



libertés autonomie égalité des droits et des chances
**3° SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES ACTIONS EN FAVEUR
DES PERSONNES HANDICAPÉES**
mpagnement accessibilité solidarité scolarisation



CONSEIL GENERAL
FINISTÈRE
Penn-ar-Bed

2006 - 2010

SOMMAIRE

La place de la personne handicapée dans la société	5
Le rôle du schéma départemental et sa mise en œuvre	8
<i>Cadre législatif du schéma</i>	8
<i>Objectifs du schéma</i>	9
<i>Genèse du schéma</i>	10
<i>Calendrier</i>	11
<i>Orientations générales</i>	12
<i>Définitions de base : définition des types d'hébergement</i>	12
<i>Service d'Accompagnement et de Soutien à Domicile</i>	12
<i>Service d'Accompagnement à la vie sociale (SAVS)</i>	12
<i>Foyer d'hébergement d'ESAT</i>	12
<i>UVE</i>	13
<i>Foyer de Vie</i>	13
<i>Foyer à Double Tarification / Foyer d'Accueil Médicalisé</i>	14
<i>Atelier alterné</i>	14
<i>MAS</i>	14
État des lieux des équipements en faveur des personnes en situation de handicap dans le département du finistère	15
<i>Taux d'équipement par territoire d'action sociale</i>	15
<i>Foyers de vie et Foyers d'accueil médicalisé</i>	15
<i>Accueils de jour</i>	15
<i>Hébergement des travailleurs en ESAT</i>	15
<i>Constat général</i>	15
Bilan du second schéma des institutions et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées	16
<i>Le contexte</i>	16
<i>La programmation</i>	16
<i>Les modes alternatifs de prise en charge</i>	16
<i>L'autonomisation des personnes handicapées et développement des services d'accompagnement</i>	17
<i>Les personnes handicapées vieillissantes</i>	17
<i>Le bilan des réalisations</i>	17

Troisième schéma départemental en faveur des personnes handicapées	19
I - La définition des contours des différentes situations de handicap :	
un postulat a une prise en charge de qualité	19
A - Les différentes catégories de handicap	20
B - Les degrés de handicap	20
C - La différenciation effectuée entre la personne handicapée travaillant et la personne handicapée sans activité	22
D - Les personnes handicapées vieillissantes	22
E - Une étude de besoins actualisée chaque année	22
II - Une volonté de permettre le maintien à domicile dans des conditions d'encadrement appropriées	24
A - Une information et une communication amplifiée sur les démarches existantes	24
B - La formation des intervenants	24
C - L'adaptation des services d'accompagnement aux spécificités de chaque handicap	25
III - Le vieillissement des personnes handicapées : une réalité à prendre en compte pour une prise en charge adaptée à leur situation	31
A - Accueil spécialisé	32
B - Unité spécialisée	35
C - Accueil alternatif	38
IV - Une coordination nécessaire pour une continuité dans l'accompagnement de la personne handicapée	43
V - Programmation	45
A - Programmation initiale	45
B - Procédure d'appel à projets	48
C - Programmation Complémentaire	49
VI - Suivi du schéma et réalisations	50
Lexique	51

3^E SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE

LA PLACE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE DANS LA SOCIÉTÉ

Lorsque l'on parle de handicap, il nous vient souvent à l'esprit l'image d'un fauteuil roulant. Quelque soit le handicap, ce terme présente une réalité tout autre et extrêmement diversifiée.

Cette réalité souvent discrète reste omniprésente. Accident sportif, domestique ou professionnel, maladies invalidantes et accidents de la route sont autant de situations pouvant toucher chacun d'entre nous.

En effet, la médecine moderne permet de sauver les accidentés ou les malades ; cela a parfois pour conséquence des séquelles irréversibles. Ce constat va également dans le sens de l'allongement de l'espérance de vie qui engendre également des situations de handicaps. La génétique est aussi un facteur au handicap ; le génome humain n'est en effet pas parfait et peut faire défaut à n'importe qui.

Le handicap ne constitue donc pas un monde à part mais une réalité qui nous touche tous. La situation de handicap ne devrait pas être considérée comme un malheur absolu mais comme une simple donnée de la vie parmi d'autres.

Cependant, vivre avec un handicap se révèle être un exercice ardu malgré les diverses évolutions que sont les progrès médicaux, chirurgicaux et techniques. Surmonter les difficultés du handicap est d'autant plus difficile au vu de l'indifférence et de la défiance de la société. L'environnement de la personne joue donc un rôle dans la capacité à vivre ou non avec son handicap quel qu'il soit. Certains formulent l'hypothèse que la personne n'est pas handicapée mais que son environnement est handicapant.

Cet environnement correspond aussi bien à des dispositifs mis en place par la société qu'à l'entourage de la personne en général. Face à une population de personnes handicapées en constante augmentation, le maillage de prise en charge médicale et sociale présente parfois des lacunes et des contradictions.

C'est pourquoi le Président de la République porte la question du handicap comme action prioritaire de son mandat. État, Départements, Assurance Maladie, associations nationales et locales représentatives des personnes handicapées sont autant d'entités à articuler afin de répondre au mieux aux besoins des personnes en situation de handicap.

Le terme handicap est apparu dans le langage usuel au milieu des années 1950 ; ce terme a été consacré en France par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées en 1975. Abrogée en 2001, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venue lui faire suite.

Il est difficile d'atteindre une définition optimale du handicap acceptée de tous ; cette loi tente d'en fournir une :

« 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 définition replace la personne handicapée dans un environnement sociale pas toujours à même de l'accueillir. La loi du 11 février 2005 met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap, en établissement et à domicile. Elle reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile. Cette loi affirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de vingt salariés, renforce les sanctions et crée des incitations et les étend aux employeurs publics. Elle définit les moyens de participation des personnes handicapées à la vie de la cité. Elle met en œuvre la MDPH, guichet unique d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs proches.

La loi du 11 février 2005 souhaite donc par ces dispositifs renforcer l'intégration professionnelle et sociale des personnes handicapées. Ils agissent sur l'environnement de la personne et non plus sur la personne elle-même. La loi du 11 février 2005 vise donc à améliorer la place faite aux personnes handicapées dans la société.

Cette place a été d'autant plus renforcée par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale qui affirme les droits et libertés individuelles des usagers des structures sociales et médico-sociales. Les droits figurants au Code Civil et garantis à chacun comme le respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité, de la vie privée ou de la sécurité sont rappelés et complétés par :

- Le libre choix des intervenants à domicile ou l'accueil en établissement spécialisé,
- La participation directe de l'utilisateur, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne,
- L'accès de la personne à toute information ou document relatif à sa prise en charge,
- L'information de la personne sur ses droits fondamentaux.

Afin d'appliquer ces droits le mieux possible, la loi 2002-2 tente de mettre en œuvre des outils comme la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le livret d'accueil, le contrat de séjour, le médiateur ou la personne qualifiée, le règlement de fonctionnement ou encore le conseil de vie sociale. Ces outils concernent les établissements, services sociaux et médico-sociaux et modes de prise en charge et d'accompagnement.

- La charte des droits et libertés de la personne accueillie tend à garantir à la personne accueillie l'exercice de ses droits et libertés par l'affirmation d'un certain nombre de droits et principes fondamentaux.
- Le livret d'accueil est remis à la personne ou à son représentant légal lors de son accueil dans un établissement ou service social ou médico-social. Il contient la charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service en question.
- Le contrat de séjour et le document individuel de prise en charge permet de poser un cadre à la relation entre l'utilisateur et le service ou l'établissement et de définir les objectifs et la nature de la prise en charge et de préciser les prestations offertes et leur coût prévisionnel.
- Tout usager, ou son représentant légal, d'un service ou d'un établissement social ou médico-social, peut avoir recours gratuitement à une personne qualifiée pour faire valoir ses droits.
- Le règlement de fonctionnement est mis en place afin de définir les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collectives au sein de l'établissement ou du service.
- Le conseil de la vie sociale est mis en place dans les établissements et services assurant un hébergement ou un accueil de jour continu, les établissements ou services assurant une activité d'aide par

le travail et les lieux de vie et d'accueil. Les autres établissements et services sont chargés eux, de mettre en œuvre des groupes d'expression, des consultations et enquêtes de satisfaction.

Ce conseil a pour but d'associer les personnes handicapées et leurs familles ou représentants légaux à l'élaboration et à la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement. Il formule des avis et des propositions sur le fonctionnement de l'établissement ou du service. Il permet l'expression et l'écoute de l'ensemble des représentants des usagers. Ce conseil est composé de deux représentants de personnes accueillies ou prise en charge ; s'il y a lieu, un représentant des familles ou représentant légal ; un représentant du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire.

Ces outils placent donc l'utilisateur au cœur de l'accueil ou de la prise en charge en établissement ou service social ou médico-social. Cela a pour but de renforcer le respect des personnes en général et particulièrement les personnes en situation de handicap.

LE RÔLE DU SCHÉMA DÉPARTEMENTAL ET SA MISE EN ŒUVRE

Cadre législatif du schéma

Le Conseil général du Finistère et l'État ont décidé d'engager l'élaboration conjointe d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées en application des articles L 312-4 et L 312-5 du code de l'action sociale et des familles modifiés en particulier par la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002.

Ce schéma, établi pour cinq années, se doit :

- 1 - d'apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- 2 - de dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- 3 - de déterminer 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...
- 4 - de préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services...
- 5 - de définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre du schéma.

Conformément à la loi n° 2004-809 du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, les schémas départementaux sont désormais adoptés par l'assemblée départementale après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale. Ils peuvent être révisés à tout moment à la demande des autorités compétentes.

Le schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap doit aussi prendre en compte les dispositions de 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, loi qui confie notamment aux départements la responsabilité de la MDPH¹.

Cette loi du 11 février 2005 met en évidence particulièrement le rôle de la CNSA². « L'objectif de l'action de la CNSA doit être de satisfaire les besoins prioritaires constatés sur le terrain, de financer les projets permettant de répondre au mieux à ces besoins tout en assurant l'égalité de traitement entre les territoires et d'allouer les moyens financiers de manière à parvenir à résorber les retards que connaissent certains territoires en matière d'équipements »³.

Afin d'accomplir ces missions la CNSA a passé des conventions avec l'État qui ont pour objectifs :

- D'effectuer un pilotage budgétaire et financier des établissements et services médico-sociaux,
- De mettre en place et suivre des Maisons Départementales des Personnes Handicapées,
- La transparence et l'intelligibilité des dispositifs.

Dans le but d'atteindre le premier objectif, la CNSA met en place un dispositif nommé PRIAC⁴. Ce PRIAC « détermine les priorités de financement des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire de l'État ». « Il définit les outils pour répartir équitablement les enveloppes régionales et départementales de crédits, à partir des priorités remontant du terrain et prévoit les instruments de mesure des besoins, favorisant la construc-

¹Maison Départementale des Personnes Handicapées

²Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie

³www.assemblée-nationale.fr

⁴programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

tion des OGD⁵ et des ONDAM⁶ médico-sociaux sur les exercices ultérieurs ». Il permet l'effectivité des plans de compensation des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap. Afin d'atteindre cette effectivité, il s'agit pour le PRIAC de garantir l'équité territoriale qui se traduit par l'accessibilité des services et établissements en termes de proximité et de fonctionnement et par la diversification de l'offre et de services pour permettre l'expression du choix de la personne. Le PRIAC se base pour ses orientations stratégiques notamment sur les schémas départementaux et régionaux d'organisation sociale et médico-sociale en vigueur.

Le présent schéma n'aborde pas les équipements et services pour l'enfance handicapée qui relèvent de la seule compétence de l'État. Il ne porte que sur les équipements et services en faveur des adultes handicapés.

Objectifs du schéma

La raison d'être d'un schéma en faveur des personnes handicapées est de répondre le mieux possible en termes d'équipements et de services sociaux et médico-sociaux aux besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap quel que soit leur niveau d'autonomie.

Le schéma doit faire en sorte de :

- Mieux cerner les besoins de cette population en anticipant les évolutions : cela passe par des réseaux d'information et d'évaluation fiables, notamment en matière d'autonomisation dans le domaine du handicap. Il s'agit d'anticiper les évolutions à venir afin de ne pas les subir.
- Pouvoir répondre à ces besoins sur l'ensemble du département : Cela comprend aussi bien l'implantation de nouveaux établissements sur des zones insuffisamment équipées que la gestion déconcentrée de l'action sociale des services du Conseil Général.
- Améliorer le dispositif d'accueil et d'accompagnement existant pour répondre aux demandes nouvelles des usagers en évaluant les démarches vers l'autonomie des personnes handicapées, dans le cadre d'une maîtrise des dépenses.
- Développer l'information : le schéma est un outil de référence, un ouvrage de vulgarisation au service de ces populations trop souvent isolées. Outre le schéma, l'information doit être la plus accessible à chacun.
- Pérenniser l'observation et la concertation : Dans la continuité des actions passées, la mise en œuvre du schéma permet de développer un travail concerté avec les professionnels, notamment au moyen des groupes de projet prévus par le schéma.

