

Schéma départemental en faveur des **PERSONNES HANDICAPÉES**



2014 - 2019



Vie sociale



LE DÉPARTEMENT

www.savoie.fr

EDITORIAL

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a répondu à un enjeu fort d'inclusion des personnes porteuses de handicap dans notre société.

Le nouveau schéma départemental 2014-2019 en faveur des personnes handicapées a ainsi pris en compte tous les âges de la vie, de l'enfance au grand âge pour être dans le cœur des parcours de vie.

Cet objectif va delà des propres compétences du département, objectif réalisé grâce à une mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Après une analyse et un état des lieux de l'offre de service et des problématiques, des groupes de travail, composés des différents représentants du champ du handicap, ont bâti les orientations pour les 5 années à venir : accompagner l'enfant tout au long de son développement, favoriser la formation de l'adulte, optimiser la coordination pour soutenir la vie à domicile, prendre en compte les personnes handicapées vieillissantes et renforcer l'offre existante.

Chacun de ces axes répond, par ailleurs, aux orientations définies par l'Agence régionale de santé au travers du schéma régional d'organisation médico-sociale.

Dans un contexte de mutation et de nouvelles contraintes législatives ou financières, la mobilisation de tous est nécessaire pour que la solidarité et l'innovation soient des vecteurs de réussite pour la réalisation de chacune des actions proposées, et ainsi améliorer le quotidien des personnes handicapées et de leurs familles.

Merci à tous pour votre implication dans l'élaboration du schéma et dans la poursuite de la dynamique partenariale engagée.

Le Président

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henri Fayon'.

INTRODUCTION

→ Contexte réglementaire	3
→ Organisation de la politique handicap en Savoie	10
→ Méthodologie d'élaboration du schéma	13

PARTIE 1 – PRÉSENTATION INTRODUCTIVE – PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

→ Territoire marqué par la ruralité et les zones de montagne	16
→ Quelques caractéristiques de la population en situation de handicap	19

PARTIE 2 – DEFINITION DES ACTIONS PRIORITAIRES A METTRE EN OEUVRE

→ ORIENTATION 1 : Promouvoir un accompagnement global autour des enfants en situation de handicap	25
▪ Diagnostic	26
▪ Fiches actions	39
→ ORIENTATION 2 : Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap	45
▪ Diagnostic	46
▪ Fiches actions	52
→ ORIENTATION 3 : Améliorer et coordonner l'offre d'accompagnement à domicile	58
▪ Diagnostic	59
▪ Fiches actions	75
→ ORIENTATION 4 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	84
▪ Diagnostic	85
▪ Fiches actions	87
→ ORIENTATION 5 : Optimisation de l'offre existante aux services d'accompagnements globaux et individualisés	91
▪ Diagnostic	92
▪ Fiches actions	101
→ Synthèse des fiches actions	107

PARTIE 3 – PROGRAMMATION

→ Programmation de l'offre	113
→ Programmation des actions	114

ANNEXES

→ Annexe 1 : Glossaire	116
→ Annexe 2 : Liste des participants	118

Contexte réglementaire

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

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

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

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

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

Le contexte institutionnel, législatif et réglementaire

a. Un schéma inscrit dans un contexte institutionnel renouvelé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La **loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires** (dite HPST) constitue un changement dans l'organisation des compétences de l'Etat dans les administrations déconcentrées. Les **Agences Régionales de Santé (ARS) ont été créées**, reprenant une partie des attributions des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Caisses Régionales d'Assurance maladie pour décliner la politique nationale de la santé et la piloter au niveau régional. Sous tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'Assurance maladie elles sont de fait le **nouvel interlocuteur étatique principal du Conseil général depuis le 1^{er} janvier 2010**. Elles sont coordonnées par le Comité national de coordination des ARS et leur relais est assuré au niveau départemental par des délégations territoriales.

La loi modifie également la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux par la mise en place d'une procédure d'appel à projet.

Une conjoncture nationale à la fois engageante et contraignante

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

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

b. Les Compétences du Conseil général et de ses partenaires institutionnels sur le champ du handicap

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

Les compétences du Conseil général

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

Le département intervient dans plusieurs domaines :

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

Evolution récente du poids budgétaire des politiques du handicap

Depuis 2006, le poids budgétaire des politiques en faveur des personnes handicapées des Conseils généraux est en constante augmentation. Au niveau national, l'aide aux personnes handicapées à domicile financée par les Conseils généraux a ainsi augmenté de 68% (avec une nette montée en charge depuis 2009). L'aide en direction des personnes en établissement a crû de 13% depuis 2006.

