



CONSEIL
GÉNÉRAL
Finistère
Penn-ar-Bed



Vivre ensemble

4^{ème} schéma départemental pour
les personnes handicapées 2013-2018

Édito	5
Introduction : Contexte juridique et réglementaire	
I. La mise en place des schémas départementaux.....	8
II. Les piliers de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.....	9
III. Les éléments principaux de la loi du 21 juillet 2009, dite Hôpital, Patients, Santé, Territoires dans le champ des personnes en situation de handicap.....	9
Première partie : Bilan du troisième schéma	
I. Le bilan qualitatif	12
II. Le bilan quantitatif.....	13
Deuxième partie : État des lieux de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap	
I. Quelques éléments clés de la Maison départementale des personnes handicapées du Finistère	16
II. L'offre de prestations et services.....	18
A. Les prestations pour adultes et enfants	18
1. La prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice tierce personne..	18
2. Les éléments d'évolution de la prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice tierce personne pour les personnes adultes handicapés	18
3. La prestation de compensation du handicap pour les enfants.....	20
B. L'offre de services et établissements	20
1. Les établissements et services pour les personnes adultes handicapées	21
a. L'hébergement des personnes handicapées.....	23
b. L'accompagnement à domicile des personnes handicapées.....	27
c. L'emploi des personnes handicapées en milieu protégé	29
d. L'accueil temporaire	30
e. L'accueil familial.....	32
2. Les établissements et services à destination des enfants en situation de handicap.....	34
a. Les établissements	35
b. Les services.....	35
c. Cartographies des équipements et services.....	36
C. L'étude des demandes de place d'hébergement pour adultes handicapés	37
Troisième partie : Le quatrième schéma	
I. La méthode d'élaboration du 4 ^{ème} schéma à destination des personnes handicapées	42
A. Le comité de pilotage.....	42
B. Les groupes de travail.....	43
C. Les réunions partenariales.....	43
II. Les orientations	
A. Orientation n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées	44
B. Orientation n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile.....	44
C. Orientation n°3 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées	44
D. Orientation n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement	45
E. Orientation n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale	45

III. La programmation	46
IV. Les fiches Action	47
Fiche-Action 1.1. - Développer les outils d'information	49
Fiche-Action 1.2. - Diffuser l'action de la Maison départementale des personnes handicapées sur le territoire départemental en s'appuyant sur les territoires d'action sociale et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique	50
Fiche-Action 1.3. - Mettre en œuvre un dossier unique d'inscription	51
Fiche-Action 1.4. - Créer une commission départementale chargée de la régulation des admissions	52
Fiche-Action 2.1. - Mieux accompagner les troubles « Dys », les troubles envahissants du développement (TED) et le handicap psychique	53
Fiche-Action 2.2. - Mieux former les Services d'aide et d'accompagnement à domicile à la prise en charge des personnes en situation de handicap	54
Fiche-Action 2.3. - Favoriser l'accès aux études et à la formation professionnelle	55
Fiche-Action 2.4. - Impulser un dispositif spécialisé d'accompagnement vers l'autonomie pour les jeunes	56
Fiche-Action 2.5. - Accompagner l'évolution des projets d'établissement vers des démarches actives d'autonomisation	57
Fiche-Action 2.6. - Mieux identifier les besoins des aidants familiaux	58
Fiche-Action 3.1. - Développer une analyse des besoins actuels et prévisionnels des personnes handicapées vieillissantes (établissement et domicile)	59
Fiche-Action 3.2. - Promouvoir l'accès à des réponses de proximité et diversifier les modes de prise en charge	60
Fiche-Action 3.3. - Soutenir l'émergence d'une offre de logements autonomes dans le cadre des contrats de territoire	61
Fiche-Action 4.1. - Clarifier le statut des unités de vie extérieure afin d'améliorer l'accompagnement et garantir le droit des personnes accueillies	62
Fiche-Action 4.2. - Rééquilibrer l'offre en faveur des personnes lourdement handicapées	63
Fiche-Action 4.3. - Redéfinir les projets d'accueil temporaire (services d'accueil de jour et hébergement temporaire) afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et développer des projets d'accueil alternatifs	64
Fiche-Action 4.4. - Approfondir la réflexion sur la prise en charge des personnes handicapées autistes et porteuses de troubles envahissants du développement (TED) afin d'améliorer l'accueil en établissement	65
Fiche-Action 4.5. - Développer les liens entre les secteurs sanitaire, social et médico-social	66
Fiche-Action 4.6. - Faire un état des lieux des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et évaluer l'impact de leur transfert éventuel au département du Finistère	67
Fiche-Action 5.1. - Faire des contrats de territoire un levier pour prendre en compte le handicap dans toutes les politiques publiques du Conseil général et de ses partenaires	68
Fiche-Action 5.2. - Poursuivre la mise en accessibilité du réseau de transport départemental Penn-ar-Bed et des services de transports urbains	69
Fiche-Action 5.3. - Mener des actions de sensibilisation à tous les types de handicaps dans différents domaines (sport, culture, loisirs, transport, etc.)	70
Fiche-Action 5.4. - Développer l'information à destination des personnes handicapées et des familles et la formation des professionnels à l'éducation sexuelle tout au long de la vie	71
Fiche-Action 5.5. - Mieux coordonner les acteurs intervenants dans le champ de la parentalité et de l'accompagnement des personnes handicapées	72

Annexes

- Glossaire	74
- Composition des groupes de travail	76

Vivre ensemble, schéma départemental pour les droits, l'autonomie et la citoyenneté des personnes handicapées

Le 20 juin 2013, le Conseil général du Finistère a adopté son quatrième schéma dédié aux politiques du handicap, pour la période 2013-2018. Ce schéma s'inscrit résolument dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 qui proclame les principes d'égalité, de non-discrimination, de citoyenneté et de liberté de faire ses choix de vie.

Issu d'un important travail de concertation avec les associations représentant les personnes handicapées et leurs familles, les gestionnaires d'établissements et de services, l'Agence régionale de santé et la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) notamment, il propose de nouvelles orientations pour mieux répondre aux attentes des personnes en situation de handicap. Il a pour ambition de mettre au cœur des préoccupations les choix de vie des personnes handicapées et de prendre en considération l'ensemble des handicaps. Il est ainsi à noter que ce IV^{ème} schéma intègre à présent spécifiquement les troubles sévères des apprentissages et les troubles envahissants du développement, dont l'autisme, ce qui permettra par exemple de proposer des services adaptés à l'accompagnement des personnes qui vivent au quotidien les conséquences de ces handicaps invisibles.

Le schéma prévoit des actions très concrètes pour accompagner les personnes handicapées vers le développement de leur autonomie, dans leur vie personnelle, sociale et citoyenne, qu'elles soient à domicile ou en établissement, qu'elles aient une vie professionnelle ou non, du jeune adulte à la personne âgée. Nous avons pour but de veiller, avec l'Agence régionale de santé et la MDPH, à fluidifier et assouplir les parcours de vie des personnes pour qu'elles aient l'opportunité de mettre en œuvre leurs choix de vie en toute sécurité.

Pour réaliser ce nouveau schéma, le Conseil général a voté une programmation ambitieuse. En plus des lieux d'accueil et services d'accompagnement déjà financés et installés, 385 places nouvelles seront créées, correspondant à une enveloppe de 10,5 millions d'euros de fonctionnement annuel. Dans un contexte financier difficile, cette politique publique est la seule à connaître une telle augmentation.

Les priorités et le programme d'actions inscrits dans ce nouveau schéma sont issus des conclusions des groupes de travail et du comité de pilotage. La mise en œuvre du schéma sera animée par le même esprit de concertation et de transparence, avec des réunions régulières du comité de pilotage.

Pour autant la forme du schéma, si participatif soit-il, ne permet pas de prendre en considération totalement l'ambition de l'inclusion des personnes handicapées dans la société et la nécessité de leur offrir la possibilité de faire entendre leur parole, leurs choix, leurs attentes. C'est pourquoi les élus du Conseil général du Finistère, au-delà des axes définis dans le schéma, ont fait le choix depuis plusieurs années déjà d'avoir cette attention aux personnes handicapées dans l'ensemble de leurs politiques, dans le projet stratégique de la collectivité. De la même façon, nous veillerons à évoquer avec nos partenaires, collectivités, associations, la question du handicap dans les projets qui relèvent de leurs compétences.

Nous souhaitons ainsi mettre en place les conditions nécessaires pour que le handicap, quel qu'il soit, ne soit plus un obstacle à ce à quoi aspire tout citoyen : vivre ensemble et profiter pleinement de la richesse qu'apportent diversité et altérité.



Pierre MAILLE
Président du Conseil général
du Finistère



Nathalie SARRABEZOLLES
Vice-Présidente en charge
des solidarités

Introduction

Contexte juridique et réglementaire



Contexte juridique et réglementaire

I. La mise en place des schémas départementaux

Les schémas départementaux

Conformément aux articles L 312-4 et suivants du code de l'action sociale et des familles, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

« 1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

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

3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;

4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;

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

Il est à noter que la mise en place d'un tel schéma relève d'une logique de concertation avec les établissements et services, les unions et fédérations et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires des établissements et services.

Les schémas départementaux en faveur des personnes en situation de handicap sont arrêtés par le Président du Conseil général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS).

L'articulation des schémas avec le projet régional de santé (PRS)

Conformément à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'Agence régionale de santé (ARS) met en place un schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) dont le but est de « répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux de la population handicapées en perte d'autonomie », contenu au sein d'un projet régional de santé (PRS). Ce document est complété par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) pour la planification et par les programmes territoriaux de santé (PTS) pour l'adaptation aux réalités territoriales.

Le PRIAC détermine les priorités régionales en termes de financement, création, extension ou transformation relatives aux établissements et services médico-sociaux. Afin de fixer l'enveloppe régionale, de par sa logique territoriale, le ministère et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) tiennent compte des taux d'équipements régionaux en comparaison du niveau national mais également départementaux. Cette planification prévoit une cohérence avec les schémas départementaux, puisque le financement d'une partie des établissements est conjoint. Cet outil peut être complété par des plans nationaux, tels que le plan autisme.

En outre, le Finistère a élaboré avec les autres départements bretons et l'ARS une convention cadre de partenariat, signée le 25 avril 2013.

Ce dispositif unique en France porte sur trois axes de collaboration :

- l'échange de données et la mise en place d'outils d'observation communs.
- une meilleure articulation entre les schémas départementaux et le projet régional de santé.
- la recherche d'une plus grande cohérence dans la mise en œuvre des politiques territoriales.

II. Les piliers de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le handicap sur la base de trois dimensions : déficiences, incapacités et désavantages. Les types de handicaps sont inscrits dans la classification internationale permettant une description du handicap et de ses conséquences.

Déficience : « Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. » Il peut s'agir de déficiences intellectuelles, du psychisme, du langage et de la parole, auditives, de l'appareil oculaire, d'autres organes, du squelette, et de l'appareil de soutien, des fonctions générales, sensitives ou autres.

Incapacité : « Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain. » Elle permet une description des limitations des activités ou comportements essentiels à la vie.

Désavantage : « Dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un indivi-

du est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. »

En France, la définition de référence est celle apportée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 qui définit le handicap de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Cette loi institue un droit à la compensation individuelle du handicap : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». Elle se traduit principalement par la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) permettant

l'attribution de plusieurs types d'aides palliant les déficiences fonctionnelles : humaine, technique, animalière, aménagement du véhicule et du logement.

La loi met en place les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui deviennent un guichet unique pour les personnes en situation de handicap. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est l'instance unique de décisions relative à l'ensemble des droits de la personne handicapée.

La loi du 11 Février 2005 prévoit également :

- l'intégration scolaire, en posant le principe de la scolarisation dans des établissements de proximité,
- l'insertion professionnelle avec la mise en place d'un quota de 6 % minimum de personnes handicapées dans le secteur public et dans les entreprises de plus de 20 personnes,
- le renforcement de l'accessibilité des espaces publics, des transports et des bâtiments.

III. Les éléments principaux de la loi du 21 Juillet 2009, dite Hôpital, Patients, Santé, Territoires dans le champ des personnes en situation de handicap

Plus récemment, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires a modifié l'organisation dans le secteur médico-social et corollairement dans le secteur du handicap. Elle souhaite une meilleure articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Aussi, sous le nom de l'ARS, se regroupent les anciennes Direction départementale des

affaires sanitaires et sociales (DDASS) et Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH).

L'objectif est de mettre en place un pilotage régional des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales, et d'offrir une politique de santé publique globale, coordonnée, décloisonnée et lisible.

L'organisation de la politique de santé publique des ARS se décline par territoire de santé. Ils sont au nombre de 8 dans la région Bretagne, et n'ont pas de frontière départementale. Dans le Finistère, 3 territoires de santé existent : Brest-Morlaix-Carhaix, Quimper-Douarnenez-Pont l'Abbé et Quimperlé-Lorient. Ce dernier est commun au Finistère et au Morbihan.

La procédure de création, transformation et extension des établissements a été modifiée par la mise en place d'une procédure d'appel à projet réalisée soit par le Conseil général, soit par l'ARS soit les deux conjointement, hormis des cas spécifiques d'extension et de création fixés

à un certain seuil ou de transformation à capacité constante. Cette procédure concerne aussi les établissements à titre expérimental.

L'articulation entre les financeurs, ARS et Conseil général, est un préalable néces-

saire pour la réussite d'un schéma, certaines structures étant co-financées.

Les tableaux ci-dessous permettent d'avoir une vision sur la complexité des modes de financement dans le domaine du handicap.

Tableaux synthétiques de la répartition des financeurs dans le champ du handicap pour adultes et pour enfants :

ADULTES HANDICAPÉS

		CG	ARS
Hébergement	Foyer de vie (FV)	X	
	Foyer d'hébergement (FHESAT)	X	
	Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	X	X
	Unité de vie extérieure (UVE)	X	
	Maison d'accueil spécialisé (MAS)		X
Domicile	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	X	X
	Services d'accompagnement à domicile : SPASAD/SAAD/SSIAD	X	X
	Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	X	
Emploi	Ateliers alternés (AA)	X	
	Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)		X
Accueil temporaire	Accueil de jour (AJ)	X	
	Hébergement temporaire (HT)	X	X

ENFANTS HANDICAPÉS

		CG	ARS
Établissement	Institut médico-éducatif (IME)		X
	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)		X
	Institut d'éducation motrice (IEM)		X
Domicile	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)		X
Accompagnement	Centre d'Action médico-social précoce (CAMSP)	X	X
	Centre médico-psycho pédagogique (CMPP)		X

Première partie

Bilan du troisième schéma



Bilan du troisième schéma

Établi pour la période 2006-2011, le 3^{ème} schéma départemental en faveur des personnes handicapées précédent avait fixé les priorités suivantes :

- le vieillissement des personnes handicapées,
- le maintien des personnes à domicile,
- la coordination sanitaire et médico-sociale,
- l'accompagnement des jeunes de plus de 20 ans maintenus en IME.

I. Le bilan qualitatif

Le troisième schéma affichait des actions qualitatives telles qu'elles sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Fiches action	Actions réalisées	Actions non abouties ou non réalisées
N°1 : Prévention	Forum handicap réalisé en 2008 à Ergué-Gabéric.	Guide départemental à destination des professionnels et des usagers ; Campagne d'information sur le handicap.
N°2 : Etude de besoins	Actualisation de l'étude des besoins en 2009 ; Mise en œuvre de l'outil Delos Liste d'attente depuis 2011 (outil de gestion partagée des listes d'attente actualisables en temps réel).	
N°3 : Formation des professionnels dans le cadre du maintien à domicile	Mise en œuvre de la convention de modernisation et de professionnalisation des services d'aides à domicile dans le département du Finistère (2009-2013).	
N°4 : Services spécialisé d'accompagnement à domicile des adultes handicapés moteurs et handicapés sensoriels	Création de services d'accompagnement à domicile intervenant sur l'ensemble du territoire départemental (SAVS-SAMSAH).	
N°5 : Accompagnement des personnes handicapées mentales ou psychiques	Création de services d'accompagnement à domicile intervenant sur l'ensemble du territoire départemental (SAVS-SAMSAH) ; Expérimentation de l'accompagnement de personnes en appartements collectifs.	Coordination avec le secteur sanitaire psychiatrique.
N°6 : Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	Mise en place de structures spécialisées adaptées (Maison d'accueil pour personnes handicapées âgées ; SAVS), d'unités spécialisées adaptées (unités PHV en EHPAD, en FV-FAM), d'accueil alternatif à l'établissement (familles d'accueil ; accueil de jour ; ateliers alternés ; habitats groupés)	
N°7 : Coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social concernant les personnes handicapées présentant un besoin de prise en charge en santé mentale	Il est à noter que cette coordination s'est mise en place à l'initiative des établissements et services sans que le Conseil général n'intervienne.	Formaliser un modèle de convention-type de coopération entre les ESMS et le secteur psychiatrique ; Instaurer une cellule chargée de traiter les situations d'urgence.

Ce bilan a permis de dégager des axes d'amélioration, base de travail d'un quatrième schéma à construire.

II. Le bilan quantitatif

Dans ce cadre, l'Assemblée départementale a voté la création de 980 places en établissements et services ainsi que le financement complémentaire de 31 places existantes (7 places de foyer de vie-foyer d'accueil médicalisé et 24 places pour personnes handicapées vieillissantes).

A noter, la création de manière provisoire de 104 places (44 places d'accueil de jour et 60 places de foyer de vie-foyer d'accueil médicalisé).

Au 31 décembre 2012, cette programmation a été atteinte à 86% et le reliquat des 133 places à créer devrait aboutir

d'ici 2013-2014. Il est à noter, également, qu'au cours de la période 2006-2011, la programmation de places du second schéma s'est achevée par l'ouverture d'un reliquat de 86 places de foyer de vie-foyer d'accueil médicalisé.

Détail des places restant à ouvrir :

		Places à créer	Dont PHV
Type de structure	Foyer de vie Guilers (Don Bosco)	12	6
	Foyer de vie Pleyben (Kan ar Mor)	39	15
	Foyer de vie Taulé (Les Genêts d'Or)	8	
	Foyer de vie Pont-L'Abbé (MFM 29-56)	10	
	Foyer de vie Bannalec (APAJH)	33	
	Unité PHV Loctudy (Massé Trévidy)	6	6
	SAVS EPONA	25	
	TOTAL	133	27

Au terme du 3^{ème} schéma, la capacité installée sera de 3 682 places et se présentera de la manière suivante :

	Nombre de places financées au 1/1/13	Dont places ouvertes dans le cadre du 3 ^{ème} schéma
Type d'établissement	Foyer de vie médicalisé	453
	Foyer de vie	654
	Foyer d'hébergement d'ESAT	289
	Unité de vie extérieure	765
	Ateliers alternés	115
	Places personnes handicapées vieillissantes	204
	Accueil de jour	273
	Hébergement temporaire	53
	Service d'accompagnement à la vie sociale	747
	Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés	129
	TOTAL	3682

En réponse à la première orientation « le vieillissement des personnes en situation de handicap » du troisième schéma, 199 places ont été créées. La seconde orientation concernant « l'accompagnement à domicile des personnes handicapées » s'est concrétisée par l'autorisation de 419 places (325 SAVS, et 94 SAMSAH).

Deuxième partie

État des lieux de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap



État des lieux de la politique départementale en faveur des personnes en situation de handicap

I. Quelques éléments clés concernant la Maison départementale des personnes handicapées du Finistère

Selon le rapport d'activité 2012 de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Finistère, 35 467 demandes ont été déposées par 26 051 personnes, soit 1.4 demande par personne sur l'année 2012. Une augmentation de + 20% par rapport à 2011. Le délai de traitement était de 5 mois en moyenne.

Proportion des décisions accordées et rejetées en 2012 pour les enfants et adultes handicapés dans le Finistère

Pour rappel, la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) se prononce sur les demandes suivantes :

- orientations en établissements et services,

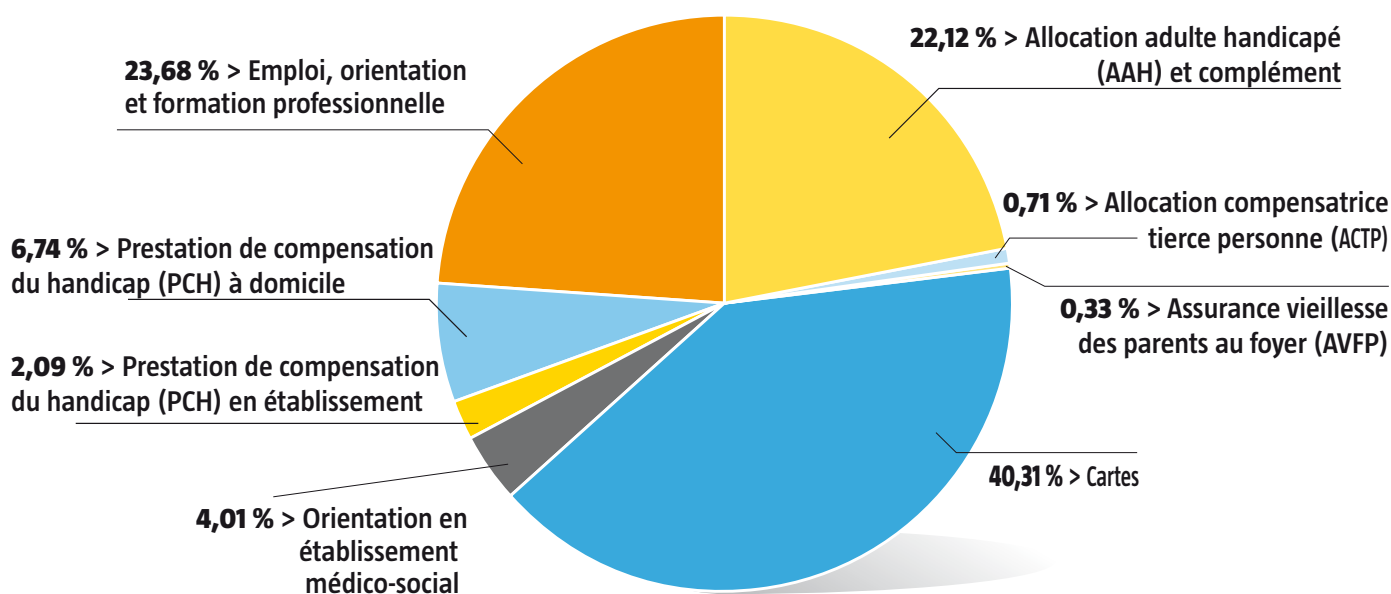
- prestations de compensation et allocations,

- les différentes cartes (carte d'invalidité, carte de stationnement, carte de priorité)

Selon le rapport d'activité de la MDPH 29, les proportions de refus sont constantes chaque année depuis 2010, aussi bien pour les enfants que les adultes, avec un taux d'accord de près de 88%.