Dans le secteur des adultes handicapés, le Conseil Général du Finistère aborde son troisième schéma départemental qui définit pour cinq ans (2006-2010) les grandes orientations politiques départementales.

Un second schéma voté le 1^{er} octobre 1998 concernait l'autonomisation et le vieillissement des personnes handicapées, la réponse aux besoins de prise en charge en établissements et services ainsi que la recherche de formules alternatives au placement en institutions. Ce second schéma a été prolongé d'une année afin de le faire coïncider avec le plan triennal de l'État permettant la création de places en MAS⁷ et FDT⁸.

⁵Maison d'Accueil Spécialisée

⁶Foyer à Double Tarification

Le nouveau schéma s'appuie sur les orientations retenues par les groupes de travail mis en place dès le lancement de ce dernier. Il s'est efforcé de mettre en perspective, au niveau d'une programmation départementale, les orientations qui correspondaient le mieux aux anticipations raisonnables d'évolution du secteur.

De façon générale, les principes qui régissent ce troisième schéma sont les suivants :

- La poursuite de la démarche qualité qui avait déjà été retenue par le second schéma,
- La prise en compte, outre les besoins quantitatifs, des demandes qualitatives des personnes handicapées et de leur famille,
- La confirmation des expériences nouvelles menées, la prise en charge des personnes Handicapées Vieillissantes,
- La prise en compte des moyens apportés par chacun des partenaires.

Genèse du schéma

L'action sociale, dans le domaine des adultes handicapés, constitue un ensemble complexe de par :

- la multiplicité des acteurs qui y concourent, en forte interdépendance mais avec des logiques d'action parfois différentes ;
- la diversité des réponses possibles ;
- le caractère fragmentaire des informations disponibles détenues par chaque secteur.

Dans le Finistère comme ailleurs, le Conseil Général et l'État ne sont pas les seuls acteurs de l'action sociale dans le département. Ils travaillent en s'appuyant sur un réseau de partenaires associatifs et institutionnels. Ce travail en synergie est d'autant plus essentiel que les besoins des populations visées sont précis et spécifiques.

Aussi, la démarche d'élaboration du schéma s'est voulue participative, associant à la réflexion les professionnels du Conseil Général mais aussi de nombreux partenaires extérieurs concourant à la réalisation des actions en faveur des adultes handicapés (Collectif des associations, DDASS, CRAMB, DDTEFP, médecins, Centres Hospitaliers Spécialisés, syndicats représentatifs des personnels...).⁹ Le schéma doit reposer sur une volonté commune de travailler en concertation. Cet outil devrait permettre de préciser les modalités de coordination entre les différents acteurs.

Les travaux autour du schéma ont permis à l'ensemble des protagonistes de discuter, d'échanger, de confronter leurs savoirs et leurs savoir-faire qui se situent à tous les niveaux de l'action sociale. Ces rencontres leur ont fourni l'occasion à la fois de dresser un constat de l'existant en matière d'équipements et de services sociaux et médico-sociaux mais aussi de déduire de ce constat un certain nombre de préconisations à mettre en œuvre à court, moyen et long terme, préconisations dont le Conseil Général a largement tenu compte pour arrêter le texte définitif du schéma départemental des institutions et services en faveur des adultes en situation de handicap.

⁹Fcf. détail des acteurs en annexe I

Calendrier

Juin 2003	Vote des thèmes de réflexion par le Conseil Général
	Lancement des groupes de travail : <ul style="list-style-type: none"> • Groupe 1 : Vieillesse de la personne handicapée • Groupe 2 : Accompagnement à domicile • Groupe 3 : Coordination sanitaire et médico-sociale
Juin à Décembre 2003	Réunion des groupes Réunion du Comité de pilotage (CAS, CG : proposition d'axes de réflexion, analyse et synthétise, soumet pour décision) Commission action sociale valide et propose au Conseil Général
29 janvier 2004	Vote des orientations générales du schéma par le Conseil Général
Septembre 2004	Installation de l'instance technique <ul style="list-style-type: none"> • Groupe « vieillissement des personnes handicapées » • Groupe « accompagnement à domicile » · Sous-groupe « handicap mental et psychique » · Sous-groupe « handicap moteur et sensoriel » • Groupe « convention des secteurs sanitaire et médico-social »
1^{er} décembre 2004	Lancement de l'instance technique pour rendre opérationnelles les orientations votées par le Conseil ¹⁰
Janvier à mars 2005	Réunion des groupes de travail Réalisation de l'étude de besoins
Février 2005	Point sur les travaux des groupes
Mars 2005	Validation définitive des propositions des groupes et présentation des cahiers des charges et de l'étude de besoins
2 juin 2005	Vote de la programmation en places d'hébergement
Juillet 2005	Lancement des appels à projets
Octobre 2005	Date limite pour la réception des dossiers
Novembre 2005 à Janvier 2006	Examen des dossiers et élaboration des fiches de synthèse
Février-Mars 2006	Consultations
Avril 2006	Mise en forme du schéma
Juin 2006	Vote du Schéma
Juillet à septembre 2006	Actualisation de l'étude besoins
Octobre 2006	Vote de l'avenant au schéma

¹⁰Rôle de l'instance technique : pilotage et mise en œuvre du 3^e schéma, approfondissement des orientations, validation et arbitrage sur les décisions opérationnelles, demande de travaux de consultations complémentaires auprès des groupes techniques

Participants : CG ; DDASS ; CRAM de Bretagne ; Collectif des PH 29 ; ATP ; Fédération ADMR ; Association les Papillons Blancs ; Association les Genêts d'or ; centre de Perhadiry, Roscoff ; CHS Gourmelen, Quimper ; CREAL Bretagne.

Orientations générales

Ce schéma a l'ambition de susciter une dynamique partenariale avec des pistes de travail concrètes et des réflexions à poursuivre, afin d'améliorer sans cesse les actions conduites en faveur des adultes handicapés.

Les orientations majeures qui ont servi de fil conducteur à la réalisation de ce schéma tiennent aux principes suivants :

- La prise en compte du vieillissement des personnes handicapées,
- L'accompagnement à domicile des personnes handicapées,
- Le développement de conventions entre les établissements sanitaires spécialisés et les établissements et services médico-sociaux.

Définitions de base : Définition des types d'hébergement

Service d'Accompagnement et de Soutien à Domicile

Service d'accompagnement et de suivi à domicile pour adultes handicapés relativement autonomes travaillant en ESAT.

Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

Les SAVS ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

- Leurs missions consistent en l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'en un accompagnement social en milieu ouvert.
- L'accompagnement réalisé par un SAVS est conditionné par une décision de la commission des droits et de l'autonomie. Ainsi, leurs interventions doivent s'inscrire dans le cadre de la réalisation d'un projet de vie et d'un plan d'aide préalablement élaboré avec l'ensemble des partenaires intéressés, pour une réalisation sur une ou plusieurs années, voire tout au long de la vie
- Les articles D. 312-155-8 et D. 312-155-12 du code de l'action sociale et des familles listent les personnels susceptibles de composer l'équipe de chaque service.
- La composition de cette équipe doit être adaptée aux besoins des personnes prises en charge et peut être complétée par tout professionnel nécessaire à la réalisation des missions du service.
- En application de l'article R. 314-105 VIII du code de l'action sociale et des familles, les SAVS sont financés par le conseil général, dans le cadre d'un prix de journée.

Foyer d'hébergement d'ESAT

Structure d'hébergement collectif pour adultes handicapés travaillant en ESAT¹¹.

- Bases légales
Loi n°75-534 du 30 juin 1975 ; Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ; décrets n°77-1547 et 77-1548 du 31 décembre 1977.
- Population accueillie
Personnes adultes handicapées travaillant en ESAT et présentant des déficiences sévères ou moyennes (niveau réduit de compréhension et retard dans le développement affectif) et des déficiences associées ou des problèmes de personnalité relativement contrôlés.
Age limite d'accueil : 60 ans.

¹⁰ Etablissement et Services d'Aide par le Travail

- **Prise en charge**
Le foyer d'hébergement de ESAT offre en continu (veille de nuit) une permanence éducative ainsi que l'ensemble des services liés à une prise en charge de la vie quotidienne de façon permanente.
- **Financement**
Département uniquement
- **Participation des résidants selon leurs ressources**

UVE

Petites structures collectives d'hébergement ou structures éclatées (appartements) pour adultes handicapés travaillant en ESAT. (location faite par l'association)

- **Bases légales**
Circulaire 60-AS du 31 Octobre 1978
- **Population accueillie**
Personnes adultes handicapées travaillant prioritairement en CAT et présentant des déficiences légères ou moyenne (niveau intellectuel ayant généralement permis l'acquisition d'éléments de lecture, écriture et calcul), une personnalité harmonieuse ou stabilisée, l'absence de déficiences associées importantes, l'aptitude à assumer les contraintes de cohabitation en milieu ordinaire et d'insertion sociale.
- **Prise en charge**
Accompagnement social et éducatif quotidien au lieu d'habitation de la personne (plus accompagnement aux actes de la vie pour les infirmes moteurs cérébraux).
- **Financement**
Département : accompagnement éducatif et social
Personnes handicapées : loyer, nourriture, loisirs, personnel des services généraux.
- **Pas de récupération de ressources**

Foyer de Vie

Structure d'hébergement collectif pour adultes handicapés non travailleurs.

- **Bases légales**
 - Code de l'action sociale et des familles : Art L 231-3, L 231-6, L 231-4, L 241-1, L 344-3 jusqu'à L 344-6 ;
 - Loi n°75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales (art L 313-1)
- **Population accueillie**
Accueil permanent de personnes adultes, à partir de 18 ans, orientées par la COTOREP, présentant une déficience mentale sévère profonde avec fréquemment des troubles associés et ne pouvant travailler du fait de leur manque d'autonomie même en milieu protégé, sans toutefois justifier de soins médicaux ou paramédicaux constants.
Les troubles psychiatriques ne doivent pas être prédominants.
- **Prise en charge**
La prise en charge repose sur le maintien et le progrès de l'autonomie, les sollicitations, la socialisation, l'organisation des loisirs et d'activités ayant pour objectifs l'épanouissement de la personne accueillie.
- **Financement**
Département uniquement
- **Participation des résidants selon leurs ressources**

Foyer à Double Tarification / Foyer d'Accueil Médicalisé

Foyer pour adultes handicapés bénéficiant d'un forfait-soins pris en charge par l'assurance maladie.

- Bases légales
Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ; décrets n°77-1547 et 77-1548 du 31 décembre 1977 ; Circulaires n°86-6 du 14 février 1986, n°87-M074 du 3 juillet 1987, n°89-22 du 15 décembre 1989 ; lettre ministérielle n°243 du 22 avril 1988.
- Population accueillie
Adultes, femmes et hommes, présentant un handicap physique, mental, psychique avec des troubles associés, dont la dépendance totale ou partielle, requiert l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne.
Age limite d'admission : 60 ans.
- Prise en charge
La prise en charge vise à assurer les besoins courants de la vie (hébergement, nourriture), une aide et une assistance constante, une surveillance médicale et des soins, des activités d'éveil et des soins, des activités d'éveil et des soins de maternage et de nursing afin de prévenir au maximum les régressions ou l'aggravation de l'état de la personne.
- Type de structure d'hébergement
Structure collective
- Financement
Département pour les frais d'hébergement et les résultats du soin.
Assurance maladie pour les soins dans la limite d'un forfait journalier.
- Participation des résidents selon leurs ressources

Atelier alterné

Est destiné à prendre en charge des travailleurs d'ESAT ne pouvant plus exercer un métier à plein temps. Le travailleur est ainsi accueilli à mi-temps.

MAS

- Bases légales
Loi n°75-534 du 30 juin 1975 et Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 ; Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 ; Circulaire 62-AS du 28 décembre 1978 ; Décret n°83-262 du 31 mars 1983 sur les Maisons d'Accueil Spécialisées ; Circulaire de la caisse nationale d'assurance maladie n°365-79 du 26 juin 1979 relative aux MAS
- Population accueillie
Personnes handicapées d'au moins 16 ans, orientées par la CDAPH, dépourvues d'un minimum d'autonomie, nécessitant un recours constant à l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie courante, et dont l'état requiert une surveillance médicale et des soins constants.
Les troubles psychiatriques ne doivent pas être prédominants.
Age limite d'admission : 60 ans.
- Type de structure d'hébergement
Structure collective
- Financement
Sécurité sociale uniquement

ÉTAT DES LIEUX DES ÉQUIPEMENTS EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LE DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE¹²

Taux d'équipement par territoire d'action sociale :

Foyers de vie et Foyers d'accueil médicalisé :

On constate au sein du département du Finistère qu'il existe en moyenne 2.29 places en FV/FAM pour 1 000 personnes. Cette moyenne est respectée particulièrement par 3 territoires d'action sociale que sont Landerneau/Crozon(deux fois plus important que la moyenne), Morlaix/Landivisiau et Quimper/Châteaulin.