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

- ❖ de la gestion de la Prestation de compensation du handicap (PCH), accordée par la Commission des droits et de d'autonomie des personnes handicapées (CDAPH),
- ❖ de la tutelle administrative et financière du groupement d'intérêt public (MDPH) qu'il constitue avec l'Etat, les organismes locaux d'Assurance maladie et d'Allocations familiales du régime général de sécurité sociale et, le cas échéant, d'autres personnes morales,
- ❖ de l'attribution de l'aide sociale départementale,
- ❖ de l'autorisation, la tarification, le contrôle et le suivi d'une partie des établissements et services sociaux et médico-sociaux (compétence partagée avec l'Agence Régionale de Santé),
- ❖ de l'agrément, la formation et le suivi des accueillants familiaux personnes âgées-personnes handicapées,

- ❖ des frais de transport individuel des élèves et des étudiants handicapés vers les établissements scolaires et universitaires (si cette compétence n'est pas transférée à un groupement de communes).

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

Les personnes handicapées adultes sont éligibles à l'**Aide sociale à l'hébergement qui prend en charge les frais d'accueil des personnes admises en établissement** qu'il s'agisse d'un accueil permanent, temporaire ou d'un accueil de jour. Deux catégories d'usagers sont concernées par cette aide : les travailleurs handicapés résidant en structure d'hébergement (foyer d'hébergement collectif, foyers éclatés...), et les personnes handicapées reconnues inaptes au travail, hébergées en foyer de vie ou foyer d'accueil médicalisé, ou admises dans une structure d'accueil de jour.

Pour les personnes handicapées adultes restés à domicile, une **Aide sociale à domicile** peut aider à financer des heures d'aides ménagères. L'attribution de l'Aide sociale s'effectue sous conditions de ressources notamment.

La Maison Départementale des Personnes handicapées

La MDPH est un Groupement d'intérêt public (GIP) placé sous l'autorité administrative et financière du Conseil général, dans lequel l'Etat est membre de droit. La MDPH associe les caisses locales de sécurité sociale et les associations représentatives des personnes handicapées.

La MDPH offre un accès unique aux droits et aux prestations. Guichet unique, la MDPH centralise toute les démarches liées aux diverses situations de handicap : appui dans l'accès à la formation et à l'emploi, et orientations vers des établissements et services.

Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil au profit des personnes handicapées et de leur famille ainsi qu'une sensibilisation de tous les citoyens au handicap¹. Elle assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie et assure l'instruction des demandes jusqu'à la décision prise par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes Handicapées (CDAPH).

Les compétences du Conseil régional

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) médico-social, les **établissements et services d'éducation spéciale pour enfants et adolescents handicapés sont financés par l'Assurance maladie**. Ils sont autorisés, tarifés et contrôlés par l'Agence régionale de santé.

De même, les **établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés relèvent de plusieurs champs réglementaires et d'une compétence, selon le cas, de l'Etat et/ou du Conseil général**. Ainsi, les établissements d'hébergement avec soins accueillant des adultes handicapés lourdement dépendants et nécessitant des soins ne pouvant être assumés par la médecine de ville (Maisons d'accueil spécialisées – MAS) sont intégralement financés par l'Assurance-maladie. Les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) bénéficient quant à eux d'un financement double : d'une part, un forfait soins (Assurance-maladie), et d'autre part un prix de journée (Aide sociale départementale) pour l'hébergement et l'accompagnement à la vie sociale. Il en est de même pour le financement des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

D'autres services de l'Etat participent à la politique sociale et médico-sociale.

Par exemple, les unités territoriales de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE, anciennement DDTEFP) assurent la déclinaison opérationnelle des dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (à travers notamment le Programme régional d'insertion des travailleurs handicapés – PRITH).

La Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) intervient dans le cadre des politiques d'accession et d'accessibilité du logement pour les personnes handicapées. Enfin, concernant la chaîne de déplacement notamment, la Direction régionale et interdépartementale de l'équipement et de l'aménagement (DRIEA) est compétente.

Les compétences des communes

À la différence des départements qui attribuent l'aide sociale légale et peuvent allouer des aides sociales complémentaires, extralégales ou facultatives, les **communes développent une action sociale qui leur est propre et relève exclusivement de l'aide facultative**. Elles conservent toutefois des compétences d'action sociale importantes issues de la gestion de l'ancienne assistance publique. Le **Centre communal d'action sociale (CCAS) en constitue la structure opérationnelle**. Il est à l'avant-poste des difficultés sociales des habitants et représente le premier échelon de proximité pour orienter la demande de la personne (ou établir le lien) vers le service adéquat. Les CCAS constituent les demandes d'aides sociales.

Concernant le handicap, les communes interviennent dans le cadre de **la mise en accessibilité des espaces publics et de la voirie** (à travers leur commission d'accessibilité), et **de la petite enfance et de la jeunesse** (adaptation des crèches, des accueils de loisirs, des écoles, etc.).

