

Service instructeur
DIRECTION DE LA SOLIDARITE

4^{ème} Commission - N° CG-2009-3-4-1

Service consulté

LE SCHEMA DEPARTEMENTAL DES PERSONNES HANDICAPEES

Résumé : Le présent rapport vous propose d'adopter le schéma départemental des personnes handicapées pour la période 2009-2013. Il prévoit la réalisation de 21 objectifs et 41 actions ainsi que la définition de priorités pour les perspectives de développement de l'offre en équipements, services et dispositifs en direction des personnes en situation de handicap.

La question de l'appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux, premier objet d'un schéma d'organisation tel que défini par la loi, est très vaste. En accord avec l'ensemble des partenaires le champ du présent schéma a été précisément défini : il vise les enfants et les adultes y compris après l'âge de 60 ans. En revanche, des problématiques identifiées comme la petite enfance, le logement, l'emploi, l'accès aux transports, l'offre de soins, les formations sanitaires ou sociales, l'accessibilité au cadre bâti font l'objet de programmes, plans, schémas ou démarches spécifiques. En conséquence, il a été décidé de ne pas les traiter dans le présent schéma mais de veiller à une articulation d'ensemble et une cohérence de toutes ces réflexions.

Le présent document, joint en annexe, a été élaboré après un processus de concertation associant les services de l'Etat, de l'assurance maladie, du Conseil Général, des représentants des établissements et services et les associations représentatives des personnes handicapées réunis en un comité de pilotage. Près de 40 personnes ont été interviewées et 5 groupes de travail se sont réunis à trois reprises pour élaborer un diagnostic et des propositions d'action.

Le schéma définit pour les cinq prochaines années :

- la réalisation de 21 objectifs déclinés en 41 actions, issus des réflexions des groupes de travail, et visant à promouvoir le droit à compensation en s'appuyant sur les potentialités de la personne et son environnement, mais aussi en améliorant le pilotage des dispositifs par une meilleure observation et connaissance des besoins,
- les perspectives de développement de l'offre sociale et médico-sociale par type de public et grande catégorie de déficience : physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique.

I **Les principaux objectifs proposés dans le schéma s'inscrivent dans cinq axes majeurs**

1. Adapter les modes d'accompagnement à l'évolution des profils et des besoins des personnes

L'évolution des profils et des besoins des personnes accompagnées impose une adaptation continue du service rendu à l'utilisateur.

Pour les enfants, il s'agit de prendre en considération :

- le souhait des parents de privilégier une scolarisation en milieu ordinaire,
- la constante évolution des besoins liés aux troubles envahissants du développement (en particulier l'autisme), les troubles du comportement, de l'apprentissage et les situations familiales qui se dégradent.

Pour les adultes, il est nécessaire de faire face à l'allongement de l'espérance de vie, à l'usure précoce au travail, à l'attente prégnante des personnes handicapées vivant à domicile en terme de qualité de l'accompagnement.

Pour répondre à ces enjeux, ainsi qu'à ceux liés à la gestion des ressources humaines, les objectifs suivants sont proposés :

- poursuivre l'adaptation de l'organisation départementale des SAVS,
- poursuivre la formation, la qualification et l'identification des intervenants à domicile,
- renforcer la souplesse des modes de financement et d'agrément,
- adapter les projets d'établissements et services des enfants handicapés et leurs articulations avec les partenaires externes à l'évolution des besoins,
- adapter les structures d'accompagnement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et à l'évolution des pathologies des publics accueillis,
- soutenir l'adaptation des ressources humaines et améliorer la qualité de l'accompagnement,
- améliorer la qualité de vie en établissement.

2. Renforcer l'efficacité des moyens mobilisés

Le diagnostic réalisé à l'occasion du schéma fait apparaître une offre dense sur l'ensemble du territoire, mais un nombre conséquent d'organismes gestionnaires. Par ailleurs, la multiplicité des projets illustre le dynamisme des partenaires mais aussi un certain émiettement.

Il est donc préconisé de :

- favoriser les mutualisations,
- faciliter l'évolution des projets associatifs sur la base d'orientations départementales pré-définies.

Par ailleurs, deux dispositifs méritent une réflexion spécifique :

- l'évolution des établissements et services d'aide par le travail,
- les besoins d'accompagnement dans le domaine de l'accueil familial.

Enfin, les demandes des personnes handicapées s'accroissent, s'amplifient et se diversifient. L'offre en formation (initiale et continue) doit s'adapter en conséquence, il convient dès lors de promouvoir la spécificité des interventions dans le champ du handicap, à domicile et dans les établissements.

3. Permettre aux potentialités de la personne handicapée et de son entourage de s'exprimer pleinement

La volonté réaffirmée des personnes handicapées de prendre part à la vie sociale et civile, oblige l'ensemble des acteurs à imaginer des modes d'accompagnement innovants et respectueux de la notion de projet de vie promu par la loi du 11 février 2005. Pour relever ce défi il convient de :

- promouvoir les expériences innovantes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale,
- soutenir les aidants naturels en développant l'hébergement temporaire et l'accueil de jour,
- développer l'aide aux aidants,
- favoriser l'accès et la diffusion de l'information sur les aides techniques, l'aménagement du logement et les aménagements des véhicules.

4. Mieux coordonner les acteurs au sein des territoires

Les travaux de diagnostic ont mis en évidence la qualité des partenariats développés dans le département du Haut-Rhin. Mais le besoin de coordination entre les acteurs de terrain a été réaffirmé de manière récurrente et plus spécifiquement entre les acteurs du champ sanitaire et du champ social et médico-social.

Cette attente d'une meilleure coordination s'explique principalement du fait du nombre conséquent d'intervenants et de l'expertise de plus en plus fine selon les domaines d'intervention.

Sur ces bases, deux axes d'évolution ont été identifiés dans le champ de la santé mentale et de la protection de l'enfance :

- articuler les interventions des acteurs sanitaires et médico-sociaux en particulier dans le domaine de la santé mentale,
- mettre en place des formations communes entre le secteur de l'enfance handicapée et l'Aide Sociale à l'Enfance.

5. L'observation et la connaissance, gage d'un pilotage performant

La diversité des situations, des intervenants et des modes d'accompagnement rendent indispensable la mise en place d'outils de pilotage permettant d'éclairer la politique départementale dans le domaine du handicap mais également celle des gestionnaires d'établissements et services.

Or, on relève un déficit de données objectives permettant des projections partagées. Pour pallier ce constat, les acteurs ont convenu dans les travaux de concertation de la nécessité de renforcer le suivi des orientations notifiées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), en vue de disposer d'un outil simple et efficace d'observation qui pourra alimenter le système d'information de la MDPH.

Deux actions doivent permettre d'atteindre cet objectif :

- mettre en place un outil partagé d'évaluation des situations,
- organiser la connaissance des besoins à partir du suivi des orientations et une meilleure connaissance de l'offre existante.

Enfin, toutes les orientations figurant dans ce schéma sont très sensibles à l'évolution du contexte :

- législatif : création des Agences Régionales de Santé en 2010, création d'un cinquième risque destiné à mieux prendre en compte la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées,
- financier : en particulier les possibilités de financement inscrites au Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC 2008/2012) actualisé annuellement.

Il sera donc nécessaire :

- de pérenniser la réflexion mise en place à l'occasion du schéma pour assurer son suivi et le cas échéant sa révision.

II Les perspectives de développement de l'offre d'accompagnement

1. Les principes

Le développement de l'offre en établissements et services à l'horizon 2013 s'attachera au respect des principes suivants :

- la régulation de l'offre se réalise au niveau infra-départemental au sein des territoires des espaces solidarité tels que définis dans le présent schéma, tout en tenant compte des découpages territoriaux propres au schéma d'organisation sanitaire et à la sectorisation en psychiatrie,
- l'analyse de la pertinence d'un équipement ou service peut s'effectuer par regroupement de territoires,
- l'offre s'organise de manière à faciliter la continuité des parcours de vie des personnes (éviter les ruptures liées à l'âge, à l'emploi, à l'évolution des capacités de la personne, permettre des aller/retour, décloisonner...),
- l'offre située à proximité du Bas-Rhin et du Territoire de Belfort fait l'objet d'une concertation préalable avec ces deux collectivités afin de garantir une complémentarité des équipements.

2. Les perspectives

Les modalités de l'accompagnement des parcours de vie des personnes sont très différentes d'un handicap à l'autre. Il est donc essentiel de privilégier une approche tenant compte des spécificités de chaque public.

Compte tenu de l'absence d'indicateurs mesurant de manière précise la pression de la demande, il est illusoire de proposer une programmation de places et services à créer.

Néanmoins, le schéma se propose, à partir des créations de places déjà autorisées, de fixer des priorités par type de public.

Ces priorités peuvent être résumées très sommairement ainsi :

Handicap mental :

- jeunes adultes en capacité de travailler : non prioritaire sauf si des besoins émergent du fait de la création d'établissements et services d'aide par le travail,
- jeunes adultes nécessitant de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et nécessitant pour certains des soins médicaux :
 - en accueil permanent : privilégier l'organisation d'un flux de sortie des foyers par création de places pour personnes handicapées vieillissantes,
 - en accueil de jour : non prioritaire sauf augmentation de l'indicateur de pression de la demande,

- personnes handicapées vieillissantes : envisager de poursuivre la création de places après affinement de l'indicateur de pression de la demande et obtenir une médicalisation plus importante des places existantes.

Handicap psychique :

- jeunes autistes : prioritaire compte tenu des jeunes en attente de places,
- autres pathologies (schizophrénie, troubles bipolaires, ...) : donner la priorité à la création de Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et/ou la création de dispositifs intégrant les services d'aide à domicile et du logement accompagné (type maisons relais) en mobilisant la prestation de compensation du handicap.

Handicap physique :

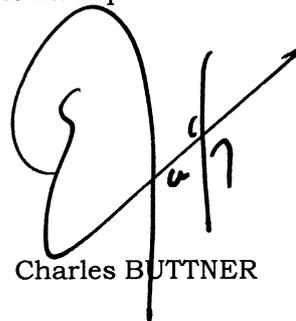
Le développement des services d'accompagnement à domicile ou équipes mobiles puis la création de la prestation de compensation du handicap et du fonds départemental de compensation, ont facilité l'accès à la vie citoyenne des personnes handicapées.

Les priorités se situent dans l'encouragement à créer des formules innovantes du type logement accompagné et de poursuivre la politique de rapprochement entre l'offre et la demande en logements adaptés et accessibles des bailleurs sociaux.

Handicap sensoriel :

Dans ce domaine, il est proposé de finaliser l'élargissement du service d'accompagnement social pour déficients visuels au public déficient auditif, d'adapter l'accès au service d'interprète en langue des signes du fait de la création du forfait surdité par la prestation de compensation du handicap.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer et adopter le schéma départemental des personnes handicapées 2009-2013



Charles BUTTNER

CONSEIL GENERAL DU HAUT-RHIN

Nouveau schéma des personnes handicapées 2009 - 2013

JUIN 2009

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| PARTIE 1 : INTRODUCTION | 3 |
| I. UN NOUVEAU CONTEXTE LEGISLATIF | 4 |
| II. LES OBJECTIFS ET LE PERIMETRE DU SCHEMA..... | 5 |
| III. LE ROLE DU DEPARTEMENT | 9 |
| IV. UNE VOLONTE DE CONCERTATION | 9 |
| V. LA PLACE DES SERVICES DE L'ETAT DANS L'ELABORATION DU SCHEMA..... | 9 |
| VI. ORGANISATION DU SCHEMA..... | 10 |
| | |
| PARTIE 2 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE | 11 |
| I. APPROCHE GLOBALE..... | 12 |
| II. SYNTHESE DES ENTRETIENS DE DIAGNOSTIC | 18 |
| III. THEMES SOUMIS AUX GROUPES DE REFLEXION..... | 21 |
| | |
| PARTIE 3 : ORIENTATIONS | 22 |
| I. ORIENTATION N° 1 : LA COMPENSATION DU HANDICAP, OBJECTIF PARTAGE DES ACTEURS | 24 |
| II. ORIENTATION N° 2 : LES POTENTIALITES DE LA PERSONNE HANDICAPEE ET DE SON ENTOURAGE, ATOUTS DE L'ACCOMPAGNEMENT..... | 38 |
| III. ORIENTATION N° 3 : L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE, VECTEUR D'OUVERTURE | 43 |
| IV. ORIENTATION N° 4 : L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE, GAGE D'UN PILOTAGE PERFORMANT | 46 |
| | |
| PARTIE 4 : PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT | 50 |
| I. PROPOS LIMINAIRES : LIMITES METHODOLOGIQUES ET CADRE DE LA REFLEXION | 51 |
| II. LES TERRITOIRES MEDICO-SOCIAUX..... | 52 |
| III. LA CONCERTATION AVEC LES TERRITOIRES VOISINS : TERRITOIRE DE BELFORT ET BAS-RHIN | 57 |
| IV. APPROCHE PAR TYPE DE DEFICIENCE | 59 |
| | |
| PARTIE 5 : ANNEXES | 77 |
| I. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE | 78 |
| II. PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL | 80 |
| III. GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES | 83 |
| IV. SOMMAIRE DETAILLE | 84 |

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Le Département du Haut-Rhin a souhaité élaborer son nouveau schéma départemental des personnes handicapées, dans un contexte législatif nouveau marqué par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Celle-ci vient renforcer un processus de fond visant à la modernisation du secteur, déjà impulsé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales qui prévoit que le schéma départemental est adopté par le Conseil Général après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS).

I. UN NOUVEAU CONTEXTE LEGISLATIF

La loi du 11 février 2005 offre de nouvelles perspectives dans le champ du handicap, pour plusieurs raisons :

- ▶ **La notion de handicap est définie** : « *constitue un handicap 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* » (art. L-114 du Code de l'Action Sociale et des Familles, CASF) ;
- ▶ De nouvelles dispositions sont introduites en matière **d'accessibilité et d'incitation à l'emploi** en milieu ordinaire ;
- ▶ **Le principe de compensation** des conséquences du handicap est reconnu et donne droit à une prestation évaluée dans le cadre d'un plan personnalisé qui couvre non seulement les aides humaines mais aussi les aides à l'aménagement du logement, les aides spécifiques ou exceptionnelles et les aides techniques ;
- ▶ De nouvelles institutions sont créées, notamment la **Maison Départementale des Personnes Handicapées**.

II. LES OBJECTIFS ET LE PERIMETRE DU SCHEMA

Le présent schéma vise à répondre à **cinq objectifs liés** (art. L. 312-4 du CASF) :

- ▶ Apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- ▶ Dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;
- ▶ 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 ;
- ▶ Préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services, ainsi qu'avec les établissements de santé ou tout autre organisme public ou privé ;
- ▶ Définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ce schéma.

Au-delà des objectifs fixés par la loi, le présent schéma départemental doit :

- ▶ Intégrer tous les types de handicaps sans condition d'âge ;
- ▶ Tendre à répondre aux aspirations des personnes handicapées à une plus grande participation à la vie sociale et professionnelle et à une plus grande liberté de choix de vie ;
- ▶ Améliorer l'adéquation entre les besoins et les prestations offertes sur les volets quantitatif et qualitatif.

Globalement, le schéma prend en compte les enfants et adultes handicapés (selon la définition du handicap donnée par la loi du 11 février 2005 et codifiée à l'article L.114 du CASF), en lien avec le schéma de la petite enfance pour les 0-5 ans et la politique en faveur des personnes âgées pour les 60 ans et plus. **Toutefois, la notion de besoins sociaux et médico-sociaux étant très extensive, il est important de définir avec clarté et précision les limites et frontières du champ d'intervention du présent schéma. Les thématiques non retenues directement dans le champ du schéma sont détaillées ci-après en trois ensembles :**

- ▶ Les démarches extérieures à articuler,
- ▶ Les problématiques partagées ou frontières,
- ▶ Les thématiques hors champ.

1. Les démarches extérieures à articuler

Il s'agit de travaux de programmation qui ont été ou qui seront conduits par des tiers et avec lesquels une articulation sera recherchée pour le domaine du handicap :

- ▶ **Schéma de la Petite Enfance** : le service de Protection Maternelle et Infantile et de Promotion de la Santé conduit actuellement les travaux préparatoires à ce schéma.
- ▶ **Plan Départemental d'Actions pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD)** : depuis 1991, le Haut-Rhin dispose d'un tel document de programmation (cosigné par le Président du Conseil Général et le Préfet). Le Plan actuel (2003-2006) a été prorogé dans l'attente de la validation du nouveau Plan qui est intervenue en octobre 2007. Le service Insertion et Développement Local, le Service d'Expertise en Travail Social et le service Habitat et Solidarités Territoriales sont impliqués pour le Conseil Général.
- ▶ **L'offre de logement adapté** : mise en œuvre par le service Habitat et Solidarités Territoriales, la Politique Départementale de l'Habitat comporte un volet dédié aux logements adaptés/adaptables du parc locatif public du Haut-Rhin (un état des lieux réalisé en 2007 à partir du parc de Habitat de Haute-Alsace sert de base à une réflexion élargie à l'ensemble du parc locatif social). Par ailleurs, le Plan Départemental de l'Habitat (en cours d'élaboration) tient compte du maintien/accès dans le logement des populations vieillissantes ou en situation de handicap (en lien avec la Direction de la Solidarité).
- ▶ **Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH)** : initié par l'État et l'AGEFIPH en 1998, ce programme traduit la volonté de mettre en œuvre une politique territoriale concertée en vue de l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. La convention quinquennale 2001-2005 a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2007. Le Conseil Général, signataire de cette convention, participe au comité de pilotage.
- ▶ **Schéma régional des formations sanitaires et sociales** : le schéma régional couvre la période 2007-2011. Sa mise en œuvre est effectuée dans le cadre d'un contrat d'objectif suivi par un comité de pilotage incluant les Conseils Généraux. Plusieurs services de la Direction de la Solidarité sont mobilisés.
- ▶ **Schéma directeur d'accessibilité des transports** : les travaux préparatoires à l'élaboration de ce schéma (prévu par la loi du 11 février 2005) ont débuté sous la houlette du service des Transports Scolaires du Conseil Général. La question de l'accès aux transports scolaires pour les enfants handicapés sera, le cas échéant, réexaminée dans ce cadre.
- ▶ **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)** : il couvre actuellement la période 2006/2011 et comporte, d'une part, un document transversal présentant la dynamique d'adaptation de l'offre de soins et le découpage de la région en territoires de santé et, d'autre part, dix-huit cahiers thématiques (dont « santé mentale / psychiatrie » et « prise en charge post-hospitalisation aiguë »)

2. Les problématiques partagées ou frontières

Il s'agit de thématiques qui seront traitées dans le schéma des Personnes Handicapées mais qui relèvent d'autres champs :

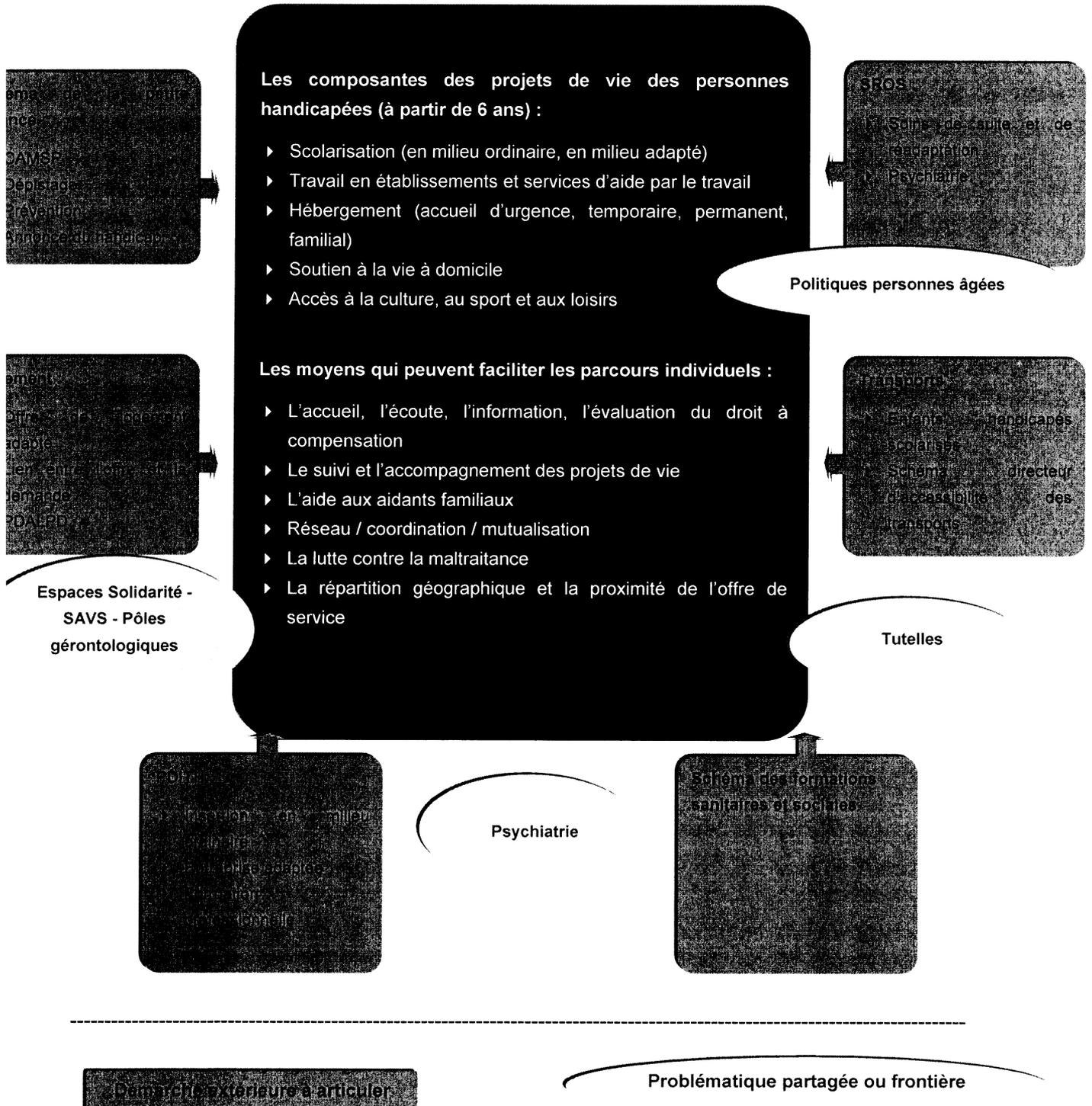
- ▶ « **Espaces solidarité, SAVS, Pôles Gériatriques** » : l'articulation entre les trois services sociaux doit être renforcée. Il s'agit d'un enjeu fort lié à la structuration de la politique de maintien à domicile.
- ▶ « **Psychiatrie** » : la prise en compte du handicap psychique et les liens avec le secteur de la psychiatrie constituent l'un des points majeurs à traiter dans le schéma.
- ▶ « **Tutelles** » : la loi 2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 impliquant une réflexion transversale dans le champ social.
- ▶ « **Politique personnes âgées** » : les liens entre les politiques de la gérontologie et du handicap sont essentiels ; le Schéma Gériatrique 2006/2011 renvoie cette question au schéma du handicap et des perspectives de création du cinquième risque.