Accueils de jour :

Les accueils de jour sont présents en moyenne à hauteur de 0.41 places pour 1 000 personnes sur le département du Finistère. Ce taux est plus important sur les secteurs Landerneau/Crozon, Quimper/Châteaulin, Brest CUB et Concarneau/ Quimperlé. Le secteur de Pleyben/ Carhaix ne présente aucun accueil de jour.

Hébergement des travailleurs en ESAT :

En Finistère, 2.5 places en moyenne sont proposées pour une population de 1 000 personnes. Cette tendance est confirmée par les secteurs Morlaix/Landivisiau, Pleyben/Carhaix, Quimper/Châteaulin, Lesneven/Abers Iroise et Audierne/Douarnenez/Pont l'abbé. Brest CUB est particulièrement sous doté en matière d'hébergement pour travailleurs en ESAT.

Les territoires d'action sociale Landerneau/Crozon, Morlaix/Landivisiau, Quimper/Châteaulin et Audierne/ Douarnenez/Pont l'abbé sont assez bien équipés.

Constat général :

Le Département du Finistère est moins doté en terme d'accueil de jour, particulièrement la zone de Pleyben-Carhaix qui ne possède aucun équipement en la matière. Brest métropole océane est également peu doté concernant les structures d'accueil de personnes en situation de handicap mis à part en terme d'accueil de jour. Dans ce cas, les chiffres correspondent à la moyenne. Malgré quelques disparités géographiques, les territoires ont dans l'ensemble tendance à se rapprocher de la moyenne départementale.

Globalement les taux d'équipement globaux les plus faibles correspondent à des territoires plus ruraux (Pleyben/ Carhaix, Lesneven/Abers Iroise, Concarneau/Quimperlé).

¹² cf. annexe 2 présentant le nombre de places par type de structure gérées par le Conseil général et l'État

BILAN DU SECOND SCHÉMA DES INSTITUTIONS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le contexte

Les orientations visés par le second schéma des institutions et des services en faveur des personnes handicapées étaient les suivants :

- Autonomisation des personnes handicapées et développement des services d'accompagnement
Aussi bien dans les établissements qu'au sein des services d'accompagnement, il s'agit de garantir un maximum la possibilité pour une personne handicapée d'une existence proche de la normale.
- Conception et expérimentation de réponses au vieillissement des personnes handicapées
De la même façon que le reste de la population, la question de la longévité se pose pour les personnes en situation de handicap. Selon l'âge et le degré d'autonomie, il est primordial d'envisager la nécessité d'une prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.
- Recherche de formules alternatives au placement en institution
Les formules alternatives citées sont l'accueil de jour, l'accueil temporaire et l'accueil familial. Ce thème aborde principalement les différentes possibilités qui gravitent autour de l'accueil familial et comment articuler cet ensemble.
- Réponses aux besoins de prise en charge en établissements et services
Cette orientation met en avant les différents modes de prises en charge aussi bien les établissements, l'accueil familial ou les services d'accompagnement. Il s'agit particulièrement de la façon d'allier mode de prise en charge et projet individuel. La finalité de cette orientation est d'adapter le mode de prise en charge aux besoins réels de la personne.

Concernant les personnes handicapées vieillissantes et les accueils de jour et temporaires, il s'agit dans ce second schéma d'expérimentation. Au sujet des adaptations de prises en charge, il est question d'évolutions quantitatives et qualitatives. A propos de ces orientations, il est pertinent d'observer la programmation adoptée par le second schéma¹².

La programmation

Cette programmation met en évidence les souhaits du Conseil général du Finistère et l'avenant prolongeant le schéma jusqu'en fin 2003.

Au sujet des foyers de vie et foyers d'accueil médicalisé, 140 places ont été préconisées par le conseil général et l'avenant y ajoutait 107 places supplémentaires. La totalité de ces places ont été autorisées ; 247 places de foyers de vie et foyers d'accueil médicalisé ont donc été prise en charge par le second schéma.

Les modes alternatifs de prise en charge

Au sujet des modes alternatifs de prise en charge (Accueil familial, accueil de jour, Accueil temporaire...), 70 places étaient programmées au titre du second schéma et 22 au titre de son avenant. Cette programmation concernait principalement l'accueil de jour, 10 places d'accueil familial annoncées n'ont pas été attribuées. Au terme de ce schéma, 92 places d'accueil de jour ont été programmées.

¹² cf. annexe 3 présentant la programmation, le bilan chiffré et le bilan détaillé des réalisations

L'autonomisation des personnes handicapées et développement des services d'accompagnement

A propos de l'accompagnement et l'hébergement des travailleurs d'ESAT, 167 places étaient programmées au titre du second schéma. Il s'agit de SASD et d'UVE. Cette programmation prévoyait également des Ateliers Alternés et l'ouverture de 29 FH par transformation d'UVE et de SASD par l'association Les Papillons Blancs. En outre, une convention a été signée entre cette association et le Conseil général qui prévoyait la création de 88 places FH et UVE.

Les personnes handicapées vieillissantes

Il est à noter que cette programmation ne prend pas en compte les unités pour personnes handicapées vieillissantes. La programmation prévoyait 10 places FV pour La Fondation Hospitalière de Plouescat qui se sont réalisées en une unité PHV. Le nombre total prévues s'élève à 594 places auquel il convient d'ajouter 30 places PHV prévues ultérieurement. Ces places se répartissent comme suit :

Association gestionnaire	Lieu d'implantation	Nombre de places
Association les Amitiés d'Armor	Le Conquet	7 places
	Lannilis	10 places
	Brest	7 places
Association Les Genêts d'Or	Brest	6 places
Total		30 places

On obtient donc 624 places programmées sur le département du Finistère en faveur des personnes handicapées de 1998 à 2003.

Le bilan des réalisations

Suite à la programmation, il est intéressant d'étudier les réalisations en terme de prise en charge afin d'établir un bilan du second schéma des institutions et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées. Pour cela, ont été mis en lien les places programmées et les places réellement acquises. La majorité des places programmées ont été réalisées ou pour 87 d'entre elles autorisées et en cours de construction en 2006.

Association gestionnaire	Type de structure	Lieu d'implantation	Nombre de places
Association Kan Ar Mor	FAM et FV	Audierne	8 et 2
CHS	FAM	Quimper	15
Association hospitalière de Bretagne	FAM	Châteuneuf-du-Faou	35
Association les Papillons Blancs	FAM	Ergué-Gabéric	15
Association les Genêts d'Or (anticipation)	FAM	Dinéault	12
Total			87

Pour les places supplémentaires qui apparaissent dans ce bilan, il s'agit particulièrement de petites régularisations dans les structures en fonction d'opportunités architecturales ou répondant à des besoins urgents.

Des anticipations au troisième schéma personnes handicapées ont vu le jour sur les villes de Dinéault, Landivisiau et Brest.

L'étude des réalisations a permis de mettre en avant le détail de la convention entre l'association Les Papillons Blancs et le Conseil Général. Les 88 places prévues par l'association Les Papillons Blancs se répartissent comme suit :

Type de structure	Lieu d'implantation	Nombre de places
FH d'ESAT	Plougastel-Daoulas	38
FH d'ESAT	Concarneau	25
FH d'ESAT	Brest	23
UVE	Ergué-Gabéric	2
Total		88

La programmation dans son ensemble a été respectée. Le Conseil général est même allé au delà de sa programmation anticipant les besoins repérés dans le cadre du troisième schéma. restent 87 places en cours de réalisation.

Accueil familial

L'accueil familial permet aux adultes handicapés qui le souhaitent de vivre dans un environnement familial. Des particuliers les accueillent ainsi à leur domicile, à titre onéreux.

Le Conseil Général est chargé de délivrer les agréments des familles d'accueil. Il les accompagne et les soutient dans l'exercice de leur métier en agissant dans le sens d'une professionnalisation et d'une reconnaissance de cette activité.

Le suivi social et médico-social des personnes handicapées a été confié à deux associations en 1991 : Don Bosco pour le Finistère Nord et Kan Ar Mor pour le Finistère Sud.

Le Conseil Général contribue aux dépenses de fonctionnement de ces services sur les bases d'une dotation globale comprenant le financement des moyens en personnel et des dépenses courantes.

Il intervient, par ailleurs, au titre de l'aide sociale et/ou par le biais de la prestation de compensation du handicap, dans le financement par la personne accueillie des frais liés à la rémunération de la famille d'accueil.

Il y avait au 31 décembre 2007, 94 accueillants familiaux pour un total de 145 places, dont 113 occupées.

TROISIÈME SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPÉES

Ce troisième schéma a été appréhendé de façon concertée et partagée. Des groupes de travail ont en effet été lancés sur des thèmes prédominants tels que le vieillissement des personnes handicapées, l'accompagnement à domicile et la coordination sanitaire et médico-sociale.

Suite à ce travail préparatoire, les orientations générales du schéma ont été votées et une instance technique mise en place. Des groupes de travail opérationnels se sont attelés à la rédaction des cahiers des charges correspondants aux préconisations évoquées en vue d'un appel à projets. Par la suite, une procédure d'appel à projets a été lancée afin d'aboutir à une programmation adaptée aux besoins du département. Programmation d'autant plus adaptée qu'elle se base sur une étude de besoins réalisée en 2004.

Comme présenté en introduction, les trois orientations du schéma sont les suivantes et ont constitué le fil conducteur des groupes de travail : vieillissement des personnes handicapées, accompagnement à domicile et coordination sanitaire et médico-sociale .

Dans le cadre de ces orientations, adoptées par le Conseil Général, il convient tout d'abord de définir les différentes situations de handicap pour ensuite avancer les solutions possibles pour permettre le maintien à domicile, la prise en charge adaptée des personnes handicapées vieillissantes et la coordination sanitaire et médico-sociale.¹⁴

I - La définition des contours des différentes situations de handicap : un postulat à une prise en charge de qualité

Avant même de définir les différentes situations de handicap, il convient de rappeler l'importance de la prévention dans ce domaine.

La loi du 11 février 2005 énumère ce qu'elle entend comme étant le contenu de la politique de prévention du handicap, citons par exemple, les actions directes envers les personnes handicapées, les actions d'information et de sensibilisation du public ou encore les actions pédagogiques en milieu scolaire ou professionnel.

Deux domaines d'actions sont privilégiés dans le Finistère :

- Le syndrome d'alcoolisation fœtale, première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant. C'est au point 9 de l'axe 10 de l'agenda 21 (« Mieux vivre ensemble »), qu'a été proposée la création d'un « réseau départemental d'information, prévention et accompagnement de cette problématique d'alcoolisation fœtale, ainsi que la mise en place d'une dynamique de réseau départemental de professionnels avec la création de réseaux opérationnels autour des centres hospitaliers sur l'ensemble du Département ».
- La prévention routière, en parallèle de la Direction départementale de l'équipement, le Conseil général mène des actions, telles que l'opération départementale de prévention sécurité routière et alcool au volant « t'as la tchatche » auprès des 12/25 ans.

Par ailleurs, une fiche a été élaborée pour mener d'autres actions :

¹⁴ cf. annexe 4 présentant le calendrier des travaux préparatoires

Fiche action I - Prévention	
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes handicapées et familles • Grand public
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser et déstigmatiser
Étapes	<ul style="list-style-type: none"> • Guide départemental à usage professionnel sur l'ensemble des ressources existantes et une déclinaison de ce guide pour le public • Campagne d'information sur le handicap, y compris psychique
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Participation lors des campagnes d'information • Enquête sur la perception du handicap • Conséquences de la prévention (chiffres)

Cet aspect primordial de la politique du handicap évoqué, il convient de s'attacher à définir les différentes situations de handicap.

A - Les différentes catégories de handicap

Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, « 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 ».

Trois principales situations peuvent être définies comme un handicap physique, les handicaps moteurs (myopathie, lésion de la moelle épinière ou encore infirmité motrice cérébrale...), les handicaps sensoriels (cécité, surdité...) et les handicaps résultant d'accidents ou de graves maladies (cancer...).

Le handicap mental recouvre lui aussi de nombreuses situations, de déficiences intellectuelles (trisomie 21, syndrome de l'X fragile...).

Les handicaps psychiques recouvrent eux principalement les difficultés relationnelles, de communication et de comportement : autisme, schizophrénie, trouble obsessionnel compulsif...

Il faut noter que les handicaps peuvent être associés.

Au-delà, de la différenciation handicap mental/handicap physique de nombreuses situations, différentes non seulement du point de vue de la manifestation du handicap mais aussi du point de vue des conséquences que celui-ci peut entraîner, existent.