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

La CNSA est chargée de :

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

La Caisse d'Allocations familiales (CAF)

La Caisse d'Allocations familiales est chargée du versement de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Elle est notamment responsable du fonctionnement des crèches et des Centres de Loisirs sans Hébergement dans le cadre du milieu ordinaire.

c. Planification départementale et régionale : une articulation à rechercher

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

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

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

Si les schémas départementaux et le SROMS ont un périmètre propre, de nombreux points de complémentarité et de partage sont à souligner. L'exigence d'accessibilité, de continuité des parcours, les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, les modalités d'évolution de l'offre médico-sociale sont posées aux deux schémas. Ces compétences partagées invitent à une complémentarité des réponses¹.

Le schéma départemental présenté ici s'articule de manière forte avec les objectifs du SROMS et du Programme territorial de santé du territoire Est. L'interaction entre les territoires de référence de ces schémas a été mise au centre des réflexions. Le territoire départemental de la Savoie s'inscrit au sein du Territoire de santé Est défini par l'ARS Rhône-Alpes, lui-même constituant une partie du territoire régional.

Organisation de la politique handicap en Savoie

1.1 Organisation de la politique handicap du Conseil général de la Savoie

Définie par l'Assemblée départementale et plus précisément par la Vice-Présidente en charge de l'action sociale et les élus de la Commission « Actions sociales et logement », la politique en faveur des personnes handicapées est mise en œuvre par la Direction générale adjointe de la Vie Sociale (DGAVS) du Conseil général.

La DGAVS comprend quatre délégations départementales :

- Délégation départementale Cohésion sociale
- Délégation départementale Enfance-Jeunesse-Famille et Protection Maternelle et Infantile
- Délégation départementale Personnes âgées – Personnes handicapées
- Délégation départementale de l'Administration générale

A ces quatre délégations départementales s'ajoutent sept Délégations territoriales de la vie sociale (DT).

La délégation départementale Personnes âgées – Personnes handicapées est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées, en lien avec les DT qui assurent les réponses de proximité.

1.1.1 La Délégation départementale PA-PH

La délégation départementale PA-PH s'appuie sur une organisation comprenant trois services et trois unités.

Le **service Accueil en établissement et service** est responsable de la politique d'accueil en structure. Il a en charge l'autorisation des créations, extensions et transformations de l'ensemble des établissements et services personnes âgées et personnes handicapées sous la compétence du Conseil général et hors Service d'aide à domicile. Le service assure la tarification, le contrôle et le suivi des établissements pour personnes âgées et pour adultes handicapés, en lien avec les associations. Ce service est doté d'une unité Pilotage du contrôle et inspection.

Le **service Vie à domicile et prestations en faveur des personnes âgées** est responsable de la politique de prise en charge des personnes âgées à leur domicile. Il met en œuvre l'ADPA en lien avec les DT ainsi que l'aide sociale aux personnes âgées. Il a en charge l'autorisation des créations et transformations de services d'aide à domicile pour les services autorisés, ainsi que leurs tarifications.

Le **service Vie à domicile et prestations en faveur des personnes handicapées** met en œuvre la politique départementale en faveur des personnes handicapées, en lien avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et l'Agence régionale de la santé (ARS). Il assure la mise en œuvre de la Prestation de compensation du handicap (PCH) ainsi que l'Aide sociale à l'hébergement et l'Aide sociale aide-ménagère des personnes handicapées (instruction des dossiers et paiement). En outre, le service prend en charge l'agrément et le suivi des accueillants familiaux.