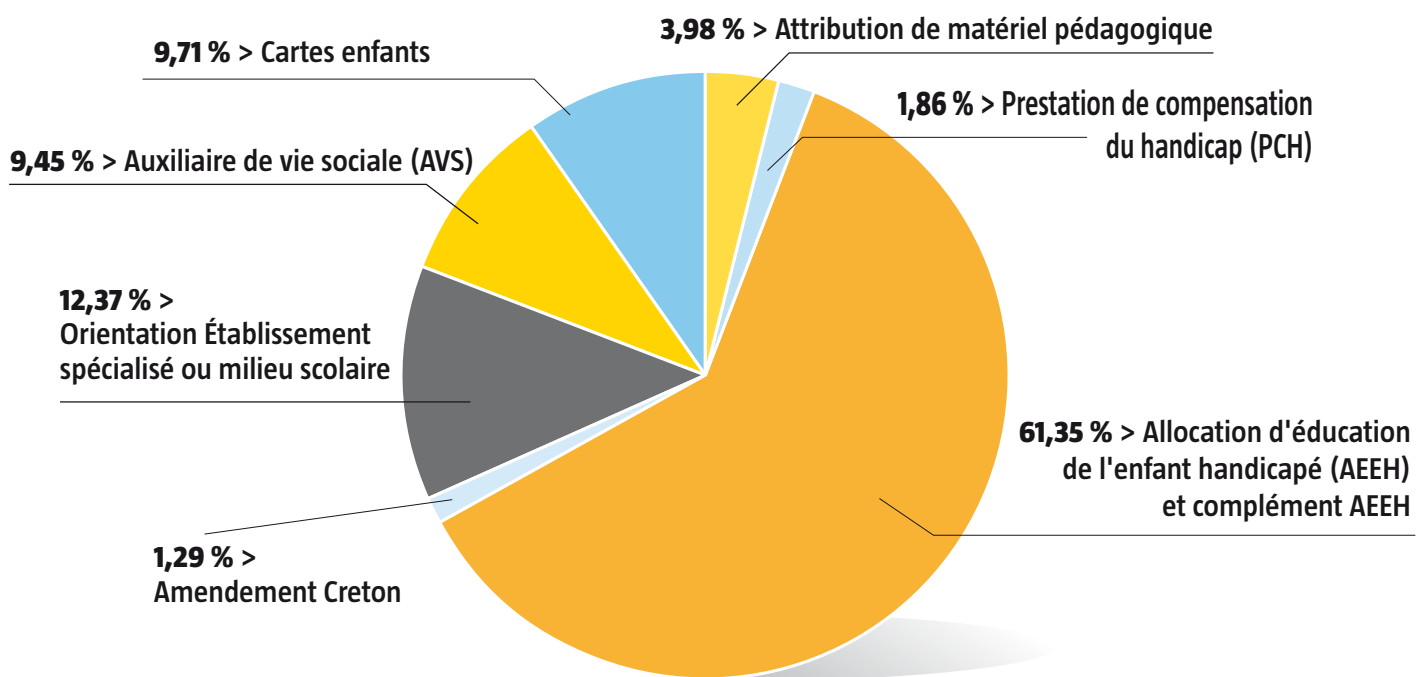
Proportion des demandes pour les adultes handicapés en 2012 dans le Finistère

(source rapport d'activité 2012 MDPH 29)



Proportion des demandes pour les enfants handicapés en 2012 dans le Finistère

(source rapport d'activité 2012 MDPH 29)



Le nombre de demandes a augmenté entre 2011 et 2012, tant au niveau des adultes que des enfants, avec des évolutions particulières marquées sur :

- La PCH avec une diminution du nombre de demande pour les adultes mais davantage de volets par décision (+15%), et pour les enfants une demande en augmentation de 9%, et une augmentation des décisions de 12%.

- Pour les allocations et compléments, les demandes déposées chez les adultes pour l'AAH et le complément de res-

sources sont en hausse de 11 % et de 28 % chez les enfants pour l'AEEH et ses compléments.

- Une augmentation des orientations en établissement médico-social de 24% chez les adultes et 39% pour les enfants.

- Une augmentation en 2012 des demandes d'orientations scolaires déposées de 56% par rapport à 2011 et 6% d'accord supplémentaires pour les AVS, alors que les décisions relatives à l'attribution de matériel pédagogique ont diminué de 33%.

- La baisse se poursuit pour les décisions d'orientations professionnelles en milieu ordinaire et les demandes de RQTH.

II. L'offre de prestations et services

A. Les prestations pour adultes et enfants

1. La prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice tierce personne

La Prestation de compensation du handicap (PCH) a été mise en place par la loi du 11 février 2005. Elle a pour objectif de compenser la perte d'autonomie, empêchant la réalisation d'actes de la vie quotidienne. Elle s'est substituée à l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) pour les adultes en situation de handicap. A leur renouvellement, ces derniers bénéficient d'un droit d'option entre les deux prestations. C'est pourquoi le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue progressivement.

Concernant les enfants handicapés, les parents ont le droit d'option entre la PCH (allocations de base et les différents volets) et l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH).

Attribuée à domicile ou en établissement, la PCH se décline en plusieurs volets :

- aides humaines,
- techniques,
- aménagement du logement,
- animalières,
- transport
- aides spécifiques et exceptionnelles.

2. Les éléments d'évolution de la prestation de compensation du handicap et l'allocation compensatrice tierce personne pour les personnes adultes handicapées

Au niveau national, le nombre d'allocataires des prestations compensant le handicap (ACTP et PCH) a augmenté de 9% par an entre 2006 et 2012, soit 61% de 2006 à 2012, avec une augmentation plus lente ces dernières années.

Le nombre de bénéficiaires de l'ACTP diminue progressivement mais lentement. Cette diminution s'explique par plusieurs facteurs :

- le décès des bénéficiaires,
- le recours au droit d'option vers la Prestation de Compensation du Handicap ou vers l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à partir de 60 ans,
- l'ACTP s'avère parfois plus intéressante financièrement (pas de contrôle d'effectivité).

A l'origine, la baisse de l'ACTP était essentiellement due à la mise en place de la PCH ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH augmente rapidement et compense largement la diminution de l'ACTP. Ce phénomène est expliqué par des conditions d'ouverture de la PCH qui sont plus larges et par l'absence de conditions de ressources.

Corollairement, les dépenses en PCH ont fortement augmenté mais dans des proportions moindres par rapport au nombre de bénéficiaires.

Les dépenses de l'ACTP ont diminué de 23%, en lien avec la baisse du nombre de bénéficiaires (33%). Ceci s'explique par le fait que les personnes ayant conservé l'ACTP bénéficient des montants individuels les plus importants. Le montant est ainsi passé de 480 euros en 2006 à 530 euros en 2012.

A contrario, les dépenses de PCH augmentent plus lentement. Entre 2006 et 2008, les dépenses ont doublé, pour augmenter de 50% en 2009, 30% en 2010 et de 15% en 2011.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH et son coût global augmentent avec une allocation moyenne mensuelle par bénéficiaires qui tend à croître. Pour l'ACTP, le nombre de bénéficiaires diminue lentement, mais le montant mensuel par personne augmente.

Données comparatives sur le nombre de bénéficiaires	Bénéficiaires de PCH pour 1000 habitants	Bénéficiaires de l'ACTP pour 1000 habitants
France	3,3	0,9
Finistère	2,9	0,9
Ille-et-Vilaine	2,6	0,5
Côtes-d'Armor	3,5	0,9
Morbihan	3,3	0,9

(Source Insee au 31.12.2011)

Données comparatives sur des dépenses de PCH et d'ACTP	En euros par habitant	En euros par bénéficiaire
France	27,50	6 955
Finistère	29,30	8 067
Ille-et-Vilaine	24,20	8 651
Côtes-d'Armor	29,50	6 940
Morbihan	24,10	5 974

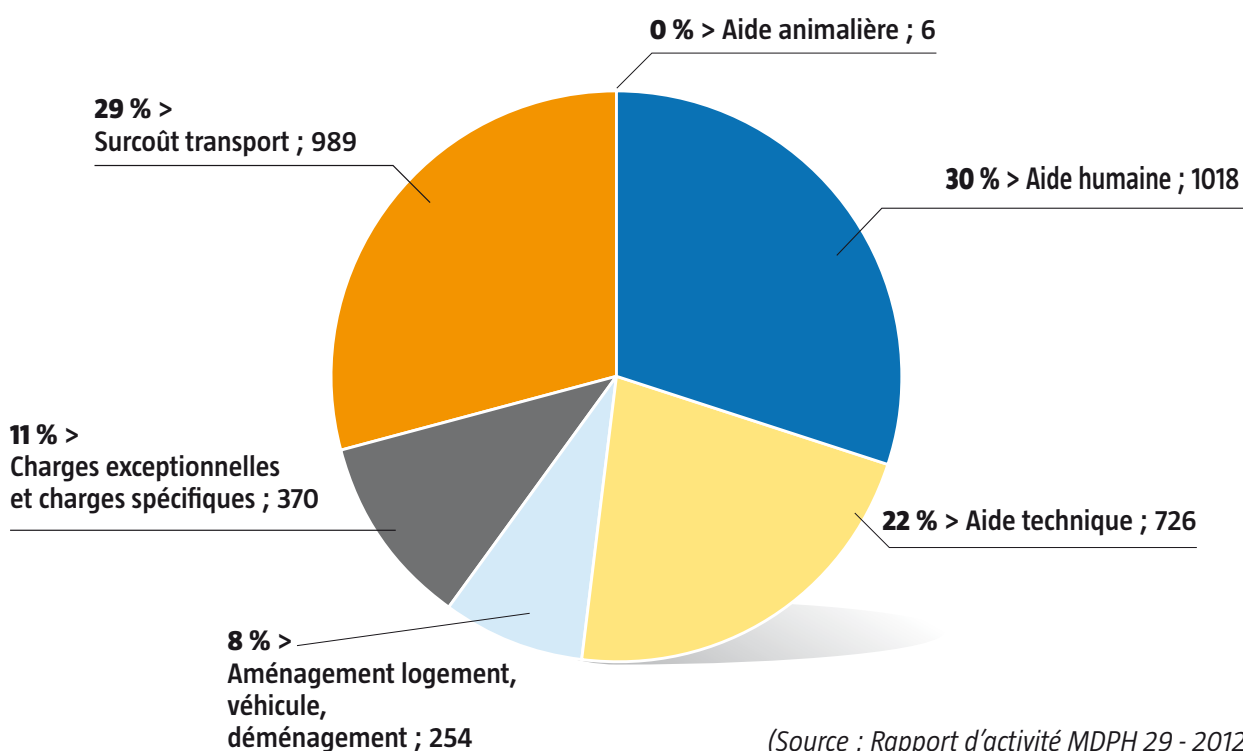
Données sur la PCH et l'ACTP en Finistère

(Source CG29)

		2010	2011	2012		2010	2011	2012
Nombre de bénéficiaires par mois	PCH à domicile	1 449	1 735	1 929	ACTP à Domicile	934	886	801
Dépense net annuelle (millions d'€)		15,2	17,1	20,50		6,83	6,49	6,53
Montant moyen en € par bénéficiaire par mois		878,00	823,00	979,00		610,00	611,00	630,00

La répartition des décisions de PCH dans le Finistère

Ces éléments ont été obtenus sur les bases des décisions accordées par la MDPH.



Les volets de PCH les plus attribués pour les adultes sont l'aide humaine et les aides techniques, ainsi que le transport pour lequel le département dispose d'un dispositif spécifique qui facilite la prise en charge financière des coûts pour se rendre en accueil de jour.

Les décisions sont relativement homogènes chaque année pour ce qui concerne la répartition des différents éléments de PCH adulte à domicile, mais on note une augmentation des décisions de +15% entre 2011 et 2012.

3. La prestation de compensation du handicap pour les enfants

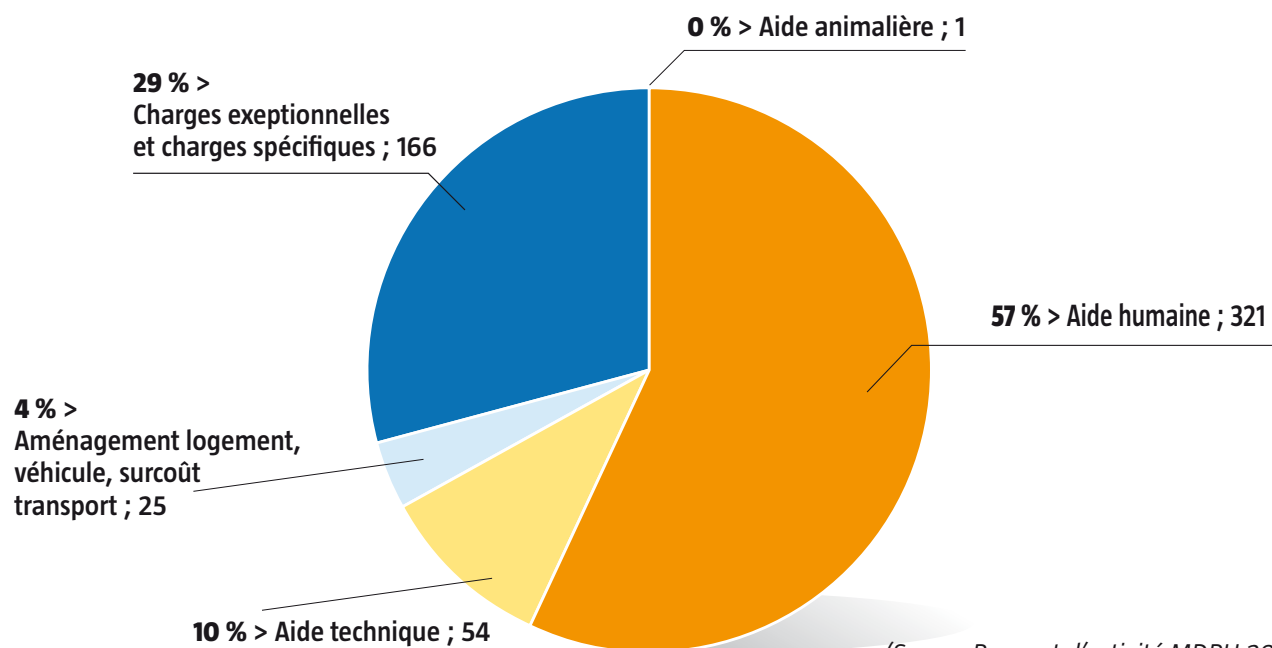
La PCH est ouverte depuis 2008 aux enfants en situation de handicap dans les mêmes conditions que les adultes après avoir fait un choix d'option entre la PCH et le complément d'AEEH.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH enfant est plus faible que celui des adultes mais les montants alloués plus élevés. Néanmoins, le nombre d'enfants bénéficiaires augmente significativement chaque année.

Cette répartition s'explique par le fait que les critères de la PCH sont moins adaptés pour les enfants et que les parents optent de fait encore en faveur du complément de l'AEEH.

La part des aides pour les enfants se concentre sur l'aide humaine et les charges spécifiques et exceptionnelles, qui ont augmenté en 2012 (+19% de décisions).

RÉPARTITION DES DÉCISIONS DE PCH PAR VOLETS POUR LES ENFANTS HANDICAPÉS DANS LE FINISTÈRE



(Source Rapport d'activité MDPH 29 - 2012)

B. L'offre de services et établissements

Le Finistère est plutôt bien équipé en établissements et services sociaux et médico-sociaux au regard des moyennes départementales bretonnes et en comparaison avec la France.

Cependant, quelques éléments sont à mettre en relief dans le Finistère.

Par rapport aux moyennes nationales mais également bretonnes, le Finistère est sous-équipé en Maisons d'accueil spécialisé (MAS) tandis qu'il est mieux équipé en Foyers d'accueil médicalisé (FAM).

En termes de foyer de vie et d'entreprises et Services d'aide par le travail (ESAT), il est également au dessus de la moyenne. Il est à noter que les crédits des ARS se basent sur ces taux d'équipement pour répartir l'enveloppe régionale.

Le taux d'équipement en établissements et en services

	Taux d'équipement global en hébergement	Dont :			Taux d'équipement en ESAT	Taux d'équipement en places en services (SAVS et SAMSAH)
		Taux d'équipement en MAS	Taux d'équipement en FAM	Taux d'équipement en Foyer de vie		
Côtes-d'Armor	4,6	1,4	0,8	1,6	4,1	3
Finistère	5,4	0,4	1,2	1,4	3,9	1,7
Ille-et-Vilaine	4,1	0,7	0,7	1,5	3,8	1,9
Morbihan	3,7	0,6	1,0	1,1	3,9	1,9
Bretagne	4,5	0,8	0,9	1,4	3,9	2,1
France	3,7	0,7	0,6	1,1	3,4	1,2

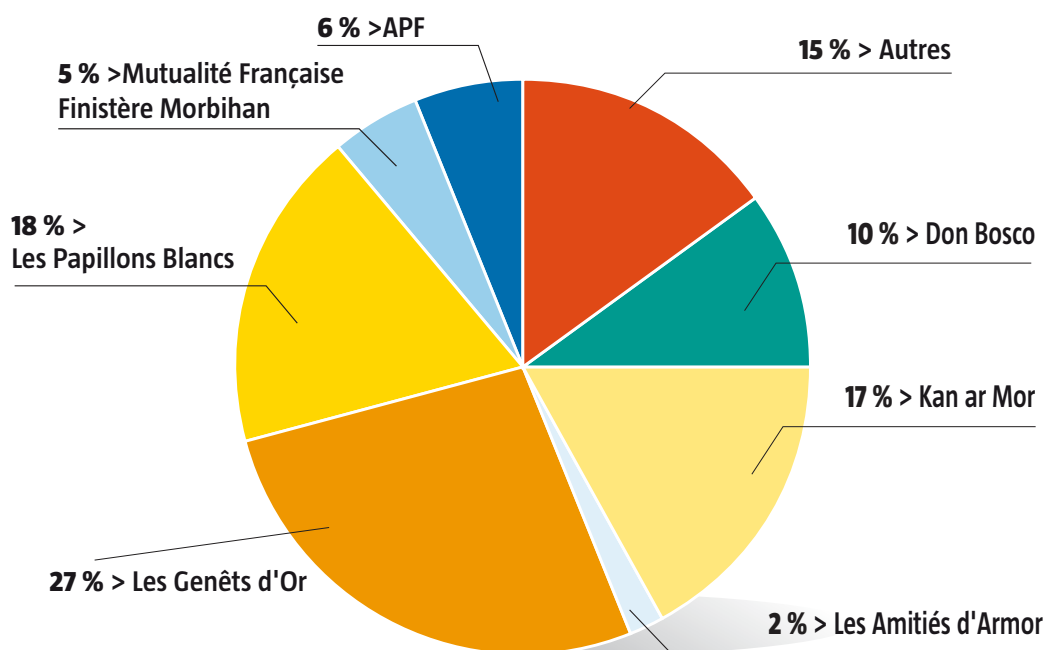
(Source : Drees, Statiss 2012 et INSEE, Taux d'équipement au 1.01.2012 par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)

1. Les établissements et services pour les personnes adultes handicapées

Le Conseil général autorise 3815 places en établissements et services dans le département du Finistère à destination des adultes handicapés. Les modes d'accompagnement sont divers.

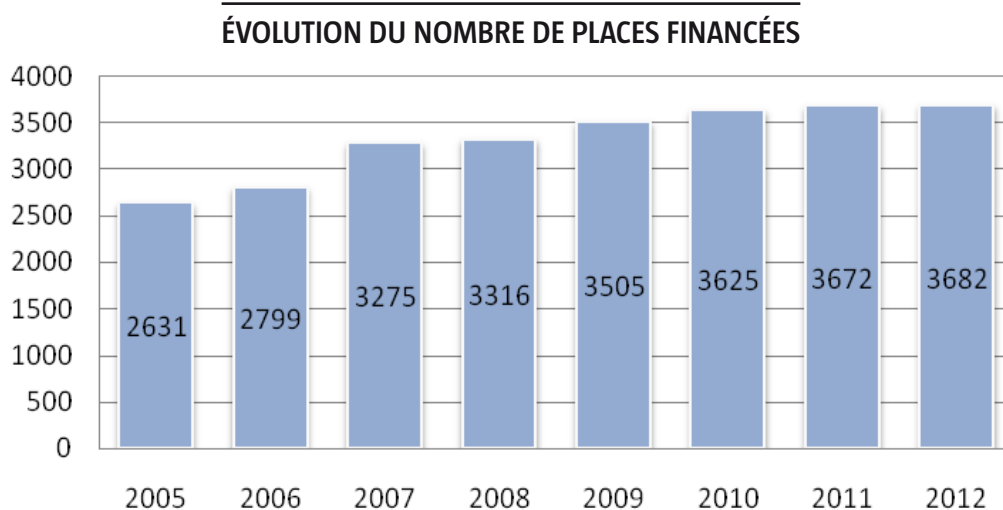
Les établissements et services pour personnes handicapées relèvent très majoritairement du statut associatif, représentant 96 % des structures autorisées par le Conseil général.

RÉPARTITION DES GESTIONNAIRES PAR NOMBRE DE PLACES



7 associations gèrent 85% des places sur le département.

Évolution du nombre d'établissements depuis 2005



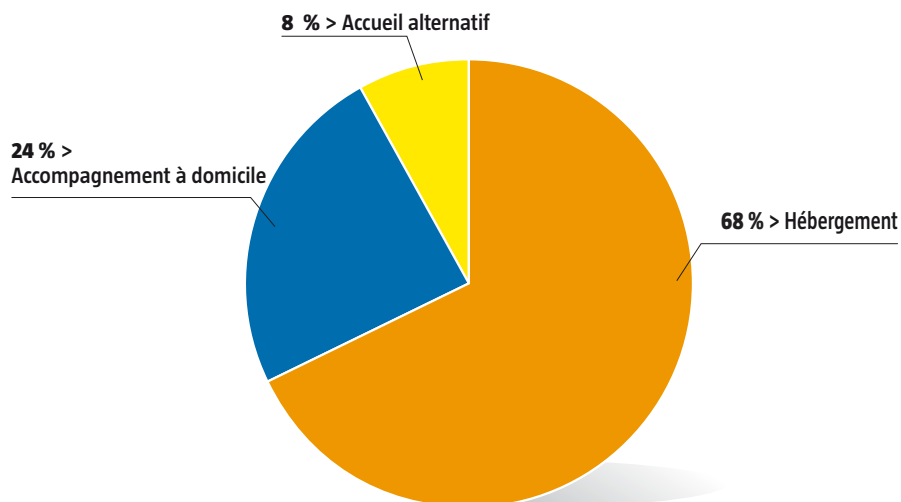
Le nombre de places en établissements et services a augmenté de 40% entre 2005 et 2012, du fait de la mise en œuvre de la programmation du 3^{ème} schéma.

Deux grands types d'accompagnement sont proposés aux personnes en situation

de handicap : l'entrée en établissement ou l'accompagnement à domicile par des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) avec l'appui de services

d'aides à domicile (SAD), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

RÉPARTITION DES PLACES AUTORISÉES SELON LE TYPE D'ACCOMPAGNEMENT



Hébergement = foyer de vie, FAM, foyer d'hébergement et MAS.