3. Les thématiques « hors champ »

Ces problématiques relèvent d'autres acteurs et/ou d'autres champs ; elles ne sont pas exclusives d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes handicapées. Peuvent être cités, à titre d'exemple, tourisme et handicap, l'emploi des personnes handicapées au sein de la collectivité, l'accès au cadre bâti, les troubles de comportement des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, l'annonce du handicap...

Le champ du schéma départemental des personnes handicapées

« 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 »



III. LE ROLE DU DEPARTEMENT

Le Département, qui définit et met en œuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale, est chargé de l'adoption de ce schéma, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Le représentant de l'État fait connaître, au plus tard six mois avant l'expiration du précédent schéma, au Président du Conseil Général les orientations que le schéma doit prendre en compte pour les établissements et services relevant de sa compétence (art. L.121-1 et L. 312-5 du CASF).

IV. UNE VOLONTE DE CONCERTATION

L'action sociale et médico-sociale est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales (art. L. 116-1 du CASF). Fort de ce principe, **le Département du Haut-Rhin a souhaité associer l'ensemble des partenaires à l'élaboration de ce schéma, tant dans sa phase de diagnostic que dans sa phase de propositions d'actions.** Près de 40 personnes ont été interviewées dans le cadre des travaux de la première phase et 5 groupes de travail se sont réunis à trois reprises lors des travaux de concertation.

La phase de diagnostic a permis aux professionnels du Conseil Général, de l'État et à tous les partenaires extérieurs concourant à la réalisation des actions en faveur des personnes handicapées de disposer d'un cadre commun d'analyse pour élaborer, ensemble, des propositions concrètes d'action pour les cinq ans à venir.

V. LA PLACE DES SERVICES DE L'ETAT DANS L'ELABORATION DU SCHEMA

Le schéma entend s'inscrire dans un cadre régional et national, en tenant compte des grandes orientations ou décisions prises à ces deux niveaux. Il prévoit des liens ou se reporte donc, en tant que de besoin, au PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des

handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), au Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) et au Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH).

A cette fin, les services de l'Etat ont participé activement aux phases de diagnostic et de concertation.

VI. ORGANISATION DU SCHEMA

Le schéma est composé de trois phases principales :

- ▶ **Une première phase de diagnostic partagé** avec une analyse de l'existant intégrant une perspective démographique, un bilan du précédent schéma, une analyse de l'offre d'accompagnement, un repérage des articulations existantes ou manquantes et un bilan des besoins de la population. La synthèse de l'ensemble de ces éléments a permis une mise en perspective et la définition de thèmes de réflexion.
- ▶ **Une deuxième phase de propositions d'actions**, avec la mise en place de groupes de travail. Cette phase a eu pour but d'aboutir, pour le Conseil Général et pour les services déconcentrés de l'État, en collaboration avec les organismes intervenant dans le domaine du handicap, à l'identification des actions à mener et de leur ordre de priorité pour les 5 années à venir. Cette concertation a réuni des groupes de travail en vue de procéder à l'analyse des besoins et de leurs évolutions prévisibles et de formuler des propositions d'action, pour les établissements et services, pour l'organisation des institutions prévues par la loi du 11 février 2005 et pour les modalités d'implication des acteurs pour la participation des personnes handicapées à la vie de la cité.
- ▶ **Une troisième phase de formalisation et d'arbitrage**, notamment pour les perspectives de développement des capacités d'accompagnement.

A chaque étape clé de la démarche, le Comité de pilotage du schéma a été mobilisé pour donner les orientations de travail, valider l'avancement des travaux et statuer sur les propositions formulées. Cette instance sera pérennisée pour assurer le suivi du schéma et son actualisation. Il réunit l'ensemble des acteurs investis dans le champ du handicap sur le département. Ses réunions ont permis, sur la base du diagnostic partagé, d'initier la concertation et d'amender les propositions issues des groupes de travail.

PARTIE 2 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

Le nombre de personnes handicapées de 0 à 59 ans sur le département du Haut-Rhin représente globalement entre 20.000 et 30.000 personnes¹ :

- ▶ Environ 3.500 enfants et adolescents (sur la base d'un taux de prévalence de 19 ‰ appliqué à une population enfants et adolescents estimée à environ 185.000 en 2006),
- ▶ Entre 16.500 et 19.500 adultes (sur la base d'un taux de prévalence de 36 à 44 ‰ appliqué à une population de 20 à 59 ans estimée à environ 410.000 personnes en 2006, chiffre auquel sont ajoutées les 1.661 places de FATH-Foyer d'Accueil pour Travailleur Handicapé, FAS-Foyer d'Accueil Spécialisé (ex-FAHG²), MAS-Maison d'Accueil Spécialisé, FAM-Foyer d'Accueil Médicalisé, MRS-Maison de Retraite Spécialisée et accueil familial recensées sur le département).

Les taux de prévalence doivent être utilisés avec précaution, dans la mesure où leur application à des populations de taille très diverse peut entraîner une perte de justesse statistique. Par ailleurs, dans le domaine du handicap, peu d'études récentes ont permis d'actualiser ces taux, ce qui en limite la pertinence. Ils permettent néanmoins une estimation globale de la population handicapée du département à partir de la définition d'ordres de grandeur.

I. APPROCHE GLOBALE

1. L'enfance handicapée

1/ L'offre médico-sociale

a/ Les aspects quantitatifs

Il convient en premier lieu de relever le **taux d'équipement global en lits et places** (nombre de lits et places d'enfants handicapés pour 1.000 jeunes de moins de 20 ans) **qui est supérieur aux données régionales et nationales :**

| | Haut-Rhin | Bas-Rhin | France |
|------|-----------|----------|--------|
| Taux | 10,19 ‰ | 8,34 ‰ | 8,90 ‰ |

Source : DRASS-FINESS ; lits et places installés au 1^{er} janvier 2007

¹ Source : CREA l'Alsace.

² Le Comité de pilotage du schéma a retenu le principe, lors de sa réunion du 21 octobre 2008, de modifier la terminologie des FAGH-Foyer d'Accueil pour Handicapé Grave en FAS-Foyer d'Accueil Spécialisé, permettant l'utilisation d'un vocable commun sur la Région.

Par ailleurs, **un triple mouvement peut être relevé dans l'évolution de l'offre entre 2000 et 2007** :

- ▶ Une diminution des places d'accueil en établissement (- 269),
- ▶ Des créations de places (+ 102) en ITEP (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique),
- ▶ Un accroissement des places en services (+ 289).

La « pression » de la demande au 30 septembre 2007 ressort à :

- ▶ **75 enfants et adolescents en attente de place** dont :
 - 36 pour être accueillis en établissements (30 pour un établissement pour déficients intellectuels, 4 pour un établissement pour autistes et TED-Troubles Envahissants du Développement et 2 pour un établissement pour polyhandicapés),
 - 39 pour être accompagnés par un service (21 pour un SESSAD déficients intellectuels, 11 pour un SESSAD handicapés moteurs, 5 pour un SESSAD polyvalents et 2 pour un SESSAD déficients auditifs).
- ▶ **119 jeunes maintenus dans leur structure faute de place en établissement pour adultes** (bénéficiaires de l'amendement Creton) :
 - 97 en établissements pour déficients intellectuels,
 - 4 en établissements pour handicapés moteurs,
 - 17 en établissements pour polyhandicapés,
 - 1 en établissement pour déficient auditif.

b/ Aspects qualitatifs

Trois points peuvent être plus particulièrement mis en exergue au niveau qualitatif. Tout d'abord, **l'offre en équipements apparaît en décalage avec l'évolution des profils des jeunes à accompagner**, en particulier pour :

- ▶ L'autisme et les troubles envahissants du développement (144 places d'hébergement pour le secteur enfant),
- ▶ Les déficiences du psychisme,
- ▶ Les troubles du comportement,
- ▶ Les enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Ce décalage implique une adaptation des modalités d'accompagnement en interne mais également en lien avec les autres acteurs (plus particulièrement du secteur de santé mentale et de l'Aide Sociale à l'Enfance).

Ensuite, **l'hébergement temporaire reste peu développé.**

Enfin, **si l'offre en accompagnement en milieu ouvert s'est beaucoup développée** (SESSAD- Service d'Éducation Spécialisé et de Soins A Domicile et SSEFIS- Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire), **on note l'absence de SESSAD pour troubles du comportement.**

2/ La scolarisation des enfants handicapés

Le fort mouvement de scolarisation est illustré par les chiffres suivants :

- ▶ 1.686 élèves handicapés scolarisés dont 1 224 dans le 1^{er} degré (73 %) et 462 dans le second degré (27 %) ;
- ▶ Plus des 9/10^{èmes} sont scolarisés à temps plein et la majorité des élèves suivent une scolarisation en intégration individuelle, surtout dans le second degré.

De plus, **le nombre d'enfants scolarisés dans le second degré serait (estimation théorique et maximale) presque trois fois supérieur à la situation actuelle d'ici 5 ans.**

Cette forte évolution interroge le dispositif d'accompagnement en milieu scolaire tant en terme quantitatif que qualitatif (formation des AVS-Auxiliaires de Vie Scolaire et EVS-Emplois de Vie Scolaire) **ainsi que le nécessaire partenariat entre le milieu scolaire et les établissements médico-sociaux.**

2. Les personnes adultes handicapées

1/ L'offre médico-sociale

a/ Aspects quantitatifs

Comme pour le secteur enfance, **le taux d'équipement global en lits et places** (nombre de lits et places pour 1.000 adultes de 20 à 59 ans) **est supérieur aux données bas-rhinoises et nationales**, sauf pour les FAM-Foyers d'Accueil Médicalisés. Ces taux n'intègrent pas les capacités des MRS-Maisons de Retraite Spécialisées :

| | Haut-Rhin | Bas-Rhin | France |
|---------------------------|-----------|----------|--------|
| MAS | 0,78 ‰ | 0,32 ‰ | 0,58 ‰ |
| FAS (Foyer de Vie) | 1,37 ‰ | 0,79 ‰ | 1,25 ‰ |
| FAM | 0,35 ‰ | 0,51 ‰ | 0,40 ‰ |
| ESAT | 3,29 ‰ | 2,82 ‰ | 3,19 ‰ |

Source : DRASS-Enquête ES-FINESS ; lits et places installés au 1^{er} janvier 2007

L'évolution de l'offre entre 2000 et 2007 se caractérise par cinq points clés :

- ▶ **De nets progrès dans l'accompagnement à domicile avec :**
 - Une progression de 5 à 14 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) pour répondre à toutes les formes de déficience et couvrir l'ensemble du territoire départemental,
 - La création de SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) d'ores et déjà amorcée,
 - La création de 72 places de Services de Soins Infirmiers Domicile (SSIAD) pour Personnes Handicapées, dont deux services exclusivement dédiés aux Personnes Handicapées ;
- ▶ **La forte augmentation de places d'accueil de jour pour 'Personnes Handicapées non travailleurs' (de 32 à 170 places) ;**
- ▶ **La prestation de compensation du handicap** qui constitue une réponse satisfaisante pour :
 - Les besoins des personnes les plus lourdement handicapées,
 - Compenser le coût des adaptations du logement ou des aides techniques mais qui reste peu attractive pour le handicap psychique, les anciens bénéficiaires de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ou pour l'aide au ménage ;

- ▶ **Une évolution contrastée des places d'hébergement avec :**
 - Une augmentation de 115 places de MAS-Maison d'Accueil Spécialisé et de 54 places de FAM-Foyer d'Accueil Médicalisé (dont 52 par médicalisation de places de foyer de vie existant),
 - Une stagnation des places de FAS-Foyer d'Accueil Spécialisé,
 - Une augmentation de la capacité des MRS-Maisons de Retraite Spécialisées de 20 à 82 places ;
- ▶ **Une demande qui se situe à un niveau très important :**
 - En provenance des établissements pour enfants : 119 jeunes orientés pour 27 en FAS, 6 en FAM, 37 en MAS et 49 en ESAT,
 - Dans les établissements, sur 1.240 adultes âgés de plus de 40 ans accueillis dans ces structures, 31 % auront besoin d'une réorientation en particulier vers les MRS³.

Concernant les personnes handicapées à domicile, et outre les estimations reprises ci-dessus liées à l'application d'un taux de prévalence, **très peu de données sont disponibles.**

b/ L'évolution des profils

Plusieurs champs d'investigation doivent être plus particulièrement relevés :

- ▶ **Le vieillissement** et ses conséquences avec, notamment, des problèmes liés à la santé, des pathologies chroniques invalidantes, des accompagnements de fin de vie...
- ▶ **L'usure précoce au travail,**
- ▶ **Des personnes handicapées en situation de grande exclusion,**
- ▶ **Le handicap invisible,**
- ▶ **Des personnes handicapées accueillies en EHPAD** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) avec un doublement en cinq ans (de 63 personnes en 2002 à 118 en 2007),
- ▶ **Le handicap rare.**

³ Source : « Le vieillissement des personnes handicapées accueillies dans les structures médico-sociales alsaciennes. Besoins de réorientation », CREA Alsace-CROSMS, janvier 2007.

c/ L'évolution de l'offre

Ces dernières années ont vu l'apparition dans le champ de l'offre médico-sociale de formules nouvelles :

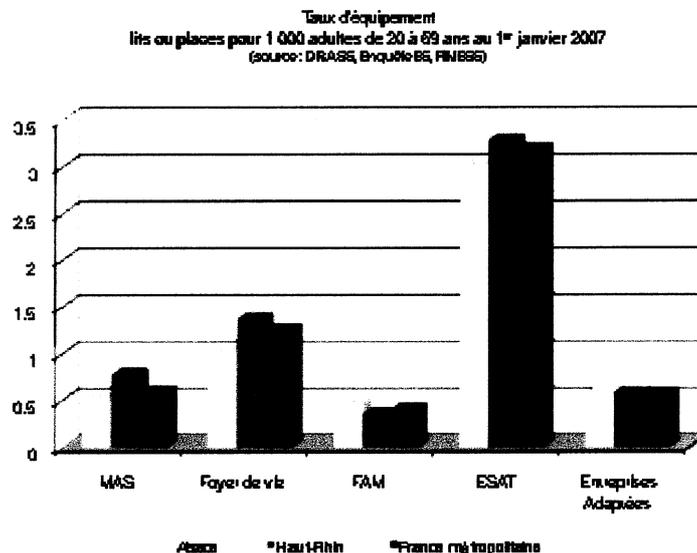
- ▶ L'accompagnement de personnes handicapées mentales ou psychiques dans des logements ordinaires,
- ▶ Des maisons familiales pour traumatisés crâniens (projet 2009),
- ▶ Des appartements spécialement aménagés avec un service d'aide à domicile dédié pour des personnes lourdement handicapés (projet 2009).

II. SYNTHÈSE DES ENTRETIENS DE DIAGNOSTIC

1. Une offre dense sur l'ensemble du territoire

La densité de l'offre est illustrée par :

- ▶ **Un nombre conséquent d'organismes gestionnaires,**
- ▶ **L'existence de 14 SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)** qui assurent un maillage de l'ensemble du territoire avec :
 - Deux niveaux d'intervention,
 - Une spécialisation de certains services,
- ▶ **Un nombre de structures pour enfants handicapés qui semble répondre quantitativement aux besoins** sous réserve :
 - De gérer les flux (listes d'attente / Creton),
 - D'intégrer l'évolution du profil des jeunes accompagnés (ex. : carences éducatives...),
 - Des besoins spécifiques (ex. : ITEP-Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique) ;
- ▶ **Des taux d'équipement globalement supérieurs aux données régionales** à l'exception des FAM-Foyers d'Accueil Médicalisé et **malgré les besoins évoqués par les acteurs mobilisés dans le champ du handicap** (MAS, SSIAD spécialisé pour les personnes handicapées...) :



- ▶ **Des structures sanitaires mobilisées dans le champ du handicap,**
- ▶ **Un nombre conséquent de projets :**
 - Illustrant le dynamisme des partenaires...,
 - ... et son émiettement ;
- ▶ **Une réflexion avancée pour l'accompagnement de la personne handicapée.**

2. La personne handicapée au cœur des dispositifs

Les entretiens ont mis en évidence plusieurs points de consensus en ce qui concerne l'accompagnement des personnes handicapées :

- ▶ **Des relations (structures gestionnaires, associations représentant les personnes handicapées, Conseil Général et l'État) unanimement reconnues comme de grande qualité,**
- ▶ **Écoute, compréhension et volonté de trouver une solution aux situations individuelles des personnes handicapées guident les échanges :**
 - Application par la très grande majorité des acteurs de principes éthiques partagés (ex.: non-abandon),
 - Volontarisme du Conseil Général (financement de la médicalisation des FAS-Foyers d'Accueil Spécialisé, coût horaire des interventions à domicile...);
- ▶ **L'implication des structures gestionnaires dans l'élaboration du précédent schéma,**
- ▶ **L'écoute de la Maison Départementale des Personnes Handicapées** concernant les avis techniques rendus pour les évaluations réalisées par les partenaires externes.

3. La MDPH, acteur central

Le partenariat entre tous les acteurs et la rapidité de mise en place de la Maison Départementale des Personnes Handicapées renforcent l'attente d'une coordination renforcée. Les attentes concernent notamment :

- ▶ **L'organisation des passages entre les modes d'accompagnement avec :**
 - La Commission Départementale de l'Autonomie comme pilote des orientations,
 - Une réflexion sur les listes d'attentes,
 - Un assouplissement des contraintes tarifaires,
 - Des alternatives à l'hébergement,
 - Des parcours inter-associations ;
- ▶ **L'amélioration de l'évaluation individuelle** (en lien avec une meilleure lisibilité des projets),
- ▶ La mise en place d'**un outil d'observation**.
- ▶ **Le renforcement de l'information**.

