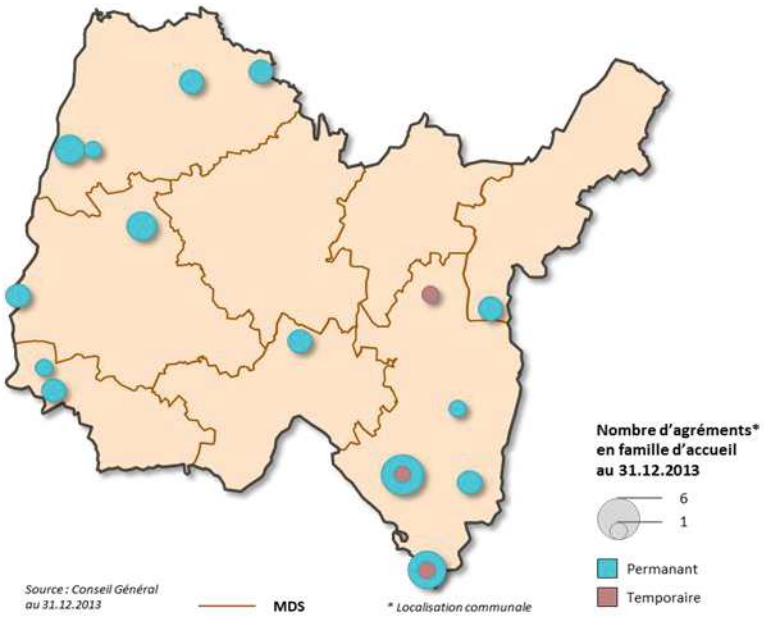
On citera notamment :

- Deux résidences d'hébergement intégrées de 7 et 11 studios dont un dédié à de l'accueil temporaire portée par l'association ECLAT dans le Pays de Gex dont l'objectif est de proposer une offre souple favorisant l'autonomisation des personnes et l'ouverture vers une vie sociale et quotidienne en milieu ordinaire.
- Le Service d'Accompagnement Logement de l'ORSAC qui propose 30 places dont 20 en logements collectifs et 10 en logements individuels sur le secteur de l'agglomération burgienne à des personnes en activité professionnelle en ESAT ou en insertion professionnelle présentant des difficultés de l'ordre de la maladie mentale ou du psychisme bénéficiant déjà d'une prise en charge psychiatrique.
- Des liens entre Vivre en Ville 01 et le bailleur SEMCODA pour la location d'appartement à des personnes en situation de handicap accompagnés par le SAVS.

L'accueil familial constitue également une forme d'alternative à l'hébergement.

L'Accueil Familial Social est un dispositif alternatif entre le tout domicile et le tout établissement. Il s'adresse aussi bien aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées. Il offre un accompagnement individualisé aux personnes en manque d'autonomie et son objectif, au niveau national, s'inscrit dans la proximité.

Un des objectifs premiers de l'élaboration de réponses intermédiaires entre le domicile et l'accueil en établissement est la promotion de l'autonomie des usagers en situation de handicap. Cette dernière s'exprime notamment à travers une vie sociale, construite par les interactions avec les autres. Pour ce faire, il convient néanmoins de sécuriser juridiquement l'accueil familial, notamment en accompagnant de façon rapprochée les accueillants (écoute, reconnaissance de leur statut, participation à des réflexions pluridisciplinaires...).



Ce dernier est plus développé sur certains territoires du département. En effet, 35 places d'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées sont recensées à l'échelle du département principalement situées dans la Bresse et dans le Bugey. Les MDS Bourg-en-Bresse, Haut-Bugey, Plaine de l'Ain et Pays-de-Gex-Bellegarde restent peu ou pas dotés. Cette alternative à l'hébergement apparaît intéressante mais nécessite néanmoins un accompagnement des accueillants. Or, il n'existe à l'heure actuelle aucun dispositif de formation et de suivi de ces familles. Afin d'améliorer qualitativement cette modalité d'accueil, il pourrait également être intéressant de renforcer la formation des accueillants familiaux notamment sur « le handicap » et sur le cadre juridique de leur activité.