B - Les degrés de handicap

Le décret du 4 novembre 1993, modifié par le décret du 6 décembre 2007 met en place un guide barème ayant pour objet de permettre la détermination d'un taux d'incapacité, pour l'application de la législation applicable en matière d'avantages sociaux aux personnes atteintes d'un handicap.

Ce guide-barème vise à permettre de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine.

La détermination du taux de handicap s'appuie sur l'analyse des interactions entre trois dimensions :

Déficience : c'est-à-dire toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion d'altération de fonction.

Incapacité : c'est-à-dire toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes physiques ou psychiques et équivaut, dans la définition du handicap, à la notion de limitation d'activité.

Désavantage : c'est-à-dire les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. Le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) résulte de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences et/ou d'incapacités et son environnement.

Ces trois dimensions sont étroitement liées, mais, pour autant, leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peut varier considérablement d'une personne à l'autre, y compris lorsque le handicap est lié à une même origine ou une même pathologie. De même, elles peuvent évoluer différemment dans le temps.

En effet, le diagnostic ne permet pas, à lui seul, une évaluation du handicap, celui-ci variant avec le stade évolutif, les thérapeutiques mises en œuvre, en fonction de l'interaction de la personne avec son environnement.

Toutefois, les éléments de diagnostic, bien qu'insuffisants à eux seuls pour rendre compte des conséquences de l'état de santé dans la vie quotidienne de la personne, sont néanmoins utiles pour la connaissance de la situation et permettent notamment d'apporter des indications sur l'évolutivité et le pronostic de l'état de la personne.

Le guide-barème comprend huit chapitres, correspondant chacun à un type de déficiences :

- I. Déficiences intellectuelles et difficultés de comportement.
- II. Déficiences du psychisme.
- III. Déficiences de l'audition.
- IV. Déficiences du langage et de la parole.
- V. Déficiences de la vision.
- VI. Déficiences viscérales et générales.
- VII. Déficiences de l'appareil locomoteur.
- VIII. Déficiences esthétiques.

Le guide-barème ne fixe pas de taux d'incapacité précis. En revanche, il indique des fourchettes de taux d'incapacité, identifiant suivant les chapitres, trois à cinq degrés de sévérité (en général 4) :

- forme légère : taux de 1 à 15 % ;
- forme modérée : taux de 20 à 45 % ;
- forme importante : taux de 50 à 75 % ;
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95 %.

C - La différenciation effectuée entre la personne handicapée travaillant et la personne handicapée sans activité

L'article L323-10 du Code du travail considère comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique »

Certaines de ces personnes sont employées en milieu ordinaire, en bénéficiant de tous les aménagements nécessaires à leurs situations, lorsque cela est rendu impossible par le handicap, des emplois existent, en milieu dit adapté. Il existe ainsi des établissements ou services d'aide par le travail (anciennement CAT), ceux-ci permettent aux personnes handicapées d'avoir des activités à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif dans le but de favoriser leur épanouissement social. Dans le cadre de ces ESAT, l'atelier alterné est destiné à prendre en charge les travailleurs ne pouvant plus exercer un métier à plein temps, il y sont donc accueillis à mi-temps.

Par ailleurs, certaines personnes handicapées sont de par leur situation, dans l'incapacité d'avoir une activité professionnelle, ces personnes se voient alors proposer d'autres accompagnements, leur permettant à eux aussi un épanouissement.

Cette différenciation opérée entre personnes handicapées travaillant ou non vient donc en plus des différenciations entre handicap. Elle prend par ailleurs toute son importance lorsqu'il s'agit de définir la catégorie des personnes handicapées vieillissantes, catégorie, en augmentation constante.

D - Les personnes handicapées vieillissantes

Concernant les personnes sans activité professionnelle, le travail effectué lors de l'élaboration du schéma a permis d'aboutir à la définition tel que sont considérées comme personnes âgées vieillissantes, les personnes handicapées âgées d'au moins 40 ans qui présentent une perte d'autonomie, une plus grande dépendance, des difficultés à participer aux activités proposées, une fatigabilité plus importante, une nécessité d'appareillage indépendant de son handicap et enfin, l'apparition de pathologies liées au grand âge. Ce phénomène peut être aggravé lorsqu'il y a perte de repères (changement de lieu d'habitation causé par le vieillissement, modification de l'environnement familial).

Concernant par ailleurs, les travailleurs en ESAT, il existe deux cas de figure, la personne handicapée vieillissante peut se définir par son âge administratif (âge de la retraite), ou par son vieillissement avant l'âge administratif. Dans ce second cas, cela peut se détecter par le biais de certaines manifestations du vieillissement ou d'éléments déclencheurs tels que l'ancienneté dans l'ESAT, les contraintes liées à certaines pathologies, la professionnalisation du travail en ESAT, le manque de mobilité dans l'ESAT, le développement de la maladie d'Alzheimer.

Considérant ces éléments, quatre profils existent, les personnes handicapées dont l'activité en ESAT s'arrête à 60 ans, les personnes dont le vieillissement prématuré est associé à une fatigabilité ressentie à travers différents comportements, les personnes présentant des troubles de démence ou de confusion, et les personnes en perte d'autonomie.

E - Une étude de besoins actualisée chaque année

Le principe d'une étude de besoins partagée a émané du second schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux (1998-2002). Le DDASS, le Conseil Général et les associations ont alors travaillé sur une méthode d'évaluation des besoins. Une collecte de données a

été réalisée par établissement, abordant les thèmes suivants : personnes présentes en établissement, personnes inscrites sur liste d'attente et sorties de l'établissement.

Il est ressorti de cette étude une base de données au 1^{er} juillet 2004 qui présentait les besoins, validés le 2 juin 2005 par l'assemblée du Conseil Général.

Cette étude repose sur deux étapes clés :

- L'étude de la situation actuelle des personnes présentes en établissements et sur listes d'attente et la connaissance des personnes orientées vivant à domicile
- L'étude des besoins de prise en charge pour personnes handicapées pour les années 2006-2010.

Afin de mener à bien cette étude, un comité de pilotage a été mis en place qui a ensuite formé une instance de validation. Cette dernière est un comité technique qui est composé du Conseil Général et des associations suivantes : les Genêts d'Or, Kan Ar Mor, et l'ADAPEI.

Cette étude a suscité des demandes de complément concernant les jeunes adultes handicapés. C'est à dire les jeunes handicapés de plus de 20 ans présents en IME au titre de l'amendement CRETON. Des revendications des associations ont mené le Conseil Général à effectuer une actualisation des besoins de prise en charge dans le domaine du handicap. Ce travail a de nouveau été mené en sollicitant les informations détenues par la DDASS, compétente sur le volet IME.

Une seconde étude de besoins a donc été amorcée. Le but étant d'actualiser les besoins de prise en charge des personnes handicapées en établissements et à domicile. Au terme de la collecte et de l'analyse de l'étude, une validation a eu lieu en septembre 2006. Il s'agissait, en fonction de cela, de proposer ou non un réajustement des capacités nouvelles prévues au niveau des Foyers de Vie et Foyer d'Accueil Médicalisé, réajustement intervenu dans le cadre d'un avenant voté en octobre 2006.

Par la suite, au terme des actualisations annuelles de l'étude de besoins, il s'agira d'évaluer comme dit précédemment l'opportunité de réajustement des capacités nouvelles prévues.

Une fiche action a été élaborée en ce sens :

Fiche action 2 - Étude de besoins
Public visé
<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels et usagers
Objectif
<ul style="list-style-type: none"> • Permettre l'adéquation entre les besoins recensés et l'offre existante par une actualisation régulière
Étapes
<ul style="list-style-type: none"> • Étude annuelle selon la méthode validée • Mise en parallèle offre / demande
Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Adéquation places / demandes

II - Une volonté de permettre le maintien à domicile dans des conditions d'encadrement appropriées

A - Une information et une communication amplifiée sur les démarches existantes

C'est dans cette optique que les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ont été mises en place par la loi du 11 février 2005, il s'agit en effet d'un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées.

La MDPH du Finistère a ouvert ses portes le 16 janvier 2006, elle regroupe l'ex-COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), l'ex-CDES (Commission Départementale d'Éducation Spéciale) et l'ex-SVA (Site pour la Vie Autonome). La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) est la nouvelle instance décisionnelle.

Selon la loi, ces Maisons départementales des Personnes Handicapées :

- Exercent une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap,
- Mettent en place et organisent le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, de la procédure de conciliation interne et désigne la personne référente,
- Assurent à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir,
- Mettent en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap,
- Organisent des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées,
- Recueillent et transmettent les données mentionnées à l'article L. 247-2 (activités, caractéristiques des personnes concernées...), ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées,
- Enfin, un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées.

Dans l'objectif de simplifier les démarches des usagers, des actions peuvent être menées en parallèle de la mise en place de la MDPH et avec son appui.

B - La formation des intervenants

De nombreuses offres existent en ce domaine, mais celles ci ne sont pas toujours adaptées et insuffisamment connues. Face aux problèmes rencontrés par les personnes handicapées, des principes sont à respecter lors des interventions, cela nécessite des formations adaptées.

Fiche action 3 - Formation des professionnels	
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenants de proximité (soins, aide à domicile...) • Services sociaux • Aidants familiaux • Personnes ressources
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la prise en charge • Échange entre professionnels : connaissance mutuelle
Étapes	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place les formations • Définir le contenu de la formation • Nature de la formation : <ul style="list-style-type: none"> Formation généraliste plus élevée (DEAVS) / Formation complémentaire pointue et ponctuelle (adaptation aux handicaps) / Information et sensibilisation / Nouveaux handicaps
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de formation

C - L'adaptation des services d'accompagnement aux spécificités de chaque handicap

Chaque handicap a sa propre spécificité, dans ce cadre, l'accompagnement doit être adapté. Les fiches 4 et 5 s'attachent à approfondir ces adaptations.

Fiche action 4 - Service spécialisé d'accompagnement à domicile des adultes handicapé moteur et handicapé sensoriel	
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes handicapées moteur et sensoriels • Déficiences auditives • Déficiences visuelles • Déficiences motrices • Présentant des troubles de l'apprentissage et du langage
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des services d'accompagnement à domicile intervenant sur l'ensemble du territoire départemental
Missions	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement à l'autonomie des personnes <ul style="list-style-type: none"> démarches administratives... / autonomie sociale, locomotion... / participation à la vie de le cité / permettre le maintien à domicile... / insertion sociale... • Conseil et formation des professionnels et aidants familiaux • Expertise potentielle auprès de la MDPH
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la programmation • Nombre de demande d'intervention de services d'aide à la personne décidée par la CDAPH • Bilan d'activité des services créés • Enquête de satisfaction auprès des usagers

Fiche action 5 - Accompagnement des personnes handicapées mentales ou psychiques
Public visé
<ul style="list-style-type: none"> • Personne handicapée présentant une déficience intellectuelle ou psychique voulant vivre dans un domicile indépendant • Personne adulte présentant une déficience psychique voulant vivre en appartement collectif
Objectif
<ul style="list-style-type: none"> • Créer des services • Permettre une couverture départementale de l'accompagnement ciblé sur les personnes à domicile • Expérimenter sur un périmètre d'intervention limité, l'accompagnement des personnes en appartements collectifs
Missions
<ul style="list-style-type: none"> • Pour les personnes vivant à domicile, mettre en place un service « généraliste » chargé de l'accompagnement éducatif et de coordonner le cas échéant l'intervention d'autres services spécialisés • Pour les personnes vivant en appartement collectif, mettre en place une intervention basée sur une présence à domicile pour les actes de la vie domestique en priorité ainsi qu'un accompagnement de soins en milieu ouvert
Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la programmation • Nombre de demande d'intervention de services d'aide à la personne décidée par la CDAPH • Bilan d'activité des services créés • Enquête de satisfaction auprès des usagers

Cahier des charges 1 - Service Spécialisé d'accompagnement à domicile d'adultes en situation de handicap sensoriel ou moteur

Contexte général

De nombreux services de proximité (service d'aide à domicile, d'auxiliaires de vie, organismes de tutelle...) interviennent pour assurer l'accompagnement à domicile des personnes adultes en situation de handicap.

Deux services spécialisés d'accompagnement à domicile des personnes présentant un handicap moteur existent. Toutefois, ces services, d'une part, ne suffisent pas à répondre à l'ensemble des demandes ce qui conduit parfois à des prises en charge différées par défaut et, d'autre part, devront évoluer dans leur mode de fonctionnement en conformité avec les nouvelles dispositions législatives, réglementaires et celles du schéma départemental.

La spécificité des handicaps sensoriels nécessitant des interventions de spécialistes justifie la création de nouveaux services ainsi que l'amélioration des services existants en développant l'information et la formation.

Un groupe de travail, réunissant des représentants du collectif des personnes handicapées, des gestionnaires d'établissements et services, des associations tutélaires, des médecins, des techniciens de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du Conseil général, a approfondi la réflexion sur la thématique des déficiences sensorielles.