4. La coordination, axe premier d'évolution

Cette attente de coordination vise principalement les acteurs sanitaire et médico-social :

- ▶ Dans le prolongement des interventions de psychiatres au sein des établissements et services médico-sociaux,
- ▶ Par une sensibilisation du corps médical.

Elle concerne également :

- ▶ L'accompagnement de l'enfant :
 - Par une évolution des modalités de financement,
 - Dans le cadre de la scolarisation.
- ▶ Le Conseil Général et l'État (au niveau des structures médicalisées ou à médicaliser par exemple),
- ▶ Les autres départements,
- ▶ Entre les secteurs du handicap et de la grande exclusion,
- ▶ En vue d'améliorer la prévention.

5. Trois thèmes récurrents évoqués lors des entretiens avec les partenaires

Trois thèmes ont été très régulièrement évoqués par les partenaires :

- ▶ **Le vieillissement** qui renvoie notamment à :
 - La médicalisation des structures d'accueil,
 - Aux possibilités offertes par les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes),
 - Aux pistes d'adaptation du travail protégé face aux situations de fatigabilité,
 - Aux accueils innovants ;
- ▶ **Le handicap psychique** en lien avec :
 - Les spécificités de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques,
 - Aux possibilités d'accueil au sein des structures existantes ;
- ▶ **La souplesse des dispositifs**, tant dans le secteur enfance qu'adultes.

Par ailleurs, ont également été développés lors des entretiens :

- ▶ Les structures d'accompagnement pour enfants handicapés,
- ▶ Le précédent schéma départemental,
- ▶ L'aide aux aidants,
- ▶ La qualité de l'accompagnement,

- ▶ La terminologie institutionnelle,
- ▶ L'accessibilité (transports, logement, insertion professionnelle, accès à la culture, aide animalière, accès à la cité),
- ▶ Les handicaps spécifiques.

Sur ces bases, les partenaires haut-rhinois s'accordent sur quatre points forts et axes d'évolution :

Quatre points forts :

- ▶ **Le maillage territorial** à partir des SAVS,
- ▶ **Le partenariat** (structures gestionnaires, financeurs, Inspection Académique),
- ▶ **Le nombre conséquent d'établissements et services** pour les personnes handicapées,
- ▶ **La rapidité de la mise en place de la MDPH.**

Quatre points faibles :

- ▶ **Les modalités de financement de la médicalisation** des établissements,
- ▶ **Le manque de souplesse** pour adapter les dispositifs d'accompagnement,
- ▶ **Le manque d'articulation** entre les secteurs sanitaire et médico-social,
- ▶ La prise en charge **du vieillissement des personnes handicapées malgré les efforts déjà réalisés.**

III. THEMES SOUMIS AUX GROUPES DE REFLEXION

Sur la base des travaux de diagnostic, en particulier des entretiens avec les partenaires, **cinq thématiques de réflexion ont été identifiées et soumises aux groupes de travail** qui se sont réunis entre les mois de juillet et octobre 2008 :

- ▶ L'observation et l'évaluation,
- ▶ L'évolution des capacités d'accueil en établissement et le développement des alternatives à l'hébergement institutionnel,
- ▶ La prise en charge à domicile,
- ▶ Les coordinations territoriales et les articulations institutionnelles
- ▶ La qualité de l'accompagnement.

Chaque thème a été précisé par un cahier des charges indicatif.

PARTIE 3 : ORIENTATIONS

La préparation du schéma départemental s'est appuyée sur les analyses et suggestions formulées par les groupes de travail qui ont réuni un grand nombre de représentants des personnes handicapées et des professionnels du secteur entre les mois de juillet et octobre 2008. Sur la base de ces propositions et des travaux de diagnostic, quatre orientations sont apparues comme transversales au Comité de pilotage, la première étant systématiquement mise en exergue par les personnes impliquées au sein des groupes de réflexion :

- ▶ La compensation du handicap, objectif partagé des acteurs,
- ▶ Les potentialités de la personne handicapée et de son entourage, atouts de l'accompagnement,
- ▶ L'environnement de la personne handicapée, vecteur d'ouverture,
- ▶ L'observation et la connaissance, gage d'un pilotage performant.

La mise en œuvre du schéma passe nécessairement par un cadrage précis des objectifs qui permet de répondre à chacune des orientations retenues. Pour cela, un même format d'exécution des objectifs a été conservé, sous la forme de fiches actions (21 au total).

Chacune de ces fiches actions traduit précisément le déroulement des opérations qui vont mobiliser au cours des prochains mois ou des prochaines années, selon les cas, les acteurs du schéma.

Pour chacune des fiches actions, un niveau de priorité a été défini :

- ▶ **Niveau de priorité 1 :** ce niveau concerne les actions urgentes pour lesquelles des enjeux majeurs ont été relevés. Elles pourraient être mises en œuvre sans délai.
- ▶ **Niveau de priorité 2 :** ce niveau concerne les actions pour lesquelles des éléments précis de mise en œuvre ont été identifiés. Elles pourraient être mises en œuvre dès l'exercice suivant l'adoption du schéma.
- ▶ **Niveau de priorité 3 :** ce niveau concerne les actions qui seront mises en œuvre tout au long de la durée du schéma.

Une réunion annuelle du Comité de pilotage permettra d'évaluer régulièrement l'état d'avancement de la mise en œuvre de ces actions et d'actualiser la programmation du schéma.

I. ORIENTATION N° 1 : LA COMPENSATION DU HANDICAP, OBJECTIF PARTAGE DES ACTEURS

- ⇒ **Adapter les modes d'accompagnement à l'évolution des profils et des besoins des personnes**
- ⇒ **Renforcer l'efficience des moyens mobilisés**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées confère au principe de compensation du handicap une valeur législative. L'ensemble des acteurs, outils et moyens mobilisés auprès des personnes handicapées dans le département du Haut-Rhin doivent donc faire converger leurs actions respectives dans cette direction commune. Pour tendre à cet objectif, le territoire départemental dispose d'ores et déjà de trois atouts majeurs :

- ▶ Une couverture exhaustive par 14 SAVS permettant un réel maillage du territoire, une bonne connaissance des besoins et une proximité dans le service rendu au travers d'un mode de fonctionnement souple,
- ▶ De nombreux services intervenant au domicile ou dans la cité tant auprès des personnes adultes que des enfants handicapés,
- ▶ Une mobilisation de l'ensemble des acteurs, par exemple pour renforcer la professionnalisation des intervenants.

L'évolution du profil et des besoins des personnes accompagnées impose néanmoins une adaptation continue du service rendu à l'utilisateur. Il s'agit notamment de prendre en considération :

- ▶ L'attente prégnante des personnes handicapées à domicile en termes de qualité d'accompagnement,
- ▶ Le souhait des parents dans le domaine de scolarisation,
- ▶ La constante évolution des besoins d'accompagnement (ex. : troubles du comportement, troubles de l'apprentissage, environnement social et familial dégradé...).

Pour répondre à ces enjeux, ainsi que ceux liés à la gestion des ressources humaines, les actions suivantes visent à adapter les modes d'accompagnement des personnes et enfants handicapés :

- ▶ Fiche 1 : **Poursuivre l'adaptation de l'organisation départementale des SAVS,**
- ▶ Fiche 2 : **Poursuivre la formation, la qualification et l'identification des intervenants à domicile,**
- ▶ Fiche 3 : **Renforcer la souplesse des modes de financement et d'agrément,**
- ▶ Fiche 4 : **Adapter les projets d'établissements et services des enfants handicapés et leurs articulations avec les partenaires externes à l'évolution des besoins,**
- ▶ Fiche 6 : **Soutenir l'adaptation des ressources humaines et améliorer la qualité de l'accompagnement,**
- ▶ Fiche 9 : **Améliorer la qualité de vie en établissement.**

Pour certaines situations, et plus particulièrement pour les personnes handicapées vieillissantes, le défaut de solution d'accompagnement sur le département implique d'envisager la mise en place de réponses nouvelles. Pour cela, il convient de :

- ▶ Fiche 5 : **Adapter les structures d'accompagnement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et à l'évolution des pathologies des publics accueillis.**

L'ensemble du plan d'action du schéma départemental vise également à renforcer l'efficacité des moyens mobilisés. Aussi, il doit contribuer à renforcer l'articulation entre le Département et les services déconcentrés de l'État mais également entre les gestionnaires. Pour cela, il convient de :

- ▶ Fiche 7 : **Favoriser les mutualisations,**
- ▶ Fiche 8 : **Faciliter l'évolution des projets associatifs sur la base d'orientations départementales pré-définies.**

Parallèlement, deux modes d'accompagnement doivent faire l'objet d'une réflexion spécifique : le travail protégé et l'accueil familial :

- ▶ Fiche 14 : **Mettre en place une réflexion relative à l'évolution des établissements et services d'aide par le travail,**
- ▶ Fiche 15 : **Évaluer les besoins d'accompagnement dans le domaine de l'accueil familial.**

Enfin, de fortes attentes sont exprimées de la part des usagers concernant la qualité du service rendu par les établissements et services. Or, les difficultés de recrutement sont prégnantes pour certaines qualifications, notamment à domicile. Aussi, il convient de :

- ▶ Fiche 16 : **Promouvoir la spécificité des interventions dans le champ du handicap à domicile et dans les établissements.**

1. Fiche 1 : Poursuivre l'adaptation de l'organisation départementale des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une couverture du territoire départemental par 14 SAVS permettant un réel maillage du territoire et une bonne connaissance des besoins
- ▶ Un mode de fonctionnement et de financement souple (accompagnement possible sans délai même sans orientation préalable, accompagnement au long cours...)
- ▶ Des missions multiples (accueil avec sa double dimension généraliste et relais de la MDPH, expertise, accompagnement, plateforme ressources pour d'autres services)

| | |
|--|---|
| | <p>Pérenniser les principes de fonctionnement actuels des services</p> <p>Adapter les organisations et articulations à l'évolution des besoins des personnes handicapées</p> |
| | <p>Articuler les interventions des SAVS avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Des services généralistes privilégiant une approche locale, en envisageant des formations pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques ▶ Des services spécialisés et ressources avec une approche départementale pour l'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Des personnes déficientes sensorielles ◦ Des personnes handicapées physiques ◦ Des personnes handicapées psychiques <p>et intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Comme centre ressources pour les services généralistes (ex. : formation, présentation de cas...) ◦ En relais des services généralistes pour les situations complexes |
| | <p>Systématiser la concertation préalable État / Conseil Général avant toute création de SAMSAH</p> |
| | <p>Finaliser l'adaptation du SAVS sensoriel aux personnes sourdes en lien avec le dispositif des chèques interprètes</p> |
| | <p>MDPH, Etat</p> |
| | <p>SAVS, SAMSAH</p> |
| | <p>Sur la durée du schéma</p> |
| | <p>Couverture du territoire départemental (services généralistes, services spécialisés, SAMSAH)</p> <p>Conventions de partenariat services généralistes / services spécialisés</p> |

2. Fiche 2 : Poursuivre la formation, la qualification et l'identification des intervenants à domicile

Niveau de priorité : 3

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Dans le secteur adulte :
 - Des attentes prégnantes des personnes handicapées à domicile en termes de qualité d'accompagnement
 - Une professionnalisation des intervenants (Auxiliaires de Vie Sociale) initiée et encouragée par une mobilisation de l'ensemble des acteurs, notamment au niveau des financements (Conseil Général)
 - L'émergence d'un service d'aide à domicile dédié aux personnes handicapées
- ▶ Dans le secteur enfance :
 - Une forte attente des parents dans le domaine de la scolarisation
 - Un plan de formation initiée au niveau national pour les Auxiliaires de Vie Scolaire et les Emplois de Vie Scolaire

| | |
|--|--|
| | Poursuivre l'adaptation des services aux besoins des enfants et personnes handicapées |
| | Faciliter la mobilisation de l'expertise des SESSAD pour des actions de formations / sensibilisation, notamment auprès des AVS (Auxiliaires de Vie Scolaire) et EVS (Emplois de Vie Scolaire) |
| | Mesurer l'intérêt ou non de développer des services d'aide à domicile dédiés aux personnes en situation de handicap |
| | Conseil Général, État, Inspection d'Académie, gestionnaires de services |
| | Gestionnaires d'établissements et services |
| | Sur la durée du schéma |
| | Conventions services (SESSAD) / Inspection d'Académie et actions de formations Mise en place d'actions de formation-sensibilisation Suivi d'activité du service d'aide à domicile dédié aux personnes cérébro-lésées dans la région mulhousienne |

3. Fiche 3 : Renforcer la souplesse des modes de financement et d'agrément

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des besoins d'accompagnement en constante évolution rendant indispensable une adaptation continue des modes d'accompagnement (ex. : allers-retours entre un FAS et un ESAT ou entre un CAJ, un FAT et un ESAT du fait du vieillissement de la personne)
- ▶ Un principe de compensation impliquant une approche du handicap dorénavant orientée sur la facilitation des parcours de vie
- ▶ Des adaptations des services et établissements liées aux textes réglementaires
- ▶ Des agréments créant des carcans institutionnels peu propices à l'individualisation des accompagnements

| | |
|--|---|
| | Faciliter la mise en œuvre effective des projets personnalisés |
| | Développer les passerelles entre les modes d'accompagnement au travers de pratiques expérimentales (ex. : orientation vers un dispositif avec plusieurs modes d'accompagnement, agréments en partie 'flottants', double habilitation dans les secteurs de l'enfance handicapée et de l'enfance protégée...) |
| | Développer des modes de financement adaptés à la mise en place de parcours individualisés (ex. : Conventions Pluriannuelles d'Objectifs et de Moyens, dotation globale...) |
| | Conseil Général, État |
| | Gestionnaires d'établissements et services |
| | Sur la durée du schéma |
| | Expérimentations et évaluations de celles-ci CPOM |

4. Fiche 4 : Adapter les projets d'établissements et services des enfants handicapés et leurs articulations avec les partenaires externes à l'évolution des besoins

Niveau de priorité : 3

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une évolution du profil des jeunes accompagnés (intégration en milieu scolaire, troubles du comportement, troubles de l'apprentissage, environnement social et familial dégradé...)
- ▶ Un déficit de connaissance notamment sur les besoins d'accompagnements multiples

| | |
|--|---|
| | Tendre à une adaptation continue des services aux besoins des enfants et jeunes accompagnés |
| | Affiner la connaissance des besoins sur les accompagnements multiples (médico-social, protection de l'enfance, pédopsychiatrie) |
| | Poursuivre l'adaptation des projets d'établissements et de services notamment aux niveaux : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Des liens avec les partenaires externes (Aide Sociale à l'Enfance, pédopsychiatrie, Éducation Nationale, accueils de loisirs...) ▶ Des amplitudes d'ouverture sur la journée, la semaine ou l'année ▶ Des modes d'habilitation (ASE/médico-social) et de financement (permettant une plus grande souplesse dans l'accompagnement) |
| | État, Conseil Général (partie Protection de l'enfance), MDPH |
| | Gestionnaires d'établissements et services pour enfants handicapés |
| | Sur la durée du schéma |
| | Étude sur les profils des jeunes accompagnés Conventions de partenariat Projets de services Mise en œuvre de modes innovants d'accompagnement |

5. Fiche 5 : Adapter les structures d'accompagnement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et à l'évolution des pathologies des publics accueillis

Niveau de priorité : 1

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées et ses conséquences sur les projets de vie et de soins
- ▶ La création par le Conseil Général dès 1997 de MRS-Maisons de Retraite Spécialisées
- ▶ Le financement par le Conseil Général de postes soignants au sein des FAS-Foyers d'Accueil Spécialisés et des MRS-Maisons de Retraite Spécialisées

| | |
|--|--|
| | Traduire l'allongement de l'espérance de vie dans les capacités d'accueil des établissements (quantitativement et qualitativement) |
| | Identifier les besoins et les charges en soins des résidents en MRS et FAS |
| | Définir les modalités d'amélioration de la couverture soignante selon les territoires : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Médicalisation de l'établissement ▶ Inscription dans un réseau médical ▶ Mise en place d'une équipe mobile |
| | Réviser le cahier des charges des MRS |
| | Conseil Général et Etat |
| | Gestionnaires et porteurs de projet |
| | Sur la durée du schéma |
| | Capacités d'accueil pour personnes handicapées vieillissantes Médicalisation de places de MRS et FAS |

6. Fiche 6 : Soutenir l'adaptation des ressources humaines et améliorer la qualité de l'accompagnement

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Un nombre conséquent de départs en retraite sur la durée du schéma
- ▶ Des risques d'usure, notamment dans les établissements et services accompagnant les personnes les plus lourdement handicapées

| | |
|--|--|
| | Anticiper le 'vieillessement de la pyramide des âges des professionnels' Mettre en place des dynamiques continues d'amélioration de la qualité Limiter les situations d'usure Promouvoir la bienveillance |
| | Soutenir le développement des outils de Gestion des Ressources Humaines contribuant à l'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none">▶ Démarche de GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences)▶ Mobilité▶ Apprentissage▶ Analyse des pratiques et groupes de paroles... |
| | Gestionnaires d'établissements et services, éventuellement regroupés |
| | Conseil Général et État en lien avec l'axe 3 de la Convention cadre Région Alsace-CNSA-Etat de juillet 2008 |
| | Sur la durée du schéma |
| | Outils innovants de GRH Nombre de contrats d'apprentissage |

7. Fiche 7 : Favoriser les mutualisations

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Un nombre conséquent de gestionnaires
- ▶ Un objectif d'efficience de la dépense publique
- ▶ Des recrutements rendus difficiles du fait de la pénurie de certaines professions ou de recrutements sur la base de temps non-complet

| | |
|--|---|
| | Développer les coordinations entre les structures gestionnaires Tendre à des économies d'échelle |
| | Intégrer, dans tout projet de création, d'extension ou de demande de moyens supplémentaires lors des négociations budgétaires, une étude spécifique sur les possibilités de mutualisations sur : <ul style="list-style-type: none">▶ Les fonctions supports▶ Les fonctions paramédicales▶ Les fonctions médicales |
| | Conseil Général et État |
| | Gestionnaires d'établissements et services, partenaires externes (ex. : Centre Hospitalier) |
| | Sur la durée du schéma |
| | Fonctions mutualisées Conventions de partenariat |

8. Fiche 8 : Faciliter l'évolution des projets associatifs sur la base d'orientations départementales pré-définies

Niveau de priorité : 1

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des évolutions structurelles importantes dans le champ médico-social :
 - Mise en place des Agence Régionale de la Santé
 - Développement du secteur concurrentiel
 - Responsabilités croissantes en tant qu'employeur et gestionnaire
 - Complexification du contexte législatif et réglementaire
- ▶ Un nombre conséquent de gestionnaires

| | |
|--|--|
| | Partager des orientations communes dans le domaine de l'accompagnement des personnes handicapées |
| | Analyser avec les structures gestionnaires, les possibilités de coopérations, notamment : <ul style="list-style-type: none">▶ Par territoire▶ Par spécialisation▶ Par nature de handicap |
| | Conseil Général, État |
| | Gestionnaires |
| | Sur la durée du schéma |
| | Nombre de modification de projets associatifs |

9. Fiche 9 : Améliorer la qualité de vie en établissement

Niveau de priorité : 1

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des personnes handicapées avec une longue histoire en institution (certaines n'ont pas connu d'autres modes d'accompagnement et d'autres sont entrés en établissement après le décès de leurs parents ou lorsque ceux-ci ont été dans l'impossibilité de s'en occuper)
- ▶ Un cadre réglementaire pour des démarches de projets d'établissement centrés sur le bien-être de l'usager avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ▶ Une absence de recommandations à l'attention des gestionnaires pour la réalisation d'opération de construction ou de réhabilitation de foyers

| | |
|--|--|
| | Développer une culture d'amélioration de la qualité de vie en établissement |
| | Analyser les projets d'établissements, sur la base d'une grille partagée permettant de mieux connaître les établissements, d'identifier leurs particularités et de dégager des points forts et axes d'évolution en vue de définir des axes d'amélioration inclus dans des conventions d'objectifs et de moyens |
| | Apporter un appui technique aux gestionnaires d'établissements dans leur démarche d'amélioration de la qualité |
| | Elaborer un référentiel regroupant les principales recommandations techniques pour la construction ou la réhabilitation de foyers |
| | Conseil Général et MDPH |
| | Associations et gestionnaires |
| | Sur la durée du schéma |
| | Nombre de conventions d'objectifs et de moyens signés |
| | Référentiel |