On soulignera par ailleurs, des aménagements et assouplissements de l'hébergement en établissement médico-social constituant également des formes d'alternatives à un hébergement à temps complet sur un modèle « classique ». À titre d'exemple, les établissements FAM de Romans (50 places) proposent un projet d'établissement fondé sur l'accueil séquentiel et permettant de s'adapter à toutes les demandes et projets individualisés. Les rythmes d'accueil des résidents sont décidés par la famille ou l'organisme de tutelle qui informe les établissements chaque trimestre. L'ensemble des places peuvent donc potentiellement être séquentielles afin de correspondre au mieux aux besoins et attentes des usagers et de leur famille.

Ce dernier volet sur l'accueil souple, séquentiel ou en semi-internat mérite encore d'être travaillé et développé. Il doit constituer un axe fort de la politique départementale en lien direct avec le positionnement de la personne handicapée au centre des accompagnements et prises en charge organisées dans une logique d'inclusion et de parcours. Tandis que le secteur « enfant » offre la possibilité d'aller-retour relativement fréquents en famille, le secteur « adulte » présente des marges de progrès notables pour s'inscrire dans la continuité et offrir une telle souplesse. De même, c'est également un levier à travailler pour proposer des réponses adaptées aux personnes handicapées vieillissantes pouvant conserver une certaine autonomie tout en bénéficiant d'activités de jour et d'accompagnement réguliers.

On pointera néanmoins les difficultés associées :

- Un besoin d'adaptation permanente des équipes et des ressources pour s'ajuster au mieux au nombre de résidents accueillis, ce qui crée parfois des manques au niveau de l'encadrement notamment paramédical.
- La problématique des déplacements, prégnante pour le maintien à domicile, concerne également le volet hébergement lorsque la frontière entre domicile et hébergement est atténuée.
- Un besoin de relations étroites et de coordination entre domicile et établissements.

II. Orientation 5 - Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

FICHE N° 5.2

A. Développer les possibilités d'accueil en établissement des personnes handicapées vieillissantes

Constats

Objectif

Soutenir et développer la mobilisation du secteur gérontologique dans l'accueil des publics handicapés vieillissants

Pilotes de l'action

Conseil général

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESMS du secteur du handicap et du grand âge, CPA, CLIC, Maisons départementales de la Solidarité, Souti'Ain, filières gérontologiques

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 5.2.1 : Développer le partage de compétences entre les secteurs de la gérontologie et du handicap

- Faciliter les rapprochements entre les deux secteurs par des rencontres régulières entre professionnels et des formations partagées (notamment dans le champ du handicap psychique)
- Favoriser l'utilisation d'un dispositif d'évaluation du vieillissement et du ralentissement des fonctions physiques et cognitives par les établissements, notamment pour aider aux décisions pour la poursuite du parcours de vie d'une personne
- Permettre la différenciation des prises en charge en EHPAD

Sous-action 5.2.2 : Soutenir les établissements pour Personnes âgées et pour Personnes Handicapées dans l'accueil de personnes handicapées vieillissantes

- Restructurer et développer les possibilités d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (PHV) par bassin de vie afin d'équiper chaque territoire d'une palette d'offre diversifiée et coordonnée et de conserver les liens sociaux établis par les personnes :
  - Restructurer l'offre de foyer d'hébergement par la transformation de places en places d'accueil de jour pouvant répondre aux besoins de PHV travaillant à temps partiel ou ayant cessé leur activité
  - Intégrer dans le projet de service et d'établissement l'organisation des transports depuis le domicile des usagers
  - Favoriser le développement de projets d'accueil des PHV en lien avec les EHPAD du territoire ou les ressources sanitaires
  - Renforcer les liens entre EHPAD et CMP afin de favoriser l'accueil de PHV ayant une problématique handicap psychique en s'appuyant sur les expériences du département
  - Favoriser les liens entre professionnels à l'échelle des bassins de vie : dans les champs du médico-social, du social, de l'emploi, des loisirs….