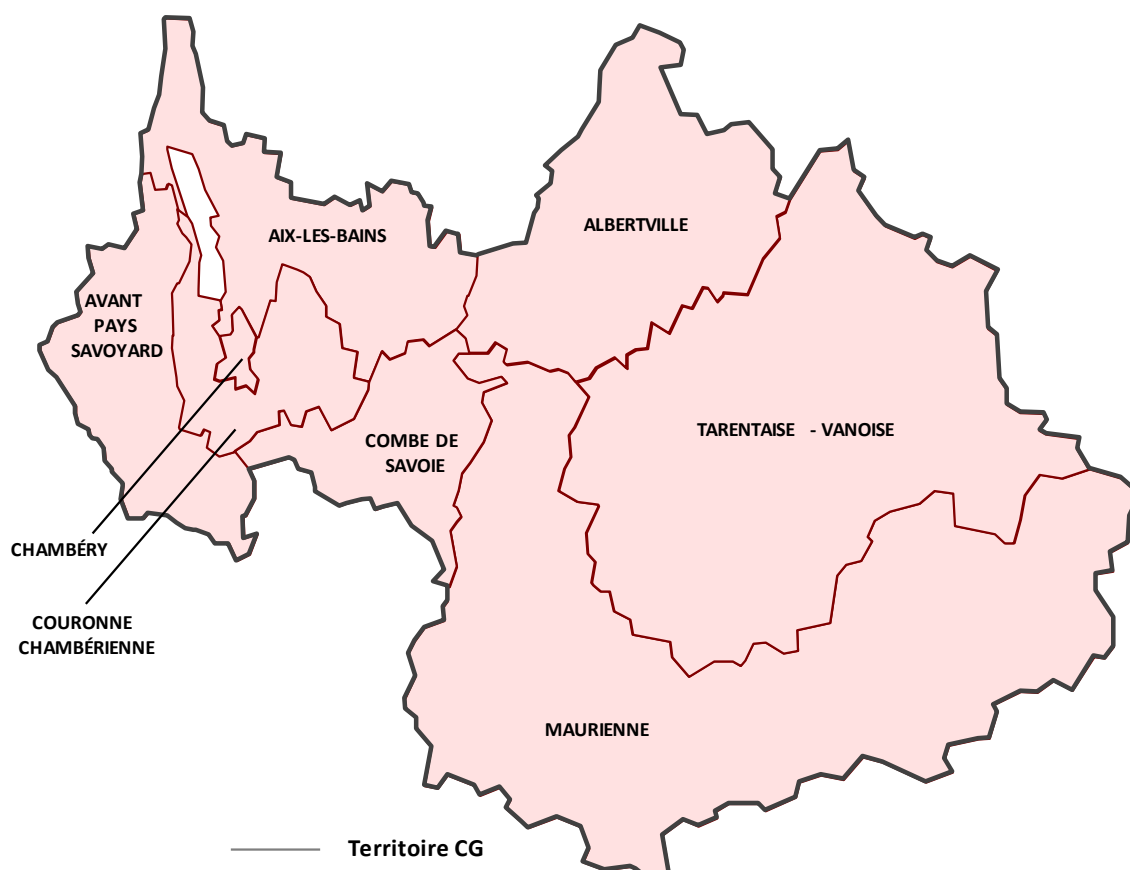
L'unité Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) est rattachée directement à la Délégation départementale Personnes âgées – Personnes handicapées. La MAIA est un dispositif de coordination gériatrique et de gestion de cas complexes pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et pour des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle.

La Délégation départementale comprend aussi **une unité médico-sociale** qui regroupe médecin, ergothérapeute et secrétariat médical. L'ergothérapeute est chargée de l'évaluation des besoins en aides techniques et de la mise en place d'actions collectives pour les bénéficiaires de l'ADPA à domicile. Son intervention s'étend aux agréments des accueillants familiaux et aux créations d'établissements. Le médecin départemental PA-PH est responsable du soutien technique auprès des équipes médico-sociales des Délégations territoriales et intervient dans la création et le suivi des établissements et pour les situations complexes.

1.1.2 Les Délégations Territoriales à la vie sociale

La Direction générale adjointe de la Vie sociale comprend 7 Délégations Territoriales :

- Délégation territoriale d'Aix-les-Bains
- Délégation territoriale d'Albertville
- Délégation territoriale de l'Avant-pays Savoyard
- Délégation territoriale du Bassin chambérien (Chambéry et sa couronne)
- Délégation territoriale de la Combe de Savoie
- Délégation territoriale de la Maurienne
- Délégation territoriale de la Tarentaise-Vanoise



Dans chaque Délégation territoriale de la vie sociale, la politique d'action sociale est sous la responsabilité du Délégué territorial de la vie sociale appuyé par un coordonnateur pour chaque domaine d'action sociale concerné (Cohésion sociale, Enfance Jeunesse Famille et Personnes âgées – Personnes handicapées).

Le coordonnateur PA-PH de chaque Délégation anime et applique la politique du handicap définie par le Conseil général. Il est garant, en lien avec les services de la Délégation départementale, de la bonne application des dispositifs (mise en œuvre de l'aide sociale, l'ADPA, la PCH, l'accueil familial, etc.). Il assure l'encadrement des équipes médico-sociales du Pôle Personnes âgées – personnes handicapées, notamment pour la résolution des situations complexes. Il participe à l'évaluation des besoins sociaux des personnes âgées et des personnes handicapées de son territoire.

Au sein de ces DT, les équipes médico-sociales du Pôle Personnes âgées – Personnes handicapées sont chargées de l'évaluation en aide humaine des demandes d'ADPA et de PCH. Elles assurent également les fonctions du CLIC (Centre local d'Information et de Coordination).

Les référents PA-PH des DT ont pour missions :

- de contribuer à l'information et à l'orientation des personnes âgées et de leur famille ; participer à la dynamique de la coordination gérontologique du territoire
- d'assurer une évaluation des situations et d'assurer le suivi des personnes, notamment dans le cadre de la PCH et de l'ADPA
- d'élaborer le plan d'aide personnalisé lié à la PCH ou à l'ADPA
- d'associer les familles et les aidants familiaux à l'évaluation des besoins et les soutenir
- d'assurer les liaisons nécessaires avec les structures, les services et les professionnels médicaux intervenant dans le domaine des personnes âgées et des personnes handicapées pour favoriser une prise en charge continue et de qualité.