10. Fiche 14 : Mettre en place une réflexion relative à l'évolution des établissements et services d'aide par le travail

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des objectifs à priori contradictoires pour les ESAT :
 - L'accompagnement de personnes handicapées
 - Un positionnement dans le secteur concurrentielavec un renforcement de la concurrence dans les secteurs traditionnellement investis par les ESAT
- ▶ Un réel intérêt du travail pour les personnes handicapées, y compris pour des personnes lourdement handicapées
- ▶ Une réflexion sur le devenir des ESAT initiée au niveau national

| | |
|--|---|
| | Permettre l'accès à une activité professionnelle aux personnes handicapées |
| | Mettre en place un groupe de travail restreint permettant : <ul style="list-style-type: none">▶ De disposer d'une veille continue sur les réflexions nationales ou bonnes pratiques relevées dans d'autres départements▶ D'échanger sur des pratiques innovantes (secteurs à investir, liens entre les ESAT, partenariats avec les collectivités publiques...) |
| | État |
| | Directeurs d'ESAT |
| | Sur la durée du schéma |
| | Conclusions annuelles du groupe de travail |
| | Conventions de coopérations entre ESAT |

11. Fiche 15 : Évaluer les besoins d'accompagnement dans le domaine de l'accueil familial

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une réflexion au niveau national sur l'évolution de l'accueil familial
- ▶ Un réel intérêt pour ce mode d'accompagnement
- ▶ Des limites actuelles dans sa mise en place (mobilisation permanente de l'accueillant, niveau de rémunération...)
- ▶ L'apparition d'expérimentations d'accueil familial salarié dans le cadre de GCSMS (Villas Sereniales)
- ▶ Des demandes de placement en famille d'accueil supérieur à l'offre actuellement disponible

| | |
|--|---|
| | Identifier les conditions d'un développement potentiel de l'accueil familial |
| | Mettre en place de manière expérimentale un accueil familial salarié, rattaché à un établissement |
| | Entamer une réflexion sur un partenariat entre les établissements et le dispositif actuel (formation initiale et continue, soutien, prise en charge durant les congés...) |
| | Mettre en place, à titre expérimental, une possibilité d'accueil de jour en famille d'accueil |
| | Conseil Général |
| | Gestionnaires et établissements |
| | A compter de 2009 pour les actions 2 et 3 puis 2010 pour l'action 1 |
| | Nombre de partenariats créés Évolution du dispositif Places d'accueils de jour créées Nombre de projets d'accueil familial salarié créé |

12. Fiche 16 : Promouvoir la spécificité des interventions dans le champ du handicap à domicile et dans les établissements

Niveau de priorité : 3

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des perspectives d'évolution ouvertes par la loi du 11 février 2005 (élargissement de l'accès des personnes handicapées aux services d'aide et d'accompagnement à domicile grâce à la Prestation de Compensation du Handicap)
- ▶ Une convention cadre entre la Région Alsace, la CNSA et l'Etat : expérimentation pour la mise en place du plan régional des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes (2008/2009) visant notamment à élaborer un répertoire des métiers et des formations
- ▶ De fortes attentes de la part des usagers concernant la qualité du service rendu par les établissements et services
- ▶ Des difficultés de recrutement pour certaines qualifications, notamment à domicile

| | |
|--|--|
| | Mettre en adéquation de manière continue les besoins d'accompagnement des personnes handicapées et les ressources humaines mobilisées |
| | Organiser le recensement des besoins de formation en vue de : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Renforcer le partenariat avec le Conseil Régional ▶ Enrichir le schéma régional des formations sanitaires et sociales |
| | Promouvoir les métiers en tension à partir des organismes de formation |
| | Définir une stratégie commune des sites qualifiants (définition des objectifs de stages, temps d'encadrement des stagiaires...) au sein d'un groupe de réflexion partenarial (Gestionnaires, Conseil Général, État, organismes de formation) |
| | Organismes de formation et gestionnaires |
| | Conseil Général, État, Conseil Régional |
| | A compter de 2010 |
| | Besoins de formation par type et territoire Actions de promotion Conclusions du groupe de réflexion |

II. ORIENTATION N° 2 : LES POTENTIALITES DE LA PERSONNE HANDICAPEE ET DE SON ENTOURAGE, ATOUTS DE L'ACCOMPAGNEMENT

La reconnaissance par la loi du 11 février 2005 de nouveaux besoins liés à l'élargissement de la notion de handicap et la volonté réaffirmée des personnes handicapées de prendre part à la vie sociale et civile doivent permettre de faciliter l'émergence de modes d'accompagnements innovants par exemple à mi-chemin entre l'hébergement et le domicile. Cette réflexion peut elle-même s'appuyer sur les expériences menées dans le Haut-Rhin ou hors du département et sur lesquelles il est possible de capitaliser. Pour cela, il convient de :

- ▶ Fiche 10 : **Promouvoir les expériences innovantes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale,**
- ▶ Fiche 13 : **Favoriser l'accès et la diffusion de l'information sur les aides techniques, l'aménagement du logement et les aménagements du véhicule.**

Ces actions doivent elles-mêmes s'inscrire dans un cadre plus large de soutien aux aidants naturels, le maintien dans son lieu de vie d'une personne handicapée reposant souvent sur la mobilisation d'un ou de plusieurs proches. Dans cet objectif les actions suivantes sont retenues :

- ▶ Fiche 11 : **Soutenir les aidants naturels en développant l'hébergement temporaire et l'accueil de jour,**
- ▶ Fiche 12 : **Développer l'aide aux aidants.**

1. Fiche 10 : Promouvoir les expériences innovantes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ L'émergence de nouveaux besoins liés à l'élargissement de la notion de handicap et au droit à compensation issu de la loi du 2 février 2005
- ▶ La nécessité de rechercher des modes d'accompagnement ou d'actions innovants pouvant constituer le fondement des politiques de demain
- ▶ Le nécessaire rapprochement du médico-social et du social
- ▶ L'optimisation des ressources publiques
- ▶ Le soutien de la CNSA au lancement d'actions innovantes
- ▶ Des expériences en cours

| | |
|--|--|
| | Favoriser l'émergence de projets innovants dans un contexte de recherche d'une plus grande efficacité des dépenses publiques |
| | Mieux faire connaître aux différents acteurs les démarches innovantes : <ul style="list-style-type: none">▶ Concept▶ Méthodologie de mise en place et d'évaluation▶ Actions en cours au niveau local et national |
| | Capitaliser les expériences en cours et soutenir les acteurs locaux pour lancer de nouvelles expériences |
| | Conseil Général et Etat |
| | Associations, établissements et services |
| | 2011 |
| | Expérimentations réalisées et évaluées Expérimentations pérennisées |

2. Fiche 11 : Soutenir les aidants naturels en développant l'hébergement temporaire et l'accueil de jour

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des aidants naturels en situation parfois difficile (essoufflement, culpabilité...)
- ▶ Des réponses partielles apportées par les établissements existants mais en dehors de cadres préfinis
- ▶ Des hébergements temporaires imposant un mode de fonctionnement et de financement spécifique compte tenu du turn over des usagers
- ▶ Des accueils de jour qui répondent à la diversité des besoins des usagers au-delà du cahier des charges en vigueur

| | |
|--|---|
| | Permettre le répit des aidants Faciliter le parcours de vie des personnes handicapées |
| | Formaliser un cadre global de fonctionnement de l'hébergement temporaire au travers d'une révision du cahier des charges |
| | Développer l'hébergement temporaire : <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sur la base d'une approche territoriale ▶ Pour répondre aux situation d'urgence et aux besoins des aidants ▶ Intégrant un mode de financement dédié |
| | Actualiser le cahier des charges des accueils de jour |
| | Conseil Général et État |
| | Établissements |
| | 2009-2012 |
| | Cahier des charges de fonctionnement de l'hébergement temporaire Nombre de places autorisées en hébergement temporaire par territoire Cahier des charges de fonctionnement de l'accueil de jour |

3. Fiche 12 : Développer l'aide aux aidants

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Un maintien à domicile souvent conditionné à la présence d'aidants familiaux
- ▶ Des difficultés de certains aidants familiaux (isolement, essoufflement, culpabilité...)
- ▶ Des opportunités d'innovations du fait de la présence d'associations non gestionnaires représentant les usagers

| | |
|--|---|
| | Soutenir les aidants familiaux et le maintien à domicile des personnes handicapées |
| | Soutenir les actions associatives en direction des aidants naturels : <ul style="list-style-type: none">▶ Formations pour des gestes et actes techniques▶ Informations relatives aux dispositifs existants (accueils de jour, hébergements temporaires...) en particulier dans le cadre du répit▶ Actions de proximité (ex. : groupes de paroles, soutien psychologique...) |
| | Associations |
| | Établissements et services |
| | 2010 |
| | Actions de formation, information ou de proximité Aidants présents aux actions mises en place |

4. Fiche 13 : Favoriser l'accès et la diffusion de l'information sur les aides techniques, l'aménagement du logement et les aménagements du véhicule

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ La PCH et le fond départemental de compensation qui financent les aides techniques, les aménagements de logement et de véhicules, politique ayant mobilisé en 2007 près de 700 000 € de crédits
- ▶ Un enjeu fort pour les personnes en situation de handicap et les professionnels en ce qui concerne le choix du matériel le plus adapté à la situation ; la création des Centres d'information et de Conseil sur les Aides Techniques (CICAT) composés d'ergothérapeutes, de documentalistes, dans certains cas de conseillers techniques en bâtiment et de centres d'exposition pour permettre une prise de décision pertinente
- ▶ Une offre de service très hétérogène selon les régions (implantation, missions, gamme de services offerts, nature des structures porteuses) selon une étude de la FENCICAT (Fédération Nationale des CICAT)
- ▶ La présence, en Alsace, du Centre d'Exposition Permanent à Eckbolsheim (Bas-Rhin) et, dans le département, du Carrefour d'Accompagnement pour l'Autonomie de la Personne (Centre de Réadaptation de Mulhouse Albert Camus) et du Centre d'Evaluation et d'Aide Technique du Centre Hospitalier de Mulhouse

| | |
|--|--|
| | Apporter une réponse homogène et appropriée aux personnes en situation de handicap ou âgées en perte d'autonomie et aux professionnels dans le domaine des aides techniques, de l'aménagement du logement et du véhicule |
| | Participer à l'expérimentation de plateforme régionale dans les différentes phases (Comité de pilotage, état des lieux, cartographie des ressources et constitution du réseau) |
| | Centre d'Exposition Permanent d'Eckbolsheim |
| | MDPH, Conseil Général |
| | Déterminé par le pilote |
| | Participation aux différentes phases du projet |
| | Mise en œuvre des conclusions de l'étude |

III. ORIENTATION N° 3 : L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE, VECTEUR D'OUVERTURE

⇒ **Mieux coordonner les acteurs au sein des territoires**

Les travaux de diagnostic ont mis en évidence la qualité des partenariats développés dans le département du Haut-Rhin. Ceux-ci sont néanmoins souvent susceptibles de remise en cause faute de formalisation. Aussi, le besoin de coordination entre les acteurs a été réaffirmé de manière récurrente lors de la phase de concertation. Outre l'évolution des profils des publics accompagnés, cette attente s'explique principalement :

- ▶ Du fait du nombre conséquent d'acteurs dans le champ de l'accompagnement des personnes handicapées,
- ▶ De l'expertise de plus en plus fine selon les domaines d'intervention.

Sur ces bases, deux axes d'évolution ont été identifiés, avec le secteur de la santé mentale et avec la protection de l'enfance :

- ▶ Fiche 17 : **Articuler les interventions des acteurs sanitaires et médico-sociaux en particulier dans le domaine de la santé mentale,**
- ▶ Fiche 18 : **Mettre en place des formations communes entre le secteur de l'enfance handicapée et l'Aide Sociale à l'Enfance.**

1. Fiche 17 : Articuler les interventions des acteurs sanitaires et médico-sociaux en particulier dans le domaine de la santé mentale

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Un nombre important d'acteurs dans le champ de l'accompagnement des personnes handicapées
- ▶ Une expertise de plus en plus fine selon les domaines d'intervention
- ▶ Des taux d'équipement globalement favorables dans le domaine de la santé mentale sur le département du Haut-Rhin mais des perspectives d'évolution à la baisse notamment au niveau de la démographie médicale
- ▶ Des pratiques de coordination qui restent marginales
- ▶ Des coordinations en cours dans le cadre du SAVS/SAMSAH Croix Marine et une expérimentation de gestion de cas dans le cadre d'une Maison d'accueil et d'intégration des malades d'Alzheimer

| | |
|--|---|
| | Poursuivre la réflexion engagée afin d'aboutir à des articulations opérationnelles entre les acteurs |
| | Tirer les enseignements des actions en cours (SAVS/SAMSAH et MAIA) et des réflexions du groupe de travail initié par l'ARH sur ce thème et auquel la MDPH participe |
| | Conseil Général, MDPH |
| | Groupe de travail multi-partenarial à constituer pour restitution des conclusions |
| | A compter de 2010 |
| | Conventions de coopération Partenariats innovants |

2. Fiche 18 : Mettre en place des formations communes entre le secteur de l'enfance handicapée et l'Aide Sociale à l'Enfance

Niveau de priorité : 3

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Des enfants relevant d'un double accompagnement enfance handicapée / aide sociale à l'enfance
- ▶ Une législation complexe et parfois cloisonnée entre les deux secteurs d'intervention
- ▶ Une réflexion commune déjà mise en place au niveau départemental concernant la prévention de la maltraitance

| | |
|--|---|
| | Améliorer la connaissance respective des secteurs de l'enfance handicapée et de l'aide sociale à l'enfance |
| | Organiser, sur des thématiques communes (informations préoccupantes, notion d'enfance en danger, habilitation conjointe...), des formations communes impliquant majoritairement des professionnels de terrain |
| | Gestionnaires d'établissements et services (secteurs enfance handicapée et ASE) |
| | Conseil Général, État |
| | 2011 |
| | Sessions de formation Professionnels formés |

IV. ORIENTATION N° 4 : L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE, GAGE D'UN PILOTAGE PERFORMANT

La diversité des situations, des intervenants et des modes d'accompagnement rendent indispensable la mise en place d'outils de pilotage permettant d'éclairer la politique départementale dans le domaine du handicap mais également les gestionnaires. Or, on relève un déficit de données objectives permettant des projections partagées. Pour pallier ce constat, les acteurs ont partagé dans les travaux de concertation la nécessité de renforcer le suivi des orientations notifiées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) en vue de disposer d'un outil simple et efficace d'observation qui pourra alimenter le système d'information de la MDPH. Deux actions doivent permettre d'atteindre cet objectif :

- ▶ Fiche 19 : **Mettre en place un outil partagé d'évaluation des situations,**
- ▶ Fiche 20 : **Organiser la connaissance des besoins à partir du suivi des orientations et une meilleure connaissance de l'offre existante.**

Une meilleure connaissance des situations doit parallèlement permettre de mieux appréhender la complexité des dispositifs avec :

- ▶ Des établissements et services relevant d'une double habilitation et d'un double financement (ex. : FAM, SAMSAH),
- ▶ Des parcours nécessitant des allers-retours entre des établissements et services relevant de champs de compétences différents (ex. : ESAT, hébergement...),
- ▶ Des outils de programmation globaux (schéma départemental et PRIAC) couvrant des publics communs,
- ▶ Des besoins potentiellement couverts à un niveau supra-départemental (ex. : besoin d'accompagnement en nombre réduit, recherche de solution de proximité...),
- ▶ Une législation complexe et en constante évolution avec des réformes structurelles impactant les organisations et politiques publiques (décentralisation, ARS, 5^{ème} risque...),
- ▶ Des programmations relevant de différents acteurs ou pilotes mais concernant toutes les personnes handicapées.

Cette appropriation des orientations du schéma et son actualisation seront facilitées par une action partenariale :

- ▶ Fiche 21 : **Pérenniser la réflexion mise en place à l'occasion du schéma.**

1. Fiche 19 : Mettre en place un outil partagé d'évaluation des situations

Niveau de priorité : 1

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une diversité de situations, d'intervenants et de modes d'accompagnement
- ▶ Un déficit de données objectives permettant des projections partagées
- ▶ La nécessité de renforcer le suivi des orientations notifiées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- ▶ La volonté de disposer d'un outil simple et efficace d'observation qui pourra alimenter le futur système d'information de la MDPH

| | |
|--|--|
| | Adapter les plans de compensation et orientations aux besoins des personnes sur la base d'une approche pluridisciplinaire |
| | <p>Finaliser, au niveau de la MDPH, la mise en place d'un outil d'évaluation des situations sur la base de l'expérimentation du GEVA (guide d'évaluation multidimensionnelle pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Généraliser progressivement le guide ▶ Former les professionnels utilisateurs ▶ Définir les modalités d'articulation opérationnelle avec les partenaires externes à la MDPH pour l'utilisation de l'outil d'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Précision, par convention, des modalités d'implication des partenaires au niveau des évaluations individuelles (renseignement de l'outil commun d'évaluation, participation aux commissions pluridisciplinaires d'évaluation...) ◦ Définition des règles de partage de l'information ▶ Utiliser, à terme, le guide sous une forme dématérialisée |
| | Poursuivre la démarche continue d'amélioration de la qualité du service rendu par la MDPH notamment par une adaptation de ses process de gestion (ex. : absence de demande de certificat médical pour les handicaps non évolutif...) |
| | MDPH |
| | Conseil Général, État, partenaires externes mobilisés pour les évaluations |
| | 2009-2012 |
| | Guide d'évaluation Démarche qualité MDPH |

2. Fiche 20 : Organiser la connaissance des besoins à partir du suivi des orientations et une meilleure connaissance de l'offre existante

Niveau de priorité : 1

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une diversité de situations, d'intervenants et de modes d'accompagnement
- ▶ Un déficit de données objectives permettant des projections partagées et un pilotage des politiques publiques
- ▶ La nécessité de renforcer le suivi des orientations notifiées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- ▶ La volonté de disposer d'un outil simple et efficace d'observation qui pourra alimenter le futur système d'information de la MDPH

| | |
|--|---|
| | Connaître les besoins d'accompagnement (par types de déficiences, capacités, territoire...) |
| | <p>Unifier la gestion des listes d'attente au travers d'un suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Des orientations prononcées au niveau de la CDA ▶ Des demandes d'accompagnement ▶ Des listes d'attente ▶ Des disponibilités de places <p>en intégrant parallèlement, au niveau de la MDPH, un soutien des personnes en attente d'accompagnement</p> |
| | <p>Améliorer la lisibilité des projets de services sur la base :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ D'un état des lieux des agréments (type d'agrément, publics accompagnés, hébergement temporaire...) sur la base de l'utilisation d'une grille d'analyse commune ▶ D'une clarification des vocables : FAHG -> FAS (Foyer d'Accueil Spécialisé) |
| | MDPH, Conseil Général et État |
| | Gestionnaires d'établissements et services |
| | 2009 |
| | <p>Outil de suivi des orientations</p> <p>Annuaire des agréments et projets de services</p> |

3. Fiche 21 : Pérenniser la réflexion mise en place à l'occasion du schéma

Niveau de priorité : 2

Rappel du contexte et de la problématique :

- ▶ Une législation complexe et en constante évolution
- ▶ Des réformes structurelles impactant les organisations et politiques publiques (décentralisation, ARS, 5^{ème} risque...)
- ▶ Des programmations relevant de différents acteurs ou pilotes mais concernant toutes les personnes handicapées
- ▶ Une diversité de situations, d'intervenants et de modes d'accompagnement
- ▶ Une volonté d'appropriation du schéma départemental

| | |
|--|--|
| | <p>Poursuivre, sur les 5 années à venir, les échanges institutionnels initiés à l'occasion de l'élaboration du schéma entre acteurs du secteur du handicap</p> <p>Assurer un suivi de la mise en œuvre du schéma départemental et son actualisation</p> <p>Développer et articuler l'information</p> |
| | <p>Mettre à jour annuellement un tableau de suivi de l'offre d'équipement et de services et des cartes y afférentes</p> |
| | <p>Réunir le Comité de pilotage du schéma pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Une présentation synthétique : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Des orientations ou travaux nationaux (en lien avec la CNSA) ◦ Des synthèses territoriales ◦ De l'état d'avancement de la mise en œuvre du schéma ◦ Des orientations issues des autres programmations départementales (petite enfance, transport, logement, travail, accessibilité) ▶ Une actualisation des fiches action avec l'organisation de groupes de réflexion |
| | <p>Mettre en place une veille continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sur les évolutions technologiques ▶ En lien avec des actions ponctuelles de recherche proposées par le Comité de pilotage |
| | Conseil Général |
| | Membres du Comité de pilotage |
| | Sur la durée du schéma (à compter de 2010) |
| | <p>Tableaux de suivi de l'offre d'équipement</p> <p>Réunions du Comité de pilotage, synthèses évaluatives et actualisations du schéma</p> <p>Repérage des acteurs, actions de recherche</p> |

PARTIE 4 : PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT

I. PROPOS LIMINAIRES : LIMITES METHODOLOGIQUES ET CADRE DE LA REFLEXION

1. Les limites méthodologiques pour la définition d'une prospective des capacités d'accompagnement

La définition d'une prospective dans le domaine de l'accompagnement des personnes handicapées est contrainte par plusieurs limites :

- ▶ Elle dépend de **la nécessaire amélioration du système de recueil de données** (voir fiches n° 19 et 20) comportant des indicateurs de pression de la demande, des données relatives au profil des personnes s'adressant à la MDPH ou accueillies en établissement, un suivi fin des jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants, etc...
- ▶ **Le handicap se conjugue au pluriel**, aussi la question de l'adaptation de l'offre en équipement et service ne peut pas faire l'impasse sur cette réalité : les modalités de l'accompagnement des parcours de vie des personnes sont différentes selon la nature du handicap et même, dans certaines situations, différent selon la nature de la pathologie à l'origine du handicap.
- ▶ Tout en améliorant le système de recueil de données et de mise à jour des indicateurs pour appréhender au mieux l'évolution des besoins, il sera nécessaire **de confronter les résultats aux réalités du terrain par un dialogue constructif avec les différents acteurs du schéma** : les personnes en situation de handicap, leurs familles et proches, les associations représentatives, les associations gestionnaires, la MDPH et les financeurs.