Accompagnement à domicile = SAMSAH et SAVS

Accueil alternatif : hébergement temporaire et accueil de jour.

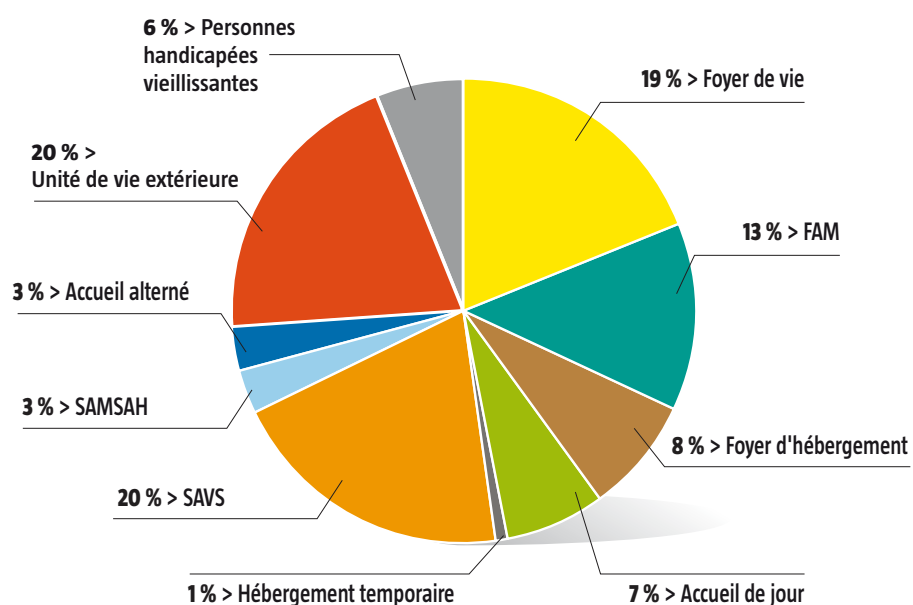
Le nombre de places en institution reste plus élevé qu'en accompagnement à domicile.

Répartition des établissements

Les types d'accompagnement ont évolué et se sont diversifiés. En effet, le paysage des établissements et services s'est transformé avec l'apparition de nouveaux types d'accompagnement à domicile : les SAVS ou les SAMSAH, mais aussi par d'autres formules telles que l'habitat groupé.

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes a également évolué : majoritairement en EHPAD antérieurement, les modes d'accompagnement se sont également diversifiés par la création d'unités spécialisées ou de places en foyers de vie ou FAM spécialisés.

RÉPARTITION DES MODES D'ACCOMPAGNEMENT
DE LA COMPÉTENCE DU CONSEIL GÉNÉRAL



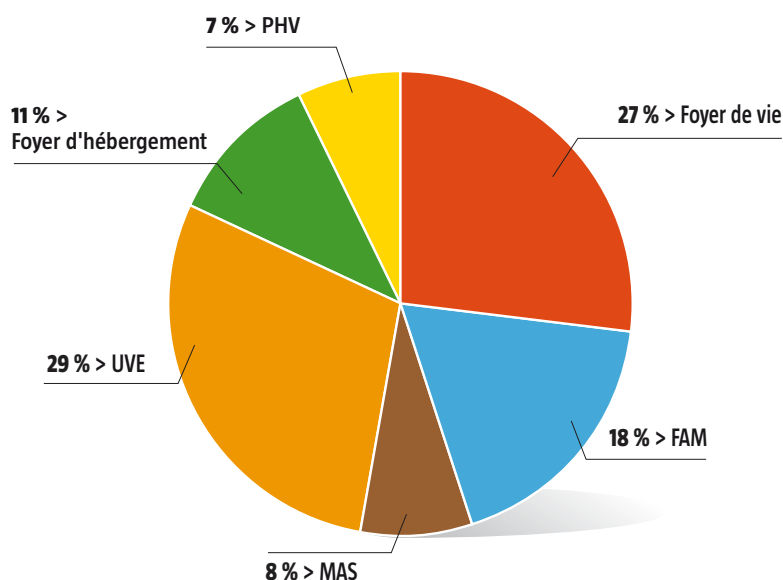
a. L'hébergement des personnes handicapées

L'hébergement des personnes handicapées en établissement est fonction de leur capacité à travailler ou non, et de leurs besoins en soins.

Les foyers d'hébergement accueillent des personnes travaillant en ESAT et/ou en atelier alterné. Les travailleurs d'ESAT peuvent vivre également en Unités de vie extérieure (UVE) ou à domicile.

Les personnes en situation de handicap et ne pouvant travailler, ni en milieu ordinaire, ni en milieu protégé, peuvent être accueillies en foyer de vie, en FAM, ou en MAS en fonction de leurs besoins en soins.

RÉPARTITION DES PLACES D'HÉBERGEMENT
AUTORISÉES PAR TYPE DE STRUCTURE

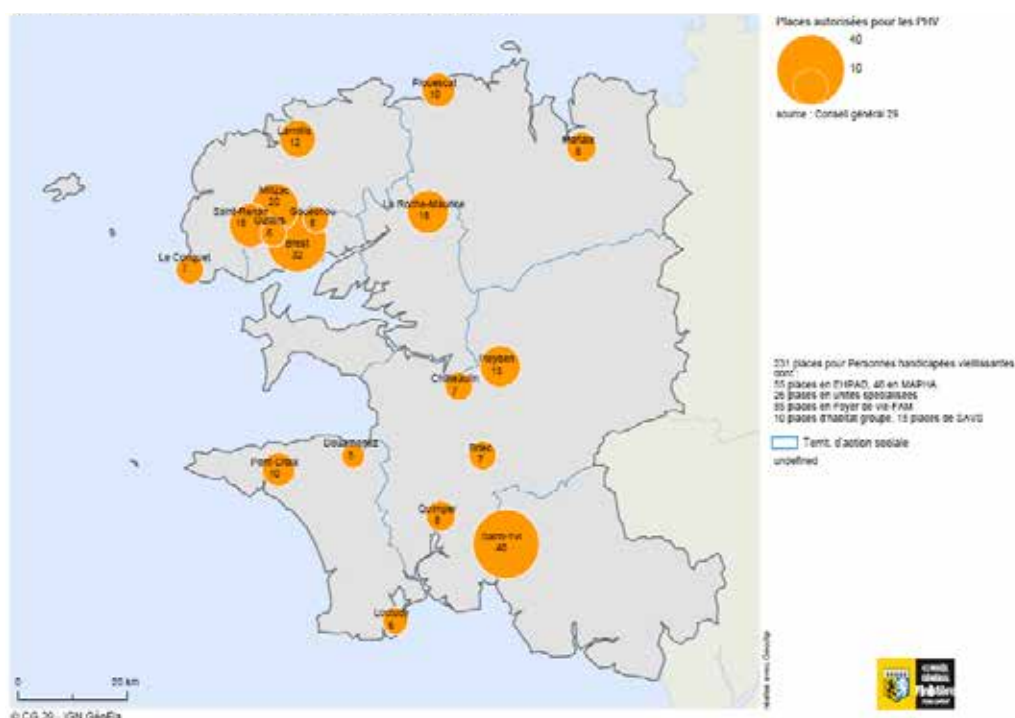


Les autres unités concernent des entités spécifiques : la Maison d'accueil pour personnes handicapées âgées (MAPHA) et de petites unités, qui peuvent être rattachées à des ESAT pour les retraités.

Dans le cadre du troisième schéma, il reste à installer 27 places.

A noter : les foyers de vie et FAM accompagnent les personnes handicapées tout au long de leur vie et travaillent à des projets éducatifs mêlant les générations.

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes ne se limite donc pas aux 231 places mentionnées ci-dessous.



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PLACES INSTALLÉES POUR LES PHV

b. L'accompagnement à domicile des personnes handicapées

L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap peut s'effectuer par l'intervention des SAVS et des

Les SAVS

Selon le décret : « Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. »

Pour ceci, ils apportent un accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne tels que la santé, l'alimentation, le logement, les démarches administratives, la gestion budgétaire, ainsi qu'un accompagnement social permettant l'apprentissage de l'autonomie.

A ce jour, 772 places de SAVS sont autorisées. 25 places de SAVS doivent être installées. Selon les accompagnements nécessaires,

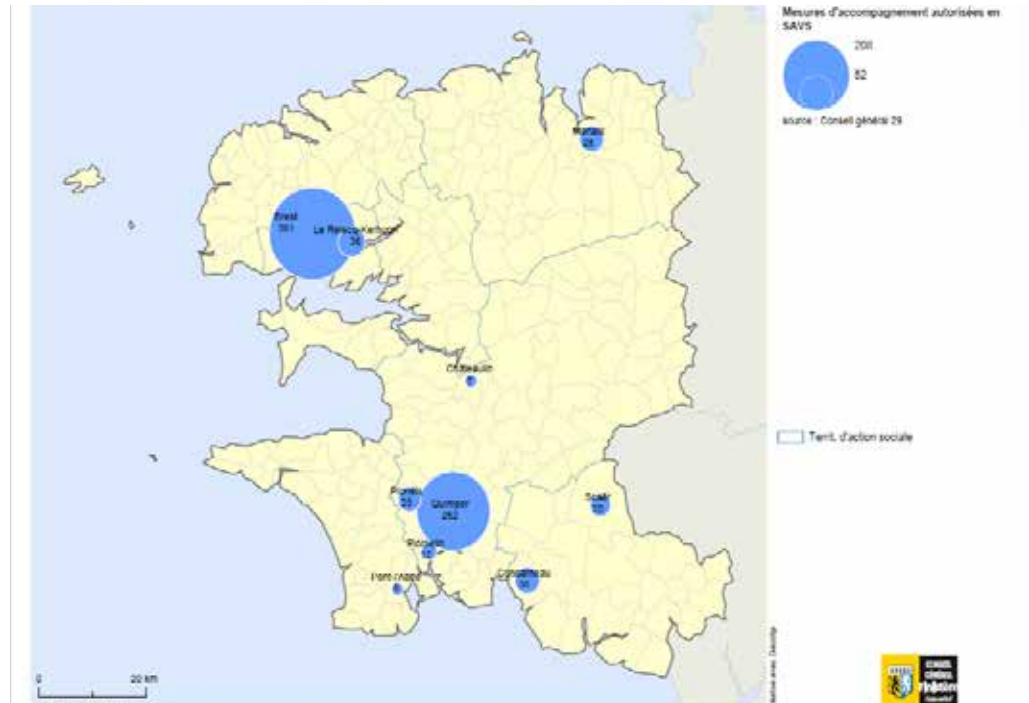
SAMSAH, services réglementés par le décret du 11 mars 2005. L'accompagnement à domicile est davantage orienté vers les SAVS (86%).

une place de SAVS peut concerner plusieurs personnes.

Les SAVS peuvent être transversaux ou spécialisés sur un type de handicap. Dans le Finistère, la majorité des SAVS sont spécialisés dans un type de handicap (psychique, mental, moteur, auditif, visuel, traumatisés crâniens etc.). Les SAVS transversaux s'adressent notamment aux anciens travailleurs d'ESAT.

Les SAVS se situent majoritairement dans les grandes agglomérations du Finistère, il existe aussi des réponses aux besoins des territoires moins peuplés. Les missions confiées aux SAVS par le Conseil général concernent tout le territoire finistérien, quelque soit le leur «siège» du service.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT AUTORISÉES EN SAVS EN 2013



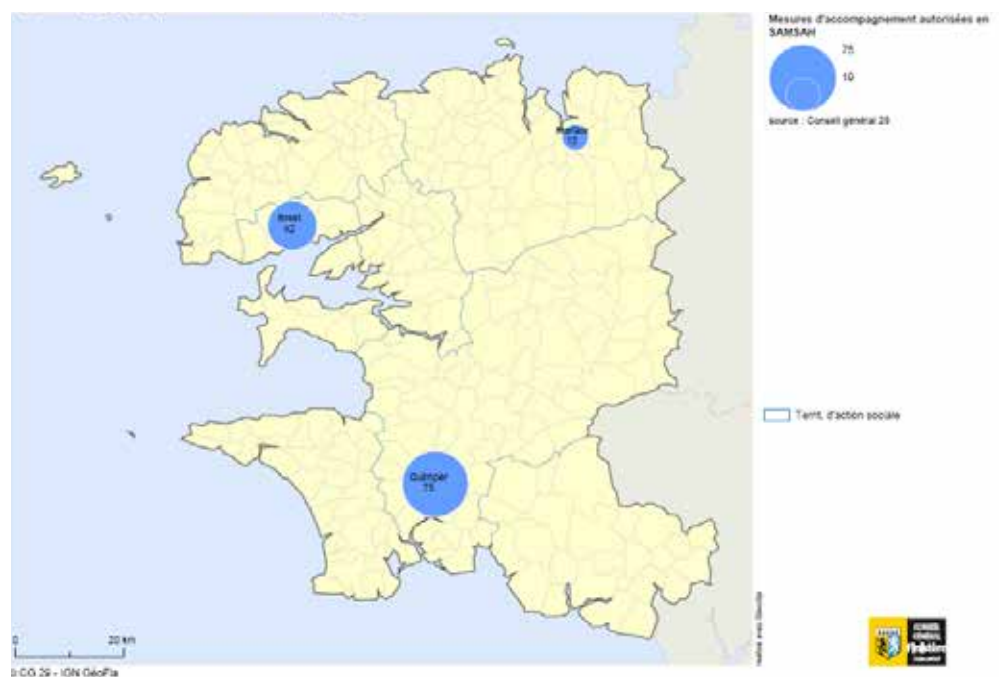
Les SAMSAH

Ils permettent un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne en milieu ordinaire tel que le SAVS. En complément, les SAMSAH apportent « des soins réguliers et coordonnés », ainsi qu'un « accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert »

129 mesures d'accompagnement en SAMSAH sont installées. Elles sont toutes spécialisées, notamment pour les personnes traumatisées crâniennes, ainsi que les personnes porteuses d'un handicap psychique.

Les SAMSAH sont rattachés aux trois grandes agglomérations du Finistère : Brest, Quimper, et Morlaix.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT EN SAMSAH

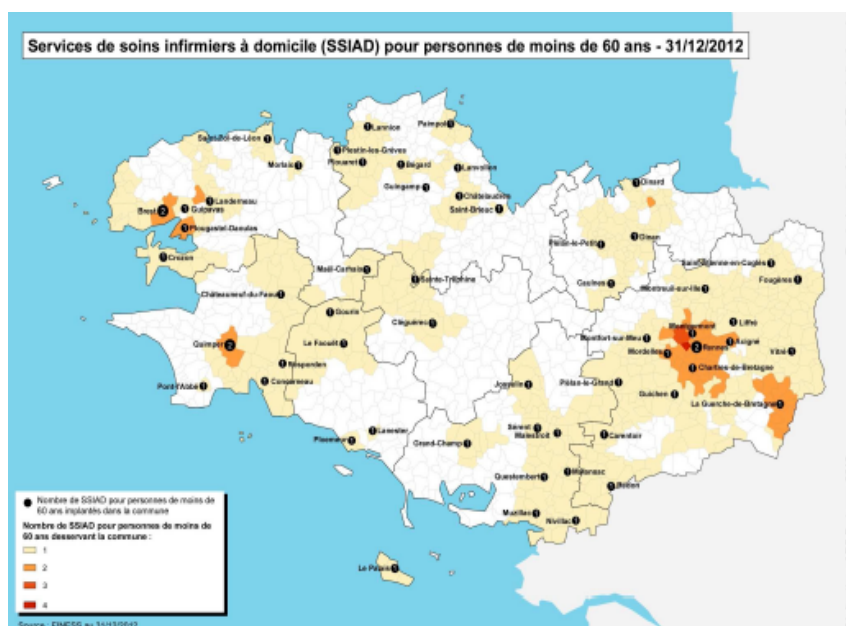


L'intervention des SSIAD et des SAAD

À domicile, les personnes handicapées peuvent avoir accès à d'autres services notamment les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), et les SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile).

L'intervention de SSIAD ou de SAAD peut être proposée aux

personnes et être prévue dans leur plan de compensation du handicap. Champs de compétence de l'ARS ou du Conseil général, ces services apportent une aide dans les actes de la vie quotidienne. Ces deux types de services peuvent être fusionnés, ils portent alors l'appellation de Service polyvalent d'aide et d'accompagnement à domicile (SPASAD).



**SERVICES DE SOINS INFIRMIERS
À DOMICILE (SSIAD) POUR
PERSONNES DE MOINS DE 60 ANS**

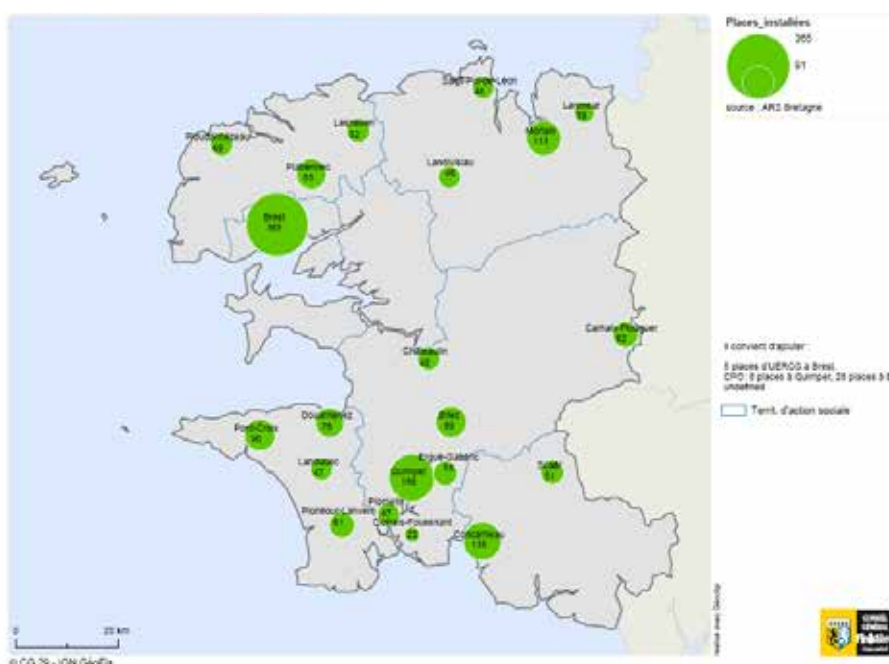
(Source : Données ARS)

c. L'emploi des personnes handicapées en milieu protégé

Les Entreprises et Services d'aide par le travail (ESAT) accueillent des personnes dont le handicap compromet l'insertion professionnelle en milieu ordinaire.

Relevant de la compétence de l'ARS, les ESAT ont pour missions :

- de proposer une activité professionnelle,
- d'offrir un soutien médico-social et éducatif,
- de favoriser l'épanouissement et l'intégration sociale.

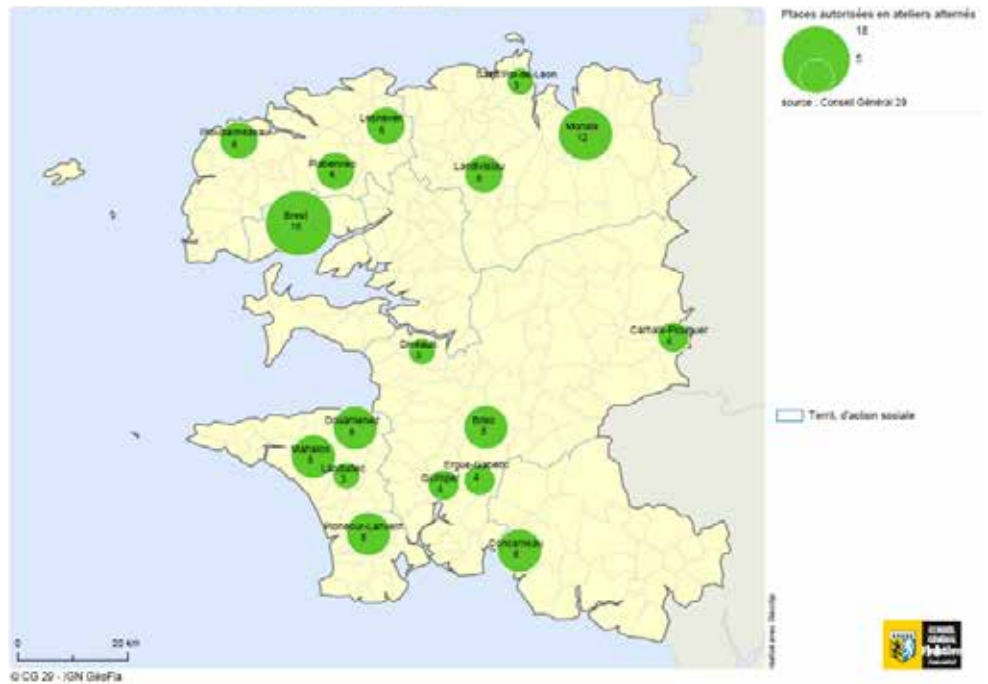


**RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES
PLACES INSTALLÉES EN ESAT**

Au 1^{er} janvier 2013, on comptabilise 26 établissements dans le Finistère (1 788 places).

Les Ateliers Alternés, compétence du Conseil général, accueillent à mi-temps des travailleurs d'ESAT ne pouvant plus exercer leur activité à temps-plein. Ces services s'adressent principalement

aux travailleurs vieillissants mais pas encore en âge de prendre leur retraite, ou aux autres travailleurs ayant besoin d'un rythme de travail moins soutenu. Ce temps partiel est complété par un temps éducatif et pédagogique.



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PLACES AUTORISÉES EN ATELIERS ALTERNÉS

d. L'accueil temporaire

L'accueil temporaire, tel que défini par le règlement départemental d'action sociale, s'adresse aux personnes handicapées de tous âges et aux personnes âgées et consiste en un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

Plus communément, ils sont appelés accueil de jour et hébergement temporaire.

Ces types d'accueil ont pour vocation d'apporter des temps de répit aux aidants familiaux, particulièrement dans le cadre du maintien à domicile. Ils constituent parfois des phases de transition entre deux formes d'accompagnement.

L'accueil de jour et l'hébergement temporaire ne peuvent être cumulatifs.

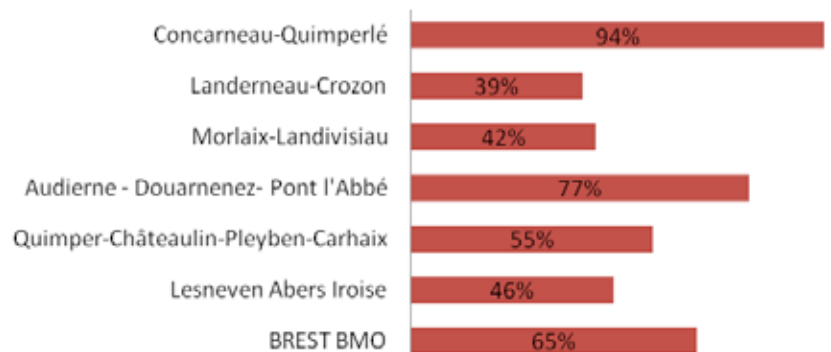
Ils permettent l'accueil et l'accompagnement de personnes maintenues à domicile dans la limite de 90 jours par an pour les hébergements temporaires.