1.2 Les politiques transversales du Conseil général en matière de handicap

La politique en faveur des personnes handicapées mise en œuvre par le Conseil général dépasse l'action mise en œuvre par la Délégation départementale Personnes âgées – Personnes handicapées.

Ainsi, d'autres services de la Direction générale adjointe de la Vie Sociale sont impliqués dans la politique en faveur des personnes handicapées.

La Délégation départementale de la Cohésion sociale accompagne les personnes les plus fragilisées vers l'autonomie dans une démarche coordonnée et cohérente, avec l'objectif de garantir l'accès aux droits de ce public.

La Délégation départementale Enfance Jeunesse Famille et Protection Maternelle et Infantile œuvre dans le soutien des enfants et des familles en situation de fragilité et la construction de réponses pluri-partenariales autour de situations complexes, à la croisée des interventions des différents partenaires.

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

Concernant les transports, le Schéma Directeur d'accessibilité des transports du Département vise à promouvoir la mise en accessibilité des transports publics. Dans le domaine des loisirs, l'implication du Conseil général se fait au titre d'actions volontaristes. Le Conseil général mène une politique de soutien au Comité départemental Handisport. Il met en avant dans sa politique touristique la notion de confort d'usage, en développant notamment des Promenades Confort et en soutenant les acteurs dans la labellisation Tourisme et Handicap. Concernant la culture et le patrimoine, le Conseil général promeut l'accès à la culture des publics empêchés. Au titre des ressources humaines, le Conseil général mène une politique volontariste en faveur de l'emploi et de l'intégration des personnes handicapées, engagement décliné dans un plan d'action « Politique handicap et maintien dans l'emploi ». Le Conseil général accompagne également la scolarisation des enfants handicapés dans les collèges, que ce soit en Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) ou pour l'accès aux bâtiments.

LA METHODOLOGIE D'ELABORATION DU SCHEMA

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

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

En outre, le Conseil général, avec la signature des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), possède une vue globale sur l'ensemble des activités des associations gestionnaires.

Ainsi une démarche d'appropriation d'une réflexion globale sur le handicap a été initiée dans le cadre d'une **première phase d'état des lieux des besoins et de l'offre en établissements et services ainsi que d'identification des problématiques** relatives à chaque âge de la vie.

Dans ce cadre, plusieurs types d'outils ont été mobilisés et notamment :

- des analyses quantitatives,
- trois réunions territorialisées de bilan avec les acteurs opérationnels, le secteur associatif représentant le champ du handicap et les services territorialisés du Conseil général,
- la sollicitation des acteurs par écrit pour toute contribution,
- l'élaboration de cartes problématisées,
- des analyses comparatives au niveau national et régional.

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

- l'enfance handicapée : dépistage, scolarisation et fluidité des parcours aux âges clés,
- la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap,
- l'accompagnement à domicile des adultes en situation de handicap,
- l'adaptation des dispositifs aux personnes handicapées vieillissantes
- l'optimisation de l'offre existante, depuis le milieu ordinaire jusqu'à l'offre spécialisée.

Les travaux menés dans ces deux phases constituent une contribution essentielle dans l'élaboration de ce schéma départemental en faveur des personnes handicapées et ont permis d'identifier les enjeux qui feront l'objet d'une action dédiée au titre dudit schéma.

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

L'élaboration du schéma a été suivie par un comité de pilotage qui est composé de la Commission permanente du Comité départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) élargie aux élus de la Commission sociale du Conseil général. La CAF, la MDPH et un représentant de l'Education nationale en sont également membres.