2. Les principes du développement des capacités d'accompagnement

Plusieurs grands principes permettent de cadrer le développement des futures capacités :

- ▶ **La régulation de l'offre se fera au niveau infra-départemental selon les territoires médico-sociaux définis dans le présent schéma**, tout en tenant compte des territoires définis par le schéma régional d'organisation sanitaire et par la sectorisation en psychiatrie.
- ▶ Selon la nature de l'offre, **l'analyse de la pertinence d'un équipement ou service pourra s'effectuer en regroupant un ou plusieurs territoires médico-sociaux.**
- ▶ **L'offre s'organise de manière à faciliter la continuité des parcours de vie des personnes** ce qui signifie en particulier :
 - Eviter les ruptures liées à l'âge (enfants/adultes), à l'emploi (actifs/inactifs), à l'évolution des capacités d'autonomie de la personne (à travailler, à participer à la vie sociale...),
 - Permettre des aller/retour : les notions d'essais, d'alternance, de décroisement et de circulation sont à privilégier,

- ° L'évolution de l'offre sera à considérer en fonction des équipements et services existants sur le territoire et leur capacité à répondre, ensemble, aux besoins qui s'expriment sans négliger la notion de proximité et de pérennité de la prise en charge qui fait la force de l'action médico-sociale.

II. LES TERRITOIRES MEDICO-SOCIAUX

Si des articulations existent, chaque politique est mise en œuvre sur un découpage territorial propre.

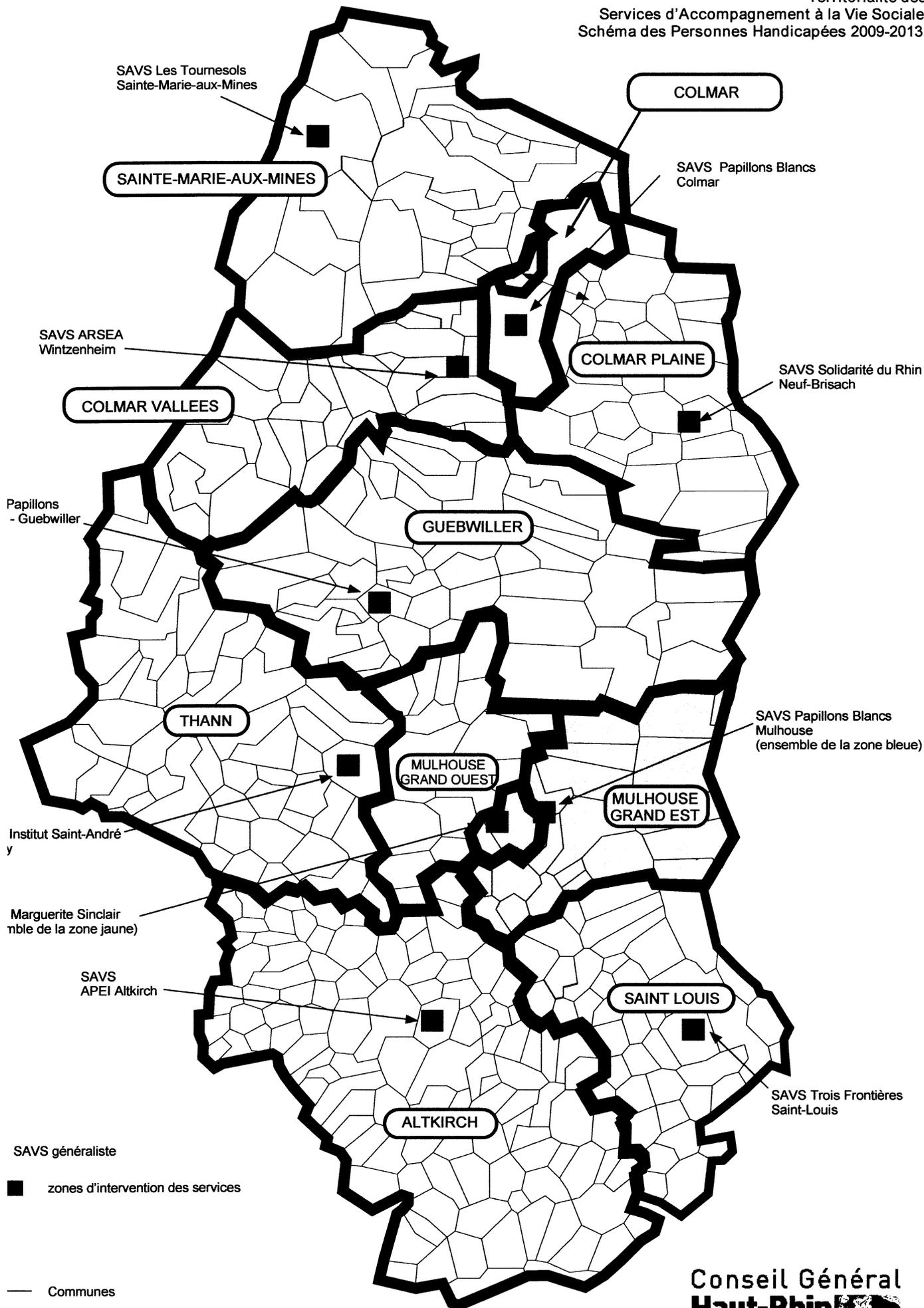
1. La politique médico-sociale du Conseil Général

La politique médico-sociale du Conseil Général est déclinée sur la base d'un découpage à géométrie variable selon la population à laquelle elle s'adresse. Trois grandes politiques s'exercent au sein de :

- ▶ 12 espaces solidarités pour l'enfance et l'insertion,
- ▶ 22 pôles gérontologiques pour les personnes âgées,
- ▶ 10 Services d'Accompagnement à la Vie Sociale pour les personnes handicapées (cf. carte page 53).

Chacun des ces territoires a été défini de manière à garantir une parfaite corrélation des tracés (par exemple, les trois pôles gérontologiques de la Porte d'Alsace, du Haut-Sundgau, et Edith Dorner correspondent au territoire plus vaste du SAVS d'Altkirch et à l'Espace solidarité d'Altkirch).

Ces délimitations géographiques sont également en cohérence avec les sept territoires de vie définis par l'assemblée départementale dans sa démarche de territorialisation de ses politiques.



2. La politique de santé

La politique de santé se décline à l'intérieur de 2 territoires de santé et 7 zones de proximité.

1/ Deux territoires de santé

Ces deux territoires de santé sont :

- ▶ Le territoire de santé 3, incluant le sud du Bas-Rhin et le Nord du Haut-Rhin,
- ▶ Le territoire de santé 4.

Au sein de ces territoires s'organisent les soins dispensés à la population. Ils permettent de concentrer les moyens et équipements disponibles et la coordination des professionnels de santé indispensable à la prise en charge globale du patient.

2/ Sept zones de proximité

Les sept zones de proximité correspondent à un découpage géographique plus fin et permettent une prise en charge de proximité à travers la coopération des différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.

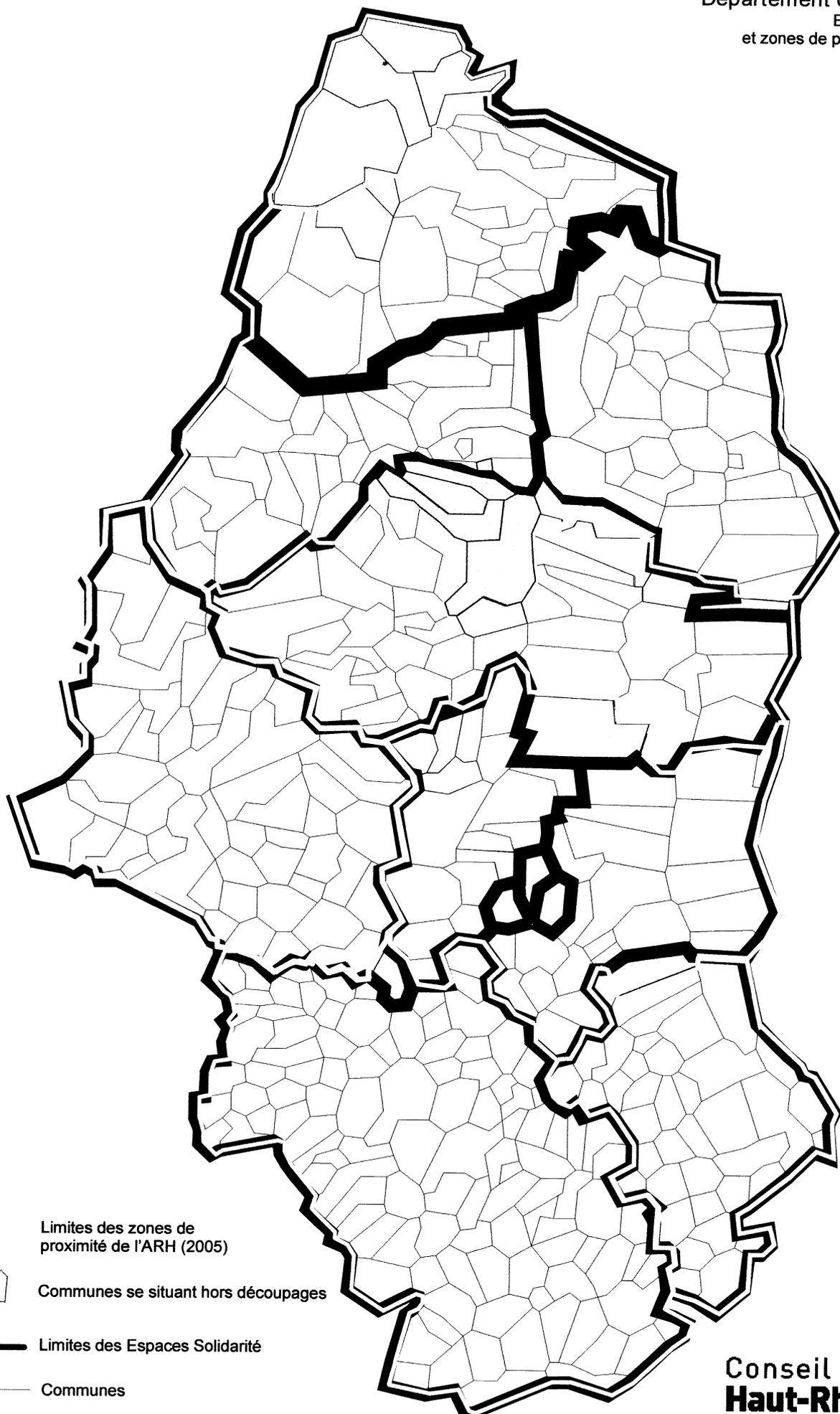
Il est à noter que le découpage en zone de proximité n'a pas tenu compte du découpage médico-social retenu par le Conseil Général (cf. : carte page 55). Toutefois les zones de non recouvrement ne sont pas très nombreuses. Mais une évolution sur ce point serait à envisager si cela constitue un frein à la création ou au développement de projets articulant l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale.

3. La politique de santé mentale

La politique de santé mentale se décline au sein de la sectorisation psychiatrique (cf. carte page 56) soit, dans le Haut-Rhin, 10 secteurs rattachés à quatre établissements de santé :

- ▶ Hôpitaux Civils de Colmar,
- ▶ Centre Hospitalier de Rouffach,
- ▶ Centre Hospitalier de Mulhouse,
- ▶ Maison de Santé Le Roggenberg à Altkirch.

Ce principe d'organisation territoriale doit favoriser la proximité et la globalité des prises en charge. Il sera peut-être soumis à des évolutions futures notamment dans le sens d'une meilleure articulation avec les autres acteurs de la prise en charge du handicap psychique, en particulier les collectivités territoriales.



Limites des zones de proximité de l'ARH (2005)

] Communes se situant hors découpages

— Limites des Espaces Solidarité

— Communes

Conseil Général
Haut-Rhin 

SOLIDARITE - OHRAS - 2009
Source : Direction Adjointe Développement Social des Territoires
Direction-Adjointe Personnes Agées - Personnes Handicapées



III. LA CONCERTATION AVEC LES TERRITOIRES VOISINS : TERRITOIRE DE BELFORT ET BAS-RHIN

L'état des lieux fait apparaître que :

- ▶ **Le nombre de Haut-Rhinois accueillis dans le Bas-Rhin est de l'ordre d'une centaine** (chiffre stable depuis 3 ans) ;
- ▶ **Le nombre de personnes en provenance d'autres départements est de 158 personnes** dont :
 - 90 en provenance du Bas-Rhin,
 - 17 des Vosges,
 - 14 du Territoire de Belfort.

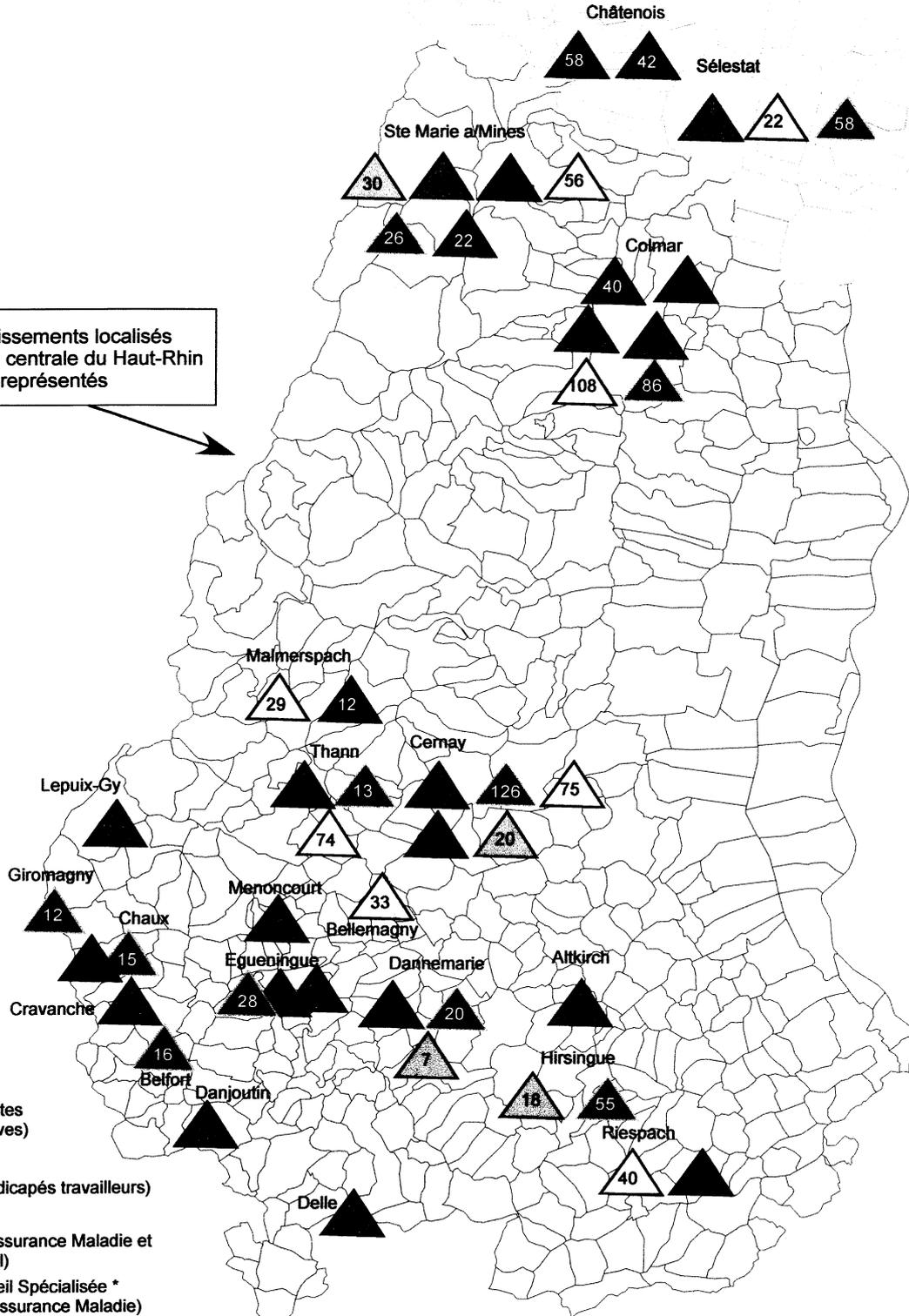
Ces personnes étant principalement accueillis dans le bassin de Thann (76) et de Sainte-Marie aux Mines (42) et majoritairement dans des foyers d'accueil spécialisés (89).

Au vu de ce constat, et après concertation avec les deux Conseils Généraux du Territoire de Belfort et du Bas-Rhin, il a été convenu :

- ▶ **De se concerter** une à deux fois par an pour échanger sur les projets à venir sur les territoires respectifs avec une attention particulière relative aux équipements et services situés dans les cantons limitrophes afin de garantir une bonne complémentarité de l'offre proposée à la population (cf. carte page 58).
- ▶ **D'harmoniser entre le Bas-Rhin et le Haut-Rhin la méthodologie de construction des indicateurs de pression de la demande**, en particulier les listes d'attente, cet indicateur étant utilisé pour la répartition des crédits d'assurance maladie.
- ▶ **D'objectiver et de fiabiliser nos analyses** de la situation des équipements et services respectifs pour rendre les comparaisons probantes.
- ▶ **De porter une attention particulière aux situations de handicap touchant un nombre limité de personnes** et nécessitant une approche interdépartementale en matière de réponse aux besoins.

Département du Haut-Rhin
 Département du Bas-Rhin
 Territoire de Belfort
 Etablissements médico-sociaux en faveur
 des personnes adultes handicapées

Rq : les établissements localisés dans la partie centrale du Haut-Rhin n'ont pas été représentés



FAHG
 (Foyer pour Adultes
 Handicapés Graves)

FAHT
 (Foyer pour handicapés travailleurs)

FAM
 (financement Assurance Maladie et
 Conseil Général)

Maison d'Accueil Spécialisée *
 (financement Assurance Maladie)

ESAT
 (Etablissement ou Service d'Aide par le Travail)

MRS
 (Maison de Retraite Spécialisée)

il occupationnel à mi-temps pour travailleurs handicapés vieillissants

SOLIDARITE -Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale - 2009
 Sources : Schéma Départemental du Territoire de Belfort 2007-2011
 Direction Autonomie Santé - Conseil Général du Bas-Rhin
 Direction Personnes Agées - Personnes Handicapées - Conseil Général du Haut-Rhin

Conseil Général
 Haut-Rhin

IV. APPROCHE PAR TYPE DE DEFICIENCE

Les perspectives de développement de l'accompagnement sont abordées par type de déficience :

- ▶ Le handicap mental,
- ▶ Le handicap psychique,
- ▶ Le handicap physique,
- ▶ Le handicap sensoriel.