Accueil de jour

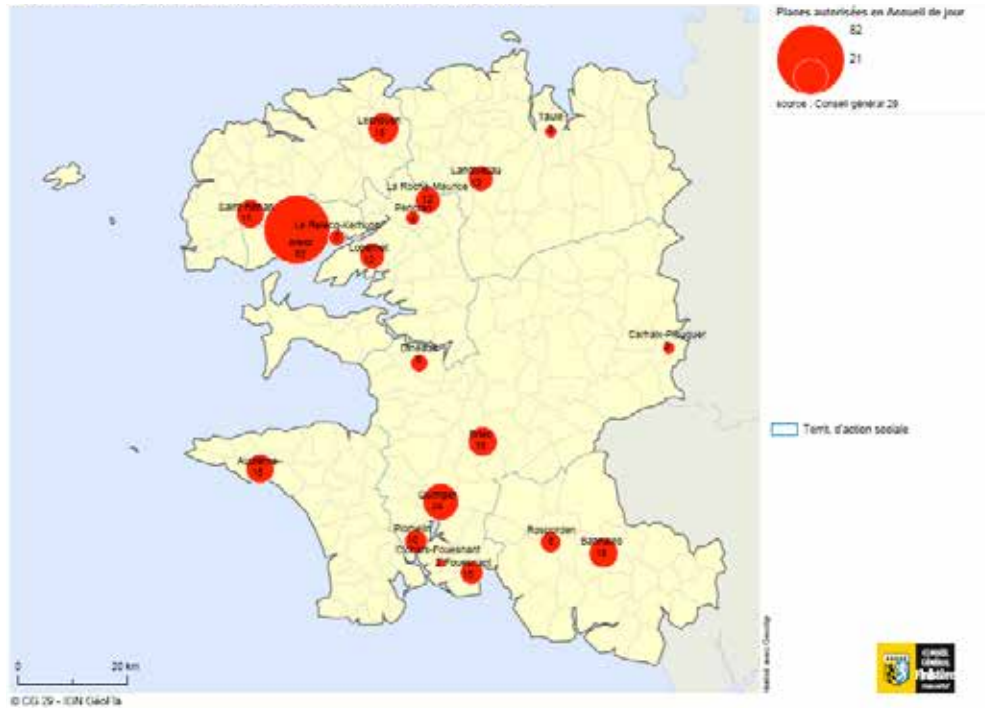
La fréquentation des accueils de jour est relativement faible. Des places restent disponibles, seules 57% des places sont occupées sur le territoire du Finistère.

Une réflexion est en cours pour permettre de mieux comprendre les raisons de cette faible fréquentation et de procéder à d'éventuels ajustements (cf fiche action n°4-3).

FRÉQUENTATION DES ACCUEILS DE JOUR PAR TERRITOIRE



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PLACES AUTORISÉES EN ACCUEIL DE JOUR

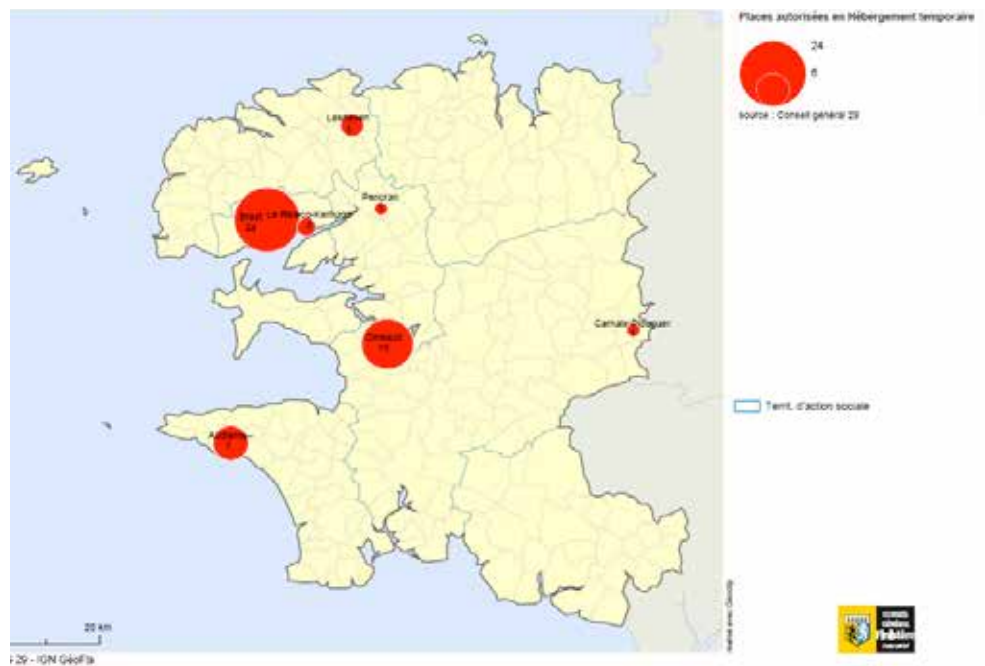


Hébergement temporaire

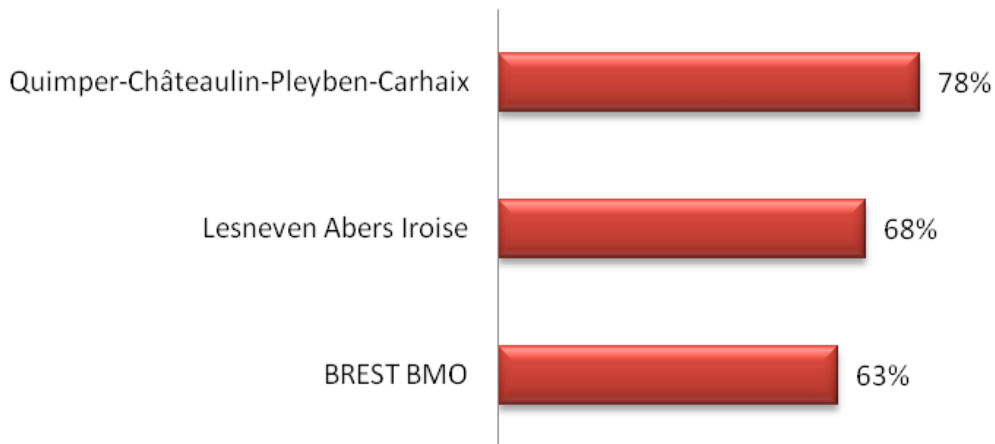
Les établissements d'hébergement temporaire se situent essentiellement dans l'ouest du territoire.

Un service d'accueil de nuit est ouvert sur le territoire de Brest Métropole Océane.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PLACES AUTORISÉES EN HÉBERGEMENT TEMPORAIRE



FRÉQUENTATION DES HÉBERGEMENTS TEMPORAIRES PAR TERRITOIRE

**e. L'accueil familial**

L'accueil familial constitue une alternative à l'entrée en établissement et au maintien à domicile. Il permet d'être accueilli dans une famille, qui apporte l'aide et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.

Pour pouvoir exercer cette activité professionnelle, l'accueillant familial reçoit un agrément par le Conseil général qui est régulièrement vérifié. Il dispose ainsi de droits et d'obligation

envers la personne accueillie. L'accueillant familial doit garantir le bien-être physique et moral, la sécurité, le respect des convictions politiques, religieuses de la personne, et doit se conformer au choix des médecins et auxiliaires de soins, ainsi que préserver les relations sociales et garantir une intimité.

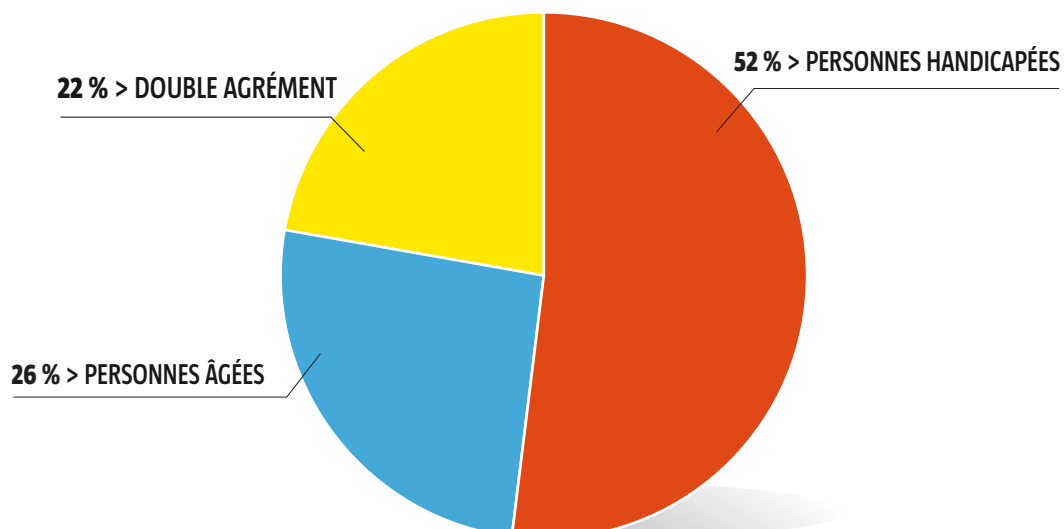
La personne accueillie a également des devoirs, elle doit notamment respecter la vie familiale de l'accueillant.

Les familles d'accueil

Dans le Finistère, 140 familles d'accueil sont agréées : 36 personnes bénéficient d'un agrément afin d'accueillir des

personnes âgées, 73 des personnes handicapées et 31 ont les deux conjointement. Le double agrément tend à se développer.

AGRÉMENT DES FAMILLES D'ACCUEIL PAR TYPE DE PUBLIC



246 places sont disponibles pour ce dispositif, soit un peu moins de 2 agréments par famille.

Les places se répartissent de la manière suivante :

- 119 places pour les personnes handicapées,
- 63 places pour les personnes âgées et handicapées,
- 64 places sont agréées uniquement pour les personnes âgées.

Ce sont majoritairement des femmes qui sont agréées (17 hommes contre 123 femmes, soit 13% d'hommes)

La répartition par territoire des familles d'accueil est homogène entre le nord et le sud Finistère.



RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES FAMILLES D'ACCUEIL AGRÉÉES

Le nombre de famille d'accueil tend à diminuer. Elles étaient 151 en 2007. Les personnes accueillantes ont en moyenne 57 ans, la plus jeune a 33 ans, la plus âgée a 79 ans.

Les personnes accueillies en famille d'accueil

104 personnes handicapées sont accueillies en famille d'accueil, dont 59% sont des hommes.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE FAMILLE D'ACCUEIL



L'accompagnement des personnes en famille d'accueil

Si le contrat passé entre l'accueillant et la personne accueillie est un contrat de gré à gré, le Conseil général a mis en place des services de suivi destinés à favoriser l'accueil dans de bonnes conditions, respectant les projets de vie de la personne accueillie et de l'accueillant.

Le suivi des personnes accueillies et la mise en relation avec les personnes accueillantes et les personnes accueillies se font soit par l'association Don Bosco dans le nord-Finistère, soit par le Centre hospitalier intercommunal de

Cornouaille (CHIC) dans le sud-Finistère, dans le cadre d'un marché public.

Ces deux services de suivi accompagnent et aident les usagers.

En fonction du projet de vie déterminé par la personne en situation de handicap, et son orientation (foyer de vie), le service de suivi la mettra en relation avec une famille d'accueil.

Des étapes sont nécessaires dans cet accompagnement :

- une évaluation par le médecin du Conseil général,
- l'aide administrative à l'entrée en accueil familial,

- les garanties à l'entrée,
- un appui technique à la rédaction du contrat d'accueil familial.

Ensuite, ces deux organisations sont chargées du suivi médico-social des personnes handicapées. Ce suivi permet de s'assurer du bien-être de la personne accueillie, de sa sécurité et de la réalisation de son projet de vie. Il se fait principalement par des visites à domicile (1 visite par mois).

2. Les établissements et services à destination des enfants en situation de handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation

à la citoyenneté pose pour principe la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire. Un accompagnement adapté doit être mis en place par l'éducation nationale, si besoin.

Pour les enfants plus lourdement handicapés, des services et établissements médico-sociaux complètent le dispositif. Ils relèvent de la compétence de l'ARS.

Les taux d'équipement du Finistère (en comparaison avec données nationales et Bretagne)

	Taux d'équipement global en hébergement	Taux d'équipement en SESSAD
Côtes-d'Armor	6,4	3,7
Finistère	5,7	2,9
Ille-et-Vilaine	5,7	3,1
Morbihan	5,5	2,9
Bretagne	5,8	3,2
France	6,9	2,8

(Source : Drees, Statiss 2012 et INSEE, Taux d'équipement au 1.01.2012 par catégorie d'établissement : lits ou places pour 1 000 enfants de 0 à 20 ans.)

Contrairement au secteur des adultes handicapés, les taux d'équipements en matière d'hébergement et de places de SESSAD sont inférieurs, respectivement, à la moyenne nationale et de la région Bretagne.

a. Les établissements

Les Instituts médico-éducatifs (IME)

Les Instituts médico-éducatifs accueillent des enfants et adolescents souffrant principalement d'une déficience intellectuelle. Ils accueillent les enfants entre 6 et 20 ans.

Les Instituts thérapeutiques, éducatifs, et pédagogiques (ITEP)

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques ont pour vocation d'accueillir des enfants ou adolescents présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement importants, sans pathologie psychotique ni déficience intellectuelle.

Les Institutions d'éducation motrice (IEM)

Les instituts d'éducation motrice prennent en charge des enfants présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction de leur autonomie.

b. Les services

Les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)

Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile interviennent dans le cadre d'une intégration scolaire ou de l'acquisition de l'autonomie jusqu'à l'âge de 20 ans en apportant une aide par un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisé. Ils sont spécialisés par type de handicap et portent des appellations différentes.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile interviennent auprès d'enfants et d'adolescents porteurs de déficiences intellectuelles et motrices, ainsi que pour les troubles du caractère et du comportement.

Les Services de soins et d'aide à domicile (SSAD)

Les services de soins et d'aide à domicile interviennent notamment pour le polyhandicap, qui associe une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde.

Les Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP)

Les services d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les déficiences auditives et visuelles graves des enfants de 0 à 3 ans.

Les Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire (SSEFIS)

Les services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire pour les déficiences auditives graves des enfants de plus de 3 ans.

Les Instituts d'éducation sensorielle (IES)

Les instituts d'éducation sensorielle accueillent des enfants souffrant d'une déficience visuelle ou auditive.

Autres types d'établissements

Les établissements pour enfants polyhandicapés accueillent des jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle grave associée à une déficience motrice importante qui entraîne une restriction de leur autonomie.

Les établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. Ils visent ainsi à promouvoir de nouvelles formes de prise en charge.

Les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire (SAAAIS)

Les services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire portent sur les déficiences visuelles graves des enfants de plus de 3 ans.

Les Centres d'action médico-social précoce (CAMSP)

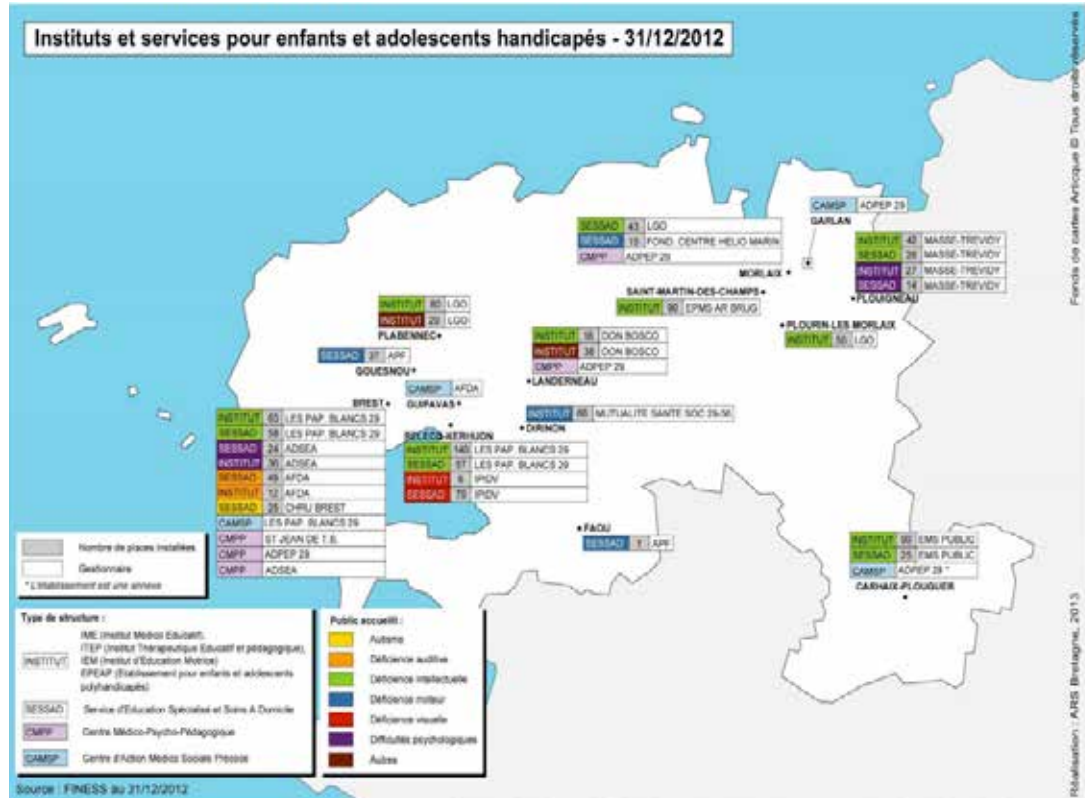
Les centres d'action médico-sociale précoce ont pour objectif le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans qui présentent des déficiences sensorielles, motrices ou mentales. L'accompagnement est effectué par une équipe pluridisciplinaire et est assuré, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaire et la PMI. Les CAMSP doivent prendre en charge à la fois les problèmes somatiques, psychiques et sociaux de ces jeunes enfants, et les besoins d'aide et d'accompagnement de leurs parents. La compétence est partagée avec le Conseil général qui finance les centres à hauteur de 20 %.

Les Centres médico-psycho-pédagogique (CMPP)

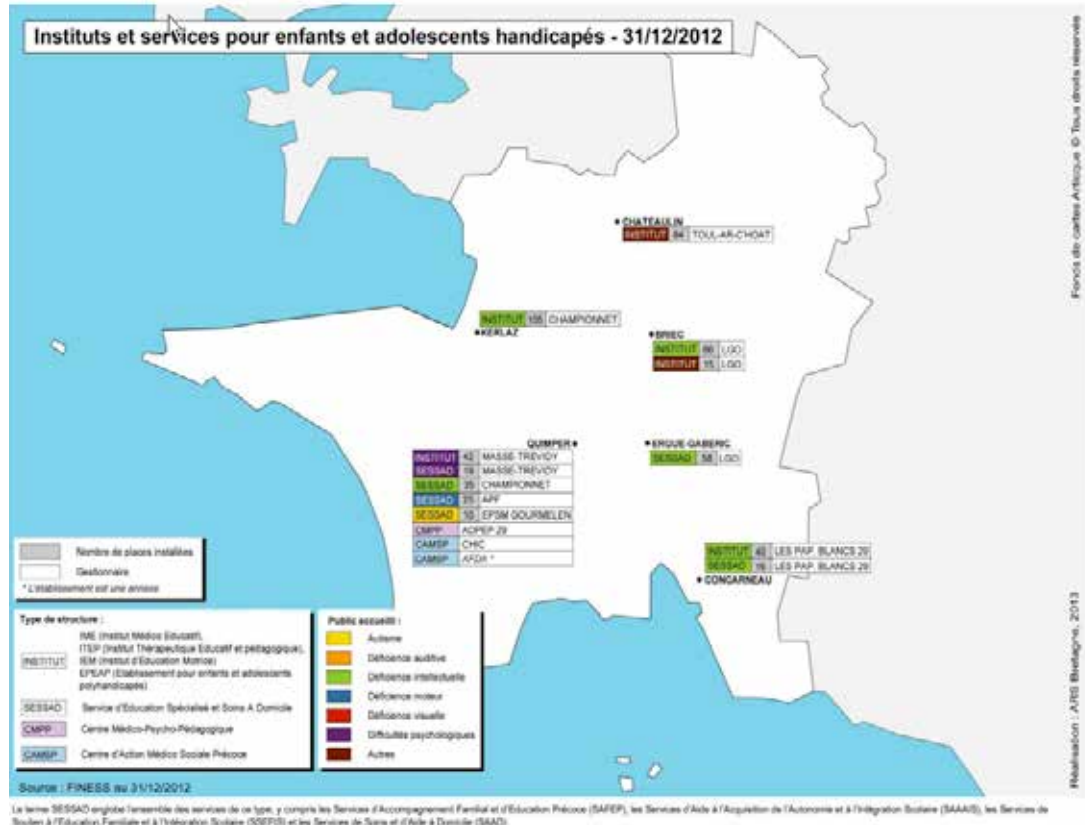
Les centres médico-psycho-pédagogiques sont des services médico-sociaux qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Ils reçoivent des enfants et des adolescents présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement de nature à compromettre la poursuite d'une scolarisation dans le milieu ordinaire, voire le maintien de l'enfant dans son milieu familial.

c. Cartographies des équipements et services

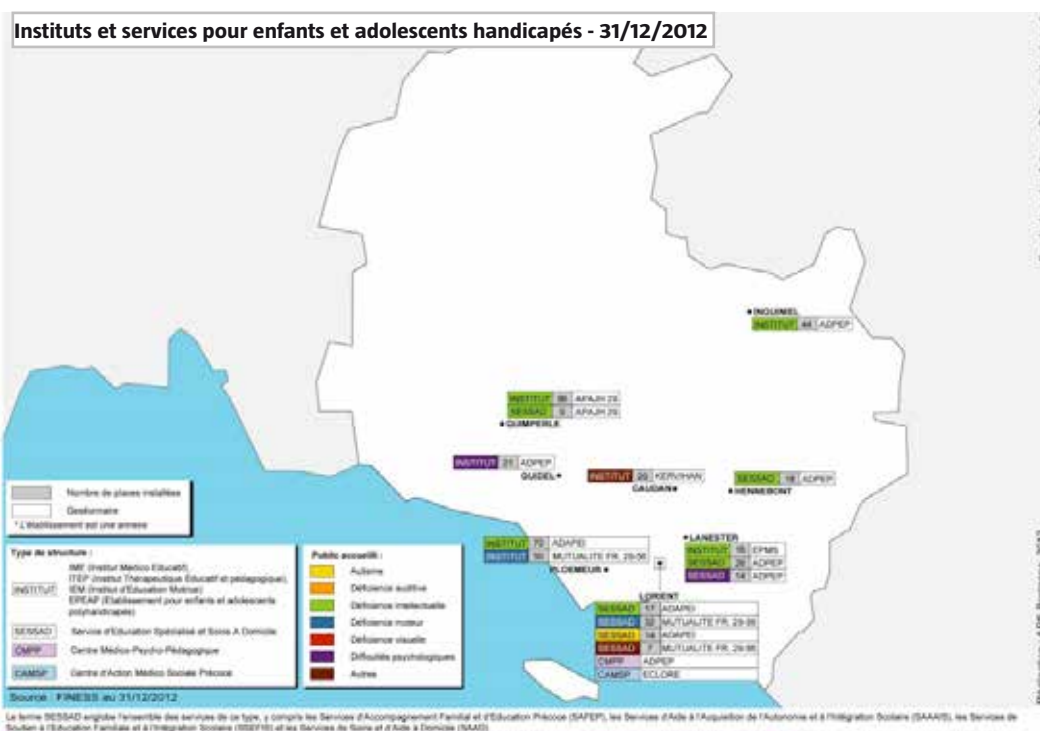
Pour l'enfance handicapée, les cartes conformément au découpage territorial sont présentées par territoire de santé, de l'ARS.