- Intégrer une réflexion sur l'adaptation des notifications MDPH à l'évolution des services au groupe de travail MDPH/Financeurs qui traitera également la question des temps de stage et transition (cf. sous-action 4.2.2)

Sous-action 5.2.3 : Accompagner les personnes dans les périodes de transition

- Développer les places temporaires (accueil, hébergement …) afin de favoriser les entrées progressives en établissement et le répit des aidants et réfléchir à la solvabilisation des accueils de jour et hébergements temporaires en EHPAD pour les PHV
- Favoriser l'anticipation et la préparation du vieillissement par les établissements et services en s'appuyant notamment sur le développement des équipes pluridisciplinaires MDPH spécifiques pour chaque établissement

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Le cloisonnement entre les secteurs gérontologique et du handicap

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de personnes en situation de handicapées accueillies en EHPAD
Nombre de places de foyers d'hébergement transformés
Nombre d'équipes pluridisciplinaires MDPH spécifiques développées pour chaque établissement
Évolution et taux d'occupation des places d'accueil temporaire

III. Orientation 6 - Adapter et optimiser l'offre d'hébergement et ses alternatives

FICHE N° 6.1

B. Adapter et structurer l'offre face à l'évolution des besoins et des attentes

Constats

Objectif

Poursuivre l'adaptation et la restructuration de l'offre d'hébergement face à l'évolution des besoins

Pilotes de l'action

Conseil général (domaine établissement)

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESSMS, ESAT, CPA, professionnels de santé libéraux, CLIC

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 6.1.1 : Restructurer l'offre de foyer d'hébergement

- Travailler de manière concertée entre financeurs et établissements, structure par structure, les possibilités de transformation de places de FH en places de SAJ et de places Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) en accueil de jour médicalisé afin développer l'accès à cette offre de services pour les travailleurs ESAT vieillissants mais également pour les jeunes ou autres publics travaillant à temps partiel

Sous-action 6.1.2 : Favoriser la souplesse des accueils en établissements

- Développer l'offre séquentielle et l'hébergement temporaire dans les différents établissements du secteur adultes :
  - Adapter les taux de remplissage attendus des financeurs sur les places temporaires
  - Étudier de manière concertée entre financeurs et établissements, structure par structure, les possibilités de réserver 1 à 2 places par établissement pour de l'accueil séquentiel et/ou de l'hébergement temporaire
  - Prendre en compte la question du partage de la chambre entre plusieurs personnes
  - Déployer les places dans les différents établissements pour faciliter leur gestion et mailler le territoire
- Favoriser, formaliser et encadrer les périodes de stages, d'adaptation et de transition pour permettre le libre choix des personnes :
  - Recenser l'existant en termes de nombre de journées, de personnes, de types de stage et clarifier les termes employés
  - Travailler sur un protocole précisant les objectifs, enjeux, responsabilités de chacun et modalités d'organisation de ces périodes
  - Envisager une valorisation financière de ces accueils
  - Mettre à disposition quelques logements à proximité des établissements afin de réaliser des essais en logement semi-autonome
- Privilégier, lorsque le bâti le permet, l'organisation en petites unités de vie dans les établissements notamment au moment des réhabilitations

Sous-action 6.1.3 : Travailler sur l'accueil en établissement des personnes en situation de handicap sévère

- Mobiliser les équipes mobiles dans un objectif de soutien et d'apport d'expertise aux ESSMS :
  - Pérenniser ou développer des liens en fonction des besoins avec les équipes mobiles existantes
  - Travailler le conventionnement et les modalités de fonctionnement partenarial avec l'équipe mobile médico-sociale portée par le CPA récemment créée
  - S'appuyer sur l'expérience des équipes en place pour reproduire le fonctionnement sur d'autres types de handicap ou problématiques notamment sur le handicap sévère
- Soutenir le développement de l'offre médicale indispensable à la prise en charge des handicaps sévères :
  - Étendre le réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap sur le territoire de l'Ain
  - Envisager la création d'une équipe mobile de soins dentaires
  - Travailler avec les cabinets infirmiers sur les possibilités et modalités de mise en place d'une offre infirmière libérale de nuit
- Développer une offre en FAM en direction des personnes souffrant d'épilepsie
- Développer une offre de FAM permettant l'accueil de différents types de handicap sur un même lieu avec une offre de service adaptée
- Favoriser les échanges de pratiques entre professionnels d'établissements ou services différents :
  - Développer les stages croisés de professionnels afin de permettre à des professionnels de s'immerger dans un contexte différent sur plusieurs jours
  - Organisation des journées de formation mutualisées

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ Une offre non pleinement en adéquation avec les besoins en termes d'offre séquentielle et d'hébergement temporaire