A chaque fois, l'approche est la même et précise le public concerné, l'offre de service, les indicateurs de pression de la demande, les points de vigilance, les territoires éventuellement prioritaires et les perspectives de développement, éventuellement en précisant les liens avec les politiques relevant du champ de compétences de l'Etat.

1. Le handicap mental

La diversité des situations conduit à distinguer entre différents publics :

- ▶ Les jeunes adultes et adultes en capacité de travailler à temps complet ou à temps partiel,
- ▶ Les jeunes adultes et adultes qui ne sont pas en capacité de travailler ayant besoin de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et dont certains nécessitent le recours à des soins,
- ▶ Les personnes handicapées vieillissantes.

1/ Les jeunes adultes et adultes en capacité de travailler à temps complet ou à temps partiel

a/ L'offre de service (cf. carte page 61 et 62)

Les modes d'accueil ou d'accompagnement des jeunes adultes et adultes en capacité de travailler à temps complet ou à temps partiel sont essentiellement :

- ▶ Les foyers d'hébergement travailleurs,
- ▶ Les accueils de jour,
- ▶ La vie autonome en appartement avec accompagnement,
- ▶ Les foyers d'accueil spécialisé (par intermittence),
- ▶ Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale,
- ▶ Les aides à domicile.

b/ Les indicateurs de pression de la demande

Les travaux de diagnostic ont mis en exergue les données suivantes :

- ▶ 119 jeunes adultes maintenus en établissement pour enfant relèvent de l'amendement Creton au 30 juin 2007 mais une minorité (5) sont orientés en foyer travailleur,
- ▶ Selon les besoins liés à la réorientation (étude Créai), le besoin est faible sur l'ensemble du territoire,
- ▶ Les personnes en attente de place (liste d'attente) ne sont pas connues.

c/ Les points de vigilance

Deux points de vigilance doivent être plus particulièrement retenus :

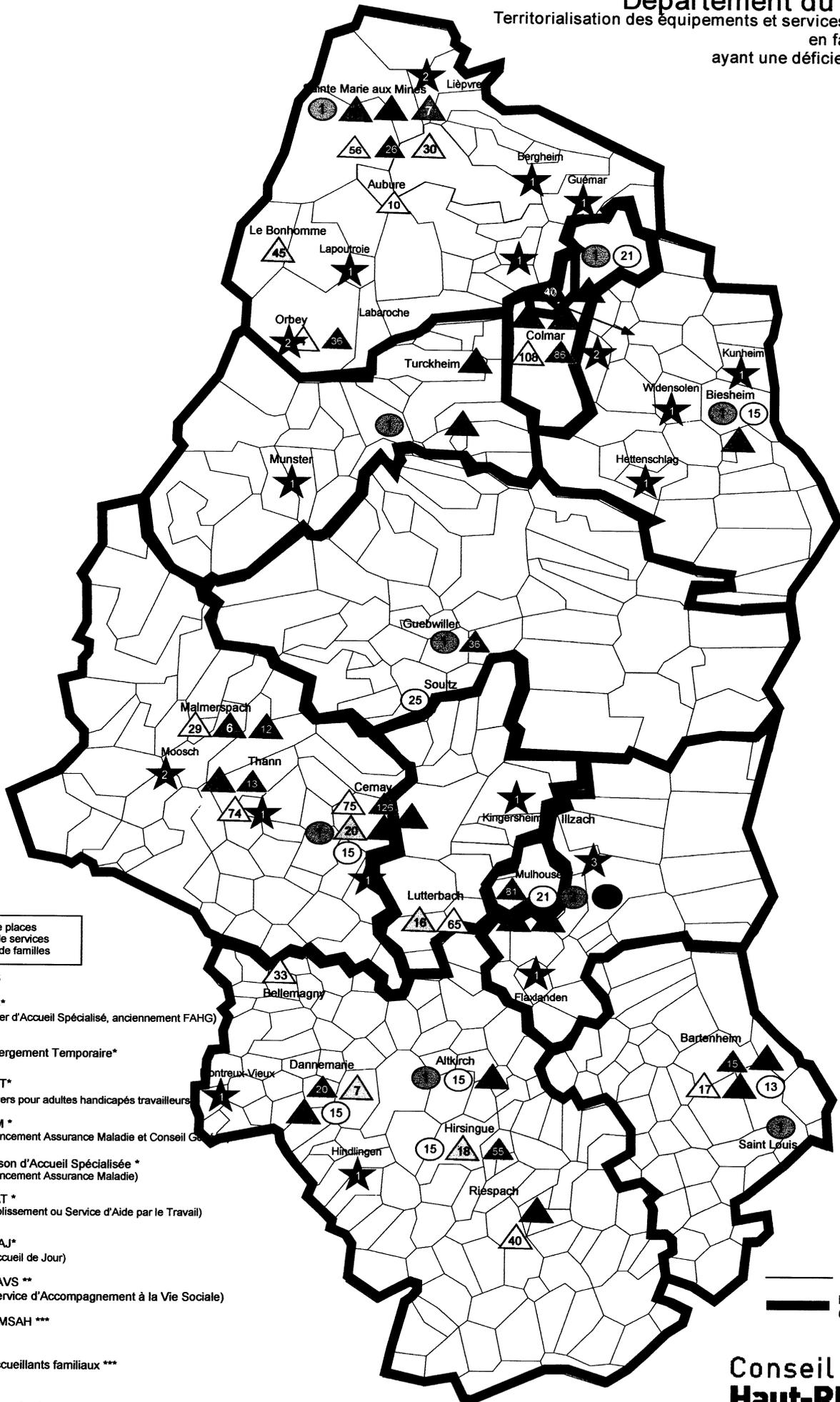
- ▶ **La création de places d'ESAT** par l'Etat génère des besoins en place de foyer,
- ▶ **L'usure précoce au travail et la dégradation de la situation économique** entraînent du temps partiel subi nécessitant un accueil en journée.

d/ Les territoires prioritaires

Il s'agit principalement de **la localisation des ESAT ou des entreprises adaptées** qui détermine la localisation des foyers.

De plus, **il est préférable de privilégier des projets s'inscrivant dans un site géographique combinant les accueils en journée, le foyer d'hébergement avec des possibilités d'accueil en continu pour une partie de la capacité et/ou un accompagnement en milieu ordinaire** (foyer éclaté, vie autonome en appartement avec accompagnement).

Département du Haut-Rhin
 Territorialisation des équipements et services médico-sociaux
 en faveur des adultes
 ayant une déficience intellectuelle
 (décembre 2007)



les places de services de familles

- S
- S* (oyer d'Accueil Spécialisé, anciennement FAHG)
- bergement Temporaire*
- HT* (eliers pour adultes handicapés travailleurs)
- M* (ancement Assurance Maladie et Conseil G)
- ision d'Accueil Spécialisée * (ancement Assurance Maladie)
- AT* (abillement ou Service d'Aide par le Travail)
- SAJ* (ccueil de Jour)
- AVS** (ervice d'Accompagnement à la Vie Sociale)
- MSAH***
- ccueillants familiaux***
- IES ÂGÉES HANDICAPEES
- MRS* (Maison de Retraite Spécialisée)

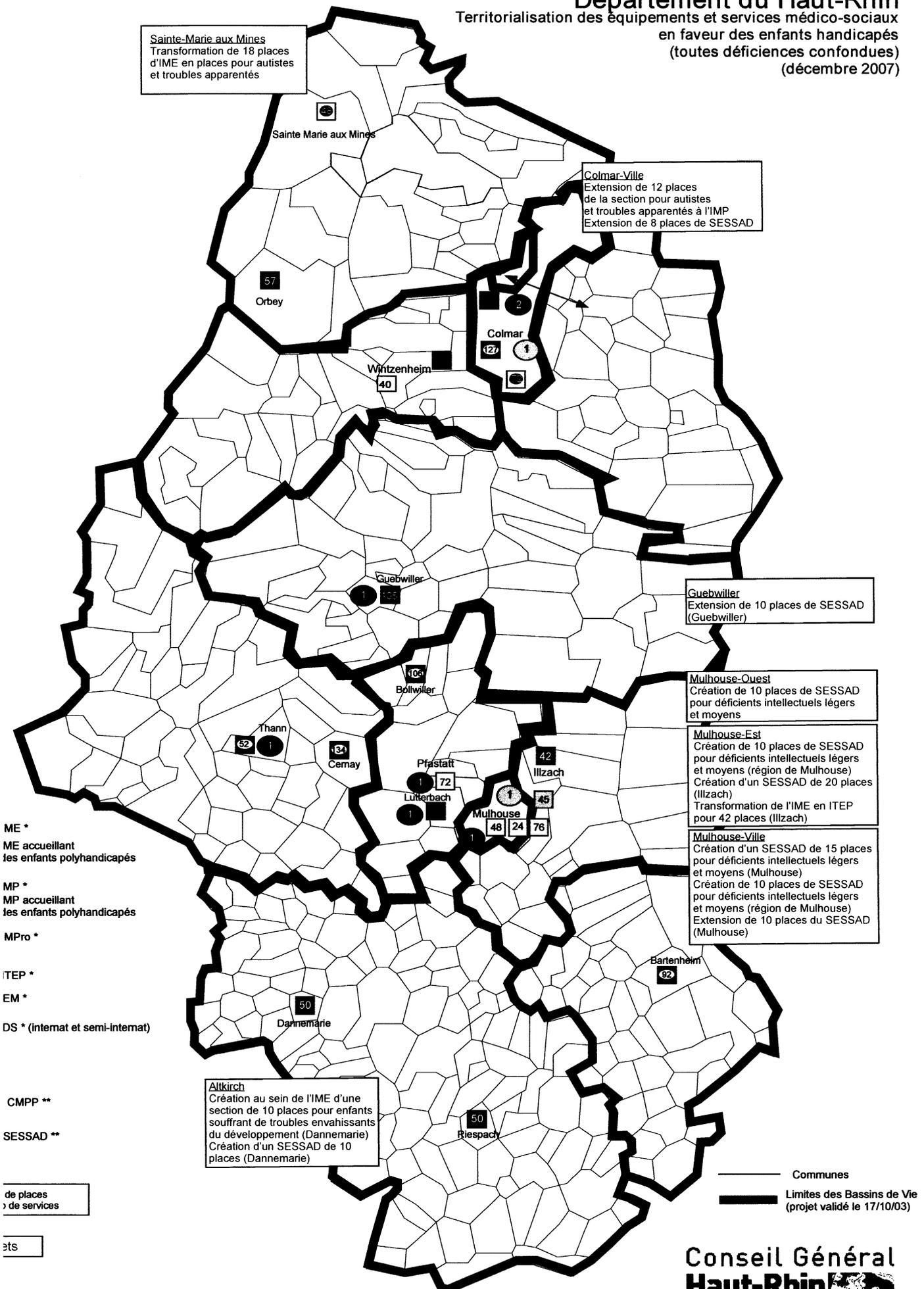
— Communes
 — Limites des Bassins de Vie (projet validé le 17/10/03)

SOLIDARITE - OHRAS - 2008
 Sources : Conseil Général / DDASS

Conseil Général Haut-Rhin

Département du Haut-Rhin

Territorialisation des équipements et services médico-sociaux en faveur des enfants handicapés (toutes déficiences confondues) (décembre 2007)



e/ Les perspectives

Au 1^{er} janvier 2009, **les autorisations en cours suivantes sont recensées : 50 places supplémentaires** (26 + 24 FL⁴) sur Mulhouse avec une date projetée d'ouverture sur 2010 / 2011.

Sur ces bases, **les modes d'accompagnement pour les jeunes adultes et adultes en capacité de travailler à temps complet ou à temps partiel ne sont pas réellement prioritaires** sauf si des besoins émergeaient en lien avec des créations d'ESAT.

f/ Lien avec les politiques de l'Etat

Les articulations sont fonction des créations d'ESAT.

2/ Les jeunes adultes et adultes qui ne sont pas en capacité de travailler et ayant besoin de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et dont certains nécessitent le recours à des soins

a/ L'offre de service (cf. cartes pages 61 et 62)

Les modes d'accueil ou d'accompagnement sont essentiellement :

- ▶ Les foyers d'accueil spécialisé,
- ▶ Les foyers d'accueil médicalisé,
- ▶ Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD),
- ▶ Les familles d'accueil,
- ▶ L'accueil de jour.

b/ Indicateurs de pression de la demande

Pour **les Foyers d'Accueil Spécialisé (FAS)**, les données suivantes sont disponibles :

- ▶ Concernant des jeunes adultes maintenus en établissement et en attente de place en foyer d'accueil spécialisé :
 - 20 jeunes au 31 décembre 2007,
 - 14 jeunes au 31 décembre 2008.
- ▶ Le besoin en places lié à la réorientation est compris entre 42 à 54 places.
- ▶ Le nombre de personnes en attente de place n'est pas connu.

Pour **les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)**, il ressort :

⁴ Papillons Blancs.

- ▶ Concernant des jeunes adultes maintenus en établissement et en attente de place en foyer d'accueil médicalisé :
 - 4 au 31 décembre 2007,
 - 3 au 31 décembre 2008.
- ▶ Le besoin en places lié à la réorientation (étude CREAL, février 2008) est de 2 places.
- ▶ Le nombre de personnes en attente de place n'est pas connu.

Pour **les accueils de jour**, il ressort :

- ▶ Concernant les jeunes adultes maintenus en établissement et en attente de place en accueil de jour : 3 au 31 décembre 2007.
- ▶ Aucun besoin en places lié à la réorientation n'est recensé (étude CREAL, février 2008).

c/ Points de vigilance

Outre l'étude actuellement menée par la DDASS et le Conseil Général sur la charge en soin dans les FAS, **118 personnes handicapées sont accueillies en EHPAD en 2007** contre 63 en 2002. Cet accueil en établissement pour personnes âgées n'est vraisemblablement pas adapté (orientation par défaut) et révèle peut-être un déficit en places de foyer d'accueil spécialisé ou médicalisé voire en maison d'accueil spécialisée. Il serait nécessaire de mener une étude approfondie permettant de mieux identifier cette population (domiciliation, lieu d'accueil, nature du handicap, durée du séjour, motif de l'orientation en EHPAD...) et son besoin en vue d'adapter l'offre.

En outre, **la prestation de compensation du handicap (PCH) a pu freiner les demandes d'entrée en établissement** ; à cet égard, l'évolution de la PCH dans le cadre de la création du 5^{ème} risque est à prendre en considération.

d/ Les territoires prioritaires

Pour les Foyers d'Accueil Spécialisés, la territorialisation est fonction des besoins en réorientation (étude CREAL). **Colmar ressort ainsi comme territoire prioritaire.**

Pour les Foyers d'Accueil Médicalisé, les territoires prioritaires sont fonctions des besoins en réorientation (étude CREAL), à savoir :

- ▶ **Mulhouse,**
- ▶ **Mulhouse Grand Ouest,**
- ▶ **Mulhouse Gand Est.**

Sur ces bases, et compte tenu :

- D'une répartition des FAS relativement équilibrée sur le territoire (à l'exception du secteur de Mulhouse),
- De la nécessité pour la médicalisation des foyers de s'appuyer sur des équipements existants,

la localisation de capacités nouvelles en FAS et FAM se fera en priorité à partir des Foyers d'Accueil Spécialisés existants.

e/ Perspectives

Pour les FAS, les projets suivants sont autorisés : 20 places supplémentaires à Riespach (date d'ouverture : 1^{er} semestre 2010).

Pour les FAM, sont autorisés 38 places supplémentaires à Sainte-Marie-aux-Mines à horizon 2011.

Dans tous les cas, **il convient de privilégier l'organisation d'un flux de sorties par création de places en foyer pour personnes handicapées vieillissantes libérant ainsi des places en Foyer d'Accueil Spécialisé.**

En outre, **les résultats des études** (médicalisation et adultes handicapés en EHPAD) permettront d'affiner les indicateurs de pression de la demande.

Pour l'accueil de jour, sont autorisés :

- 20 places supplémentaires à Munster (2009),
- 24 places à Pfastatt (2011),
- 12 places à Sainte-Marie-Aux-Mines.

Les accueils de jour accueillent également un public de personnes handicapées travailleurs momentanément en incapacité de travail ou en séjour de rupture.

Sur ces bases, **aucune place nouvelle n'est à créer** dans l'attente de l'affinement de l'indicateur liste d'attente ou d'une évolution positive des jeunes en attente de place.

f/ Liens avec les politiques de l'Etat

Les articulations sont fonction :

- De la médicalisation de places de FAS ou de création ex nihilo,
- De création de MAS.

3/ Les personnes handicapées vieillissantes

Les personnes handicapées vieillissantes recouvrent deux types de réalités :

- ▶ Soit des personnes relativement autonomes mais qui du fait de leur âge (60 ans) ou d'une usure précoce au travail (55 / 60 ans) ne sont plus en situation de travail,
- ▶ Soit ayant besoin d'un tiers pour la plupart des actes essentiels de la vie et ayant recours ou non à des soins. Ces personnes vivent soit en établissement (FAS / FAM ou Foyer d'Hébergement) soit à leur domicile (souvent avec leurs parents âgés).

a/ L'offre de service (cf. carte page 61)

Les modes d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes sont essentiellement :

- ▶ **Les maisons de retraite spécialisées** (établissement spécifique avec un accompagnement et un projet de vie dédié mais sans moyens en soins et accueillant des personnes issues d'un foyer d'hébergement ou d'un foyer d'accueil spécialisé ou du domicile),
- ▶ **Des sections spécialisées en EHPAD** (unité spécifiquement dédiée à ce type de public et bénéficiant de moyens en soin).

Certaines personnes handicapées vieillissantes sont également accueillies en EHPA ou en EHPAD sans accompagnement spécifique ni projet de vie dédié.

Il convient de noter que le Bas-Rhin compte, en mars 2009, pour les personnes handicapées vieillissantes 3 FAM (98 places) , 2 FAS et un foyer d'hébergement (10 places) contre 6 MRS (107 places) sans aucun moyen en médicalisation et 2 sections spécifiques dans deux EHPAD (42 places) dans le Haut-Rhin.

Afin de faciliter les comparaisons entre départements, le concept de MRS devrait être remplacé par ceux FAM ou de FAS selon que le public accueilli nécessite ou non des soins.

b/ Indicateur de pression de la demande

Les besoins en place liés à la réorientation (étude Créai) sont estimés à :

- ▶ 31 à 33 places de « section pour personnes handicapées vieillissantes »,
- ▶ 46 à 47 places de « section médicalisée pour personnes handicapées vieillissantes » ou « maisons de retraites spécialisées » (MRS),
- ▶ 28 places en EHPAD.

soit **un total de 105 à 108 places**.

Pour les personnes en attente de place, les données ne sont pas connues.

c/ Point de vigilance

L'étude actuellement menée par la DDASS et le Conseil Général sur la charge en soin dans les MRS permettra d'affiner l'approche des besoins.

d/ Territorialisation

Sur la base des résultats de l'étude CREAL de février 2007, plusieurs territoires sont plus particulièrement identifiés en fonction des modes d'accompagnement :

- ▶ « Section pour personnes handicapés vieillissantes » : Mulhouse et Colmar,
- ▶ « Section médicalisée pour personnes handicapées vieillissantes » ou « maisons de retraites spécialisées » : Saint-Louis et Guebwiller,
- ▶ EHPAD : Colmar.

e/ Perspectives

Trois points peuvent être mis en exergue :

- ▶ **Sont actuellement autorisées** 98 places supplémentaires de MRS à Mulhouse.
- ▶ **Un rééquilibrage avec le Bas-Rhin** serait nécessaire en terme de médicalisation.
- ▶ Des créations de place seraient peut-être à envisager à Saint-Louis ou Guebwiller après affinement de l'indicateur de pression de la demande.

f/ Liens avec les politiques de l'Etat :

Ces liens concernent les hypothèses de FAM pour personnes handicapées vieillissantes.

2. Le handicap psychique

Sont concernés **des jeunes adultes et adultes souffrant de pathologies psychiatriques telles que les troubles envahissants du développement** (notamment l'autisme), **la schizophrénie et les troubles bipolaires**.