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

Les modalités de consultation dans le cadre des schémas

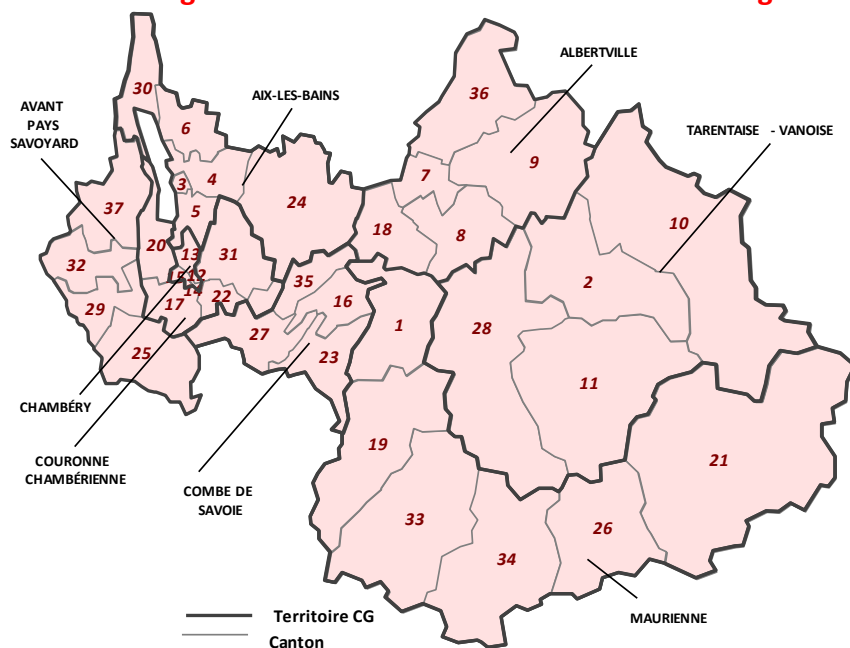
Le décret n°2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées impose au Président du Conseil général de consulter pour avis les organisations représentatives. Dans le cadre des schémas en faveur des personnes handicapées, il s'agit du Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH), des organisations professionnelles représentant les acteurs du secteur du handicap et des représentants d'usagers.

PRESENTATION INTRODUCTIVE

LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN SAVOIE

- | | |
|---|-------------|
| 1. Un territoire marqué par la ruralité
et les zones de montagne | P 16 |
| 2. Quelques caractéristiques de la population
en situation de handicap | P 19 |