Un cahier des charges détaillant des modalités de prise en charge et de fonctionnement d'un service spécialisé dans l'accompagnement des personnes adultes présentant des déficiences sensorielles et motrices a été établi et est soumis à la validation du comité de pilotage du schéma.

Sur la base de ce cahier des charges, un appel à projet sera lancé pour ces services faisant défaut à ce jour dans le département.

Public visé

- Adultes handicapés
- Présentant une déficience auditive ou visuelle ou motrice, reconnue par la commission des droits et de l'autonomie
- Résidant dans le département du Finistère

Zone d'intervention

- Couverture de l'ensemble du département du Finistère, en lien avec la notion de pays, avec antennes sur le nord et le sud.

Missions du service

❶ Missions du service auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)

- Concourt à la mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi qu'à la sensibilisation aux handicaps sensoriels et moteurs.
- Une convention avec la MDPH précisera les modalités de cette collaboration.
- Apporte à la CDAPH son expertise et sa connaissance du handicap pour l'évaluation des besoins et les préconisations de réponses.

❷ Missions auprès des usagers

La prise en charge et l'accompagnement doit se faire dans le cadre d'un projet de vie individualisé, validé par la commission des droits et de l'autonomie, permettant dans le respect du rythme et des besoins de la personne adulte handicapée d'améliorer ou restaurer son autonomie sociale.

L'utilisateur peut toutefois s'adresser directement au service d'accompagnement pour accéder à certaines prestations (l'information, le conseil et l'orientation).

- Assure un accompagnement auprès de l'utilisateur
 - Information, conseil, accès aux droits.
 - Aide à l'élaboration du projet individuel d'insertion (accès à la citoyenneté, à la culture, aux loisirs, médiation sociale...) et à son suivi.
 - Apprentissage, réapprentissage, amélioration de l'autonomie.
- > Pour les déficients visuels :
 - Techniques des déplacements.
 - Apprentissage de parcours.
 - Utilisation des transports en commun.
 - Adaptation du logement.
 - Organisation de la vie quotidienne.

- Utilisation des nouvelles technologies et des techniques de communication.
- > Pour les déficients auditifs :
 - Accompagnement dans les démarches administratives, familiales, de santé, l'interface de communication - interprète respectant la liberté de choix du mode de communication de l'utilisateur.
 - Aide à l'appropriation des technologies adaptées au handicap (appareillage, moyens de communication à distances ...).

- Doit s'intégrer dans un réseau de proximité.
- Établit des liens avec le secteur sanitaire (intervenants hospitaliers, spécialistes).
- Apporte des réponses techniques aux usagers et aux intervenants de proximité.
- Coordonne les interventions, autour de l'utilisateur en cas de besoin.
- Travaille en liaison avec les autres services qui interviennent auprès de l'utilisateur.
- Établit des liens avec le secteur de l'insertion, sans se substituer aux organismes et services compétents.

③ Missions de conseil et de formation des professionnels et des aidants familiaux

- Acteurs et professionnels de proximité (médecins, services de soins, services d'aide à domicile, centres communaux d'action sociale, centres départementaux d'action sociale, comités locaux d'information et de coordination, structures/services d'insertion...)
- Aidants familiaux
- Établissements médico-sociaux

Personnel

Le service d'accompagnement à domicile spécialisé est composé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant :

- du personnel administratif (directeur, secrétaire)
- du personnel social (assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale...)
- psychologue
- du personnel médical et auxiliaire médical (ergothérapeute...) relevant d'un financement de la sécurité sociale

Par ailleurs, en fonction de la spécificité de handicap le service comprend :

- > Pour les déficients visuels :
 - Technicien de la compensation «instructeur en locomotion».
 - Technicien de la compensation spécialisé dans l'aide journalière (adaptation du logement, organisation de la vie quotidienne...).
 - Technicien de la compensation spécialisé dans les techniques de communication (outil informatique, adaptation de documents, transcriptions, utilisation du braille...).

> Pour les déficients auditifs :

L'équipe doit maîtriser tous les modes de communication (langue des signes française, langue parlée complétée, lecture labiale).

- Interface de communication – Interprète

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi n°2002-2, le service sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

Cahier des charges 2 - Service spécialisé pour l'accompagnement des personnes handicapées souffrant de troubles mentaux ou psychiques et vivant en appartement collectif

Objet de la mission

Le service d'accompagnement aura pour mission de mettre en œuvre le plan d'aide individualisé prescrit par la commission des droits et de l'autonomie.

Définition des publics concernés

Le public ciblé est l'adulte reconnu handicapé, orienté par la commission des droits et de l'autonomie, présentant une déficience intellectuelle ou psychique, vivant ou ayant projet de vivre dans un domicile indépendant, en colocation avec d'autres personnes handicapées.

Périmètre d'intervention

Le périmètre d'intervention devra concerner un pays du Finistère suivant :

- Cornouaille
- Morlaix/Carhaix/Pleyben
- Brest/Crozon

Contenu de la mission

Ce service devra :

- **soutenir la démarche d'autonomie de la personne** par un accompagnement spécifique à **domicile chaque jour de la semaine** dans les domaines de la vie sociale et de la gestion quotidienne. L'accompagnement concernerait : l'alimentation (élaboration de menus, courses, confection des repas), l'hygiène (personnelle et du logement), le suivi de l'état de santé, les démarches administratives, la gestion de l'argent).
- Introduire la notion de contrat (qui reconnaît à la personne un statut de citoyen) et de projet (qui lui permet de s'inscrire dans une démarche active d'intégration) ainsi qu'un contrat de travail liant la personne handicapée et le personnel intervenant.

Conditions de l'intervention

Le service sera mandaté par la commission des droits et de l'autonomie pour le suivi de personnes handicapées partageant le même logement pour une durée qui sera déterminée par la dite commission.

❶ Personnel requis

Le personnel intervenant devra présenter les capacités professionnelles nécessaires à la prise en charge de ces personnes (profil d'AMP). Il sera constitué au minimum d'un coordonnateur et d'un personnel chargé de l'accompagnement au domicile des personnes handicapées partageant le même logement.

Il se fera seconder le cas échéant, selon le plan d'aide par des services et professionnels spécialisés dans les domaines suivants : logement, vie sociale, soins, aide à domicile, vie professionnelle.

❷ Moyens mis en œuvre

Le service devra établir des contacts réguliers avec les personnes concernées par le biais de :

- présence au domicile de la personne handicapée dans les plages horaires suivantes :
8 heures à 12 heures 30
18 heures à 19 heures 30
- ou accompagnement physique dans les démarches

- Le service devra coordonner l'intervention de l'ensemble des organismes intervenant dans la vie quotidienne de la personne sur la base de la décision de la commission des droits et de l'autonomie. Il veillera à la réalisation du plan d'aide.
- Sur la base d'une moyenne de 5 interventions par semaine, le ratio retenu serait de «1 pour 6 places», à titre expérimental, un bilan devrait être opéré après une année de fonctionnement.

Démarche d'évaluation

- Le service décrit ci-dessus devra s'engager dans une démarche d'évaluation conformément à la loi du 2 janvier 2002 en interne tous les 5 ans et en externe tous les 7 ans.

Cahier des charges 3 - Service spécialisé d'accompagnement à domicile d'adultes en situation de handicap mental ou psychique

Objet de la mission

Le service d'accompagnement aura pour mission de mettre en œuvre le plan d'aide individualisé prescrit par la commission des droits et de l'autonomie.

Définition des publics concernés

Le public ciblé est la personne adulte reconnue handicapée, orientée par la commission des droits et de l'autonomie, présentant une déficience intellectuelle ou psychique, vivant ou ayant projet de vivre dans un domicile indépendant.

Périmètre d'intervention

Le périmètre d'intervention devra concerner un pays du Finistère suivant :

- Cornouaille
- Morlaix/Carhaix/Pleyben
- Brest/Crozon

Contenu de la mission

Ce service devra :

- **soutenir la démarche d'autonomie de la personne** par un accompagnement spécifique dans les domaines définis par le plan d'aide (la vie sociale, professionnelle et la coordination des demandes d'aides techniques, de logement et des services d'intervention à domicile) ;
- **introduire la notion de contrat** entre la personne aidée et le service d'accompagnement (qui reconnaît à la personne un statut de citoyen) et de projet (qui lui permet de s'inscrire dans une démarche active d'intégration).

Conditions de l'intervention

Le service sera mandaté par la commission des droits et de l'autonomie pour le suivi d'une personne handicapée pour une durée qui sera déterminée par la dite commission.

❶ Personnel requis

Le personnel intervenant devra présenter les capacités professionnelles nécessaires à la prise en charge de ces personnes (profil de personnel animation première catégorie). Il sera constitué au minimum d'un coordonnateur, d'un personnel chargé de l'accompagnement éducatif général, de psychologue(s) et de temps administratif.

Concernant le volet «soins» du plan d'aide, il sera mis en œuvre par du personnel qualifié (médecin, infirmier, aide soignant) financé par l'assurance maladie.

Il se fera seconder, le cas échéant, selon le plan d'aide par des services et professionnels spécialisés dans les domaines suivants : logement, vie sociale, aide à domicile, vie professionnelle.

S'il en existe, il travaillera également en coordination avec les services de protection (tutelle, curatelle...).

② Moyens mis en œuvre

Le service devra établir des contacts réguliers avec les personnes concernées par le biais :

- d'entretiens
- de visites à domicile
- d'accompagnement physique dans les démarches dans le cadre d'une contractualisation avec la personne.

En cas de difficultés avérées, il saisira la Commission des droits et de l'autonomie.

Le service devra coordonner l'intervention de l'ensemble des organismes intervenant dans la vie quotidienne de la personne sur la base de la décision de la commission des droits et de l'autonomie. Il veillera à la réalisation du plan d'aide.

L'intervention se fera sur la base d'une moyenne de deux interventions par semaine. A titre expérimental, un bilan devant être opéré après une année de fonctionnement.

Démarche d'évaluation

Le service décrit ci-dessus devra s'engager dans une démarche d'évaluation conformément à la loi du 2 janvier 2002 en interne tous les 5 ans et en externe tous les 7 ans.

III - Le vieillissement des personnes handicapées : une réalité à prendre en compte pour une prise en charge adaptée à leur situation

La population des personnes handicapées vieillissantes est en augmentation constante, l'évolution de leurs situations a une incidence évidente sur leurs besoins quotidiens, mais aussi sur leurs lieux d'accueil. De nombreuses adaptations seront donc nécessaires dans les prochaines années.

Fiche action 5 - Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
Public visé
<ul style="list-style-type: none"> • Personnes handicapées travaillant atteintes par des signes prématurés de vieillissement • Personnes handicapées travaillant ayant atteint l'âge de la retraite • Personnes handicapées vivant à domicile et n'ayant jamais bénéficié d'un encadrement institutionnel ou dont les aidants ne peuvent plus poursuivre l'accompagnement • Personnes handicapées prises en charge en établissement mais justifiant d'un projet de vie adapté
Objectif
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de structures spécialisées adaptées • Mise en place d'unités spécialisées adaptées • Mise en place d'accueil alternatif à l'établissement
Étapes
<ul style="list-style-type: none"> • Production de cahiers des charges (tableau joint) • Appel à projet sur cette base • Réception des appel à projet et analyse • Programmation
Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des projets • Ajustement à l'étude de besoins actualisée • Rapport d'activité des services

Des cahiers des charges ont été élaborés par les groupes de travail du 3^{ème} schéma, en vue d'appels à projets, ils peuvent se répartir en trois groupes, accueil spécialisé, unité spécialisée et accueil alternatif.

A - Accueil spécialisé

a - Services spécialisé pour les PHV

Cahier des charges I - Service Spécialisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes

Public visé

Les personnes handicapées vieillissantes qui bénéficieront d'un suivi par le service spécialisé personnes handicapées vieillissantes seront :

- des ouvriers de CAT en retraite (+ de 60 ans) ayant vécu en foyer d'hébergement de CA
- des ouvriers de CAT en retraite ayant vécu en UVE mais dont le niveau d'autonomie ne permet plus le maintien en UVE, même avec une aide
- des ouvriers de CAT «en pré-retraite» c'est-à-dire présentant prématurément des troubles liés au vieillissement. Ces ouvriers (y compris ceux accueillis en atelier alterné) ne peuvent plus travailler mais ne justifient pas pour autant d'une orientation en foyer de vie
- des ouvriers de CAT en retraite ayant vécu dans leur famille mais dont les aidants ne peuvent plus poursuivre l'accompagnement (parents vieillissants)

Prise en charge souhaitée

La prise en charge doit se faire dans le cadre d'un projet individualisé de façon à prendre en compte les rythmes et les besoins propres à chaque personne.