STRUCTURES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS



Le territoire de santé n°3 est commun avec le département du Morbihan.



STRUCTURES POUR ENFANTS HANDICAPÉS

C. L'étude des demandes de place d'hébergement pour adultes handicapés

Depuis 2011, le Conseil général a construit un outil de gestion partagée des listes d'attente avec les gestionnaires d'établissements et services. Recensant 98 % de l'offre disponible sur le département, cet outil permet de connaître les

listes d'attente de façon fiable et quasi instantanée.

Ces places relèvent du financement du Conseil général, de l'assurance maladie, ou d'un double financement.

L'outil permet de disposer d'une vision globale des demandes d'inscription. Ainsi pour 2012, 813 personnes sont en attente d'une place correspondant à leur souhait.

Les personnes sont dans des situations diverses : à domicile, dans une structure

qui ne correspond pas à leur orientation ou dans une structure qui correspond à leur orientation mais avec un souhait de mobilité. Par exemple, parmi les 404 personnes ayant effectué des demandes de places en foyers de vie : 66 sont à domicile, 294 personnes sont en situation d'inadéquation (accueil en foyer d'hébergement d'ESAT, en IME...) et 44 sont déjà hébergés au sein de foyer de vie et souhaitent changer de lieu de vie.

	Nombre de dossiers		Compétence
Foyer de vie	404	404	Conseil général
Maison d'accueil spécialisée	59	176	État
ESAT	117		
ESAT avec accompagnement social	21	193	Conseil général / État
ESAT avec hébergement	45		
Foyer d'accueil médicalisé	99		
SAMSAH	28		
Total des dossiers avec orientations		773	
Dossiers sans orientations ou orientations en cours		40	
TOTAL des dossiers		813	

Les personnes orientées en foyer de vie

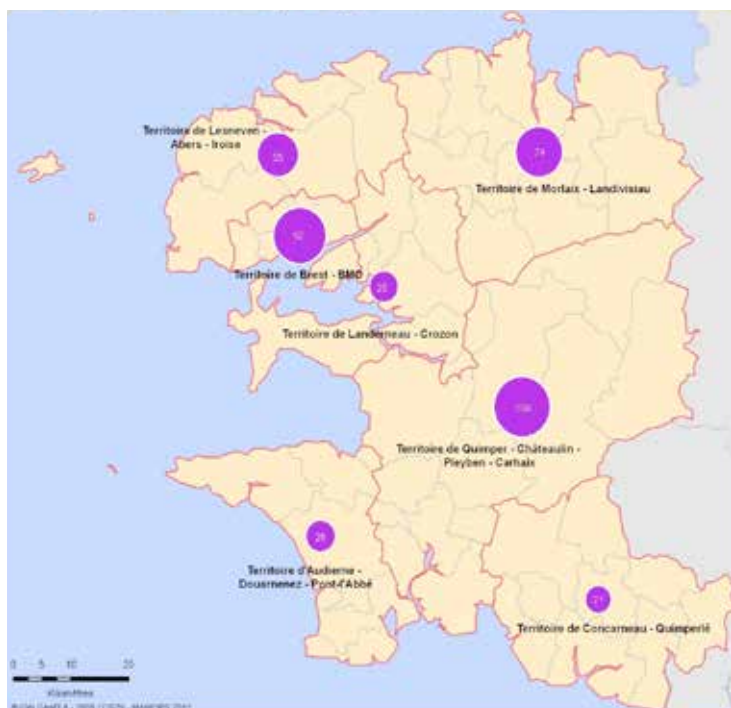
404 personnes étaient inscrites sur les listes d'attente départementales pour une place en foyer de vie.

Parmi, ces 404 personnes :

- 44 personnes sont à domicile
- 66 personnes en foyer de vie
- 294 personnes sont dans divers établissements (ESAT avec hébergement, Accueil de jour, hébergement temporaire, IME, structure hospitalière, accueil familiale, Foyer d'hébergement sans être en ESAT).

La majorité des situations d'inadaptation concernent les retraités d'ESAT, les jeunes de plus de 20 ans en IME et les personnes en accueil de jour.

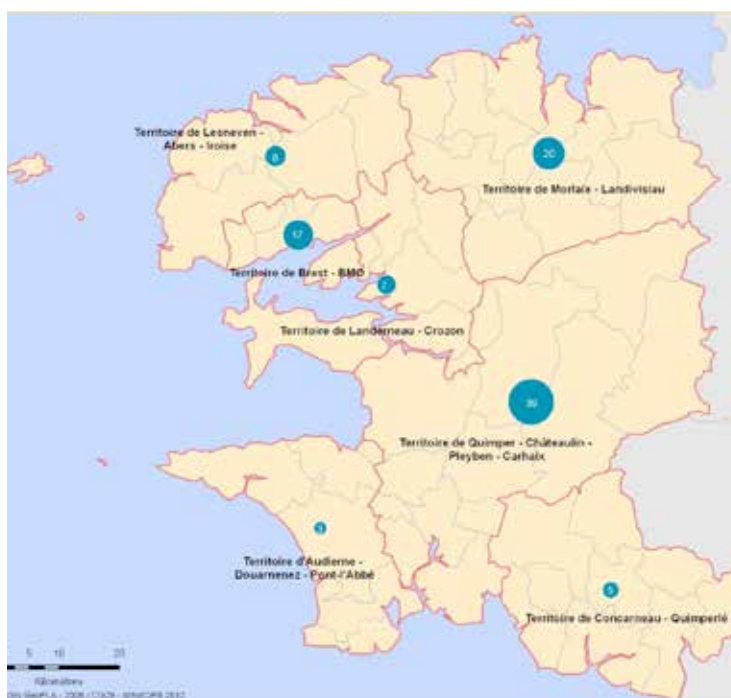
SITUATION DES PERSONNES ORIENTÉES EN FOYER DE VIE PAR TERRITOIRE D'ACTION SOCIALE



Les personnes orientées en FAM

Les personnes inscrites sur les listes d'attente et orientées en FAM sont au nombre de 99, dont 16 personnes à domicile, 9 hébergées en FAM et 74 suivies dans des établissements et services du Finistère, inadéquats par rapport à leurs orientations.

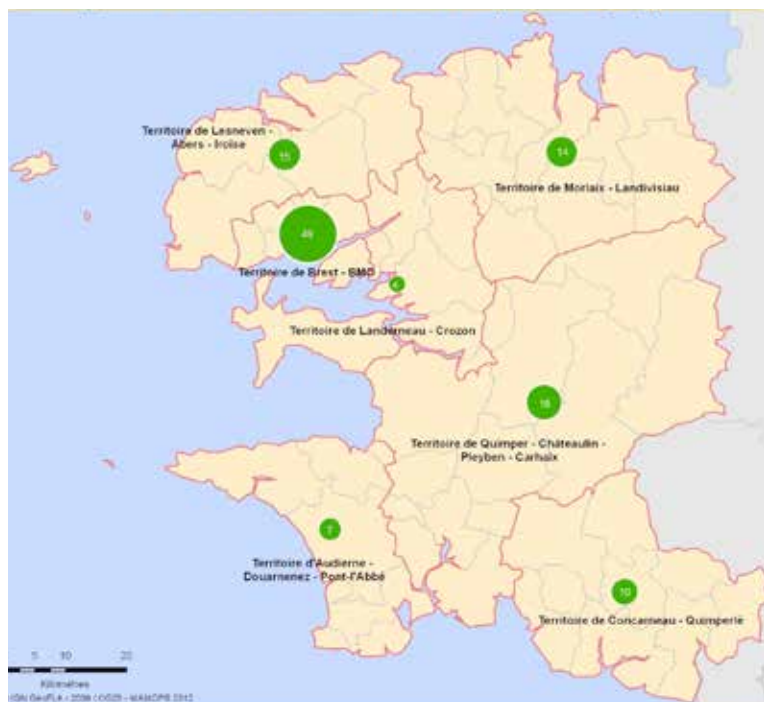
SITUATION DES PERSONNES ORIENTÉES EN FOYER MÉDICALISÉ PAR TERRITOIRE D'ACTION SOCIALE



Les personnes orientées en ESAT

117 personnes sont inscrites en liste d'attente, dont 84 personnes à domicile, 11 personnes en ESAT et 22 personnes suivies dans d'autres établissements et services.

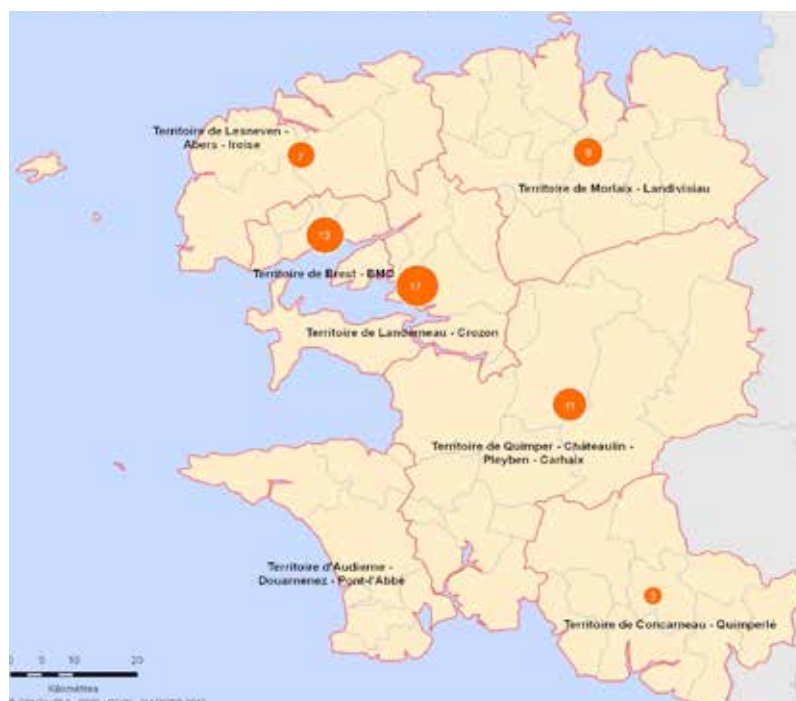
SITUATION DES PERSONNES ORIENTÉES
EN ÉTABLISSEMENT ET SERVICE D'AIDE
PAR LE TRAVAIL (ESAT) PAR TERRITOIRE
D'ACTION SOCIALE



Les personnes orientées en MAS

59 personnes sont inscrites sur liste d'attente dont 5 sont à domicile, 6 en MAS et 48 personnes suivies dans les établissements et services, principalement en IME et en FAM.

SITUATION DES PERSONNES ORIENTÉES EN
MAS PAR TERRITOIRE D'ACTION SOCIALE



Jeune de plus de 20 ans en IME

141 jeunes ont demandé une inscription dans une autre structure, dont 131 qui relèvent d'une situation d'inadéquation.

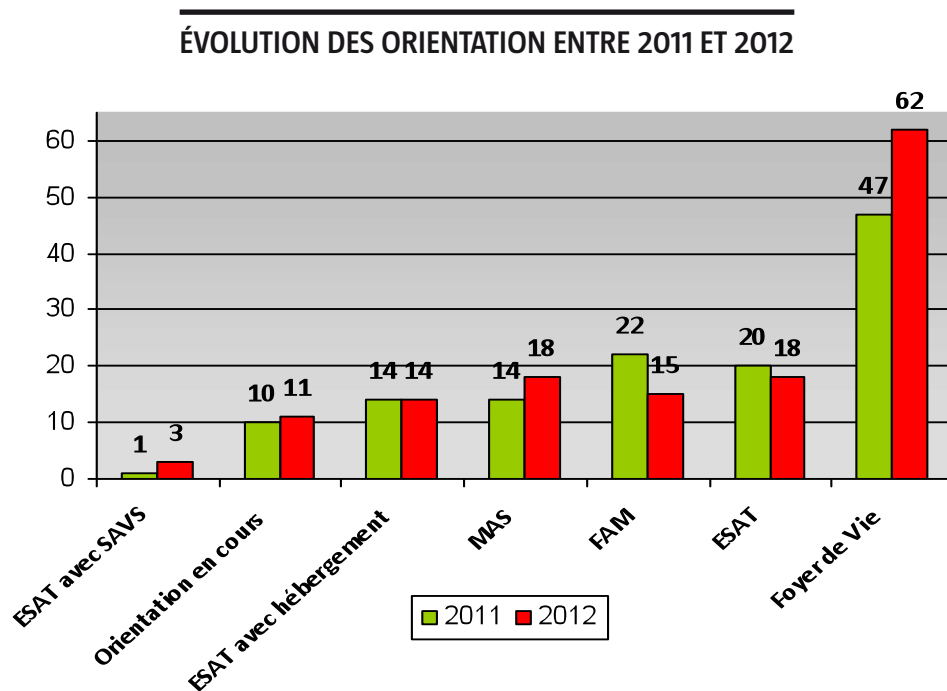


Tableau des besoins après mise en œuvre des places :

Foyer de vie
FAM

Solde des besoins après les ouvertures du 3^{ème} schéma

273 (contre 278 en 2011)

46 (contre 34 en 2011)

Troisième partie

Le quatrième schéma

Le 4^{ème} schéma départemental s'inscrit totalement dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 qui proclame les principes d'égalité, de non-discrimination, de citoyenneté et de liberté de faire ses choix de vie. Il s'accompagne d'une programmation ambitieuse. C'est 385 places d'accueil nouvelles, en services et en établissements, correspondant à une enveloppe de 10,5 millions d'euros de fonctionnement annuel supplémentaire qui vont être créées.

Favoriser l'autonomie

Le schéma prévoit des actions très concrètes pour accompagner les personnes handicapées vers le développement de leur autonomie. Il s'agit, d'abord, de faciliter leur vie quotidienne en allégeant les démarches, par exemple par la mise en place d'un dossier unique d'inscription ou encore la création d'une commission départementale de régulation des admissions en établissements.

D'autres actions emblématiques sont prévues : le développement de nouveaux services à domicile, le soutien aux établissements qui s'engagent dans des démarches actives d'ouverture sur la vie de la cité ou encore la création d'une structure spécialisée d'accompagnement vers l'autonomie des jeunes adultes.

Participer à la vie sociale

L'ambition du schéma est aussi de développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale. Il s'agit de prendre en compte le handicap dans toutes les politiques conduites par le Conseil général mais aussi d'impulser des actions nouvelles auprès de nos partenaires.

Transports, aménagement du territoire, culture, sports, accès aux loisirs, aide à la parentalité...la situation des personnes handicapées doit être prise en compte dans tous les projets. Ces derniers étant portés par de nombreux partenaires, collectivités et associations notamment, il importe de sensibiliser ceux-ci à cette question en nous appuyant sur les lieux de dialogues et d'échanges que nous avons créés avec eux.

Préparer le vieillissement

Les personnes handicapées vivent mieux et plus longtemps. Cette grande chance de l'allongement de la vie doit permettre de profiter pleinement de ces nouvelles années. Pour ce faire, l'avancée en âge renforce la nécessité de personnaliser les réponses. Le 4^{ème} schéma cherche à développer des solutions diversifiées, à domicile ou en établissements, tout en prenant en compte les besoins des aidants familiaux.

La concertation se poursuit...

Ce schéma est issu d'un important travail de concertation avec les associations représentant les personnes handicapées et leurs familles, les gestionnaires d'établissements et de services, l'Agence régionale de santé mais aussi bien d'autres partenaires. La mise en œuvre du schéma sera animée par le même esprit de concertation et de transparence, avec des réunions régulières du comité de pilotage.

Le quatrième schéma

I. La méthode d'élaboration du 4^{ème} schéma à destination des personnes handicapées

L'élaboration du 4^{ème} schéma en faveur des personnes handicapées est le fruit d'une année de travail collaboratif et de concertation avec les associations représentantes des personnes handicapées et leurs familles, les gestionnaires d'établissements, la MDPH, les représentants du personnel, des Établissements sociaux et médico-sociaux, la Direction départemen-

tales de la cohésion sociale (DDCS) et les services de l'Agence Régionale de Santé.

Les partenaires du Conseil général ont ainsi été réunis et consultés, selon trois modalités :

- un comité de pilotage,
- des groupes de travail,
- deux réunions partenariales.

Cette concertation a été lancée le 22 mars 2012 par la présentation d'un diagnostic de l'offre et des besoins, suivie d'une proposition de composition des groupes de travail et de leur périmètre de réflexion.

Calendrier de l'organisation du schéma

Lancement du schéma	Réunion des partenaires	22 mars 2012	Lancement de la réflexion et mise en place du comité de pilotage
Phase de concertation	Comité de pilotage	26 avril 2012	Définition des groupes de travail
		10 juillet 2012	Point sur les premières réunions des groupes
		26 octobre 2012	Point sur l'avancement des groupes
		12 février 2013	Bilan des groupes de travail
		7 Mai 2013	Formulation des axes prioritaires
Groupes de travail	Réunions d'étape des partenaires	Mai 2012 à Janvier 2013	Mener une réflexion et faire des propositions d'actions
		4 Avril 2013	Présentation aux partenaires des réflexions des groupes de travail
Phase de décision	Assemblée Plénière	20 Juin 2013	Vote des orientations du schéma

A. Le comité de pilotage

Présidé par le Président ou Nathalie SARRABEZOLLES, Vice-présidente chargée des Solidarités, le comité de pilotage a été installé le 26 avril 2012. Il est composé de représentants des usagers et de leurs familles, de l'Agence régionale de santé, de l'Etat (DDCS) de gestionnaires d'établissements, de représentants des conférences de territoire (collège de

l'offre sanitaire), des services de tutelles, de représentants des syndicats. Des conseillers généraux, la MDPH et des représentants de l'association des maires sont également présents.

Pendant la phase de concertation, les missions du comité de pilotage ont été les suivantes :

- Rôle général de concertation et de validation,
- Composition et définition des groupes de travail,

- Réorientation des travaux des groupes de travail au besoin,
- Définition du calendrier.

Pendant la phase de mise en œuvre du schéma, les missions du comité de pilotage sont les suivantes :

- Pilotage de la mise en œuvre du schéma,
- Arbitrage sur les décisions opérationnelles,
- Demande de travaux de consultations complémentaires auprès de groupes de travail.

B. Les groupes de travail

Le comité de pilotage a défini les cinq groupes de travail répondant à des problématiques analysées dans le cadre du schéma précédent et de nouvelles soulevées depuis.

Ces cinq groupes de travail, pilotés et copilotés par des élus et des représentants d'usagers, ont réuni 120 personnes de fin juin 2012 à fin janvier 2013. La composition de ces groupes se caractérise par la pluridisciplinarité de ses membres, issus des instances partenaires du Conseil général, tant usagers que professionnels.

La restitution des travaux a été construite sous forme de fiches actions, au regard des thématiques abordées lors des rencontres.

Groupe de travail 1 : Orientations et admissions

Les membres de ce groupe ont travaillé sur l'orientation des personnes en situation de handicap et leur admission

en établissement et services. Plusieurs problématiques particulières ont été soulevées, telles que l'admission des jeunes de plus de 20 ans toujours accueillis dans les établissements pour enfants et adolescents, l'orientation FAM/MAS ou les travailleurs d'ESAT orientés prématurément en hébergement occupationnel.

Groupe de travail 2 : Prospective, adaptation et optimisation de l'offre : adapter l'offre aux besoins et s'assurer de la pertinence de l'offre existante

Les membres de ce groupe ont repris des thématiques apparues lors du troisième schéma notamment la situation des personnes handicapées vieillissantes et les accueils dits alternatifs (accueil de jour, hébergement temporaire, accueil séquentiel). De nouvelles thématiques ont été abordées : l'accompagnement de personnes porteuses de handicaps peu ou pas abordés encore dans les schémas (TED, pathologies d'origine dégénératives, l'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique, etc.), ainsi que le régime juridique des Unités de Vie Extérieure.

En outre, l'ensemble des comptes-rendus et documents présentés lors des groupes de travail, comités de pilotage et réunions sont disponibles sur le site du Conseil général www.cg29.fr – rubrique Personnes handicapées.

C. Les réunions partenariales

Dans un objectif de transparence de la démarche de concertation, le Conseil général a fixé deux réunions pour lancer la démarche de concertation et rendre compte des travaux établis par les groupes de travail.

Groupe de travail n°3 : Projet de vie

Les membres de ce groupe ont travaillé sur la notion de parcours de vie et de projet de vie abordant les composantes de ce dernier telles que la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, la vie étudiante, la parentalité et la vie sexuelle et affective des personnes handicapées.

Groupe de travail n°4 : Accès à la culture, au sport et aux loisirs

L'accessibilité aux sports, aux loisirs et à la culture ont été largement abordées par les membres du groupe 4 qui ont échangé sur les diverses problématiques et proposé des pistes de travail pour renforcer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale.

Groupe de travail n°5 : Information, communication et formation.

Les membres du groupe 5 ont travaillé sur deux thèmes distincts :

- l'information et la communication,
- la formation.

II. Les orientations

Des conclusions des groupes de travail ont été retenues, en concertation avec le Comité de pilotage, cinq orientations prioritaires déclinées sous forme de fiches actions.

A. Orientation n°1 :

Faciliter les démarches des personnes handicapées

Faciliter les démarches des personnes handicapées représente un réel enjeu pour le département afin de favoriser l'accès aux droits des personnes handicapées et leur plein exercice.

Plusieurs actions découlent de cette orientation en réponse à des logiques de proximité, de meilleure information, de fluidité des admissions et des orientations.