Carte 1 : Zonage des cantons et des territoires du Conseil général

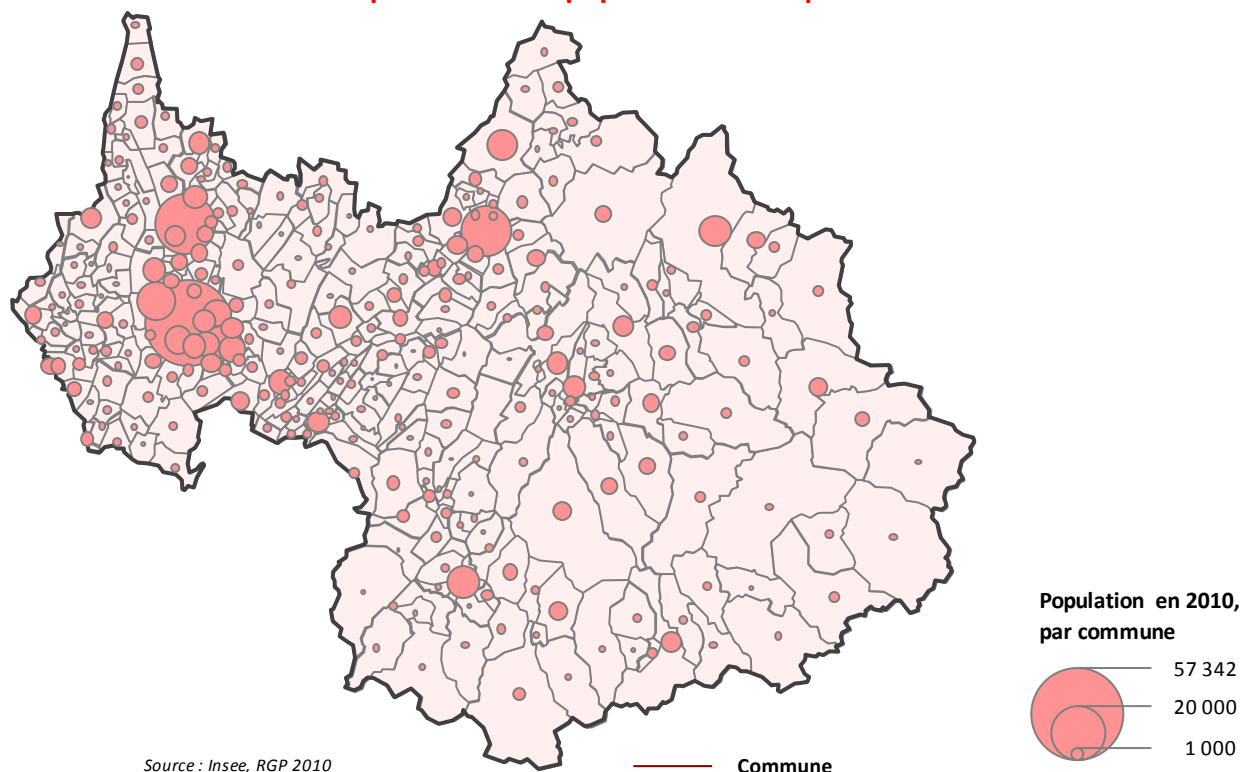


Canton	
1	Aiguebelle
2	Aime
3	Aix-les-Bains centre
4	Aix-les-Bains nord
5	Aix-les-Bains sud
6	Albens
7	Albertville nord
8	Albertville sud
9	Beaufort
10	Bourg-Saint-Maurice
11	Bozel
12	Chambéryest
13	Chambérynord
14	Chambérysud
15	Chambérysudouest
16	Chamoux sur Gelon
17	Cognin
18	Gresy sur Isère
19	La Chambre
20	La Motte Servolex
21	Lanslebourg Mont Cenis
22	La Ravoire
23	La Rochette
24	Le Chatelard
25	Les Echelles
26	Modane
27	Montmélian
28	Moutiers
29	Pont-de-Beauvoisin
30	Ruffieux
31	Saint-Alban Laysse
32	Saint-Genix sur Guiers
33	Saint-Jean de Maurienne
34	Saint-Michel de Maurienne
35	Saint-Pierre d'Albigny
36	Ugine
37	Yenne

Un territoire marqué par la ruralité et les zones de montagne

Le département de la Savoie est découpé en 7 territoires : Aix-les-Bains, Albertville, Avant-pays-Savoyard, Bassin Chambérien (Chambéry et Couronne), Combe de Savoie, Maurienne et Tarentaise. Il est inclus dans le territoire de santé Est du découpage de l'ARS Rhône-Alpes qui comprend aussi la Haute-Savoie, une partie importante de l'Isère et une partie de l'Ain.

Carte 2 : Répartition de la population totale par communes



La Savoie représente un peu moins de 7% de la population de Rhône-Alpes avec 424 578 habitants au recensement 2009. Avec une densité moyenne de 69 habitants/km², le département apparaît comme un territoire faiblement peuplé mais dont la démographie est dynamique. La population savoyarde a ainsi augmenté de 9,5 % entre 1999 et 2008, contre 6,2 % au niveau national.

La structure de la population montre une population légèrement plus âgée que celle de la région.

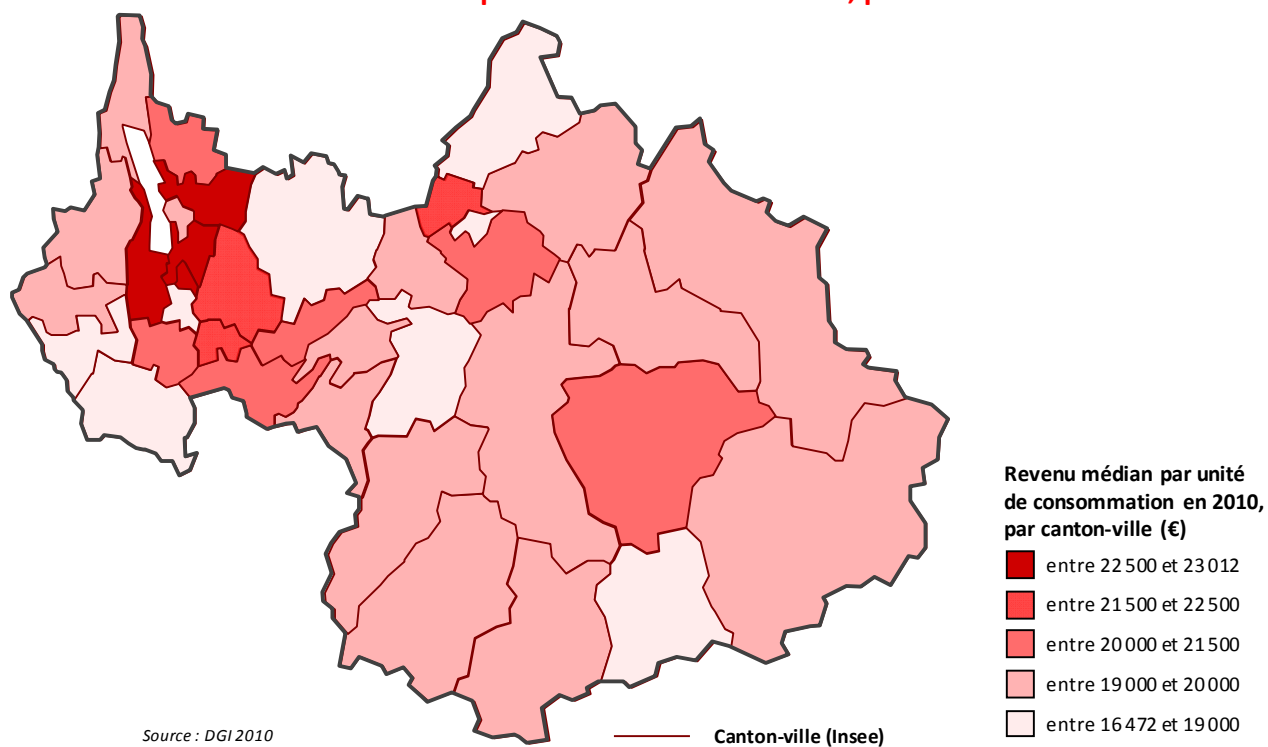
	Savoie	Région Rhône Alpes
Part de la population de moins de 20 ans	24,4%	25,4%
Part de la population de 60 ans et plus	23,6%	22,5%
Part de la population de 75 ans et plus	8,8%	8,4%

Source : INSEE, RGP 2010

L'indice de vieillissement confirme cette tendance avec plus de 68,2 personnes âgées de 65 ans et plus, pour 100 jeunes de moins de 20 ans (67,4 en Rhône-Alpes).