Ce service sera rattaché à un établissement (foyer de CAT). La personne handicapée bénéficiera d'un hébergement et d'un accompagnement particulier en journée. A ce titre, l'établissement devra développer un projet de service particulier (projet de vie, projet d'animation, projet de soins, personnel spécifique...) distinct des services existants (atelier alterné, foyer de CAT).

Le projet doit prévoir une prise en charge jusqu'en fin de vie si les conditions de médicalisation de la structure, de confort et de sécurité de la personne le permettent.

Chaque personne accueillie bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans l'établissement.

Les conditions d'organisation de la prise en charge et de la sécurité devront être précisées sachant qu'il est préconisé pour la nuit, une veille active et une veille passive.

Respect du droit des usagers : l'établissement devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour ou de prise en charge. Un conseil de la vie sociale devra être mis en place.

Le personnel

L'accompagnement en journée sera prioritairement assuré par du personnel d'animation capable, à la fois, de mener des projets collectifs et de travailler sur les projets individualisés des résidents (équipe pluridisciplinaire).

En fonction de la lourdeur des pathologies, le service disposera d'un personnel soignant (aide-soignant) et prévoira l'intervention de cabinets infirmiers libéraux.

Une coordination des soins (IDE-médecin) devra être organisée pour permettre le suivi médical et paramédical, la prévention (alimentaire, hygiène) et la gestion des médicaments (piluliers).

Les services accompagnant les personnes souffrant de handicaps psychiques ou mentaux devront intégrer des vacations de psychiatre ou de psychologue.

Des mutualisations devront être recherchées avec le foyer d'hébergement existant.

Éléments architecturaux

Les personnes handicapées bénéficiant de ce service spécialisé devront être accueillies dans des locaux accessibles aux personnes à mobilité réduite et adaptés à la prise en charge de la dépendance (sanitaires accessibles...).

Le service disposera d'un lieu d'animation et d'activité identifié.

Les chambres auront une taille minimale de 20 m² (25 m² pour le public en fauteuil) et seront équipées de sanitaires (lavabo, douche, WC). Les normes d'accessibilité devront être respectées.

Localisation

Les places seront prioritairement développées sur les sites des CAT offrant déjà des possibilités d'hébergement. L'objectif est de s'appuyer sur le plateau technique du CAT et de permettre aux personnes handicapées de ne pas quitter leur lieu de vie (dès lors qu'elles en ont manifesté la volonté).

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2, l'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

b - Maison d'accueil pour personnes handicapées âgées

Cahier des charges 2 - Maison d'accueil pour personne handicapée âgée (MAPHA)

Public visé

La MAPHA vise le public suivant :

- ouvriers de CAT ayant atteint l'âge de la retraite et nécessitant un accompagnement
- ouvriers de CAT présentant prématurément des troubles du vieillissement (âgés de plus de 50 ans), inaptes au travail mais ne justifiant pas d'une réorientation en foyer de vie
- personnes handicapées vivant à domicile qui n'ont jamais bénéficié d'un encadrement adapté ou dont les aidants (parents) ne peuvent plus poursuivre l'accompagnement. Sont particulièrement inclus dans ce public, les personnes handicapées psychiques ayant vécu à leur domicile

Prise en charge souhaitée

La prise en charge doit s'opérer dans le cadre d'un projet individualisé de façon à prendre en compte les rythmes et les besoins propres à chaque personne.

La personne handicapée sera hébergée dans la MAPHA et bénéficiera d'un accompagnement particulier. L'établissement devra développer un projet de vie et un projet de soins. Les services et les animations en interne de la structure seront conjugués avec les prestations externes, encourageant les résidents à profiter de leur environnement.

Le projet d'établissement devra préciser :

- les conditions d'intégration de la structure dans son environnement (relations avec la
- vie locale, réseau médico-social...)
- la démarche qualité
- les conditions de la prise en charge individualisée
- le projet d'animation...

L'établissement doit prévoir une prise en charge jusqu'en fin de vie si les conditions de médicalisation de la structure, de confort et de sécurité de la personne le permettent.

Les conditions d'organisation de la prise en charge et de la sécurité devront être précisées sachant qu'il est préconisé pour la nuit, une veille active et une veille passive.

Chaque personne bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans l'établissement.

Respect du droit des usagers : l'établissement devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour. Un conseil de la vie sociale devra être mis en place.

Le personnel

L'accompagnement en journée sera prioritairement assuré par du personnel d'animation capable, à la fois, de mener des projets collectifs et de travailler sur les projets individualisés des résidents (équipe pluridisciplinaire).

En fonction de la lourdeur des pathologies, le service disposera d'un personnel soignant (aide-soignant) et prévoira l'intervention de cabinets infirmiers libéraux.

Une coordination des soins (IDE-médecin) devra être organisée pour permettre le suivi médical et paramédical, la prévention (alimentaire, hygiène) et la gestion des médicaments (piluliers).

Les services accompagnant les personnes souffrant de handicaps psychiques ou mentaux devront intégrer des vacations de psychiatre ou de psychologue.

Éléments architecturaux

L'organisation en unité de 10 places sera privilégiée.

Les bâtiments seront de préférence de plain-pied et accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les installations seront prévues pour la prise en charge de la dépendance.

L'hébergement devra répondre aux recommandations en vigueur pour assurer le confort et la sécurité des résidents (superficie des chambres, installations sanitaires, etc.). Les chambres auront une taille minimale de 20 m² (25 m² pour le public en fauteuil) et seront équipées de sanitaires (lavabo, douche, WC). Les normes d'accessibilité devront être respectées.

L'établissement devra disposer de salles d'activité.

Localisation

Le département pourrait compter 2 structures :

- 1 établissement dans le sud couvrant les territoires de Quimper, Châteaulin, Audierne, Concarneau
- 1 établissement dans le nord couvrant les territoires de Brest, Morlaix, Landivisiau, Landerneau, Lesneven Aber Iroise

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2, l'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

B - Unité spécialisée

a - Unités personnes handicapées vieillissantes en foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé

Cahier des charges 3 - « Unités » Personnes Handicapées Vieillissantes en Foyer de Vie et Foyer d'Accueil Médicalisé

Public visé

Travailleurs handicapés de 60 ans et plus dont l'état physique et/ou psychique se détériore et qui ont besoin d'un environnement médicalisé non offert par les autres structures pour personnes handicapées vieillissantes.

Personnes ayant vécu tout ou partie de leur vie adulte en foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé :

- Atteignant 60 ans mais critère relatif en fonction des capacités et désirs de la personne
- Présentant les symptômes habituels du vieillissement en dehors de l'évolution de leur handicap
- Souhait de la personne et/ou de sa famille de rester dans le foyer d'origine
- Avis de l'équipe d'encadrement sur les risques de changement de lieu de vie
- Évaluation du décalage entre le projet personnel du résidant vieillissant et les capacités collectives des autres résidants.

Prise en charge souhaitée

Satisfaire les besoins fondamentaux de la personne :

- Réponses aux problématiques médicales
- Travail sur le confort de la personne (lutte contre la douleur, installation et matériel adaptés, confort psychique, sécurité, rythme)

Poursuivre un projet de vie adapté

- Considérer la personne comme résidante et non patiente
- Adapter les activités, sorties, rencontres sociales aux capacités et désirs de la personne.

Aider le résidant à s'assumer avec l'évolution du contexte familial (vieillesse et/ou disparition des parents).

L'établissement doit prévoir une prise en charge jusqu'en fin de vie si les conditions de médicalisation de la structure, de confort et de sécurité de la personne le permettent.

Les conditions d'organisation de la prise en charge et de la sécurité devront être précisées sachant qu'il est préconisé pour la nuit, une veille active et une veille passive.

Chaque personne bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans l'établissement.

Respect du droit des usagers : l'établissement devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour. Un conseil de la vie sociale devra être mis en place.

Profil du personnel

Accompagnement A.M.P., aides-soignants avec 1 Éducateur coordinateur - temps de Psychologue.

Équipe soignante :

- Nécessité d'une coordination médicale (Médecin Psychiatre, de rééducation ou Infirmière)
- Envisager une couverture permanente d'infirmière qui palliera et/ou évitera certaines hospitalisations nécessaires aujourd'hui, consécutives à un déficit de personnel adapté.
 - Cette «couverture permanente» permettra également des retours d'hospitalisation sécurisés, essentiels à la prise en compte de qualité des résidents.
 - Le déplafonnement du forfait soins en Foyer d'Accueil Médicalisé contribuera à cette prise en compte.
 - Par ailleurs, les Foyers de Vie continueront de déclencher la Sécurité Sociale personnelle des résidents pour l'intervention des libéraux.
- Temps de Kiné et Ergothérapeute pour les adaptations de matériel.

Services administratifs et généraux suivant les besoins.

Éléments à prendre en compte sur le plan architectural

Dans les locaux existants :

- Adaptations à effectuer si besoin en fonction des dépendances physiques (accessibilité, usage fauteuils, lèves personnes ...)

Si création d'une Unité :

- Nombre de résidents limité (6 à 8 personnes)
- Pavillon à édifier près de l'établissement pour bénéficier des services communs
- Restauration dans le pavillon et non en collectif
- Bâtiment de plain-pied, accessibilité
- 1 ou 2 pièces supplémentaires pour éviter de vivre dans la salle commune.

Les chambres auront une taille minimale de 20 m² (25 m² pour le public en fauteuil) et seront équipées de sanitaires (lavabo, douche, WC). Les normes d'accessibilité devront être respectées.

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi n° 2002-2, l'établissement sera soumis à l'obligation d'autoévaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

b - Unité PHV en EHPAD

Cahier des charges 4 - Unités PHV en EHPAD

Le profil des personnes accueillies

Les personnes handicapées vieillissantes accueillies en Unités insérées en EHPAD seront :

- des ouvriers de CAT à la retraite (60 ans),
- des ouvriers de CAT de plus de 55 ans ayant cessé prématurément de travailler pour cause de vieillissement précoce,
- des personnes handicapées de plus de 55 ans ayant vécu à domicile et dont l'évolution personnelle et familiale nécessite l'accueil en institution.

Ces personnes devront faire preuve d'une certaine autonomie dans la vie quotidienne.

La prise en charge

Les établissements pour personnes âgées souhaitant développer une unité d'accueil pour personnes handicapées (accueil conjoint) devront élaborer un projet particulier à destination des personnes handicapées, à l'intérieur du projet de l'établissement.

Ce projet précisera les conditions particulières développées en fonction du public accueilli (lieu identifié et accessible, projet d'animation du groupe, personnel spécifique...).

L'effectif de cette unité d'accueil pour personnes handicapées sera au maximum de 10 % de l'effectif total de l'établissement.

Chaque personne accueillie bénéficiera des dispositifs prévus par la loi 2002-2, notamment un projet individualisé comportant un projet de vie et un projet de soins qui s'appuiera sur les moyens et dispositifs en place dans l'établissement.

Le personnel

La mise en place d'une unité pour personnes handicapées vieillissantes à l'intérieur d'un EHPAD nécessite d'organiser un accompagnement en journée différent de la prise en charge habituelle effectuée par le personnel de l'établissement.

Cette prise en charge sera organisée de façon à couvrir les 7 jours de la semaine.

Le personnel chargé de cette unité sera en priorité du personnel d'animation capable, à la fois, de mener des projets collectifs et de travailler sur les projets individualisés des résidents.

Les structures

Comme indiqué dans le paragraphe sur la prise en charge, cette unité bénéficiera dans la journée d'un lieu bien identifié dans l'établissement, conforme aux règles en vigueur (sécurité, accessibilité...).

A la fois lieu d'accueil en journée pour les résidents et lieu de travail pour le personnel de l'unité pour personnes handicapées, il facilitera la structuration d'une identité propre au groupe et la mise en place du projet d'animation.

La localisation des places sur le territoire

Les places seront développées prioritairement dans les EHPAD proches de CAT existants, de façon à permettre aux retraités qui le souhaiteront de conserver un lien avec leur existence antérieure.

L'évaluation

Conformément aux dispositions de la loi 2002-2, ce projet particulier à l'intérieur du projet d'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

C - Accueil alternatif

a - Accueil familial

Cahier des charges 5 - Personnes handicapées vieillissantes accueillies en famille d'accueil

Public visé

Personnes handicapées de 55 ans et plus relevant, ou non, d'un suivi par un service ou un établissement social ou médico-social et souhaitant être admises dans une famille d'accueil.

Prise en charge

- A. Établir avec la personne et son entourage un projet de vie adapté à ses besoins et ses aspirations, et en phase avec la famille d'accueil. Ce travail sera initié par le Service chargé du suivi de la famille d'accueil.
- B. Répondre aux besoins fondamentaux de la personne dans le cadre de l'accueil en famille : sécurité, respect de l'intimité, encouragement à la vie sociale.
- C. Respecter les relations familiales du résident, en veillant à ce qu'elles n'entravent pas les bonnes conditions de l'accueil.
- D. En ce qui concerne les soins, respecter leur mise en œuvre impulsée par le médecin du résident et réalisés par des intervenants extérieurs (infirmiers libéraux ou du Centre hospitalier...).