Fiche-Action 1.1.	Développer les outils d'information
Fiche-Action 1.2.	Diffuser l'action de la MDPH sur le territoire départemental en s'appuyant sur les territoires d'action sociale et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique
Fiche-Action 1.3.	Mettre en place un dossier unique d'inscription
Fiche-Action 1.4.	Mettre en place une commission départementale chargée de la régulation des admissions

B. Orientation n°2 :

Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Conformément au précédent schéma départemental, il est indispensable de favoriser la vie autonome des personnes handicapées et de développer les dispositifs adaptés aux problématiques des personnes souhaitant vivre à domicile quelque soit le handicap.

L'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap nécessite une qualité de service passant par la formation des professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile et un accompagnement des aidants familiaux.

Fiche-Action 2.1.	Mieux accompagner les troubles « Dys », les TED et le handicap psychique
Fiche-Action 2.2.	Mieux former les SAAD à l'accompagnement des personnes en situation de handicap
Fiche-Action 2.3.	Favoriser l'accès aux études et à la formation professionnelle
Fiche-Action 2.4.	Impulser un dispositif spécialisé d'accompagnement vers l'autonomie
Fiche-Action 2.5.	Accompagner l'évolution des projets d'établissement vers des démarches actives d'autonomisation
Fiche-Action 2.6.	Mieux identifier les besoins des aidants familiaux

C. Orientation n°3 :

Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Le travail établi par le troisième schéma et les établissements et services qui en découlent ont prouvé le caractère indispensable de l'accompagnement de l'avancée en âge des personnes

handicapées quelque soit leur situation. Cette orientation a donc pour but de poursuivre le travail déjà mené afin de répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Fiche-Action 3.1.	Développer une analyse des besoins actuels et prévisionnels des personnes handicapées vieillissantes (ESAT et domicile)
Fiche-Action 3.2.	Promouvoir l'accès à des réponses de proximité et diversifier les modes d'accompagnement
Fiche-Action 3.3.	Soutenir l'émergence d'une offre de logements autonomes dans le cadre des contrats de territoire

D. Orientation n°4 :*Améliorer les réponses de proximité en établissement*

En complément de l'accompagnement à domicile, l'accompagnement en établissement reste un axe de travail majeur du département en faveur des personnes handicapées. L'objectif de cette

orientation est d'apporter des réponses qualitatives dans le but d'améliorer le service rendu aux usagers et de garantir leurs droits.

Fiche-Action 4.1.	Clarifier le statut des UVE afin d'améliorer l'accompagnement et garantir le droit des personnes accueillies
Fiche-Action 4.2.	Rééquilibrer l'offre en faveur des personnes lourdement handicapées
Fiche-Action 4.3.	Redéfinir les projets d'accueil temporaire (SAJ et HT) afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et développer des projets d'accueil alternatifs
Fiche-Action 4.4.	Approfondir la réflexion sur la prise en charge des personnes handicapées avec autisme et autres TED (troubles envahissants du développement) afin d'améliorer l'accueil en établissement
Fiche-Action 4.5.	Développer les liens entre les secteurs sanitaire et médico-social
Fiche-Action 4.6.	Faire un état des lieux des ESAT et évaluer l'impact de leur transfert éventuel au département du Finistère

E. Orientation n°5 :*Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale*

L'inclusion des personnes handicapées dans la cité et l'exercice de leurs droits passent notamment par l'accès à la mobilité (départemental et urbain), l'accès aux sports, à la culture et aux loisirs.

En complément, l'exercice de la parentalité et la vie affective et sexuelle choisie demande une attention particulière pour favoriser la vie intime et affective des personnes handicapées.

Fiche-Action 5.1.	Faire des contrats de territoire un levier pour prendre en compte le handicap dans toutes les politiques publiques du Conseil général et de ses partenaires
Fiche-Action 5.2.	Poursuivre la mise en accessibilité du réseau de transport départemental Penn-Ar-Bed et des services de transports urbains
Fiche-Action 5.3.	Mener des actions de sensibilisation à tous les types de handicaps dans différents domaines (sport, culture, loisirs, transport, etc.)
Fiche-Action 5.4.	Développer l'information à destination des personnes handicapées et des familles et la formation des professionnels à l'éducation sexuelle tout au long de la vie
Fiche-Action 5.5.	Mieux coordonner les acteurs intervenants dans le champ de la parentalité et de l'accompagnement des personnes handicapées

III. La programmation

Conformément à l'article L 312-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent prévoir un document annexe permettant de préciser la programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer. Sur la période des 5 années du schéma, il est proposé d'augmenter l'offre départementale selon les modalités décrites ci-dessous.

Foyer de vie : 190 places

- 27 places d'accueil de jour,
- 163 places d'hébergement avec un axe fort développé sur l'accès ou l'accompagnement de l'autonomie.

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 70 places

- Requalification de 36 places dans le sud du Département,
- Requalification de 34 places dans le nord du Département.

Services d'accompagnement à la vie sociale / SAMSAH : 125 places

- SAMSAH : 40 places,
- SAVS Handicap psychique : 10 places,
- Extensions SAVS existants : 15 places,
- Troubles DYS et Troubles Envahissants du Développement : 20 places,
- SAVS Personnes Handicapées Vieillissantes : 40 places

Soit un total de 385 places représentant une enveloppe de 10 553 000 €.

A cette programmation de places s'ajoutent des enveloppes budgétaires pour un montant de 385 000 € se répartissant comme suit :

- Soutien à la vie étudiante et à l'apprentissage (coordination) : 55 000 €,
- Accompagnement aux loisirs (sud du département) : 80 000 €,
- Transformation de places de foyer d'hébergement d'ESAT en foyer de vie : 250 000 €.

Conformément à la réglementation, des appels à projet seront publiés pour le portage des créations de plus de 15 places et les extensions de plus de 30% de la capacité des services existants. Ces appels à projet préciseront les territoires prioritaires et définiront les axes de développement attendus (public ciblé, projet d'établissement attendu, etc.).

Les résultats des appels à projet seront présentés pour décision à la Commission Permanente.

Calendrier prévisionnel des appels à projets

Date des appels à projets ou de notification des autorisations pour les extensions non importantes	Octobre 2012	Avril 2013	Juillet 2013	Janvier 2014	Mars 2014	Décembre 2014	TOTAL
Accueil de jour	15			12			27
Foyer de vie	33		20		65	45	163
Unité PHV en EHPAD		18		52			70
SAMSAH				40			40
SAVS				25	40	20	85
	48	18	20	129	105	65	385

IV. Les fiches-Action

Orientation proposée n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées

Fiche-Action 1.1.	Développer les outils d'information
Fiche-Action 1.2.	Diffuser l'action de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur le territoire départemental en s'appuyant sur les territoires d'action sociale et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique
Fiche-Action 1.3.	Mettre en place un dossier unique d'inscription
Fiche-Action 1.4.	Créer une commission départementale chargée de la régulation des admissions

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.1.	Mieux accompagner les troubles « Dys », les Troubles envahissants du développement (TED) et le handicap psychique
Fiche-Action 2.2.	Mieux former les Services d'aide et d'accompagnement à domicile à la prise en charge des personnes en situation de handicap
Fiche-Action 2.3.	Favoriser l'accès aux études et à la formation professionnelle
Fiche-Action 2.4.	Impulser un dispositif spécialisé d'accompagnement vers l'autonomie pour les jeunes
Fiche-Action 2.5.	Accompagner l'évolution des projets d'établissement vers des démarches actives d'autonomisation
Fiche-Action 2.6.	Mieux identifier les besoins des aidants familiaux

Orientation proposée n°3 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Fiche-Action 3.1.	Développer une analyse des besoins actuels et prévisionnels des personnes handicapées vieillissantes (établissement et domicile)
Fiche-Action 3.2.	Promouvoir l'accès à des réponses de proximité et diversifier les modes de prise en charge
Fiche-Action 3.3.	Soutenir l'émergence d'une offre de logements autonomes dans le cadre des contrats de territoire

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.1.	Clarifier le statut des Unités de vie extérieure (UVE) afin d'améliorer l'accompagnement et garantir le droit des personnes accueillies
Fiche-Action 4.2.	Rééquilibrer l'offre en faveur des personnes lourdement handicapées
Fiche-Action 4.3.	Redéfinir les projets d'accueil temporaire (Service d'accueil de jour et Hébergement temporaire) afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et développer des projets d'accueil alternatifs
Fiche-Action 4.4.	Approfondir la réflexion sur la prise en charge des personnes handicapées avec autisme et troubles envahissants du développement afin d'améliorer l'accueil en établissement
Fiche-Action 4.5.	Développer les liens entre les secteurs sanitaire et médico-social
Fiche-Action 4.6.	Faire un état des lieux des Établissements et service d'aide par le travail (ESAT) et évaluer l'impact de leur transfert éventuel au département du Finistère

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.1.	Faire des contrats de territoire un levier pour prendre en compte le handicap dans toutes les politiques publiques du Conseil général et de ses partenaires
Fiche-Action 5.2.	Poursuivre la mise en accessibilité du réseau de transport départemental Penn-Ar-Bed et des services de transports urbains
Fiche-Action 5.3.	Mener des actions de sensibilisation à tous les types de handicaps dans différents domaines (sport, culture, loisirs, transport, etc.)
Fiche-Action 5.4.	Développer l'information à destination des personnes handicapées et des familles et la formation des professionnels à l'éducation sexuelle tout au long de la vie
Fiche-Action 5.5.	Mieux coordonner les acteurs intervenants dans le champ de la parentalité et de l'accompagnement des personnes handicapées.

Orientation proposée n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées

Fiche-Action 1.1.	Développer les outils d'information
Enjeux et contexte	<p>Il n'existe aucun document centralisant l'ensemble de l'offre existante en faveur des personnes handicapées. Les outils d'information du Conseil général et de ses partenaires ne répondent pas totalement au besoin.</p> <p>La réalisation de nouveaux outils d'information répond à l'objectif d'améliorer l'information des Finistériens sur leurs droits et démarches, dans le cadre du projet stratégique durable du Conseil général.</p>
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Répondre au besoin d'information des personnes, de leurs familles et des professionnels, - Faciliter les démarches des personnes et de leur entourage, - Améliorer la visibilité et la connaissance de l'offre départementale.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un guide à destination des personnes handicapées qui les informe sur leurs droits et facilite leurs démarches avec le recensement de l'ensemble des établissements et services du Finistère évoluant dans le champ sanitaire, social et médico-social, - Développer des outils d'informations sur les prestations : prestation de compensation du handicap et l'aide sociale, - Enrichir l'information des sites internet du Conseil général et de la MDPH.
Public concerné	Personnes en situation de handicap et leurs aidants ; Professionnels des établissements et services
Référent (Pilote)	Conseil général (DPAPH, Direction communication)
Partenaires	ARS, MDPH, CDAS, CLIC, Gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux.
Calendrier de réalisation	<p>Le guide sera diffusé au cours de l'année 2014, sous format « papier » et sera mis en ligne sur le site.</p> <p>Les autres outils seront actualisés en 2014 et 2015.</p>
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre d'exemplaires du guide diffusés, nombre de lieux de diffusion,</p> <p>Nombre de consultation sur le site internet du Conseil général.</p>
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer un guide accessible, synthétique et complet (secteurs enfance et adulte), - Identifier les lieux de diffusion les plus pertinents des outils de communication, - Formaliser son actualisation tous les ans via le site internet.

Orientation proposée n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées

Fiche-Action 1.2.	Diffuser l'action de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur le territoire départemental en s'appuyant sur les territoires d'action sociale et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique
Enjeux et contexte	<p>Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, les MDPH sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. La MDPH fonctionne comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux situations de handicap.</p> <p>Dans un souci de proximité, deux permanences ont été mises en place sur Brest et Morlaix.</p> <p>Le bilan n'est pas totalement satisfaisant : territoire départemental imparfaitement couvert, mobilisation d'experts sur des dossiers simples...</p> <p>Il convient donc d'étudier les partenariats à développer avec les territoires d'action sociale et/ou les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques pour mieux répondre à cet objectif de proximité.</p>
Objectifs stratégiques	Permettre aux personnes handicapées de disposer d'information sur leur dossier MDPH à proximité de leur lieu de vie
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un groupe de travail dans le but d'étudier les partenariats possibles entre la MDPH, les TAS et/ou les CLIC - Communiquer sur les réponses de proximité (par l'intermédiaire du guide notamment)
Public concerné	Personnes en situation de handicap et leurs aidants
Référent (Pilote)	MDPH
Partenaires	Conseil général / CLIC
Calendrier de réalisation	2014-2015
Indicateurs d'évaluation	Nombre de sollicitation des usagers dans les territoires ou CLIC et satisfaction des usagers
Conditions de réussite	<p>Compréhension du sens de cette mission et délimitation claire des missions de chacun.</p> <p>Développement d'outils informatiques pour permettre aux personnels des TAS et /ou des CLIC de disposer d'une information rapide sur les situations des usagers</p>

Orientation proposée n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées

Fiche-Action 1.3.	Mettre en œuvre un dossier unique d'inscription
Enjeux et contexte	<p>L'hétérogénéité des formulaires d'inscription en établissements et services médico-sociaux complexifie les démarches des personnes handicapées, ou de leurs représentants, car elle implique de renseigner une multitude de documents souvent redondants.</p> <p>Il est donc apparu important de simplifier les démarches des personnes handicapées par le biais d'un dossier unique d'inscription en établissement, démarche déjà généralisée sur le public âgé.</p>
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifier les démarches des personnes en situation de handicap, ou de leurs représentants, - Mieux identifier le projet de vie des personnes afin d'y apporter des réponses adaptées.
Modalités de l'action	<p>Création d'un document unique d'inscription composé de deux volets : un volet administratif auquel est annexé un volet médical.</p> <p>Deux dossiers seront disponibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un dossier pour les demandes d'inscription en structures d'aide par le travail (ESAT, foyer d'hébergement d'ESAT...), - un dossier pour toutes les autres formes d'accompagnement en établissements et services (accueil de jour, foyer de vie, SAVS...).
Public concerné	Personnes adultes en situation de handicap
Référent (Pilote)	Conseil général
Partenaires	MDPH, ARS, gestionnaires des établissements et services
Calendrier de réalisation	2013-2014
Indicateurs d'évaluation	Nombre de dossiers-types adressés aux gestionnaires d'établissements et de services ; Nombre de téléchargements sur le site internet du conseil général et de la MDPH.
Conditions de réussite	<p>Diffusion à tous les gestionnaires d'établissements et de services,</p> <p>Diffusion à la MDPH, aux CLIC, aux CDAS, dans les CCAS, etc.</p> <p>Les documents devront également être disponibles sur les sites internet du Conseil général et de la MDPH.</p>

Orientation proposée n°1 : Faciliter les démarches des personnes handicapées

Fiche-Action 1.4.	Créer une commission départementale chargée de la régulation des admissions
Enjeux et contexte	<p>L'orientation est une étape décisive dans le parcours de la personne handicapée. Depuis la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, la Commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) est chargée de déterminer cette orientation sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et des souhaits exprimés par la personne handicapée dans son projet de vie.</p> <p>Les délais d'attente pour que l'utilisateur bénéficie d'un accompagnement effectif peuvent être longs. Chaque gestionnaire d'établissement a sa propre définition de la liste d'attente, de sa constitution, des critères de priorité des admissions et la gère sans lien avec les autres établissements ou avec la MDPH. Cela rend le système des admissions peu lisible pour les personnes concernées et leurs aidants tout en étant préjudiciable à la définition des besoins réels sur le Département.</p> <p>Certaines personnes, en raison de situations individuelles particulières, ne trouvent pas de réponse à leur attente. Il convient d'identifier ces situations afin de résoudre ces difficultés en partenariat.</p> <p>Il est par conséquent indispensable de renforcer les partenariats et les relations entre les intervenants des différents champs afin de garantir la continuité et la cohérence des prises en charge.</p>
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la fluidité des parcours des personnes en situation de handicap, - Apporter une réponse adaptée (hébergement ou domicile) et donner une meilleure lisibilité aux personnes handicapées sur les procédures et délais d'admissions, - Identifier les situations particulièrement complexes et trouver des solutions. - Renforcer la concertation entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social.
Modalités de l'action	Mettre en place une commission départementale de régulation des admissions, instance de concertation collégiale qui s'appuiera sur une instance technique de préparation. Définir sa composition, son périmètre d'intervention, sa périodicité, des critères de priorisation des dossiers.
Public concerné	Personnes en situation de handicap, gestionnaires d'établissements et de services
Référent (Pilote)	Conseil général
Partenaires	MDPH, ARS, Gestionnaires d'établissements et de services, Représentants de personnes en situation de handicap
Calendrier de réalisation	2014
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes en situation de handicap étant en situation d'inadéquation par rapport à leur orientation ; Nombre d'entrées en établissements ; Nombre de dossiers examinés par la commission départementale
Conditions de réussite	Respect du cadre réglementaire ; Définition de critères fiables et pertinents. Formalisation des procédures et circuits administratifs

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.1.	Mieux accompagner les troubles « Dys », les Troubles envahissants du développement (TED) et le handicap psychique
Enjeux et contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Les troubles, dits « dys » : dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dysgraphie, dysorthographe et dyscalculie sont diagnostiqués de manière générale chez l'enfant, les troubles « dys » peuvent se poursuivre à l'âge adulte. Ils peuvent alors entraîner des difficultés dans la vie quotidienne, des problèmes de communication (écrite ou orale) ou un isolement social, une mauvaise estime de soi. - Des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement : De nombreuses personnes sont pour certaines actuellement accueillies en établissements. Des besoins d'accompagnement en milieu ordinaire ont néanmoins été repérés et doivent permettre ou accompagner vers l'autonomie et une meilleure inclusion sociale. - Les personnes souffrant de handicap psychique ont besoin d'un accompagnement global incluant soin, accompagnement social, activités professionnelles ou non, dans un cadre coordonné et partenarial avec les acteurs professionnels, de proximité et les aidants familiaux.
Objectifs stratégiques	Mieux connaître les besoins des personnes présentant ces handicaps et les quantifier pour apporter des réponses adaptées
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mener une étude sur les besoins de ces personnes, - Créer de places de SAVS et ou de SAMSAH spécifiques à ces types de handicap par la mise en place d'un appel à projet,
Public concerné	Personnes handicapées psychique, et personnes porteuses de TED et autisme
Référent (Pilote)	Conseil général (DPAPH), Agence Régionale de Santé
Partenaires	MDPH, Gestionnaires des établissements et services
Calendrier de réalisation	Appel à projet avant fin 2014
Indicateurs d'évaluation	Évaluation de l'accompagnement des personnes en SAMSAH ou SAVS
Conditions de réussite	Rédiger des cahiers des charges respectant la spécificité de chaque type de handicap. Définir des services pertinents en terme de taille

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.2.	Mieux former les Services d'aide et d'accompagnement à domicile à la prise en charge des personnes en situation de handicap
Enjeux et contexte	<p>Les principaux besoins en matière de formation professionnelle sont recensés au niveau des services d'aide à domicile. La formation doit être une réponse à un meilleur accompagnement des personnes, quels que soient leur pathologie ou leurs types de handicaps.</p> <p>Plusieurs dispositifs de qualification et de professionnalisation existent pour former les intervenants à domicile.</p> <p>Des formations plus ciblées et la valorisation des parcours mixtes (validation des acquis par l'expérience VAE et formation) sont nécessaires pour des conséquences plus directes sur la qualité des prises en charge à domicile, mais aussi en établissement et en famille d'accueil.</p>
Objectifs stratégiques	<p>Veiller à la qualité d'accompagnement des personnes handicapées en cohérence avec leur projet de vie</p> <p>Veiller à une meilleure prise en compte des handicaps dans le cadre des dispositifs de formation initiale et continue sur les postes au service direct des personnes (AVS, aide-à domicile,...)</p>
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels : Recenser les besoins prioritaires en formation et définir un cahier des charges ; Adapter le contenu des formations par la prise en compte de modules spécifiques liés aux handicaps ; - Rompre l'isolement des professionnels : Favoriser la mutualisation des formations inter-établissements et inter-services en s'appuyant sur les réseaux existants ; - Favoriser les passerelles entre le travail à domicile et les établissements, entre les métiers issus des secteurs sanitaire, social et médico-social, en s'appuyant sur les réseaux existants (MDPH, CLIC, CREAI).
Public concerné	Les professionnels des SAAD
Référent (Pilote)	Conseil régional, Services d'aide et d'accompagnement à domicile
Partenaires	Conseil général, Gestionnaires des établissements, Organismes paritaires collecteurs agréés, Organismes de formation
Calendrier de réalisation	2014-2016
Indicateurs d'évaluation	Nombre de formations mises en place ; adaptation des référentiels de formation à la prise en compte du handicap ; Qualité du service ressenti par les personnes en situation de handicap
Conditions de réussite	<p>Fédérer les acteurs et partenaires dans ce même objectif, Développer le travail en réseau ;</p> <p>Actionner les partenariats établis avec le Conseil Régional via le contrat de plan régional de développement des formations professionnelles.</p>

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.3.	Favoriser l'accès aux études et à la formation professionnelle
Enjeux et contexte	<p>La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées renforce les actions en faveur de la scolarisation des élèves handicapés. Elle affirme le droit pour chacun à une scolarisation en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un parcours scolaire continu et adapté.</p> <p>Selon l'Art. L. 112-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), « pour satisfaire aux obligations qui lui incombent [...], le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. »</p> <p>En complément, selon l'Art. L. 123-4-1. du CASF, « Les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études.»</p>
Objectifs stratégiques	Faciliter la vie quotidienne des jeunes en formation ou en étude, sans se substituer aux responsabilités de l'État ou de la Région
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Définir une mission de coordination des acteurs pour une meilleure réponse aux jeunes en étude ou en insertion professionnelle - Faire le lien et coordonner les services existants (SAVS, SAMSAH, SSIAD, SAAD, etc.)
Public concerné	Jeunes en situation de handicap en étude, en formation professionnelle ou en recherche d'activité
Référent (Pilote)	Conseil général (pour le volet accompagnement).
Partenaires	L'Éducation nationale, la Région, l'Agence régionale de santé, les universités, les établissements sociaux et médico-sociaux, les associations œuvrant dans le champ du handicap, les organismes de formation.
Calendrier de réalisation	2015-2016
Indicateurs d'évaluation	Nombre de jeunes suivis par le coordinateur et satisfaction
Conditions de réussite	Définir précisément la mission de coordination et respecter les compétences de chacun

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.4.	Impulser un dispositif spécialisé d'accompagnement vers l'autonomie pour les jeunes
Enjeux et contexte	<p>Au titre du dispositif issu de l'amendement Creton, de jeunes adultes de plus de 20 ans peuvent être maintenus en IME du fait de différents freins à la sortie : situations de handicaps complexes, préparation insuffisante de la sortie, offre de solutions d'accueil insuffisante... En 2012, 141 jeunes étaient concernés par cette situation en Finistère. Cet accueil prolongé de jeunes adultes dans les établissements pour enfants bloque de nouvelles entrées.</p> <p>En parallèle, un certain nombre de jeunes adultes vivent chez leurs parents, sans accompagnement adapté et dans un isolement parfois important.</p> <p>Face à ces difficultés, il s'agit de construire un dispositif plus souple permettant aux jeunes d'être dans une démarche d'apprentissage, de construire leurs souhaits de vie et de développer leur autonomie.</p>
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux jeunes d'acquérir de l'autonomie dans la vie quotidienne, pour accéder à une réelle inclusion professionnelle et/ou sociale, - Apporter des réponses souples et adaptées à leurs souhaits et à leur projet de vie.
Modalités de l'action	<p>Construire une structure souple permettant d'accompagner des jeunes vers l'autonomie (insertion professionnelle, sociale, vie quotidienne...).</p> <p>Cette structure d'accueil temporaire comprendra de l'hébergement et de l'accompagnement ou accueil de jour sur plusieurs années.</p> <p>Le cahier des charges doit être construit en lien avec l'ARS et les représentants des usagers</p>
Public concerné	Jeunes adultes handicapés
Référent (Pilote)	Conseil général (DPAPH)
Partenaires	ARS, Établissements médico-sociaux, MDPH
Calendrier de réalisation	L'appel à projet doit être réalisé avant fin 2014
Indicateurs d'évaluation	<p>Évolution du nombre d'adultes maintenus en IME</p> <p>Suivi des parcours des jeunes dans la structure et des sorties</p>
Conditions de réussite	Réaliser un cahier des charges assez précis tout en laissant aux établissements une marge de manœuvre afin de proposer des solutions innovantes

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.5.	Accompagner l'évolution des projets d'établissement vers des démarches actives d'autonomisation
Enjeux et contexte	<p>L'autonomie des personnes handicapées constitue un enjeu fort de ce schéma et du projet stratégique de la collectivité. Les établissements accueillant des personnes handicapées du Finistère ont engagé différentes actions pour répondre à la diversité des problématiques rencontrées, pour développer de nouvelles approches favorisant le maintien ou la progression de l'autonomie de la personne et son inclusion dans la vie sociale.</p> <p>A partir des expériences des établissements, il s'agit de rechercher et de proposer des pratiques permettant le renforcement de l'autonomie des personnes et le respect de leur projet de vie.</p> <p>Il s'agit également de répondre aux souhaits de vie à domicile de certaines personnes handicapées accueillies en foyer, en travaillant sur une logique de parcours individualisé.</p>
Objectifs stratégiques	Adapter les dispositifs existants afin de favoriser l'autonomie sociale des personnes en situation de handicap.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Constituer un groupe de travail avec des établissements volontaires pour faire des propositions d'évolution d'accompagnement, - Élaborer avec ces établissements un référentiel de bonnes pratiques.
Public concerné	Établissements médico-sociaux.
Référent (Pilote)	Conseil général.
Partenaires	Établissements médico-sociaux, ARS.
Calendrier de réalisation	2015-2016
Indicateurs d'évaluation	Évolution des établissements dans leur accompagnement à l'autonomie à long terme.
Conditions de réussite	Les évolutions dans le mode d'accompagnement demandent du temps et la maturation de projets innovants.