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de places de FH transformées en places de SAJ et de places Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) et Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) en accueil de jour médicalisé
Nombre de places en offre séquentielle et hébergement temporaire créées

FICHE N° 6.2

C. Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement

Constats

Objectif

Reconnaître et soutenir les évolutions internes aux établissements et l'amélioration des prises en charge

Pilotes de l'action

Conseil général

ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESSMS, associations, hôpital, CPEF, groupement des cadres de direction de l'Ain

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 6.2.1 : Poursuivre la réhabilitation et la mise en accessibilité des bâtiments

- Recenser les besoins par le biais d'un état de lieux et prioriser les besoins
- Élaborer un programme de réalisation des travaux en accord avec le cadre réglementaire

Sous-action 6.2.2 : Travailler de façon concertée sur l'hébergement des couples et la vie affective des personnes

- Systématiser la formation des professionnels et le travail avec les équipes sur la question de la vie affective et sexuelle dans le secteur adulte :
  - Mettre en place des comités d'éthique
  - Favoriser la parole et les échanges sur ces sujets dans le cadre de l'analyse de la pratique et par le biais de conférences d'intervenants extérieurs (psychologues, sociologues…)
  - Favoriser l'accès à des formations dédiées à cette thématique
- Améliorer l'information et la prévention en direction des usagers :
  - Développer les interventions du centre de planification et d'éducation familiale dans le secteur enfants et adultes
  - Évoquer systématiquement la prise en compte de la vie affective dans des projets d'établissements
  - Aborder la question de la vie affective et sexuelle avec la famille

Sous-action 6.2.3 : Assurer un suivi de la personne de qualité au cours d'une hospitalisation

- Établir des relations et passerelles étroites entre l'équipe hospitalière et l'équipe d'établissement lors de l'hospitalisation d'une personne handicapée entre chaque établissement et Centre hospitalier

Sous-action 6.2.4 : Accompagner les fins de vie en établissement

- Renforcer la formation des professionnels :
  - Développer l'information sur les ressources existantes en matière de formation sur cette thématique
  - Mobiliser l'équipe de soins palliatifs par le biais de conventions pour la réalisation de formations et informer sur les nouvelles possibilités d'HAD en établissements et équipes des soins palliatifs
  - Travailler au sein des équipes la question de l'attachement aux résidents, favoriser le passage de relais, les prises en charge à plusieurs professionnels

- Prendre en compte cette problématique dans le cadre des réhabilitations en prévoyant un lieu dédié à l'accompagnement des personnes en fin de vie
- Élaborer de façon concertée en interne aux établissements une procédure face à une situation de fin de vie puis de décès (ex : information de tous, rencontre entre famille et médecins, temps de recueil avec rituel symbolique)

Liens avec les autres schémas directeurs

✓ Schéma régional d'organisation médico-sociale

Freins ou contraintes

✓ Le cloisonnement entre le secteur social et sanitaire

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Réalisation de l'état des lieux de l'accessibilité des bâtiments

Organisation de réunions d'information sur la vie affective en direction des usagers au sein des établissements

FICHE N° 6.3

D. Développer une offre de logement alternative à l'hébergement

Constats

Objectif

Affirmer une orientation forte du département en matière d'innovation et d'alternative à l'hébergement des personnes handicapées pour répondre à la diversité et à l'évolution des besoins

Pilotes de l'action

Conseil général (Pôle Dépendance-Autonomie)

Partenaires participants à l'action

ARS, MDPH, ESSMS, SAAD, bailleurs publics, associations, CLIC, Maisons départementales de la Solidarité

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 6.3.1 : Soutenir et impulser les projets de logements innovants

- Expérimenter une offre innovante de logements adaptés regroupés avec espaces communs et mutualisation en veillant à favoriser les transitions et la graduation des services
  - Maisons partagées accueillant moins d'une dizaine de résidents avec partie vie commune et personnels partagés ➔ conduire une réflexion partagée sur les possibilités et modalités de mutualisation de la PCH
  - Appartements indépendants diffus pour permettre la mixité des publics avec prestations communes : aide humaine de nuit, SAAD, portage de repas, accueil de jour…
  - Sous-location et réservation de logements par les associations en lien avec les bailleurs
- Développer le logement transitionnel pour de courtes périodes avec accompagnement renforcé de proximité en sortie d'établissement sanitaire avant d'envisager un logement autonome ou une solution d'hébergement