Limites de la prise en charge

La prise en charge en famille d'accueil atteindra ses limites si l'évolution de l'état de santé du résident ne lui permet plus d'y séjourner car il nécessiterait une prise en charge spécifique.

De même, si l'une des deux parties souhaite y mettre fin, le contrat pourra être rompu, avec un délai de préavis.

Profil du personnel

Famille ayant obtenu un agrément selon la réglementation fixée par la loi n°89-745 du 10 juillet 1989, complétée par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002.

La famille d'accueil agréée s'engagera à accepter l'intervention du Service chargé du suivi des familles d'accueil et des personnes accueillies. Ce Service sera choisi prioritairement dans les Services qui suivent des personnes handicapées.

Créations de structures

Lors du choix de la famille d'accueil, le Service sera vigilant aux conditions d'habitat proposées au résident, en fonction de son état de santé et de l'évolution présumée.

Évaluation de la qualité

En application de la réglementation de la loi 2002-2.

b - Accueil de jour

Cahier des charges 6 - Accueil de jour pour personnes handicapées vieillissantes

Public accueilli

L'accueil de jour peut être une réponse à l'accueil de plusieurs publics de plus de 50 ans :

- Travailleurs de CAT vivant en famille ou suivi en Unité de Vie Extérieure
- Personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile
- Personnes vivant seules bénéficiant, par ailleurs, de services d'aide à domicile
- Personnes handicapées suivies dans le cadre du service spécialisé pour les personnes handicapées vieillissantes

Chaque unité d'accueil de jour accueillera une dizaine de personnes.

Prise en charge

- Le candidat devra décliner un projet de vie intégrant un volet animation
- La prise en charge des soins sera prioritairement coordonnée par le médecin traitant. Le service pourra disposer d'un temps aide-soignant si le public accueilli le justifie

Il sera nécessaire de mettre en place une liaison entre les différents intervenants sous la responsabilité de la structure de rattachement lorsque la personne handicapée n'a pas de référent pour son suivi.

Chaque personne bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans le service.

Respect du droit des usagers : l'établissement devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour ou de prise en charge. Un conseil de la vie sociale devra être mis en place.

Profil du personnel

Il sera fait appel en priorité à des personnels ayant une formation à l'animation capables, à la fois, de mener des projets collectifs et de travailler sur les projets individualisés des résidents.

L'effectif devra être complété pour des personnes handicapées ayant des handicaps physiques lourds et de ce fait dépendantes d'aides soignants.

Pour les services accueillant des personnes handicapées psychiques, le service devra intégrer des temps de psychologue.

Structure

Cette unité devra être rattachée à une structure plus importante au niveau de l'encadrement et sur le plan administratif.

Cependant quelle que soit la proximité avec cette structure de rattachement (intégrée ou indépendante), elle devra disposer d'un espace suffisant indépendant : salle d'activité, salle de repos ; bureau, le cas échéant espace cuisine-repas. Pour les accueils de jour rattachés à un foyer, les personnes handicapées pourront participer aux activités avec les résidents du foyer.

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi 2002-2, ce projet particulier à l'intérieur du projet d'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

c - Atelier alterné

Cahier des charges 7 - Atelier Alterné : Accueil des travailleurs de CAT âgés

Le profil des personnes accueillies

L'atelier alterné va permettre d'accueillir des travailleurs de CAT dont la capacité au travail est amoindrie. Pour ces personnes, le travail a toujours un sens et de l'intérêt, mais la motivation ne correspond plus à un temps plein.

Il pourra aussi accueillir des travailleurs de CAT âgés ou vieillissants dans l'attente d'une structure plus adaptée à leurs besoins, type MAPHA (maison d'accueil pour personnes handicapées âgées).

L'atelier alterné est une des réponses aux besoins des adultes accueillis au cours de leur parcours dans l'établissement.

- Pour les adultes ayant des difficultés au travail, l'atelier alterné doit permettre :
 - un suivi individualisé libéré des contraintes de la production, favorisant l'expression individuelle.
 - une vie de groupe plus calme, prenant en compte la fatigabilité des personnes.
 - de créer de la diversité par l'alternance travail/activités ludiques et récréatives.
- Pour les adultes souffrant de difficultés liées au vieillissement, l'atelier alterné doit prendre en compte leur problématique et répondre par une approche plus individualisée.
- Pour les travailleurs malades, l'atelier alterné doit représenter un temps de récupération.

*La prise en charge**A - Les objectifs de la structure*

- ❶ Permettre à la majorité des travailleurs accueillis en CAT, de s'inscrire dans la vocation initiale énoncée qui est de permettre l'accession, par le biais d'activités productives, à une certaine autonomie socioprofessionnelle.

Cette vocation est remise en cause sur les ateliers par la présence d'adultes très démunis et nécessitant d'autres sources d'épanouissement plus fondamentales que le travail.
Permettre ainsi plus de cohérence et d'harmonie de fonctionnement.

- ❷ Supprimer l'impératif de 35 heures de productions ou d'activités de soutien 1er type pour un adulte handicapé en difficulté majeure en situation de travail.
- ❸ Offrir à ces adultes qui ne peuvent plus s'épanouir au sein des ateliers d'autres sources d'investissement plus en rapport avec leurs besoins réels :
 - Ouverture sur divers milieux extérieurs afin de garder le contact avec leur environnement,
 - Maintien et développement des acquisitions sur le plan sensoriel, psychologique, psychomoteur, et sur le plan des actes de la vie quotidienne,
 - Développer les capacités d'expression (verbales, corporelles, picturales),
 - Développement physique et sportif,
 - Sensibilisation à une certaine hygiène de vie (corporelle, alimentaire, vestimentaire, rythme quotidien),
 - Garder le contact avec la réalité du CAT et l'activité de production,
 - Garder une activité de référence ou de base sans impératif de production,
 - Répondre à une situation conflictuelle ou à une régression momentanée au sein d'un atelier du CAT et permettre un espace temps d'écoute, d'analyse pour faire le point avec la personne concernée, ceci en collaboration avec les éducateurs de référence, les intervenants de la structure annexée, le psychiatre et éventuellement le médecin traitant.

Chaque personne bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans l'établissement.

Respect du droit des usagers : l'établissement devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour ou de prise en charge. Un conseil de la vie sociale devra être mis en place.

B - Le projet de vie

❶ Rattachement de la section d'atelier alterné

Cette section d'atelier alterné est par définition rattachée à une structure principale, le Centre d'Aide par le Travail.

❷ Conserver une activité de production de référence

Les travailleurs accueillis dans cette section garderont une activité de référence. Il est nécessaire pour l'adulte de créer quelque chose avec son corps, ses mains, ceci pour le maintenir dans un état d'équilibre en rapport à son milieu.

La personne par cette activité de référence conserve le lien avec ses collègues de travail, et reste impliquée dans une dynamique de travail.

Le temps de l'atelier sera calqué sur la base d'un mi-temps par semaine, le salaire maintenu sera égal au temps de travail.

❸ Activités d'ouverture, d'éveil, d'aide et de rééducation

- Implication dans la vie de la cité, dans une vie citoyenne
- Activités physiques et sportives - participation Sports Adaptés
- Psychomotricité
- Activités d'expression verbale

Le candidat devra exposer le projet de vie de la structure.

C - Le projet de soin

La population concernée par cette prise en charge aura besoin d'un temps infirmier tant dans la dimension du soin,

- actes médicaux
- réponse aux problèmes de santé liés au vieillissement (varices, baisse de la vision ...)
- troubles du comportement/problèmes d'alcoolisme
- coordination avec le secteur médical et sanitaire - Travail en réseau
- que dans la dimension de l'éducation à la santé
- aide à l'hygiène
- comportements alimentaires

Le personnel

Sur ce type de prise en charge, l'équipe doit être composée de manière pluridisciplinaire à la fois d'éducateur spécialisé sur le développement de projet de vie mais aussi de temps d'AMP pour l'aide à la personne et d'un temps infirmier pour la coordination.

L'évaluation de la qualité

Conformément aux dispositions de la loi 2002-2, ce projet particulier à l'intérieur du projet d'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

d - Habitat groupé

*Cahier des charges 8 - Habitats groupés pour Personnes Handicapées Vieillissantes**Public visé*

- Personnes handicapées de plus de 50 ans ayant vécu à domicile et souhaitant intégrer une structure collective pour des questions de sécurité et de confort.
 - Personnes handicapées moteurs de plus de 50 ans
 - Personnes handicapées psychiques de plus de 50 ans
- Personnes en foyer de vie désireuses d'un mode de vie différent

Prise en charge

Ce type de structure, proche de la vie à domicile évite une rupture trop brutale avec le milieu antérieur.

La personne handicapée intègre un petit collectif mais reste locataire (ou sous-locataire) de son logement.

Les actes de la vie courante seront réalisés par les services extérieurs (services d'aide à domicile) ce qui permet d'adapter l'aide aux besoins de chacun.

Les habitats groupés sont situés en proximité d'un établissement existant pour bénéficier d'un plateau technique (coordination médicale et médico-sociale).

Une personne est présente dans le collectif 24h/24 pour répondre aux besoins des locataires et assurer une sécurité de prise en charge.

Chaque personne bénéficiera des dispositifs prévus par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Le projet individualisé comportera un projet de vie et un projet de soins s'appuyant sur les moyens et dispositifs en place dans le service.

Respect du droit des usagers : le service devra communiquer un livret d'accueil, un contrat de séjour ou de prise en charge.

Profil du personnel

La personne présente en permanence présente un profil animateur, AMP ou aide- soignant.

Structure

Le collectif disposera d'une pièce pour le personnel présent. Un système de communication sera prévu entre la chambre du personnel et les appartements.

Les appartements seront accessibles et modulables pour être adaptés aux besoins des différents publics. L'accueil de couples devra être possible.

Évaluation

Conformément aux dispositions de la loi 2002-2, ce projet particulier à l'intérieur du projet d'établissement sera soumis à l'obligation d'auto-évaluation tous les 5 ans et d'évaluation externe tous les 7 ans.

IV - Une coordination nécessaire pour une continuité dans l'accompagnement de la personne handicapée

La coordination des services autour de la personne est primordiale, il faut pour cela tenir compte de la multiplicité des services existants et rompre la notion de filière et de cloisonnement des prises en charge.

Il faut par ailleurs, au vue de l'évolution de l'organisation de la prise en charge des personnes ayant un trouble psychique, s'attacher plus particulièrement à la coordination médico-sociale et sanitaire institutionnelle de cette prise en charge.

Fiche action 6 - Coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social concernant les personnes handicapées présentant un besoin de prise en charge en santé mentale
Public visé
<ul style="list-style-type: none"> • Personne handicapées devant bénéficier d'une prise en charge de soins psychiatriques
Objectif
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et proposer des modèles de conventions-types entre les établissements médico-sociaux hébergeant des personnes handicapées et les services de psychiatrie afin d'améliorer la prise en charge des résidents confrontés à des troubles psychiques par un coordination sanitaire et médico-sociale • A terme, instaurer une cellule chargée de traiter les situations d'urgence
Étapes
<ul style="list-style-type: none"> • Formaliser un modèle d'accord de coopération préalable à un convention type
Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'accords ou de conventions signés

Il est important de rappeler les travaux effectués dans le cadre du SROSS III, ceux ci ainsi que le plan « Psychiatrie et Santé mentale » ont apporté des éléments de réponse à la réflexion menée sur la « charte de coopération sanitaire et médico-sociale »¹⁵.

Bilan du SROS III et du plan Psychiatrie et Santé mentale :

Il s'agit de préciser que la loi du 11 février 2005 vise à la reconnaissance du handicap psychique. Ce sont les catégories de patients relativement stabilisés sur le plan de leurs troubles mentaux, mais présentant des troubles cognitifs et de comportement tels qu'ils ne peuvent recouvrer l'autonomie nécessaire aux actes de la vie quotidienne et à la vie normale.

Volet psychiatrie et santé mentale du SROS III 2006-2010

Le souhait de l'ARH est de consolider l'articulation avec l'offre sociale t médico-sociale afin d'éviter les situations de crises et des hospitalisations intempestives. Au moyen de charte ou de convention de

¹⁵ Annexe 5 Bis « Charte de coopération sanitaire et médico-sociale » rédigée par le groupe de travail

coopération, il s'agit de développer la psychiatrie de liaison dans les établissements médico-sociaux. De la même façon, le SROS 3 met en avant la nécessité d'un relais social et médico-social pour les personnes hospitalisées au long court. Pour une meilleure prise en charge des individus, le développement de la complémentarité et du travail en réseau entre les secteurs sanitaire et médico-sociaux. Il est donc nécessaire d'établir une connaissance et une reconnaissance réciproque des professionnels grâce à des formations communes, des conventions de partenariat, des protocoles de collaboration. Ce volet psychiatrie et santé mentale préconise des préoccupations à appréhender par les conseils généraux. Ces dernières sont la mise en place de commissions de résolution de problèmes concrets, la participation aux rencontres entre les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux, élaborer des chartes de coopération avec le secteur de la psychiatrie.