Orientation proposée n°2 : Accompagner les personnes handicapées vers l'autonomie et la vie à domicile

Fiche-Action 2.6.	Mieux identifier les besoins des aidants familiaux
Enjeux et contexte	<p>Selon l'article R245-7 du CASF, « est considéré comme un aidant familial, [...] le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine [...] et qui n'est pas salarié pour cette aide. »</p> <p>Selon les études, les aidants familiaux interviennent dans les activités de la vie quotidienne des personnes accompagnées telles que : les tâches domestiques et ménagères, les courses, les soins personnels, le lever / le coucher, la gestion du budget, des papiers et des démarches administratives, l'accompagnement aux visites médicales, la prise de médicaments, la coordination de l'aide professionnelle, les sorties / les promenades, assurer une présence, une compagnie, etc.</p> <p>L'aide apportée peut avoir des conséquences sur la vie sociale, la santé, sur la vie personnelle, l'activité professionnelle, les revenus et le niveau de vie des aidants familiaux. Pour pallier l'épuisement des aidants familiaux, des dispositifs d'accompagnement de la personne aidée existent, tels que les accueils de jours et les hébergements temporaires. Toutefois, leur taux de fréquentation est faible au regard des problématiques d'épuisement existantes.</p>
Objectifs stratégiques	Identifier les problématiques des aidants pour adapter les actions mises en œuvre (répit, accompagnement de la personne en situation de handicap, accompagnement de l'aidant)
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondir l'étude réalisée sur les besoins des aidants familiaux dans le Finistère, notamment dans le champ du handicap ; - Se servir des expériences réussies dans d'autres départements afin de développer des solutions adaptées.
Public concerné	Aidants des personnes en situation de handicap
Référent (Pilote)	Conseil général
Partenaires	Services d'aide et d'accompagnement à domicile ; Établissements et services médico-sociaux ; Représentants des usagers et de leurs familles, CLIC
Calendrier de réalisation	2015-2016
Indicateurs d'évaluation	Mise en place d'un outil de suivi sur l'évolution des taux d'occupation de l'hébergement temporaire et accueil de jour
Conditions de réussite	

Orientation proposée n°3 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Fiche-Action 3.1.	Développer une analyse des besoins actuels et prévisionnels des personnes handicapées vieillissantes (établissement et domicile)
Enjeux et contexte	<p>Les personnes handicapées vieillissantes constituent l'une des trois priorités du troisième schéma en faveur des personnes handicapées.</p> <p>A la demande du Comité de pilotage du schéma, la délégation territoriale de l'ARS a établi en septembre 2012 un état des lieux de la situation démographique des ESAT du Finistère, afin de dresser un état prospectif de l'évolution des populations handicapées arrivant à l'âge de la retraite. Il ressort de ce document les données synthétiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes accueillies en ESAT (tous handicaps) : 1 841, - Personnes accueillies en ESAT (handicap mental) : 1 602, <ul style="list-style-type: none"> - Dont âgées de plus de 55 ans : 132, - Et comprises en 50 et 54 ans : 190. <p>La situation des personnes handicapées à domicile et le besoin d'accueil et/ou d'accompagnement est plus mal connue.</p>
Objectifs stratégiques	Cerner les besoins des personnes handicapées vieillissantes en termes d'accompagnement.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Procéder à la mise à jour de l'étude de la pyramide des âges des personnes handicapées vieillissantes travaillant en ESAT ; - Procéder à la mise en œuvre d'une étude qualitative sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes actuellement travailleurs d'ESAT, et accueillis en foyer d'hébergement ou en unité de vie extérieure ; - Identifier les personnes handicapées qui vivent actuellement à domicile (familial ou personnel) et qui auront besoin d'un hébergement adapté, selon leur avancée en âge, ou celle de leurs aidants familiaux.
Public concerné	Personnes handicapées vieillissantes et, plus particulièrement, les travailleurs d'ESAT
Référent (Pilote)	Conseil général (DPAPH) et ARS
Partenaires	MDPH, Établissements médico-sociaux
Calendrier de réalisation	2015
Indicateurs d'évaluation	Outils permettant d'analyser l'évolution du nombre de personnes handicapées vieillissantes
Conditions de réussite	S'appuyer sur des données des établissements et sur le logiciel de gestion des listes d'attentes ; Actualiser les données tous les ans

Orientation proposée n°3 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Fiche-Action 3.2.	Promouvoir l'accès à des réponses de proximité et diversifier les modes de prise en charge
Enjeux et contexte	<p>Les personnes handicapées vieillissantes constituent l'une des trois priorités du troisième schéma en faveur des personnes handicapées. Des réponses diversifiées ont commencé à être proposées : établissement spécialisé, unités spécifiques adossées à des foyers de vie, des FAM ou des EHPAD, accueil familial.</p> <p>Dans le cadre du 4^{ème} schéma, des places supplémentaires vont être créées, afin de permettre l'accompagnement des personnes en établissements et à domicile.</p>
Objectifs stratégiques	Répondre de manière adaptée aux besoins et aux souhaits des personnes handicapées vieillissantes.
Modalités de l'action	<p>Apporter des réponses diversifiées pour les personnes handicapées vieillissantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au sein d'établissements existants par transformation de places ou extension de capacité (extension non importante ou appel à projet), - au sein d'unités spécifiques dans les EHPAD qui nécessiteront la mise en œuvre d'un appel à projet, - en créant un service d'accompagnement à la vie sociale dédié aux personnes handicapées vieillissantes.
Public concerné	Personnes handicapées vieillissantes
Référent (Pilote)	Conseil général, ARS
Partenaires	Gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux
Calendrier de réalisation	Durée du schéma (2013-2018)
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places créées dans le cadre du schéma et suivi des listes d'attente ; Nombre de projets d'établissements adaptés
Conditions de réussite	<p>Adapter les projets d'établissement aux personnes handicapées vieillissantes, au sein des structures déjà existantes, qui accueilleraient d'autres types de public (FAM, Foyer de vie, EHPAD).</p> <p>Dans le champ des EHPAD, veiller à la configuration des locaux et à l'adaptation du projet d'animation.</p>

Orientation proposée n°3 : Accompagner le vieillissement des personnes handicapées

Fiche-Action 3.3.	Soutenir l'émergence d'une offre de logements autonomes dans le cadre des contrats de territoire
Enjeux et contexte	<p>Les « Contrats de Territoire » sont conclus entre le Conseil général d'une part, et parfois le Pays ou les établissements publics de coopération intercommunale (E.P.C.I.) d'autre part. L'objectif de cette contractualisation est de mieux répondre aux besoins du territoire, en s'appuyant sur une définition concertée des enjeux locaux, afin de construire une vision cohérente de l'aménagement du territoire. Sont concernés aussi les projets des ECPI que des Communes ou des associations, dans la mesure où ils font sens pour le territoire.</p> <p>Dans cette logique de territorialisation, les contrats de territoire peuvent permettre de soutenir l'émergence d'une offre de logements autonomes et d'identifier des besoins d'accompagnement complémentaires, le cas échéant (services d'aide à domicile, service d'accompagnement à la vie sociale...).</p>
Objectifs stratégiques	Expérimenter la construction de logements autonomes à destination des personnes handicapées vieillissantes
Modalités de l'action	<p>Permettre le financement et l'expérimentation, dans le cadre des contrats de territoire, de logements autonomes à destination des personnes handicapées vieillissantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit par la mise en œuvre de logements éclatés avec l'accompagnement d'un SAVS, - soit par la mise en place de logements autonomes dans un cadre collectif (type habitats groupés).
Public concerné	Personnes en situation de handicap
Référent (Pilote)	EPCI, Communes, Pays
Partenaires	Conseil général (DPAPH, Mission des coopérations territoriales), MDPH
Calendrier de réalisation	Durée du schéma (2013-2018)
Indicateurs d'évaluation	Nombre de logements créés ; Satisfaction des personnes accompagnées ; Évaluation qualitative du dispositif
Conditions de réussite	Inciter les EPCI et les Communes à formuler des projets visant à l'accompagnement des personnes handicapées

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.1.	Clarifier le statut des unités de vie extérieure afin d'améliorer l'accompagnement et garantir le droit des personnes accueillies
Enjeux et contexte	<p>Les unités de vie extérieure (UVE) sont des petites structures collectives d'hébergement ou structures éclatées (appartements) pour adultes handicapés travaillant en ESAT. Ce dispositif d'accompagnement a été mis en œuvre avant la création des services d'accompagnement à la vie sociale.</p> <p>Aujourd'hui, le Conseil général émet les constats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des disparités budgétaires du fait de la formule choisie ; la structure collective impliquant des moyens humains plus conséquents (veille de nuit, temps de coordination, ménage...), - des fréquentations peu importantes malgré un dispositif budgétaire incitatif (dotation globalisée), - des contentieux relatifs à l'attribution de la PCH à domicile basée sur la contradiction que l'UVE est assimilée à du domicile mais que l'orientation vers ce dispositif est « ESAT avec hébergement », - une certaine souplesse du dispositif (possibilité d'allers-retours entre les dispositifs selon les besoins : service d'accompagnement à la vie sociale, foyer d'hébergement d'ESAT, UVE, appartement seul, etc.). <p>Au vu de ces constats et afin de mieux répondre aux besoins des travailleurs d'ESAT, il est apparu nécessaire de s'interroger sur le devenir de ces services.</p>
Objectifs stratégiques	Clarifier le statut juridique de ces services afin de respecter les droits des personnes handicapées
Modalités de l'action	<p>Procéder à la transformation de certaines unités de vie extérieure selon deux modalités réglementaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foyer d'hébergement d'ESAT, - Service d'accompagnement à la vie sociale. <p>Pour ceci, il est nécessaire d'étudier le nombre de places en formule collective ou éclatée, d'étudier les modalités budgétaires des unités actuellement en fonctionnement (budget aide sociale / budget résident) et d'évaluer les possibilités techniques et budgétaires des transformations.</p>
Public concerné	Travailleurs d'ESAT
Référent (Pilote)	Conseil général (DPAPH)
Partenaires	Gestionnaires d'établissements et services, MDPH
Calendrier de réalisation	2016-2017
Indicateurs d'évaluation	Nombre de transformations de statut ; Nombre de situations contestées sur l'attribution de la PCH pour ce type d'établissements
Conditions de réussite	Maintenir les moyens alloués au suivi des personnes actuellement en UVE dans le cas d'une transformation en SAVS

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissements

Fiche-Action 4.2.	Rééquilibrer l'offre en faveur des personnes lourdement handicapées
Enjeux et contexte	<p>Le territoire finistérien présente un taux d'équipement en MAS inférieur à la moyenne nationale, 0,38 contre 0,69 place pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans au niveau national. Cependant, le taux d'équipement des FAM est plus important que la moyenne nationale (1 pour 1 000 contre 0.6).</p> <p>La pénurie de places de MAS dans le Département favorise les orientations en FAM et par conséquent on constate un niveau de handicap élevé dans de nombreux FAM. Cela a pour conséquence pour certains de ces établissements de se voir accorder des déplaçonnements de forfaits soins traduisant une incohérence avec les orientations prononcées.</p> <p>L'étude des listes d'attente 2012 montre que 59 personnes orientées en MAS ont manifesté le souhait d'intégrer une MAS et sont actuellement accueillies en IME et FAM (48 personnes), à domicile (5 personnes) ou dans une autre MAS, éloignée géographiquement de leur souhait (6 personnes).</p>
Objectifs stratégiques	Adapter les réponses des adultes en situation de handicap ayant besoin d'une surveillance médicale et paramédicale constamment
Modalités de l'action	Construire un projet de redéploiement de places de FAM en MAS
Public concerné	Personnes en situation de handicap ayant besoin de soin en plus d'un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
Référent (Pilote)	ARS, Conseil général
Partenaires	Établissements médico-sociaux
Calendrier de réalisation	2014-2016
Indicateurs d'évaluation	Nombre de places transformées en MAS, Suivi des transferts d'agrément
Conditions de réussite	Se mettre en cohérence avec les financements ARS ; Prévoir un coût d'investissement.

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.3.	Redéfinir les projets d'accueil temporaire (services d'accueil de jour et hébergement temporaire) afin de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et développer des projets d'accueil alternatifs
Enjeux et contexte	<p>L'accueil temporaire recouvre les services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Ces deux services destinés notamment au maintien à domicile et au soutien des aidants présentent les problématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problème de fréquentation des services d'accueil temporaire : le taux d'occupation est de 70% en moyenne pour les hébergements temporaires et de moins de 60% pour les accueils de jours. - Fonctionnement combiné des deux systèmes (accueil de jour + accueil de nuit sur place d'hébergement temporaire) avec un blocage des places et une facturation non conforme. <p>En outre, l'accueil séquentiel correspond à un accueil en journée avec possibilité d'accueil de nuit fractionné. Ce type de service est alors adossé à un établissement type FV ou FAM.</p> <p>Ces modes d'accueil constituent des solutions d'urgence, d'essai, d'attente et de préparation à l'entrée en institution.</p>
Objectifs stratégiques	Étudier et améliorer les services existants en les rendant plus efficaces.
Modalités de l'action	<p>Approfondir l'état des lieux des services existants et rationaliser le fonctionnement en redéployant des places de services insuffisamment utilisées,</p> <p>Améliorer le fonctionnement des services d'accueil temporaire pour une meilleure réponse aux usagers en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informant et communiquant sur les dispositifs existants auprès des usagers, de leurs familles et auprès des professionnels, - Donnant la possibilité d'orientation SAJ par la CDAPH, - Améliorant la qualité des projets d'accueils de jour et la coordination avec les professionnels. <p>Pour les autres types d'accueil, approfondir la mise en œuvre (tarification, agréments, accompagnement de la personne) par la réalisation d'un cahier des charges.</p>
Public concerné	Les personnes en situation de handicap
Référent (Pilote)	Conseil général, ARS
Partenaires	MDPH, Gestionnaires des établissements médico-sociaux
Calendrier de réalisation	2015-2016
Indicateurs d'évaluation	Taux d'occupation des accueils, Fréquentation des services ; Évaluation qualitative des expériences.
Conditions de réussite	Communiquer sur les types de services existants ; S'assurer du transport des personnes en situation de handicap ; Veiller au surcoût médicalisé ; S'adapter aux contraintes hôtelières

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.4.

Approfondir la réflexion sur la prise en charge des personnes handicapées autistes souffrant de troubles envahissants du développement (TED) dont l'autisme, afin d'améliorer l'accueil en établissement

Enjeux et contexte

Plusieurs recommandations ont été publiées en 2012 sur l'accompagnement des personnes avec autisme et troubles envahissant du développement, tant sur le diagnostic que sur l'accompagnement à domicile ou en établissement.

Dans le Finistère, il n'existe pas d'établissement spécialisé sur la prise en charge des personnes autistes. Néanmoins, dans le cadre des travaux de réflexion du schéma, un bilan sommaire a été réalisé, qui montre que le public diagnostiqué accueilli en établissements et services est nombreux.

FV/FAM/SAJ	24,21 %
FHESAT/UVE	14,32 %
SAVS	2,29 %
MAS	16,68 %
SSR/SAMSAH/SSIAD/MAPHA et autres structures	16,10 %

Ces chiffres importants, mais dont la fiabilité doit être confortée, amènent le Conseil général à approfondir la question de la prise en charge de ces personnes.

Objectifs stratégiques

Connaître les modes d'accompagnement des personnes avec TED dans les établissements et services, et les adapter.

Modalités de l'action

- Mener une étude sur l'accompagnement global en lien avec l'ARS et les autres conseils généraux bretons
- Développer et diffuser les modes d'accompagnement adaptés

Public concerné

Personnes souffrant de TED

Référent (Pilote)

Conseil général en lien avec ARS

Partenaires

Gestionnaires d'établissements et services ; Associations d'usagers

Calendrier de réalisation

2013-2014 : Étude réalisée en collaboration avec l'ARS et les autres Conseil généraux bretons sur l'accompagnement des personnes autistes ou présentant des TED

Indicateurs d'évaluation

Formalisation des modes d'accompagnement,
Suivi des évolutions

Conditions de réussite

Relation de confiance avec les établissements

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.5.	Développer les liens entre les secteurs sanitaire, social et médico-social
Enjeux et contexte	<p>Le 3^{ème} schéma départemental en faveur des personnes handicapées avait pour priorité la coordination des secteurs sanitaire et médico-social visant une amélioration de la prise en charge des personnes handicapées.</p> <p>Les gestionnaires d'établissements et services ont engagé cette coordination par le biais de conventions sans intervention du Conseil général.</p> <p>Ce décloisonnement doit être poursuivi et renforcé et se trouve appuyé par le programme régional de santé et ses déclinaisons territoriales favorisant la collaboration sous forme de filière dans un objectif de continuité du parcours des personnes handicapées.</p>
Objectifs stratégiques	Développer des passerelles entre le secteur sanitaire, social et médico-social, en s'appuyant sur les établissements et services, qui permettraient une approche décloisonnée et coordonnée au sein des territoires d'action sociale.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser par l'intermédiaire des gestionnaires, des représentants associatifs ou des services les problématiques liées à la coordination du secteur sanitaire et social, - Inciter les établissements, services et associations à porter des projets innovants de coordination pour impulser un travail partenarial au niveau des territoires d'action sociale (notamment groupe de travail, instance de coordination au niveau des Territoires d'action sociale).
Public concerné	Établissements médico-sociaux ; Associations œuvrant dans le champ du handicap
Référent (Pilote)	Établissements médico-sociaux
Partenaires	Conseil général, ARS
Calendrier de réalisation	Durée du schéma (2013-2018)
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombres de conventions signées ou de groupes de travail ;</p> <p>Évaluation des actions par territoire d'action sociale ;</p> <p>Bilan quantitatif des avancées de ces groupes ou instances.</p>
Conditions de réussite	Être incitatif sur le travail partenarial des référents qui seront pilotes des groupes ; Échelle du territoire différente selon les acteurs

Orientation proposée n°4 : Améliorer les réponses de proximité en établissement

Fiche-Action 4.6.	Faire un état des lieux des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et évaluer l'impact de leur transfert éventuel au département du Finistère
Enjeux et contexte	<p>Les ESAT sont des établissements qui offrent aux personnes handicapées la possibilité d'exercer une activité en milieu dit protégé en bénéficiant d'un accompagnement médico-social et éducatif.</p> <p>Les ESAT sont des établissements médico-sociaux relevant de l'article L312-1 du CASF autorisés et tarifés par l'ARS tandis que le Conseil général autorise et tarifie le volet hébergement et accompagnement des adultes en situation de handicap, travailleur ou non.</p> <p>Dans le but d'harmoniser l'accompagnement des travailleurs d'ESAT, le projet de loi de décentralisation de l'acte III propose le transfert des ESAT aux Conseils généraux.</p> <p>L'enjeu d'un transfert éventuel de compétence est d'appréhender et d'anticiper au mieux les problématiques du secteur.</p>
Objectifs stratégiques	Obtenir une vision globale de la situation des ESAT afin de se préparer au transfert éventuel de compétences.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un cahier des charges avec les partenaires ; - Procéder à une étude sur la situation générale des ESAT dans le but d'identifier le nombre de places installées, la situation financière, les besoins, les publics accueillis, les diverses modalités et problématiques d'accompagnement.
Public concerné	Travailleurs d'ESAT ; Gestionnaires des ESAT
Référent (Pilote)	ARS, Conseil général
Partenaires	Gestionnaires des ESAT ; Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; AGEFIPH
Calendrier de réalisation	2014-2015
Indicateurs d'évaluation	Instaurer un outil de suivi des ESAT
Conditions de réussite	Partenariat avec ARS