Sous-action 6.3.2 : Mettre en place les conditions de réussite des alternatives à l'hébergement

- Développer des accueils de jour médicalisés (cf. sous-action 6.1.1)
- Affirmer et favoriser l'articulation des acteurs médico-sociaux avec les SAAD dans le cadre du projet de vie à domicile et de l'inclusion en milieu ordinaire
- Développer le lien social des personnes vivant en logement autonomes ou semi-autonomes :
  - Favoriser l'Intégration des personnes handicapés dans les associations, les accueils de loisirs en développant la formation des personnels et bénévoles
  - Mutualiser les astreintes des SAAD sur un périmètre donné
  - Favoriser la création ou l'identification de lieux de rencontres et de socialisation sur les zones rurales ou petits pôles urbains
  - Développer la mobilité des personnes
- Favoriser l'adaptation des logements indépendants :
  - Faire un état des lieux de l'existant en s'appuyant sur l'expérience de recueil de données réalisée par ADALOGIS
  - Favoriser l'accès aux personnes handicapées des logements adaptés repérés par les bailleurs

Sous-action 6.3.3 : Améliorer le suivi et l'accompagnement des accueillants familiaux

- Développer l'offre d'accueillants familiaux pour personnes handicapées adossés aux structures médico-sociales existantes

- Travailler de manière concertée sur une définition de l'accessibilité des habitations des accueillants et veiller au respect de ce critère dans le cadre des agréments
- Mobiliser cette offre alternative pour répondre à des besoins d'hébergement temporaire

- Mettre en place et systématiser la formation et le suivi des accueillants :
  - Former les accueillants au handicap mais également au professionnalisme de l'accueil
  - S'appuyer sur les ESSMS et les associations pour effectuer cette mission de formation et de suivi (ex : programme de formations de l'UNAFAM dans le cadre du réseau Profamilles)
  - Poursuivre puis évaluer le projet en cours porté par le FAM de Beaupont pour envisager sa duplication (adossement d'une famille d'accueil à l'établissement)
  - Favoriser la création de liens entre familles d'accueil dans le cadre de la mise en place d'un réseau des accueillants familiaux

Liens avec les autres schémas directeurs

Freins ou contraintes

- ✓ La mobilisation des personnes pour devenir accueillants familiaux
- ✓ Une offre d'accueil de jour non pleinement en adéquation avec les besoins

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Existence d'une une offre innovante de logements adaptés regroupés avec espaces communs et mutualisation
Existence de logement transitionnel pour de courtes périodes avec accompagnement renforcé de proximité en sortie d'établissement sanitaire
Nombre d'accueils de jour médicalisés
Nombre d'accueillants familiaux salariés des ESMS
Nombre de personnes hébergées hors les murs par un ESMS

PARTIE 6 : LE PILOTAGE GLOBAL DU DISPOSITIF ET LA COORDINATION DES ACTEURS

Diagnostic

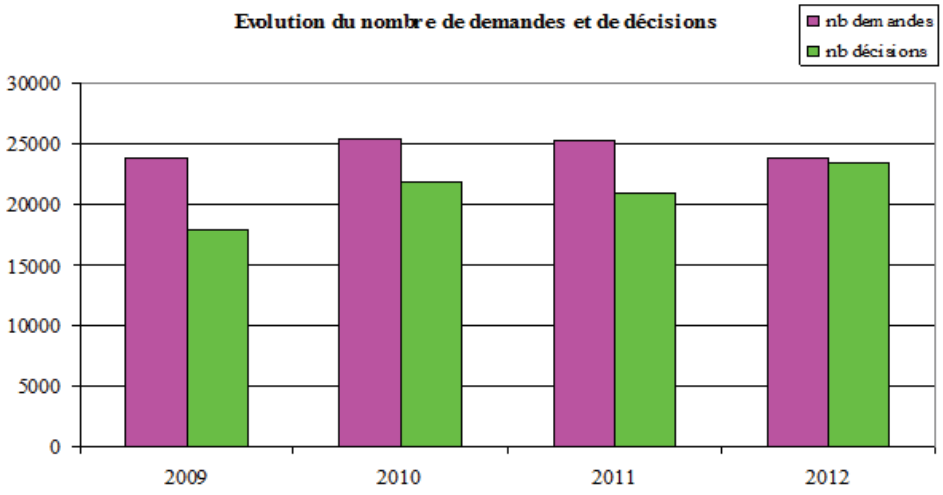
1 - Un pilotage du dispositif et une coordination institutionnelle satisfaisants.