Au titre du SROS III, un modèle de charte de coopération a été rédigée .

Plan Psychiatrie et santé mentale 2006-2010

Ce plan s'articule autour de cinq axes de travail :

- Une prise en charge décloisonnée
- Des patients, des familles et de professionnels
- Développer la qualité et la recherche
- Mettre en œuvre les programmes spécifiques
- Mette en œuvre, suivre et évaluer le plan

La prise en charge décloisonnée peut se faire en améliorant l'accompagnement. Pour cela, il s'agit de ménager les possibilités d'utilisation de solutions dans la continuité en fonction de l'évolution des besoins de la personne, liée à sa santé ou à ses conditions de vie.

Le plan prévoit la promotion d'une offre sociale et médico-sociale diversifiée et véritablement adaptée aux besoins des personnes articulée avec l'offre de soins.

Cette promotion fixe des sous-objectifs qui passeraient par la lutte contre l'isolement ; l'accueil et l'aide dans la vie quotidienne, en vue de l'autonomie ; permettre des temps de répit à la personne et à sa famille ; permettre l'accès à un logement ; offrir lorsque c'est nécessaire des prises en charge en établissement médico-social.

Les moyens d'action possibles sont des services d'accompagnement comme les SAVS, les SAMSAH, les lieux d'entraide mutuelle, la proposition de logement ou l'hébergement adapté et la mobilisation des dispositifs de travail protégé.

V - Programmation

A - Programmation initiale

a - Programmation en hébergement

- Volet Foyer de Vie/Foyer d'Accueil Médicalisé

Besoins nets : 165 places

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Création	Amélioration
Don Bosco (Kervallon à Brest)	2006		0
Don Bosco (Châtaignier à La Roche Maurice)	2007	8	
Don Bosco (Kéraoul à La Roche Maurice)	2008	16	
Pâquerettes (Pont-l'Abbé)	2008	10	
Genêts d'Or (Pleyber Christ)	2007	22	
Don Bosco (St Renan)	2008	32	
APAJH (Bannalec)	2009	25	Rapprochement avec l'association «Tout pour l'autisme»
Kan ar Mor (Quimper)	2009	30	Volet PHV sur le centre Finistère
Les Papillons Blancs (Milizac)	2009	40	
Sous-total			191

- Volet travailleurs d'ESAT vieillissants

Besoins nets : 30 places

Dossiers proposés		
Promoteurs	Année	Capacité
Genêts d'Or - Morlaix	2006	8
Genêts d'Or - Briec-de-l'Odet	2009	7
Mutualité - Plomelin	2006	6
Kan ar Mor Sud	2006	9
Sous-total		30

• *Volet Accueil de jour*

Besoins nets : 25 places

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Capacité	Commentaires
Kan ar Mor Carhaix-Plouguer	2007	3	Territoire non couvert
Atelier Fouesnantais	2006	10	PH vieillissant ou non
Genêts d'Or Châteaulin	2006	5	PHV
Genêts d'Or Ploudalmézeau	2008	2	PHV
APF Quimper	2006	10	PH vieillissant ou non
Amitiés d'Armor	2007	5	PH vieillissant
Sous-total		35	

• *Volet Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Agées (MAPHA)*

Besoins nets : 40 places

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Capacité	Commentaires
Papillons Blancs (Saint-Yvi)	2008	40	<ul style="list-style-type: none"> • Population et médicalisation à définir précisément • Recrutement sur plusieurs associations

• *Volet Unités Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) en EHPAD*

Besoins nets : 30 places

Dossiers proposés		
Promoteurs	Année	Capacité
CHU Brest	2006	9
Résidence Pont-Croix	2006	6
Fondation Trévidy Loctudy	2008	6
Fondation Trévidy Quimper	2008	8
Amitiés d'Armor Gouesnou	2008	6
Amitiés d'Armor Brest	2007	2
Sous-total		37

• *Volet habitat groupé*

Besoins nets : 14 places

Dossiers proposés		
Promoteurs	Année	Capacité
APF Brest	2007	12

b - Programmation en accompagnement à domicile

- Volet déficients visuels (les projets concernant les déficients auditifs sont à retravailler)

Besoins nets : 100 places

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Capacité	Commentaires
IPIDV	2007	36	• Champ départemental
URAPEDA	2007	64	• Champ départemental
Sous-total		100	

- Volet déficients moteurs et traumatisés crâniens

Besoins nets : 50 places

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Capacité	Commentaires
Centre de Perharidy	2007	44	• Quimper et Morlaix • Capacité à revoir
Pâquerettes Pont-l'Abbé	2006	6	• Mise en appartement
Sous-total		50	

- Volet déficients mentaux et psychiques

Besoins nets : 150

Dossiers proposés			
Promoteurs	Année	Capacité	Commentaires
Papillons Blancs (Sud)	2006	15	Personnes handicapées mentales
Don Bosco (Nord)	2006	50	Personnes handicapées psychiques
Kan ar Mor (Sud)	2006	50	Personnes handicapées psychiques
Espoir et handicap (Penmarc'h)	2006	10	Personnes handicapées psychiques
Don Bosco	2006	10	Service spécifique pour personnes handicapées psychiques
UDAF Quimper	2007	12	Personnes handicapées psychiques
An Treiz	2007		Personnes handicapées psychiques
Sous-total		147	

- Volet Activités sociales - Enveloppe 100 000 €

Promoteurs	Implantation	Coût en €
APF	Département	50 000
EPAL Brest	Pays de Brest	50 000
Total		100 000

Au total, 297 places en accompagnement à domicile sont programmées dans ce 3^e schéma.

B - Procédure d'appel à projets

Suite à la rédaction des cahiers des charges par les groupes techniques concernant leurs préconisations, un appel à projet a pu se mettre en place. Il s'agit de recenser l'ensemble des projets des promoteurs en faveur des personnes handicapées.

Ceux ci doivent respecter les critères de sélection suivant :

1. Cohérence avec le schéma départemental
2. Garanties sur la qualité de la prise en charge, l'organisation et sur le respect du droit des usagers
3. Coût du projet en adéquation avec les références départementales, régionales et nationales
4. Garanties sur la qualité de gestion, la transparence financière et la mise en œuvre d'une démarche qualité et d'évaluation
5. Calendrier de l'opération

Les réponses aux appels à projets doivent comporter :

- La capacité du service
- Le type de public concerné
- La ou les zones d'interventions envisagées
- Le projet de service détaillé faisant apparaître les modalités concrètes d'interventions
- Les moyens humains et matériels : qualification du personnel pressenti, temps de travail mobilisé pour l'exercice d'un accompagnement, coût du matériel mis à disposition
- Le budget annuel et le prix de revient d'un suivi individuel
- Les références du prestataire.

Le choix des projets s'effectue ensuite en s'appuyant sur trois objectifs :

- Recherche d'une concordance entre les projets et les taux d'équipement
- Intégrer le calendrier du PRIAC
- Respecter les délais de la fenêtre du CROSMS

La procédure de décision doit respecter plusieurs principes. La priorité est donnée aux projets en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Il est préférable de rechercher un équilibre territorial et un équilibre entre les promoteurs. Enfin la réalisation des projets doit être prévue en 2009 au plus tard.

Le calendrier de la procédure d'appel à projets se développe comme suit :

- PHASE 1
Appel à candidature en juillet 2005
- PHASE 2
Réception des dossiers de candidature jusqu'au 19 octobre 2005 (envoi en recommandé avec accusé de réception)
- PHASE 3
Inventaire et classement des dossiers par le Conseil général, soumis à l'avis d'un comité d'examen composé de représentants du Conseil général, de l'Assurance Maladie et de l'État jusqu'au 22 novembre 2005.
- PHASE 4
Vote de la programmation par l'Assemblée départementale lors de sa première réunion ordinaire de 2006 après avis du Préfet et de l'Assurance Maladie
- PHASE 5
Présentation des résultats de l'appel à projets aux partenaires

Cette procédure d'appel à projets a été validée le 2 juin 2005.

C - Programmation Complémentaire

a - Programmation complémentaire au 3ème schéma financée partiellement par utilisation de l'enveloppe IME

Gestionnaire	Type de structure	Nb de places	Localisation	Date d'ouverture
Les Genêts d'Or	At Alterné	29	ND	2007
Les Genêts d'Or	PHV ESAT	24	ND	2007
Les Genêts d'Or	FVIE	2	Loperhet	2006
Les Genêts d'Or	FAM	5	Landivisiau	2006
Les Genêts d'Or	Acc JOUR	7	Loperhet	2008
Les Genêts d'Or	Acc JOUR	6	Lesneven	2008
Les Genêts d'Or	Acc JOUR	1	Taulé	2010
Les Genêts d'Or	FVIE	8	Taulé	2010
Papillons Blancs	FVIE	30	Plogonnec	2010
Le Carmel	FVIE	12	Le Relecq-Kerhuon	2009
Don Bosco	FVIE	16	La Roche-Maurice	2009
Le Caillou Blanc	Acc JOUR	2	Clohars-Fouesnant	2007
Sous total		142		

b - Ouvertures par anticipation dès 2007 en attente d'ouverture des projets déjà retenus

Gestionnaire	Type de structure	Nb de places	Localisation	Date d'ouverture	Coût total (Fonctionnement)	Impact 2007 (Fonctionnement)	Investissement
Papillons Blancs	Acc JOUR	25	Plougastel	01/01/2007	269 875,00 €	269 875,00 €	0,00 €
Papillons Blancs	FVIE	25	Ergué-Gabéric	01/07/2007	1 300 000,00 €	650 000,00 €	25 000,00 €
Les Genêts d'Or	FVIE	30	St-Renan	01/04/2007	1 560 000,00 €	1 170 000,00 €	300 000,00 €
Les Genêts d'Or	HT	5	St-Renan	01/04/2007	260 000,00 €	195 000,00 €	0,00 €
Les Genêts d'Or	Acc JOUR	15	St-Renan	01/04/2007	161 925,00 €	121 443,75 €	0,00 €
Les Genêts d'Or	Acc JOUR	4	Morlaix	01/01/2007	43 180,00 €	43 180,00 €	0,00 €
		104			3 594 980,00 €	2 449 498,75 €	325 000,00 €

Au total, 487 places sont programmées et 104 ouvriront par anticipation dans l'attente de la création des nouvelles places, lesquelles s'y substitueront.

Globalement ce sont donc 487 places en établissement et 297 places en services (Hors An Treiz et hors activités sociales) qui sont programmées au titre du troisième schéma pour un coût total estimé en fonctionnement à 17,1 M€ annuel et en investissement à 6,4 M€.

VI - Suivi du Schéma et réalisations

Un Comité de suivi est mis en place réunissant le Conseil Général, la DDASS, les associations d'usagers et les services gestionnaires, la MDPH, la DDTEFP et l'Inspection d'académie, et se réunit 2 fois par an afin de faire le point sur la réalisation du schéma.

Le principe d'une actualisation annuelle de l'étude de besoins a été retenu afin de faire le point après chaque rentrée scolaire sur les listes d'attente en établissements et en services.

Par ailleurs, l'installation de la MDPH, la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de ses principes, notamment la prise en compte du projet de vie de la PH, devrait permettre, avec du recul, de mesurer les conséquences du financement du Plan Personnalisé de Compensation sur les demandes d'entrée en établissement.

Lexique

AA	Atelier Alterné
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie pour les Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CROSMS	Commission Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
Foyer d'hébergement d'ESAT	Structure d'hébergement collectif pour adultes handicapés travaillant en ESAT
FV	Foyer de vie
MAPHA	Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Vieillissantes
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départemental des Personnes Handicapées
OGD	Objectif Global de Dépenses
ONDAM	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
PH	Personne Handicapée
PHV	Personne Handicapée Vieillissante
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAMSAD	Service d'Accompagnement Médico-Social A Domicile
SASD	Service d'Accompagnement et de Soutien à Domicile
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SVA	Site pour la Vie Autonome
UVE	Unité de Vie



libertés accompagnement accessibilité citoyenneté
**3° SCHÉMA DÉPARTEMENTAL DES ACTIONS EN FAVEUR
DES PERSONNES HANDICAPÉES**
autonomie égalités des droits et des chances acc



CONSEIL GENERAL
FINISTÈRE
Penn-ar-Bed

Conseil général du Finistère

Direction des personnes âgées et des personnes handicapées

Cité administrative de Ty-Nay - 29196 Quimper Cedex

Tél. 02 98 76 20 20

www.cg29.fr

2006 - 2010