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.1.	Faire des contrats de territoire un levier pour prendre en compte le handicap dans toutes les politiques publiques du Conseil général et de ses partenaires
Enjeux et contexte	<p>Le Conseil général du Finistère souhaite promouvoir l'inclusion des personnes handicapées et fait donc de la prise en compte du handicap un « incontournable » de son projet stratégique. Au-delà de son rôle de chef de file de l'accompagnement des personnes handicapées, le Conseil général se mobilise pour que celles-ci transparaisse dans les politiques conduites par la collectivité.</p> <p>Les « Contrats de Territoire » sont conclus entre le Conseil général d'une part, et parfois les Pays ou les établissements publics de coopération intercommunale (E.P.C.I.) d'autre part. L'objectif de cette contractualisation est de mieux répondre aux besoins du territoire, en s'appuyant sur une définition concertée des enjeux locaux. La question du handicap est actuellement peu présente dans ces contrats.</p> <p>Or, les membres des EPCI ou les ECPI eux-mêmes conduisent des politiques essentielles pour l'inclusion sociale des personnes handicapées : transport, aménagement du territoire, logement, équipements sportifs et culturels... Il convient donc de rendre plus systématique la prise en compte du handicap dans les projets des partenaires du Conseil général.</p>
Objectifs stratégiques	Rendre systématique la prise en compte du handicap dans les projets développés par les partenaires du Conseil général.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les contrats de territoire, développer la notion de diagnostic au regard du handicap, - Définir des critères visant à conditionner les aides accordées par le Conseil général à la prise en compte des publics en situation de handicap
Public concerné	Personnes en situation de handicap.
Référent (Pilote)	Conseil général (Mission coopérations territoriales, DPAPH)
Partenaires	La MDPH, les Communes, ECPI
Calendrier de réalisation	La réalisation des actions se fera sur la durée du schéma en actionnant les leviers des contrats de territoire
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions valorisées dans les contrats de territoire ayant pris en compte la notion de handicap depuis le vote du schéma
Conditions de réussite	Inciter les Communes et les EPCI à prendre en compte le handicap dans les politiques conduites

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.2.	Poursuivre la mise en accessibilité du réseau de transport départemental Penn-ar-Bed et des services de transports urbains
Enjeux et contexte	<p>La loi du 11 février 2005 dispose que dans un délai de 10 ans à compter de sa publication, les services de transports collectifs devront être accessibles aux personnes handicapées et à mobilité réduite. Toutes les autorités organisatrices de transport sont concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Département pour les transports routiers interurbains départementaux (lignes régulières, services scolaires ou services de transport à la demande), les transports aériens et maritimes vers les îles, - Les communes ou EPCI pour les services de transport urbain, - La Région pour les transports ferroviaires régionaux, les transports routiers régionaux ainsi que les lignes routières de substitution d'anciennes lignes ferroviaires, - L'État pour les transports nationaux, routiers comme ferroviaires. <p>Pour les transports relevant de sa compétence (interurbains et scolaires), le Département s'est doté d'un schéma directeur d'accessibilité, voté en séance plénière du 31 janvier 2008.</p>
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la mise en accessibilité du réseau de transport départemental Penn-ar-Bed et des services de transports urbains, - Sensibiliser les chauffeurs de cars, de bus et le personnel d'accueil dans les gares routières aux différents types de handicaps.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre l'identification des actions menées par les collectivités ayant la compétence transport , - Poursuivre le travail en réseau initié par la Région, le Département, les communes ou groupements de communes, afin de mener une réflexion globale permettant une intermodalité, - Inciter les intervenants du transport à la mise en œuvre de formations de sensibilisation aux différents types de handicap.
Public concerné	Personnes en situation de handicap et personnes âgées
Référent (Pilote)	Le Conseil général ; Communes ou EPCI dotés de la compétence transport.
Partenaires	Conseil régional ; Opérateurs de transport.
Calendrier de réalisation	Les actions se poursuivront sur la durée du schéma en lien avec le schéma directeur sur l'accessibilité des transports
Indicateurs d'évaluation	Avancée de la mise en accessibilité des réseaux de transport ; Nombre de conducteurs et personnels formés
Conditions de réussite	Mise en application des obligations d'accessibilité par les transporteurs privés ; Étudier les difficultés à rendre accessible certains point d'arrêt (notamment en milieu rural) ; Inciter les EPCI et les communes

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.3.	Mener des actions de sensibilisation à tous les types de handicaps dans différents domaines (sport, culture, loisirs, transport, etc.)
Enjeux et contexte	L'un des objectifs du projet stratégique du Conseil général est de « faire de l'accessibilité de tous à la culture, aux sports et aux loisirs, un vecteur de cohésion sociale ». L'amélioration de l'accès des personnes handicapées à la culture, aux loisirs et au sport est donc un enjeu important toutefois des difficultés persistent. Ces freins pourraient être levés par le développement d'actions de sensibilisation du grand public et des partenaires.
Objectifs stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'accès au sport, à la culture, aux loisirs des personnes en situation de handicap, - Améliorer l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes en situation de handicap au sein des structures sportives, culturelles, et de loisirs, ainsi que dans le cadre du transport.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Afficher clairement la politique d'accès de tous à la culture, aux sports et aux loisirs et notamment des personnes handicapées, - Mobiliser sur des temps forts citoyen et financer des journées d'étude dans le but de sensibiliser au handicap, - Inciter les opérateurs de transport et les responsables d'associations sportives, culturelles, et de loisirs à mettre en œuvres des formations de sensibilisation aux différents types de handicap, - Valoriser les projets d'établissement favorisant l'accès à la culture, aux sports et aux loisirs.
Public concerné	Le grand public ; les acteurs du champ du sport, de la culture, des loisirs, des transports
Référent (Pilote)	Les Directions du Conseil général (DPAPH, DCSJ)
Partenaires	Les associations culturelles, sportives, les communes et intercommunalités
Calendrier de réalisation	Durée du schéma
Indicateurs d'évaluation	Nombre de participants et thèmes abordés dans les rendez-vous citoyens ; Questionnaire de satisfaction sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap ; Nombre de projets d'établissement qui valorisent ce type d'action
Conditions de réussite	Toucher les différents professionnels des secteurs (personnels du tourisme, des déplacements et transports, de la culture, etc.)

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.4.

Développer l'information à destination des personnes handicapées et des familles et la formation des professionnels à l'éducation sexuelle tout au long de la vie

Enjeux et contexte	<p>La vie affective et sexuelle des personnes constitue l'une des composantes du projet de vie des personnes en situation de handicap tel que défini dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005. La législation (loi n°2005-102 et n°2002-02) a donc réaffirmé les droits à l'intimité et à la vie privée des personnes accueillies en établissement et à domicile.</p> <p>Face à cette reconnaissance du droit des personnes, la législation impose la recherche du consentement éclairé de la personne dans le cadre de la vie affective et sexuelle. En établissement ou à domicile, les professionnels ou les aidants sont donc amenés à vérifier la capacité des personnes à consentir des rapports affectifs voire intimes.</p> <p>Ces changements législatifs impliquent pour les établissements et les professionnels une évolution dans leur positionnement et dans leurs interventions sur les questions de vie affective et sexuelle. Ce changement de positionnement interroge également les familles et les aidants des personnes handicapées.</p>
Objectifs stratégiques	Organiser les conditions d'accès de la personne handicapée à un projet de vie respectant ses souhaits en matière de vie affective et sexuelle.
Modalités de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les personnes handicapées (jeunes et adultes), les familles et les professionnels sur l'éducation à la vie affective et sexuelle adaptée aux handicaps en organisant un colloque et des campagnes de communication. - Former les professionnels des établissements, des services sociaux et médico-sociaux (dont services d'aide et d'accompagnement à domicile) et les familles d'accueil sur le long terme. - Garantir l'accessibilité à l'offre de planification familiale pour tous, y compris les jeunes en milieu scolaire ordinaire
Public concerné	Personnes en situation de handicap (adolescents et adultes) ; Professionnels des établissements et services ; Familles des personnes en situation de handicap
Référent (Pilote)	Conseil général (DPMI, DPAPH)
Partenaires	Associations œuvrant dans le champ du handicap, OPCA, organismes de formation, Éducation nationale
Calendrier de réalisation	Durée du schéma
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes formées; Niveau de satisfaction des personnes formées. Niveau de l'adaptation de l'information ressentie par les personnes formées ; Nombre d'établissements sociaux et médico-sociaux ayant bénéficié d'une information (à mettre en lien avec le nombre d'usagers pris en charge par ces établissements) ; Nombre de personnes présentant un handicap accueillies en centre de planification
Conditions de réussite	Formation à adapter selon les publics ; Coordonner la réflexion avec les programmes territoriaux de santé

Orientation proposée n°5 : Développer l'inclusion des personnes handicapées dans la vie sociale

Fiche-Action 5.5.

Mieux coordonner les acteurs intervenants dans le champ de la parentalité et de l'accompagnement des personnes handicapées.**Enjeux et contexte**

La loi du 11 février 2005 dite « loi sur l'égalité des droits et des chances et la promotion de la citoyenneté des personnes handicapées » garantit aux personnes handicapées la déclinaison des éléments de leur projet de vie, véritable programme d'intervention répondant aux aspirations et souhaits de chacun. Cette attention particulière implique davantage de réponses organisées et guidées par la prise en compte des besoins particuliers des personnes dans l'objectif d'une autonomie la plus importante possible dans tous les domaines (habitat, vie professionnelle, etc.).

Comme toute personne, les personnes handicapées peuvent aspirer à devenir parents. Dans ce cas, il paraît indispensable de proposer un accompagnement de la personne dans ce projet, tant en amont qu'en aval de la naissance d'un enfant, afin de contribuer à la réalisation du projet de vie (grossesse, exercice des droits parentaux, etc.).

Objectifs stratégiques

Veiller à l'autonomie des personnes handicapées dans leur souhait de devenir parent et dans leur fonction de parent ou futur parent.

Modalités de l'action

- Coordonner les acteurs pour une meilleure réponse à l'utilisateur et son enfant en créant une instance de concertation se réunissant tous les ans incluant notamment les centres départementaux d'action sociale, l'aide sociale à l'enfance et la Protection maternelle et infantile, ainsi que les organismes tutélaires.
- Réfléchir à une prestation sociale extra-légale finançant des heures d'aides humaines pour les parents en situation de handicap ayant de jeunes enfants.

Public concerné

Personnes en situation de handicap et leurs enfants

Référent (Pilote)

MDPH, Conseil général (DPAPH, DEF, DPMI, CDAS)

Partenaires

Acteurs en accompagnement à la parentalité, Acteurs en accompagnement des personnes handicapées à domicile et en établissement, représentants d'utilisateurs

Calendrier de réalisation

Les actions se déclineront sur la durée du schéma

Indicateurs d'évaluation

Nombre de parents en situation de handicap accompagnés depuis la mise en œuvre de l'action ; Nombre et qualité des partenariats mis en œuvre dans ce domaine

Conditions de réussite

Identifier les moyens techniques et humains nécessaires à l'accueil d'un enfant en fonction du type de handicap ; Identifier les acteurs de l'accompagnement à la parentalité et les acteurs de l'accompagnement des personnes handicapées (Centres hospitaliers, établissements sociaux et médico-sociaux, Caisse d'allocations familiales, Services de la protection maternelle et infantile, services de l'Aide sociale à l'enfance, Centres départementaux d'action sociale, Centres médico-psychologiques et infantiles, etc.) ; Tenir compte de la contrainte de temps dans la coordination des actions.

Annexes

- **Glossaire**
- **Composition des groupes de travail**



GLOSSAIRE

AA	Atelier alterné
AAH	Allocation adulte handicapé
ACTP	Allocation compensatrice tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'emploi et l'insertion des personnes handicapées
AJ	Accueil de jour
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AVFP	Assurance vieillesse des parents au foyer
AVS	Auxiliaire de vie scolaire
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDAS	Centre départementale d'action sociale
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMPP	Centre médico-psychologique et pédagogique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FV	Foyer de vie

HT	Hébergement temporaire
IEM	Institut d'éducation motrice
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PCH	Prestation de compensation du handicap
PHV	Personne handicapée vieillissante
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et des personnes handicapées
PRS	Programme régional de santé
PTS	Programme territorial de santé
SAAIS	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAFEP	Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SROMS	Schéma régionale d'organisation médico-sociale
SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TAS	Territoire d'action sociale
TED	Troubles envahissants du développement
UVE	Unité de vie extérieure

Annexe : Composition des groupes de travail

Groupe de travail 1 : Orientations et admissions

Prénom	Nom	Qualité	Instance représentée
Nathalie	SARRABEZOLLES	Vice Présidente en charge des solidarité	PILOTE / CG 29
Marie-Isabelle	DOUSSAL	Conseillère générale du canton d'ARZANO	CG 29
Marie	VINCENT	Directrice	DPAPH - CG 29
Brigitte	LACROIX-COQUIL		MDPH
Antoine	BOURDON	Directeur	ARS
François	CUEFF	CAPH29	ADAPEI - CO-ANIMATEUR
Pierre	DUBOIS	CAPH29	AFTC
Farid	KEBIR	CAPH29	APF
Odile	GUICHAOUA	Personne qualifiée	
Loïc	LE HIR	Directeur du développement social	Papillons Blancs du Finistère
Brigitte	LE FLOCH	Directrice MAS de Rosporden	Mutualité Santé Social
Thomas	REGNARD	Directeur FV	L'Arche à Brest
Nicolas	CHEVER	Psychiatre	EPSM Etienne Gourmelen
Carole	LEROY	Directrice des services enfances, familles et accompagnement social	UDAF
Monique	BLANCHARD	Directrice adjoint de l'IME et SESSAD	Massé-Trevidy
Pascale	BOU LAHDOU	Coordinatrice du SAMSAH	Perharidy
Fabrice	NICOL	Directeur FV-FAM	Don Bosco
Michel	GARGAM	Directeur	URAPEDA
Joël	ROLLAND	Directeur ESAT/foyers	LGO / ORORES
Ernest	SANQUER	CFDT Santé Sociaux	Syndicats
Sylvie	CHASSEREZ	Adjointe Chateaulin	AMF
<i>Référents DPAPH : Aude Jourdan / Lionel Houssais</i>			
<i>Participants DPAPH : Corinne Cailleau</i>			

Groupe de travail 2 : Prospective, adaptation et optimisation de l'offre : adapter l'offre aux besoins et s'assurer de la pertinence de l'offre existante

Prénom	Nom	Qualité	Instance représentée
Pascale	MAHE	Vice Président en charge du Pays de Brest	PILOTE / CG29
Maryvonne	BLONDIN	Conseillère générale du canton de Quimper II - Ergué Gabéric - Ergué Armel	CG 29
Nathalie	CONAN	Conseillère générale du canton de Fouesnant	CG29
Dominique	JAFFREDOU	Conseiller général du canton de Brest - L'Hermitage - Gouesnou	CG29
Christian	PLASSARD	Conseiller général du canton de Plabennec	CG29
Marie	VINCENT	Directrice	DPAPH / CG29
Christine	COLLIN		MDPH
Antoine	BOURDON	Directeur	ARS
Michel	LEBLOIS	CAPH29	Papillons Blancs du Finistère - CO-ANIMATEUR
Pierre	LAMBERT	CAPH29	IMC
Hervé	CAWIN	CAPH29	APAJH
Yves	COAT	CAPH29	ADAPEI
Jean	VINCOT	CAPH29	Asperansa
Dominique	LANNUZEL	CAPH29	IPIDV
Franck	DEHAIS	Directeur d'établissement	Mutualité Santé Social
Matthieu	PAUMIER	Directeur du site de Kerlivet	APF
Denis	PAGE	Directeur ESAT Kegonan et GIP Ty Hen Glaz	Kan Ar Mor
Thomas	REGNARD	Directeur	L'Arche à Brest
Madame	PURON	Cadre supérieur de santé	EPSM Etienne Gourmelen
Corinne	BERGER	Directrice adjointe	UDAF
Gilbert	HEMON	Directeur	IME La Clarté - Championnet
Pascale	CHERBONNEL	Directrice	SAJ Les Ateliers Fouesnanatais
Anne-Claire	GAUTRON	Directrice	CHIC
Arnaud	RANNOU	Directeur d'EHPAD	Massé-Trevidy
Madame	DEL COLLE	Directrice MAS Carhaix	AHB
Pascale	BOU LAHDOU	Coordinatrice du SAMSAH	Perharidy
Anne	GUEMAS	Directrice SAVS	Don Bosco
Jean-Pierre	PHELIPPEAU	Directeur Général LGO	LGO / ORORES
Lionel	TOULEMONT	CFDT Santé Sociaux	Syndicats
Patrick	LE GUILLOU	Maire de Roscanvel	AMF
Centre de ressources autisme Bretagne			
Référents DPAPH : Aude Jourdan / Pauline Rannou			
Participants DPAPH : Lionel Houssais			

Groupe de travail n°3 : **Projet de vie**

Prénom	Nom	Qualité	Instance représentée
Didier	LE GAC	Conseiller général du canton de Saint Renan	PILOTE / CG 29
Maryvonne	BLONDIN	Conseillère général du canton de Quimper II - Ergué Gabéric - Ergué Armel	CG 29
Armelle	HURUGUEN	Conseillère général du canton de Quimper III - Pluguffan - Plomelin	CG 29
Brigitte	LACROIX-COQUIL	Médecin responsable de service	MDPH
Dominique	SCOTET	Assistant social	MDPH
Gwenola	PRIME-COTTO	Coordinatrice Territoire de Santé n°2	ARS
Catherine	BELZON		Inspection académique
Sylvie	QUEMENER	Coordinatrice	Centre de Ressources Autisme Bretagne
Alice	LE BOZEC	CAPH29	AFTC
Anne	CAERES	CAPH29	APEDYS
Liliane	BESCOND	CAPH29	IPIDV
Louis	LANCIEN	Directeur de l'ESAT et des hébergements d'Armorique	Papillons Blancs du Finistère
Jean-Claude	SAMSON	Personne qualifiée	
Pauline	GUELLEC	Assistante sociale	EPSM Etienne Gourmelen
Adeline	DELACROIX	Coordinatrice Handisup Bretagne	Handisup Bretagne
Marion	ROUSSEL	Chargée de mission	Handisup Bretagne
Philippe	CORRE	Esat de Landudec	Mutualité Santé Social
Vincent	CONSTANTIN	Directeur du site de Keraman	APF
Nicolas	DE CARNE	Directeur	Le Caillou Blanc
Marc	KERJEAN	Chef de service	UDAF
Marie-Bernadette	LEFEBVRE	Sage-femme	CHIC
Florence	COROYER	Sage-femme	CHIC
Marie-Laure	GUTTON	Directrice FAM Audierne	Kan Ar Mor
Audrey	LAURANS	Attaché administrative EHPAD Pen Allé	Massé-Trevidy
Isabelle	MEVELLEC	Coordinatrice du SESSAD	Perharidy
Pascal	FILY	CFDT Santé Sociaux	Syndicats
Armelle	FOUQUE	Responsable ATP Chateaulin	ATP
Véronique	RAOUL	Adjointe Ile Tudy	AMF
Marie	PROVOT	Famille d'accueil	Représentant des familles d'accueil
Véronique	QUILLIEN	Secrétaire	ADAPEI 29
Marianne	KAUPE	Chargée de mission	DPMI - CG29
Olivier	BOURGES	Service adoption	DEF - CG29

Référents DPAPH : Veronique Clorennec / Pauline Rannou

Participants DPAPH : Delphine Béguin et Gisèle BODOLEC

Groupe de travail n°4 : Accès à la culture, au sport et aux loisirs

Prénom	Nom	Qualité	Instance représentée
Joëlle	HUON	Vice présidente en charge du Pays de Morlaix	PILOTE / CG 29
Dominique	JAFFREDOU	Conseiller général du canton de Brest - L'Hermitage - Gouesnou	CG 29
Marie	VINCENT	Directrice	DPAPH
Anne-Marie	STEPHAN	Directrice	MDPH
Pierre	GARREC	Directeur	DDCS
Vincent	MAZURE	Chargé de mission	Nautisme en Finistère
Danièle	BROCHU	Responsable Publics	EPCC Chemin du patrimoine en Finistère
			CDOS
			Handisport
Jean-Jacques	GIRE	Directeur	Musiques et danses en Finistère
Gilles	CANN	Chargé de mission	Comité départemental du Tourisme
Mado	HELIES	CAPH29	UNAFAM
Bruno	GUERNALEC	CAPH29	APF
Régis	GUILLERM	CAPH29	Valentin Haüy - CO-ANIMATEUR
David	SZWERTAK	Responsable du service enfance jeunesse	Ville de Landivisiau
Jean-Luc	BELLEGUIC	Directeur FAM Kernevel + Président association sportive et culturelle de Kan Ar Mor	Kan Ar Mor
Marie-Claude	AUBREE-LIJOUR	Coordinatrice générale de soin	EPSM Etienne Gourmelen
Julie	BARRES	Chef de service	UDAF
Alban	BEAUDOUARD	Directeur du centre Moulin-Mer	Don Bosco
Hervé	PERRAIN	Directeur	GEM AGEHB
Madame	AINS		URAPEDA
Fabienne	SCAEROU	Chef de service	IPIDV
Claire	PROUST	Responsable du service social et MASP	ATP
Philippe	LE COINTRE	CFDT Santé Sociaux	Syndicats
Luc	RAOUL	Directeur ESAT/foyers	LGO
René	MOULLEC	Directeur de l'association	EPAL Association
Jacqueline	DONVAL	Maire d'Audierne	AMF
Mary	PENNETIER		Famille d'accueil
Référénts DPAPH : Marie Vincent / Chirstine Deudé			
Participants DPAPH : Valérie Feat			

Groupe de travail n°5 : Information, communication et formation

Prénom	Nom	Qualité	Instance représentée
Claude	JAFFRE	Conseiller général du canton de Pont Aven	PILOTE / CG
Marie	GUEYE	Conseillère générale canton de BREST RECOUVRANCE	CG 29
Fabienne	MOAL-DEMAILLE	Chargée de communication	CG 29/ DIRCOM
Marie	LE CLANCHE	MDPH	
Raymond	BUREL	CAPH29	ADAPEI
Nelly	DESQUINS	CAPH29	APF
Céline	ROLLAND	CAPH29	UNAFAM
Loïc	LE HIR	Directeur du développement social	Papillons Blancs du Finistère
A	BELLEC	IEM	Mutualité Santé Social
Philippe	CARLIER	Directeur FV-FAM	Don Bosco
Madame	LE BLAYO	.	URAPEDA
Claude	LE GUILLOU	Responsable Juridique	ATP
Mireille	KEROMNES	CFDT Santé Sociaux	Syndicats
Marc	WIMMER	Directeur ESAT/foyers	LGO
Anne-Marie	PROVOT	Représentante famille d'accueil	A2F
Pauline	GUELLEC	EPSM E. Gourmelen	Assistante sociale
Jean-Paul	MONGEAT	ARS	Coordonnateur territoire de santé Brest Morlaix Carhaix
Anne-Marie	DESTOUR	Mairie Goulven	AMFinistère

Référents DPAPH : Lauriane Lagahuzère / Cécile Ménard

Participants DPAPH : Odile Cornec / Gaëlle Le Gall Bathany



CONSEIL
GÉNÉRAL
Finistère
Penn-ar-Bed



Conseil général du Finistère
Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

32 boulevard Dupleix - CS 29029
29196 Quimper Cedex

Tél. 02 98 76 22 46
Courriel : dpaph@cg29.fr

www
.cg29
.fr