2 - Des marges de progrès en termes de coordination de terrain.

I. Un pilotage du dispositif et une coordination institutionnelle satisfaisants

À la suite de la loi du 11 février 2005 et dans le cadre du précédent schéma a été créée la MDPH de l'Ain, structure aujourd'hui reconnue comme guichet unique pour les usagers et de coordination des acteurs en faveur des personnes en situation de handicap.

Globalement, le traitement des demandes et les suivis bénéficient d'une appréciation positive de la part des acteurs tant au niveau des délais que de la qualité des réponses. Le délai moyen de traitement des dossiers et de 4,6 mois en 2012 (contre 5 en 2011).



Le nombre de réponses apportées aux demandes est en hausse constante entre 2009 et 2012 et un rattrapage du différentiel entre demande et décision est enregistrée. Il est lié au mode de traitement des demandes auxquelles il n'est pas possible de donner suite (dossiers incomplets, personnes absentes aux convocations), ces dossiers étant tous soumis à la Commission des Droits et de l'Autonomie à l'exception des demandes administrativement non recevables (ex : demande de PCH après 75 ans sans droit antérieur à l'ACTP, dossier ne comprenant pas les pièces obligatoires).

La MDPH constitue une porte d'entrée identifiée par les usagers. Par ailleurs, un relais est installé au niveau des territoires par le biais des permanences hebdomadaires au niveau des points accueil solidarité notamment pour les situations présentant des problématiques spécifiques.

La MDPH a également un rôle de coordination des acteurs autour des personnes en situation de handicap. Sont notamment organisées des commissions d'orientation des usagers qui associent de nombreux acteurs, dont les directeurs des ESSMS, ainsi que des rencontres régulières permettant de développer la connaissance mutuelle et le travail partenarial. Les relations sont effectives entre institutions dont l'ARS et l'Éducation nationale. Toutefois, les différences de territoires d'étude et d'intervention et de temporalités (entre schéma départemental et Programme régional de santé notamment) impactent la programmation et la coordination.

En revanche, l'observation des problématiques et des besoins apparaît insuffisante et un suivi continu des actions du schéma reste à être mis en place. Plus précisément, le manque d'un outil d'observation globale et transversale à la question du handicap est pointé. Le besoin d'observation et d'amélioration de la visibilité concerne notamment le fonctionnement, le contenu des prestations et les problématiques d'accompagnement à domicile. Par ailleurs, si la MDPH dispose de relations effectives avec les différents services du Conseil général (PMI,

insertion, transport, logement…), il s'agit à présent de les développer à travers une approche globale et exhaustive des besoins et des réponses.

Enfin, on notera l'absence de suivi et d'évaluation des actions du précédent schéma.

Quant à la CDAPH, elle participe pleinement de l'application de la loi du 11 février 2005 concernant l'accessibilité, l'inclusion et plus largement le bien-être des personnes handicapées en émettant des avis sur les orientations proposées. Près de 13 000 dossiers sont traités chaque année.

Le nombre de personnes reçues par la CDA préparatoire est élevé et les membres de la CDA restent très mobilisés sur ces CDA préparatoires. 503 personnes dont 176 enfants ont été reçus en 2012 (source : rapport d'activité de la MDPH, 2012).

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Usagers reçus	317	450	560	564	579	503
dont enfants	94	118	172	184	197	176

Les taux d'accord de la CDA pour les différentes prestations sont comparables à ceux constatés en moyenne au niveau national par la CNSA (source : rapport d'activité de la MDPH, 2012).