1/ L'offre de service (cf. carte page 70)

L'accueil et l'accompagnement sont assurés par :

- ▶ Des maisons d'accueil spécialisé,
- ▶ Des foyers d'accueil médicalisé,
- ▶ Des foyers d'accueil spécialisé,
- ▶ Des foyers d'hébergement,
- ▶ Des logements accompagnés,
- ▶ Des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé,
- ▶ Des services d'aide à domicile,
- ▶ Des groupes d'entraide mutuelle.

2/ Indicateur de pression de la demande

Pour l'autisme, il apparaît que :

- ▶ 15 jeunes adultes sont maintenus en établissement en attente de place en foyer 30 septembre 2008 (pas de connaissance du type d'établissement pour adulte préconisé).
- ▶ Pour le nombre de personnes en attente de place (liste d'attente), il n'est pas connu.

Pour les autres pathologies, on relève l'absence d'indicateur du type amendement Creton (jeunes en attente de places en foyer maintenus en service de psychiatrie). De même, le nombre de personnes en attente de place (liste d'attente) n'est pas connu.

De manière générale, il est à noter une difficulté à recueillir des données et à construire un ou des indicateurs de pression de la demande. Ce point serait à travailler avec les partenaires (associations représentatives, maison des adolescents, services de psychiatrie...).

Cette difficulté est aussi inhérente à la spécificité de ce public comme l'indique le rapport d'Edouard COUTY -Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie- « Dans de nombreux cas les malades mentaux n'ont pas, pendant une longue période, la conscience de leur maladie. Ils perçoivent leur souffrance mais ne peuvent l'exprimer dans un contexte rationalisé d'offre de soins accessibles, financièrement et géographiquement. A l'opposé des personnes atteintes d'autres pathologies, ces personnes ne peuvent aussi simplement exprimer un besoin de diagnostic, de prise en charge, et d'accompagnement. »

3/ Point de vigilance

Deux points de vigilance sont plus particulièrement à relever :

- ▶ **L'évolution possible de l'organisation territoriale de la santé mentale** et de la psychiatrie suite aux conclusions du rapport COUTY.
- ▶ **L'évolution de la PCH** (accès aux personnes handicapées psychiques, modification des conditions d'attribution dans le cadre du 5^{ème} risque).

4/ Territorialisation

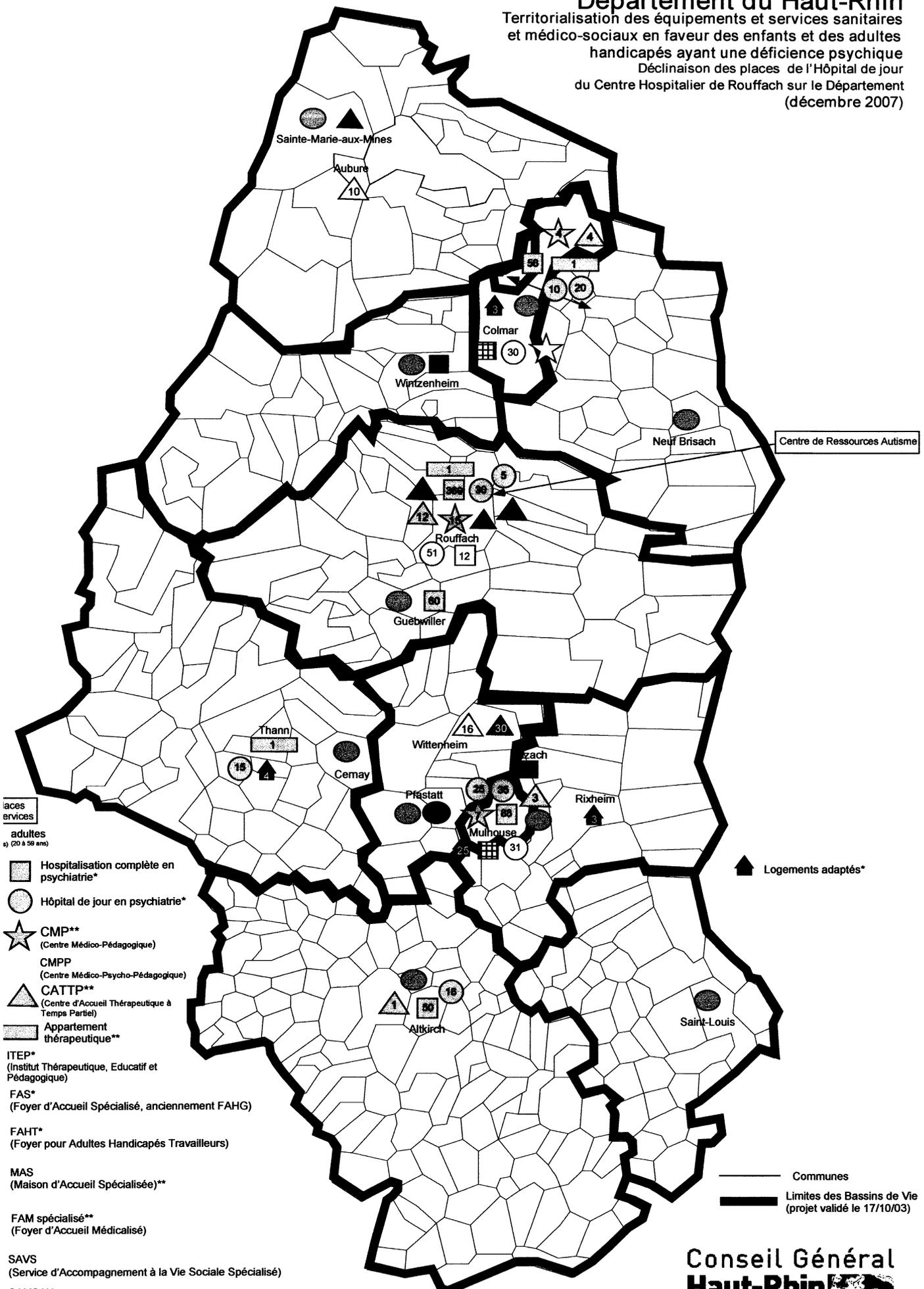
Pour l'autisme, un seul FAM est spécifiquement dédié à l'autisme à Saint-Marie-Aux-Mines ; l'autisme des adultes est également pris en charge dans les autres foyers d'accueils spécialisés, notamment grâce à l'appui du Centre de Ressource Autisme.

Pour les foyers, pour l'instant, la territorialisation a surtout été organisée autour des acteurs de la psychiatrie (FAM au Centre Hospitalier de Rouffach, foyer d'accueil spécialisé et d'hébergement à Wittenheim et ESAT à Rouffach avec Croix-Marine comme gestionnaire).

Pour le logement accompagné, on relève le développement d'une offre de service sur les secteurs de Colmar, Mulhouse, Mulhouse Grand Est et Thann.

Pour les SAMSAH et SAVS, et conformément à la fiche action n° 1, il s'agit de mener une réflexion sur la poursuite au-delà du territoire de l'actuel SAMSAH Croix Marine, de l'activité d'accompagnement pour les situations complexes et son articulation avec les SAVS généralistes existants.

Département du Haut-Rhin
 Territorialisation des équipements et services sanitaires
 et médico-sociaux en faveur des enfants et des adultes
 handicapés ayant une déficience psychique
 Déclinaison des places de l'Hôpital de jour
 du Centre Hospitalier de Rouffach sur le Département
 (décembre 2007)



- places services**
- adultes (20 à 59 ans)
- Hospitalisation complète en psychiatrie*
 - Hôpital de jour en psychiatrie*
 - CMP** (Centre Médico-Pédagogique)
 - CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique)
 - CATTP** (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)
 - Appartement thérapeutique**
 - ITEP* (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique)
 - FAS* (Foyer d'Accueil Spécialisé, anciennement FAHG)
 - FAHT* (Foyer pour Adultes Handicapés Travailleurs)
 - MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)**
 - FAM spécialisé** (Foyer d'Accueil Médicalisé)
 - SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale Spécialisé)
 - SAMSAH
 - ESAT

- Logements adaptés*
- Communes
- Limites des Bassins de Vie (projet validé le 17/10/03)

DIRECTION DE LA SOLIDARITE - OHRAS - 2008
 Sources : Conseil Général / DDASS

Conseil Général Haut-Rhin

5/ Perspectives

Pour l'autisme, sont autorisées, 38 places supplémentaires de FAM à Sainte-Marie-Aux-Mines (ouverture en 2011).

Il est nécessaire de prévoir et de structurer une offre médico-sociale pour les adultes autistes dans la mesure où un accompagnement s'organise en amont pour les enfants autistes et que des jeunes adultes accueillis en établissement pour enfants sont en attente de places.

Pour les autres pathologies, sont autorisées 32 places supplémentaires de FAS à Wittenheim (ouverture en 2010).

Dans l'attente de la mise en place d'indicateurs plus fins, aucune création de places nouvelles en FAS n'est à prévoir. Il convient parallèlement de donner la priorité aux projets de SAVS/SAMSAH et aux logements accompagnés avec intervention de services d'aide à domicile et solvabilisation par la PCH.

6/ Liens avec les politiques de l'Etat

Des liens sont à envisager pour :

- ▶ Le logement accompagné,
- ▶ Les SAMSAH,
- ▶ Les FAM,
- ▶ Le plan autisme enfants et adultes.

3. Le handicap physique

Sont concernés des jeunes adultes et adultes souffrant de handicap physique.

1/ L'offre de service (cf. carte page 74)

L'accueil et l'accompagnement sont principalement assurés par :

- ▶ Des maisons d'accueil spécialisé,
- ▶ Des foyers d'accueil médicalisé,
- ▶ Des foyers d'accueil spécialisés,
- ▶ Des accueils de jour,
- ▶ Des familles d'accueil,
- ▶ Des logements accompagnés,
- ▶ Des SAVS et SAMSAH,
- ▶ Des Services de Soins Infirmiers A Domicile,
- ▶ Des services d'aide à domicile.

2/ Indicateur de pression de la demande

Trois indicateurs sont disponibles :

- ▶ 6 jeunes adultes sont maintenus en établissement pour handicapés moteurs (sans connaissance du type d'établissement pour adulte préconisé).
- ▶ Le nombre de personnes en attente de place (liste d'attente) n'est pas connu.
- ▶ Le foyer Arc-en-Ciel à Aubure (FAS) accueillait jusqu'à quelques années des personnes en situation de déficience motrice. Cet établissement a progressivement réorienté son offre vers le handicap psychique et mental.

3/ Evolution du contexte

La création de la prestation de compensation du handicap et du fonds départemental de compensation ont permis d'accompagner financièrement les projets de soutien à domicile des personnes en situation de handicap physique y compris pour les situations les plus lourdes.

Par ailleurs, **les services d'accompagnement à domicile ou équipes mobiles pour faciliter les retours à domicile après les séjours en rééducation se sont également considérablement étoffés** : relais Handidom, équipe mobile AVC ou traumatisés crâniens, SAMSAH et SAVS, services de soins infirmiers à domicile dédiés aux personnes handicapées...

Aussi, **la nécessité d'une offre en établissement se concentre sur les populations dont le handicap est le plus sévère et nécessitent notamment des soins médicaux importants prodigués dans le cadre d'une MAS ou d'un FAM.**

4/ Point de vigilance

Certaines pathologies méritent certainement une approche particulière en terme d'accompagnement : **la sclérose en plaque et le traumatisme crânien**. De plus, **les progrès en terme de domotique** peuvent considérablement améliorer le soutien à domicile.

5/ Perspectives

Les projets suivants sont autorisés :

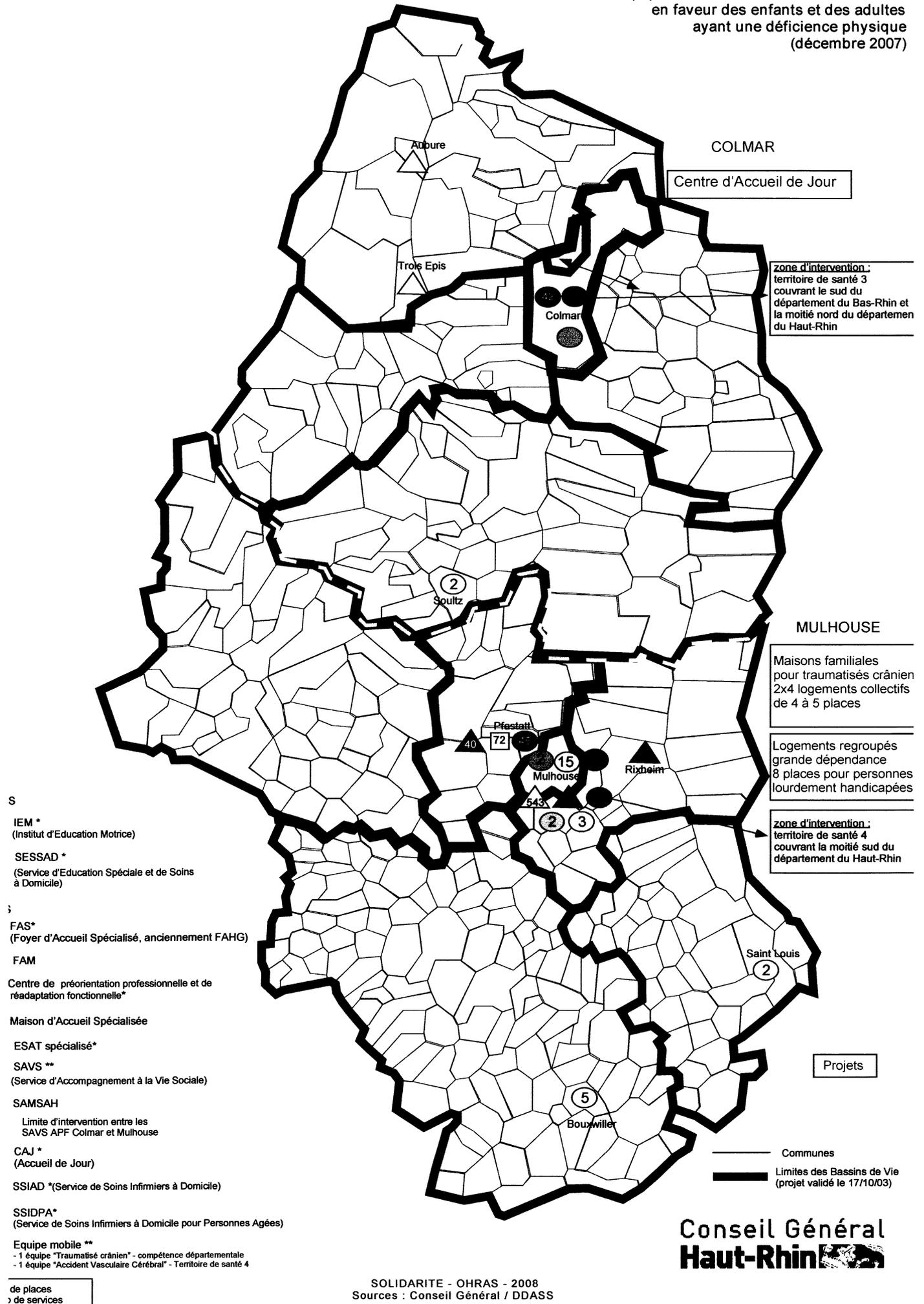
- ▶ Accueil de jour : 20 places à Mulhouse et 25 places à Colmar (ouverture en 2009),
- ▶ Logement accompagné : création en 2009 d'un service d'aide à domicile dédié aux personnes lourdement handicapées et aux personnes traumatisés crâniennes vivant à domicile dans les secteurs des 6 SAVS du sud du département ou accueillis en :
 - Appartements grands dépendants à Mulhouse (8 places),
 - Maisons familiales à Lutterbach pour traumatisés crâniens (4 à 12 places).
- ▶ Création de 4 appartements spécifiquement adaptés pour des personnes ayant une déficience motrice à Pfastatt.

Ces expérimentations sont portées par des associations gestionnaires d'établissement et associent des bailleurs sociaux (pour l'adaptation du logement), des services d'aide à domicile (pour l'accompagnement en aide humaine), les services de la MDPH et du Conseil Général (pour accompagner financièrement le projet en particulier en adaptant les prestations individuelles). **Elles feront l'objet d'un suivi régulier par ces différents partenaires en particulier pour en examiner les conditions de reproductibilité.**

L'offre en équipement et service devra principalement être orientée dans les directions suivantes :

- ▶ La création de places en **hébergement temporaire**,
- ▶ **L'expérimentation de formules innovantes privilégiant l'intégration dans la cité**,
- ▶ Dans le cadre de la politique de l'habitat, **la poursuite, avec les bailleurs sociaux, d'une politique d'identification et de développement de l'offre en logement adapté** accompagnée d'un mode de gestion du parc garantissant le lien entre cette offre et la demande,
- ▶ Pour l'aide à domicile, et mises à part les expérimentations en cours relatives aux logements accompagnés, **il conviendra de s'appuyer sur les services d'aide à domicile existants afin d'éviter le développement d'une offre trop spécialisée.**

Département du Haut-Rhin
Territorialisation des équipements et services médico-sociaux
en faveur des enfants et des adultes
ayant une déficience physique
(décembre 2007)



- S
- IEM *
(Institut d'Education Motrice)
 - SESSAD *
(Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile)
 - FAS*
(Foyer d'Accueil Spécialisé, anciennement FAHG)
 - FAM
 - Centre de préorientation professionnelle et de réadaptation fonctionnelle*
 - Maison d'Accueil Spécialisée
 - ESAT spécialisé*
 - SAVS **
(Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)
 - SAMSAH
Limite d'intervention entre les SAVS APF Colmar et Mulhouse
 - CAJ *
(Accueil de Jour)
 - SSIAD *(Service de Soins Infirmiers à Domicile)
 - SSIDPA*
(Service de Soins Infirmiers à Domicile pour Personnes Agées)
 - Equipe mobile **
- 1 équipe "Traumatisé crânien" - compétence départementale
- 1 équipe "Accident Vasculaire Cérébral" - Territoire de santé 4
- de places
de services

SOLIDARITE - OHRAS - 2008
Sources : Conseil Général / DDASS

**Conseil Général
Haut-Rhin**

4. Le handicap sensoriel

Sont concernés **des jeunes adultes et adultes souffrant d'une déficience visuelle ou auditive.**

1/ L'offre de service (cf. carte page 76)

L'accompagnement est principalement assuré par **les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.**

Contrairement aux autres types de déficience, **le développement d'une offre de service doit se concevoir quasi exclusivement en terme de service en milieu ouvert.**

Par ailleurs, **la Prestation de Compensation du Handicap a considérablement facilité l'accès à des aides humaines ou techniques.**

Avec les associations et l'Institut pour Déficiants Sensoriels Le Phare, le Conseil Général a également permis l'émergence des services suivants :

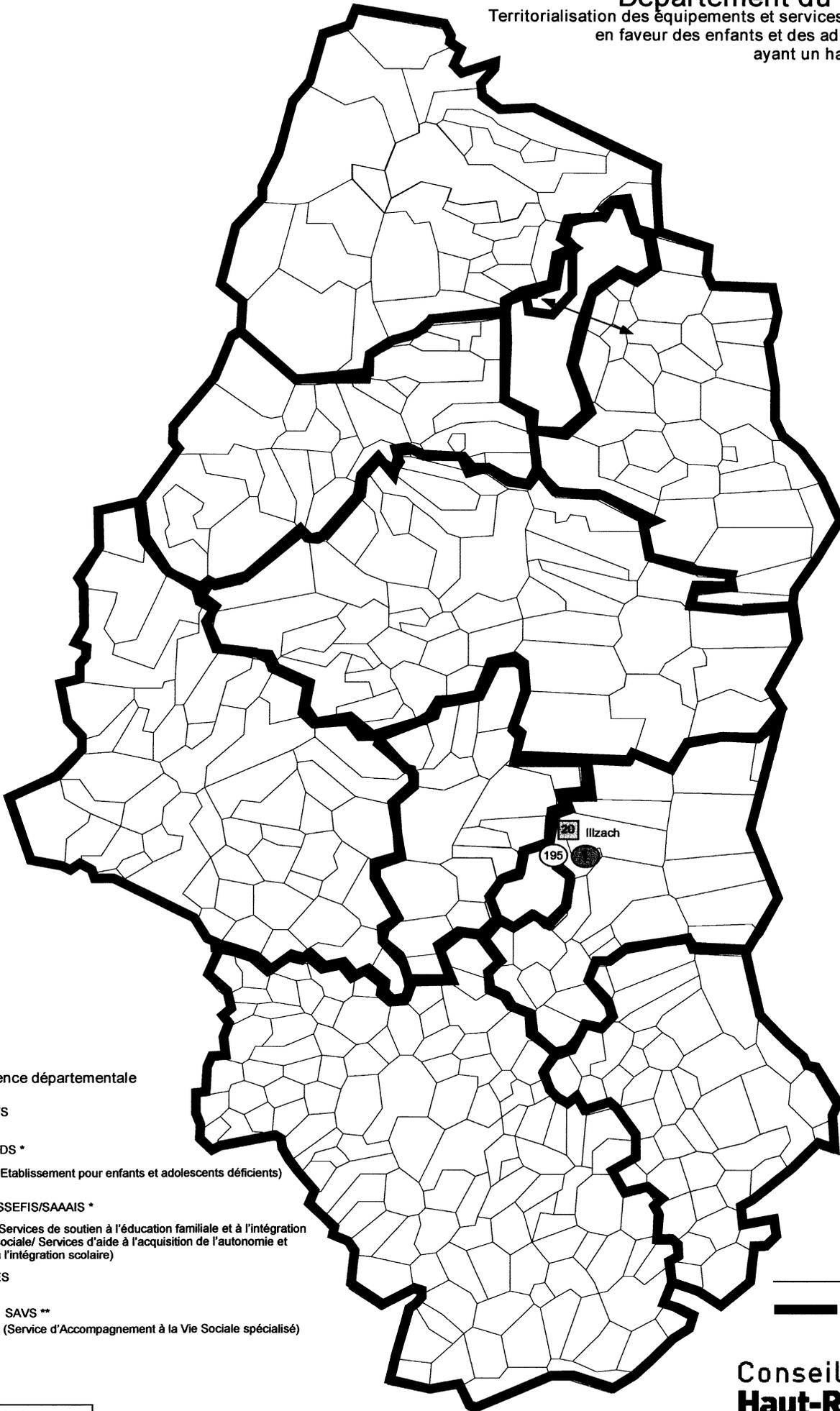
- ▶ **Un service d'accompagnement à la vie sociale pour personnes déficientes visuelles,**
- ▶ **Un dispositif de chèque interprète** visant à faciliter l'accès à la langue des signes.