Toutefois certaines limites associées au fonctionnement de la CDAPH sont pointées et méritent d'être prises en compte :

- Un manque de liens entre séances préparatoires et séances plénières du fait de la participation de personne différentes.
- Un manque d'informations sur les situations présentées en CDAPH dû au secret médical principalement, des décisions prises sans connaissance des conséquences des déficiences sur le quotidien des personnes ; une connaissance de l'offre médico-sociale à améliorer également.
- Un manque d'équité entre enfants et adultes dans l'information transmise en amont des commissions (pas d'information pour les adultes sur un éventuel rejet de la demande) qui impacte la participation des personnes lors des séances préparatoires (difficulté encore plus prégnante pour le handicap psychique).
- Une spécificité du handicap psychique (30% des dossiers) qui mériterait une prise en compte dans le cadre d'une sous-commission spécifique ou une amélioration de la connaissance des problématiques.
- Une lourdeur des séances plénières du fait du nombre de dossiers à traiter.
- Une insuffisance en termes de relais et de centralisation de l'information ; le besoin d'une personne référente de la situation entre professionnels en charge de l'explication de la décision prise en séance plénière à la personne concernée.
- Un manque de retour sur l'application des décisions.

II. Des marges de progrès en termes de coordination de terrain

Plusieurs coordinations sont effectives et méritent d'être pérennisées.

On notera notamment :

- L'existence d'un groupement des cadres de direction des ESSMS dynamique qui permet une amélioration de la connaissance mutuelle, des réflexions et regards croisés, la mise en place de quelques formations mutualisées.
- Une coordination handicap psychique qui associe les acteurs du secteur psychiatrique, les acteurs médico-sociaux et certains SAAD, ce qui constitue un atout pour le département et l'organisation de prises en charge continues et cohérentes.
- Un développement net des relations entre associations depuis le précédent schéma à poursuivre et renforcer.

En ce qui concerne la coordination de terrain, des partenariats sont émergents et pour certains formalisés, notamment dans le cadre de l'accueil et de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes :

- Entre secteur personnes handicapées et secteur personnes âgées ;
- Entre EHPAD et secteur psychiatrique ;
- Entre associations (ex : projet ADAPEI – Croix Rouge).

Néanmoins, certaines dynamiques de coordination sont récentes et des améliorations sont attendues. Le « comité d'entente des associations de personnes handicapées » est à relancer afin d'aller vers la mise en place de projets communs.

En effet, peu de projets inter-associatifs sont recensés, une dynamique reste donc à créer sur plusieurs volets du dispositif. On citera à titre d'exemple :

- La mutualisation des aides et accompagnement à domicile
- La formation et accompagnement des SAAD
- Les échanges inter-établissements
- La formalisation de parcours par type de besoins
- Les échanges de pratiques
- …

Et, plusieurs coordinations de terrain gagneraient également à être développées et formalisées :

- Entre domicile et établissement
- Entre secteur enfants et secteur adultes
- Entre acteurs de l'emploi en milieu ordinaire et emploi en milieu protégé
- Entre secteur médico-social et sanitaire notamment dans le cadre des sorties d'hospitalisations et de SSR
- Entre secteur médico-social et secteur psychiatrique notamment sur la formalisation des relations, les parcours des usagers, les possibilités d'accueil séquentiel au CPA…

Enfin, on soulignera le besoin de développer des lieux et des espaces d'échange, de traitement des situations complexes et d'appréhension des problématiques de façon partagée.

GLOSSAIRE

A

AAH : Allocation adulte handicapé
ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne
AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ARS : Agence régionale de santé

C

CAF : Caisse d'allocations familiales
CCAS : Centre communal d'action sociale
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CLIC : Centre local d'information et de coordination
CMP : Centre médico-psychologique
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CVS : Conseil de la vie sociale

D

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
DDT : Direction départementale des territoires
DEFM TH : Demandeurs d'emploi en fin de mois reconnus en situation de handicap
DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

E

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail
ESMS : Établissement social ou médico-social
ESSMS : Établissement et service sociaux ou médico-sociaux

F

FAM : Foyer d'accueil médicalisé
FH : Foyer d'hébergement
FIPHFP : Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique

G

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

I

IME : Institut médico-éducatif
IMPRO : Institut médico-professionnel

L

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

M

MAS : Maison d'accueil spécialisé
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

P

PCH : Prestation de compensation du handicap
PRS : Programme régional de santé

R

RQTH : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RSA : Revenu de solidarité active

S

SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-sociale
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

Conseil départemental de l'Ain
Direction générale adjointe solidarité

13 avenue de la Victoire
CS 50415
01012 Bourg-en-Bresse Cedex

Tél. **04 74 32 32 70**

www.ain.fr

AIN 01
le Département