2/ Perspectives

Trois axes à retenir :

- ▶ **Finaliser l'élargissement du SAVS pour déficients visuels au public déficient auditif,**
- ▶ **Adapter le dispositif du chèque interprète** au nouveau contexte législatif :
 - Qui permet le versement d'un forfait surdité dans le cadre de la PCH,
 - Qui inclut les services d'interprète dans les services à la personne.
- ▶ **Pour le public déficient auditif, adapter l'offre de service aux différents modes de communication choisis par le public,** la langue des signes n'étant pas l'unique moyen de communication.

Département du Haut-Rhin
 Territorialisation des équipements et services médico-sociaux
 en faveur des enfants et des adultes handicapés
 ayant un handicap sensoriel
 (décembre 2007)



ence départementale

ITS

IDS *

(Etablissement pour enfants et adolescents déficients)

SSEFIS/SAAAIS *

(Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration sociale/ Services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire)

RES

SAVS **

(Service d'Accompagnement à la Vie Sociale spécialisé)

Nb de places
 Nb de services

Communes
 Limites des Bassins de Vie
 (projet validé le 17/10/03)

DIRECTION DE LA SOLIDARITE - OHRAS - 2008
 Sources : Conseil Général / DDASS

**Conseil Général
 Haut-Rhin**

PARTIE 5 : ANNEXES

I. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

| | |
|------------------|---|
| M. LORRAIN | Président de la Commission de la Solidarité, de la Politique de la Ville, de l'Insertion et du Logement, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. BORDENAVE | Directeur Général Adjoint, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. BORDONE | Directeur de la Solidarité, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Mme LAURANT | Chef de Service, Tarification des Établissements Sociaux, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Dr MAGNIEN | Chef de Service, Prévention de la Dépendance, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Mme TACHON | Chef de Service, Prestations d'Aides Sociales, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Mme GRENTZINGER | Chargée d'études, OHRAS, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. NIERENGARTEN | Directeur de la Culture et du Patrimoine, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. RUDLOFF | Chef de Service, Actions Educatives et de la Jeunesse, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. STEFANELLI | Directeur de l'Architecture, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. DUFOUR | Chef de Service des Transports Scolaires, Conseil Général du Haut-Rhin |
| M. KOCHER | Chargé de mission, Service Habitat et Solidarités Territoriales, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Mme FAHRNER | Médecin-Chef, Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général du Haut-Rhin |
| Mme GUBIANI | Directrice, Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| M. L'HOTE | Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales |
| Mme SAVOURET | Inspectrice d'Académie |
| M. ESCHENBRENNER | Directeur Départemental du Travail et de l'Emploi |
| M. AOUN | Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation |
| M. LOSSON | Directeur, Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie |
| Dr ESCANO | Médecin Conseil Régional Adjoint, Service Médical de l'Assurance Maladie de la Région Alsace Moselle |
| M. COLINET | Directeur, Caisse Régionale d'Assurance Maladie |
| M. BAUER | Directeur, Centre Régional pour l'Étude et l'Action en faveur des Personnes Inadaptées |
| M. STUMBE | Président, Centre de Réadaptation |
| M. WESNER | Directeur, Centre Hospitalier de Rouffach |
| Mme STEINER | Directrice, Institut Supérieur Social de Mulhouse |
| M. KELLER | Président, UDAPEI |
| Mme BARBAGELATA | Présidente, CAPDA |
| Dr HODE | Président, Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques |
| Dr. THIEBAUT | Président, RAPH |

| | |
|----------------|---|
| Mme JANOWSKI | Présidente, Association Vision'ère |
| M. KUBLER | Président, AFVA |
| M. ANDRES | Président, ARSEA |
| M. SCHMIDT | Président, Le Phare |
| M. FRARE | Président, Les Papillons Blancs |
| M. GYSS | Président Association Adèle de Glaubitz |
| M. LE | Directeur, SAVS Les Tournesols |
| M. ANDELFINGER | Président, APAEI du Sundgau |
| M. BITTERLY | Président, Association Marie Pire |
| M. HEINIS | Président, APEI |
| M. KAMMERER | Directeur, Association APA68 |
| M. LABBE | Directeur Général, Association Caroline BINDER |
| Dr CARNEIN | Médecin Gériatre, CDRS |
| M. DIETRICH | Directeur, Association Croix Marine |
| Mme CHARLUTEAU | Adjointe au Maire de COLMAR |
| M. NICOLAS | Adjoint au Maire de MULHOUSE |
| M. KETTELA | Délégué Départemental, Association des Paralysés de France |
| Dr SENGLER | Médecin Chef, Centre Hospitalier Emile Muller |
| Mme KLINKERT | 2 ^{ème} Vice-Présidente du Conseil Général |
| M. WEBER | Vice-Président du Conseil Général |
| M. HILBERT | Conseiller Général |
| M. HABIG | 3 ^{ème} Vice-Président du Conseil Général |
| M. JACQUEY | Conseiller Général |
| M. SCHITTLY | Conseiller Général |
| M. BUTTAZZONI | Conseiller Général |
| M. FREYBURGER | Conseiller Général, Conseiller Municipal |
| M. MIEHE | Conseiller Général |
| M. HAEMMERLE | Association des Paralysés de France |
| Dr MOSER | APAEI du SUNDGAU |
| M. FISCHER | Directeur Adjoint Personnes Agées, Personnes Handicapées, Conseil Général du Haut-Rhin |

II. PARTICIPANTS AUX GROUPE DE TRAVAIL

1. L'observation et l'évaluation

| | |
|--------------|-------------------------------|
| Mme ARNOLD | IME Thann |
| M. BAUER | CREAI Alsace |
| Mme BOURCART | IME Haut-Rhin |
| M. COUTANT | APF |
| Mme DUCHAINE | ARSEA |
| M. FRARE | Papillons Blancs |
| M. GILLET | Association Adèle de Glaubitz |
| M. GRELET | Papillons Blancs |
| Mme GUBIANI | MDPH |
| M. LESER | Association Croix Marine |
| Mme MICHEL | OHRAS |
| Mme SIGRIST | Les Tournesols |
| Mme SIMON | IDS le Phare |

2. L'évolution des capacités d'accueil en établissement et le développement des alternatives à l'hébergement institutionnel

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Mme ANDRES | CREAI Alsace |
| M. BUCHON | Association Marie Pire |
| Mme CAILLOT-FUCHS | Papillons Blancs |
| Mme CARRAZ | Association Sinclair |
| M. FENGER | Association Adèle de Glaubitz |
| M. FISCHER | Conseil Général |
| Mme GIUDILLI | Conseil Général |
| M. HEINIS | APEI Hirsingues |
| M. HERRMANN | Association Adèle de Glaubitz |
| M. KAUFFMANN | APAEI du Sundgau |
| M. KELLER | UDAPEI |
| M. LABBE | Association Caroline Binder |
| M. LE | Les Tournesols |
| M. LIBSIG | Fondation le Phare |
| Mme MEYER | ARSEA |
| Mme MIRALLES | DDASS 68 |
| M. VOINOT | Papillons Blancs |

3. La prise en charge à domicile

| | |
|------------------------|----------------------|
| M. COUTANT | APF |
| M. DEPUYDT | Association Sinclair |
| M. DEPUYDT | Association Sinclair |
| Mme ELLEMAUD | APA |
| Mme GERARD | Les Tournesols |
| Mme GESENET | Association Alister |
| M. GOETSCHY | CAPA |
| M. HAEMMERLE | APF |
| Dr HODE | UNAFAM |
| Mme LALOUE | IDS le Phare |
| M. LUTTRINGER | AREA |
| Mme MANCEBO | Conseil Général |
| Mme MEYER-GUILLEMIN | MDPH |
| Dr PASSADORI | CR de Mulhouse |
| Mme RAUSCHER | Conseil Général |
| Mme ROUGE DIT GAILLARD | Papillons Blancs |
| Mme SIFT | APF |
| Mme VOEGELIN-LANG | Croix Marine |

4. Les coordinations territoriales et les articulations institutionnelles

| | |
|--------------|-------------------------------|
| Mme AREND | APF |
| Mme ASENCIO | CREAI |
| M. BANDOL | ARSEA |
| Dr BOULEY | ELSM Colmar |
| M. BURRUS | IDS le Phare |
| M. COLLIN | Association Adèle de Glaubitz |
| M. DIETRICH | Association Croix Marine |
| Mme DUCHAINE | ARSEA |
| M. FISCHER | Conseil Général |
| M. KETTEL | APF |
| M. LERDUNG | APEI Hirsingue |
| M. LIMOUZIN | Institut La Forge |
| Mme MIRALLES | DDASS |
| M. MOOG | Institut Saint-Jacques |
| M. MOSER | APAEI Sundgau |
| M. RISS | Association Adèle de Glaubitz |

| | |
|-------------|------------------------|
| M. ROBIN | Association Marie Pire |
| Mme RONDART | Conseil Général |
| Dr SENGLER | CH de Mulhouse |
| Mme TACHON | Conseil Général |
| M. THOMAS | Papillons Blancs |
| M. WASSER | Les Tournesols |
| M. WESNER | CH Rouffach |
| M. WYBRECHT | Association Sinclair |

5. La qualité de l'accompagnement

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| Mme BARBAGELATA | CAPDA |
| M. BENOIT | AFAPEI |
| Mme BURGET | Inspection Académique |
| M. BURRUS | IDS le Phare |
| M. CARNEIN | CDRS Colmar |
| M. FERRY | Association Caroline Binder |
| M. FRICK | Groupe Saint-Sauveur |
| Mme GABLE | Les Tournesols |
| Mme GAERTNER | APA |
| M. GARRETTI | ARSEA |
| M. GEHIN | AFVA |
| M. JACOB | Association Adèle de Glaubitz |
| Mme KOFFEL | Les Papillons Blancs |
| Mme LETSCHER | Association Marie Pire |
| Dr MAGNIEN | Conseil Général |
| Mme ROSSI | IDS le Phare |
| Mme STEINER | ISSM |
| M. STIRN | APF |
| Dr THIEBAULT | RAPH 68 |
| Mme WAGNER | MDPH |

III. GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

| | |
|--------|--|
| AAH | Allocation Adulte Handicapé |
| ACTP | Allocation Compensatrice pour Tierce Personne |
| ASE | Aide Sociale à l'Enfance |
| AVS | Auxiliaire de Vie Sociale |
| AVS | Auxiliaire de Vie Scolaire |
| CASF | Code de l'Action Sociale et des Familles |
| CAMSP | Centre d'Action Médico-Sociale Précoce |
| CAJ | Centre d'Accueil de Jour |
| CCAS | Centre Communal d'Action Sociale |
| CDAPH | Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées |
| CFAS | Centre Familial d'Accueil Spécialisé |
| CLIS | Classe d'Intégration Scolaire |
| CMP | Centre Médico-Psychologique |
| CNSA | Caisse Nationale Solidarité Autonomie |
| CROSMS | Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale |
| EHPAD | Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ESAT | Établissement et Service d'Aide par le Travail |
| EVS | Emploi de Vie Scolaire |
| FAHG | Foyer d'Accueil pour Handicapé Grave |
| FAM | Foyer d'Accueil Médicalisé |
| FAS | Foyer d'Accueil Spécialisé |
| FATH | Foyer d'Accueil pour Travailleur Handicapé |
| GCSMS | Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale |
| IME | Institut Médico-Educatif |
| IME | Institut Médico-PROfessionnel |
| ITEP | Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique |
| MAS | Maison d'Accueil Spécialisé |
| MDPH | Maison Départementale des Personnes Handicapées |
| MRS | Maison de Retraite Spécialisée |
| PDITH | Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés |
| PRIAC | PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie |
| SAMSAH | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés |
| SAVS | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale |
| SEEFIS | Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire |
| SESSAD | Service d'Éducation Spécialisé et de Soins A Domicile |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |
| SSIAD | Service de Soins Infirmiers A Domicile |
| TED | Troubles Envahissants du Développement |
| UPI | Unité Pédagogique d'Intégration |

IV. SOMMAIRE DETAILLE

| | |
|--|-----------|
| PARTIE 1 : INTRODUCTION | 3 |
| I. UN NOUVEAU CONTEXTE LEGISLATIF | 4 |
| II. LES OBJECTIFS ET LE PERIMETRE DU SCHEMA | 5 |
| 1. Les démarches extérieures à articuler | 6 |
| 2. Les problématiques partagées ou frontières | 7 |
| 3. Les thématiques « hors champ » | 7 |
| III. LE ROLE DU DEPARTEMENT | 9 |
| IV. UNE VOLONTE DE CONCERTATION | 9 |
| V. LA PLACE DES SERVICES DE L'ETAT DANS L'ELABORATION DU SCHEMA | 9 |
| VI. ORGANISATION DU SCHEMA | 10 |
| | |
| PARTIE 2 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE | 11 |
| I. APPROCHE GLOBALE | 12 |
| 1. L'enfance handicapée | 12 |
| 2. Les personnes adultes handicapées | 15 |
| II. SYNTHESE DES ENTRETIENS DE DIAGNOSTIC | 18 |
| 1. Une offre dense sur l'ensemble du territoire | 18 |
| 2. La personne handicapée au cœur des dispositifs | 19 |
| 3. La MDPH, acteur central | 19 |
| 4. La coordination, axe premier d'évolution | 20 |
| 5. Trois thèmes récurrents évoqués lors des entretiens avec les partenaires | 20 |
| III. THEMES SOUMIS AUX GROUPES DE REFLEXION | 21 |
| | |
| PARTIE 3 : ORIENTATIONS | 22 |
| I. ORIENTATION N° 1 : LA COMPENSATION DU HANDICAP, OBJECTIF PARTAGE DES ACTEURS | 24 |
| 1. Fiche 1 : Poursuivre l'adaptation de l'organisation départementale des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale | 26 |
| 2. Fiche 2 : Poursuivre la formation, la qualification et l'identification des intervenants à domicile | 27 |
| 3. Fiche 3 : Renforcer la souplesse des modes de financement et d'agrément | 28 |
| 4. Fiche 4 : Adapter les projets d'établissements et services des enfants handicapés et leurs articulations avec les partenaires externes à l'évolution des besoins | 29 |
| 5. Fiche 5 : Adapter les structures d'accompagnement aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et à l'évolution des pathologies des publics accueillis | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 6. Fiche 6 : Soutenir l'adaptation des ressources humaines et améliorer la qualité de l'accompagnement..... | 31 |
| 7. Fiche 7 : Favoriser les mutualisations..... | 32 |
| 8. Fiche 8 : Faciliter l'évolution des projets associatifs sur la base d'orientations départementales pré-définies | 33 |
| 9. Fiche 9 : Améliorer la qualité de vie en établissement..... | 34 |
| 10. Fiche 14 : Mettre en place une réflexion relative à l'évolution des établissements et services d'aide par le travail..... | 35 |
| 11. Fiche 15 : Évaluer les besoins d'accompagnement dans le domaine de l'accueil familial..... | 36 |
| 12. Fiche 16 : Promouvoir la spécificité des interventions dans le champ du handicap à domicile et dans les établissements | 37 |
| II. ORIENTATION N° 2 : LES POTENTIALITES DE LA PERSONNE HANDICAPEE ET DE SON ENTOURAGE, ATOUTS DE L'ACCOMPAGNEMENT..... | 38 |
| 1. Fiche 10 : Promouvoir les expériences innovantes dans le champ de l'action sociale et médico-sociale..... | 39 |
| 2. Fiche 11 : Soutenir les aidants naturels en développant l'hébergement temporaire et l'accueil de jour | 40 |
| 3. Fiche 12 : Développer l'aide aux aidants | 41 |
| 4. Fiche 13 : Favoriser l'accès et la diffusion de l'information sur les aides techniques, l'aménagement du logement et les aménagements du véhicule | 42 |
| III. ORIENTATION N° 3 : L'ENVIRONNEMENT DE LA PERSONNE HANDICAPEE, VECTEUR D'OUVERTURE | 43 |
| 1. Fiche 17 : Articuler les interventions des acteurs sanitaires et médico-sociaux en particulier dans le domaine de la santé mentale | 44 |
| 2. Fiche 18 : Mettre en place des formations communes entre le secteur de l'enfance handicapée et l'Aide Sociale à l'Enfance | 45 |
| IV. ORIENTATION N° 4 : L'OBSERVATION ET LA CONNAISSANCE, GAGE D'UN PILOTAGE PERFORMANT | 46 |
| 1. Fiche 19 : Mettre en place un outil partagé d'évaluation des situations..... | 47 |
| 2. Fiche 20 : Organiser la connaissance des besoins à partir du suivi des orientations et une meilleure connaissance de l'offre existante | 48 |
| 3. Fiche 21 : Pérenniser la réflexion mise en place à l'occasion du schéma | 49 |

| | |
|--|-----------|
| PARTIE 4 : PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT | 50 |
| I. PROPOS LIMINAIRES : LIMITES METHODOLOGIQUES ET CADRE DE LA REFLEXION | 51 |
| 1. Les limites méthodologiques pour la définition d'une prospective des capacités d'accompagnement | 51 |
| 2. Les principes du développement des capacités d'accompagnement | 51 |
| II. LES TERRITOIRES MEDICO-SOCIAUX | 52 |
| 1. La politique médico-sociale du Conseil Général | 52 |
| 2. La politique de santé..... | 54 |
| 3. La politique de santé mentale | 54 |
| III. LA CONCERTATION AVEC LES TERRITOIRES VOISINS : TERRITOIRE DE BELFORT ET BAS-RHIN | 57 |
| IV. APPROCHE PAR TYPE DE DEFICIENCE | 59 |
| 1. Le handicap mental | 59 |
| 2. Le handicap psychique | 68 |
| 3. Le handicap physique..... | 72 |
| 4. Le handicap sensoriel..... | 75 |

| | |
|--|-----------|
| PARTIE 5 : ANNEXES | 77 |
| I. COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE | 78 |
| II. PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL | 80 |
| 1. L'observation et l'évaluation..... | 80 |
| 2. L'évolution des capacités d'accueil en établissement et le développement des alternatives à l'hébergement institutionnel..... | 80 |
| 3. La prise en charge à domicile | 81 |
| 4. Les coordinations territoriales et les articulations institutionnelles | 81 |
| 5. La qualité de l'accompagnement | 82 |
| III. GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES | 83 |
| IV. SOMMAIRE DETAILLE | 84 |