Par ailleurs, comme le montre la carte suivante, la représentation des revenus par canton témoigne d'une grande disparité des ressources de la population. En effet, la zone Chambéry-Aix les Bains et Albertville, secteurs les plus urbanisés, affiche des revenus médians par unité de consommation supérieurs à 22 500€ par an, là où les cantons de Modane, Ugine ou encore Pont-de-Beauvoisin affichent des revenus médians inférieurs à 19 000€ par an.

Carte 3 : Revenu médian par unité de consommation, par canton-ville



Quelques caractéristiques de la population en situation de handicap

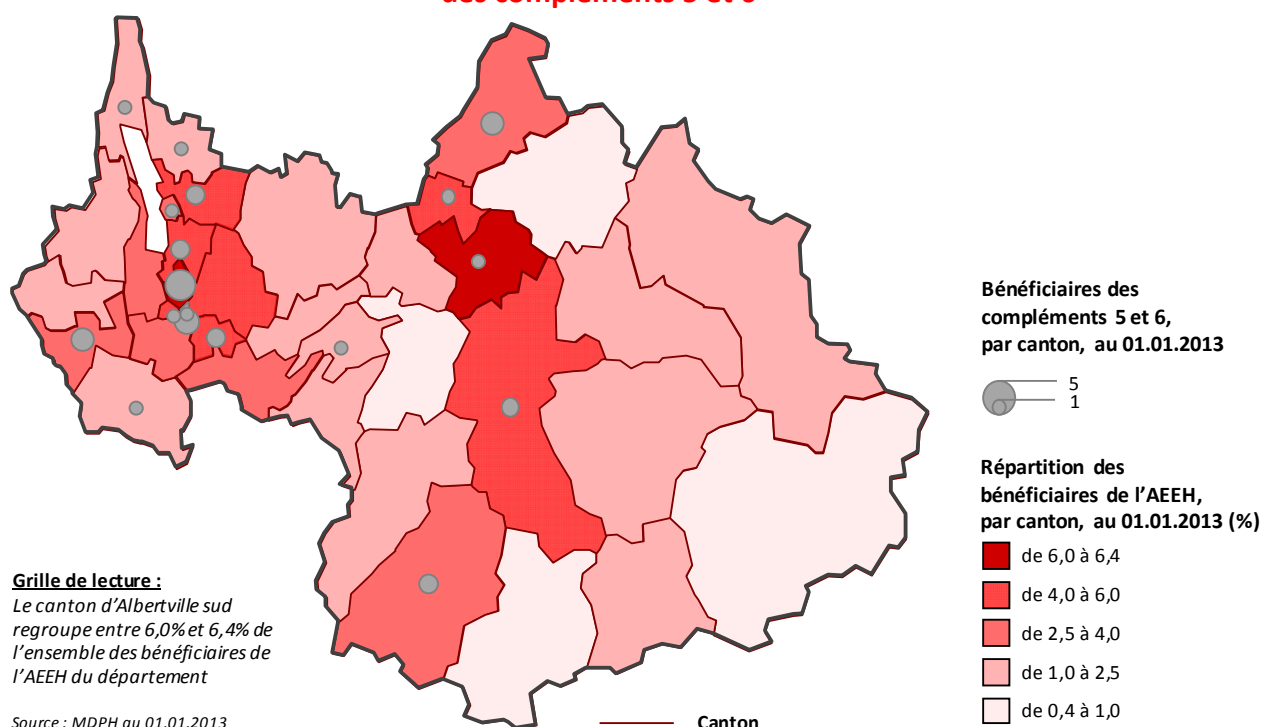
a. Des enfants et adolescents handicapés localisés majoritairement dans les secteurs urbains

⇒ Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

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

Sur le territoire, en 2012, 944 enfants de moins de 20 ans bénéficient de l'AEEH, soit 0,9% de la population totale savoyarde, une part inférieure de 0,3 points à celle de la France (1,22%). La part des AEEH avec complément 5 et 6 (les situations les plus complexes) est de 6,7% de l'ensemble des AEEH sur le département, avec des parts supérieures à 10% sur les cantons d'Aiguebelle, d'Aix-les-Bains centre et de Chambéry sud et est. A noter, le canton d'Albertville sud regroupe à lui seul plus de 6% des bénéficiaires de l'AEEH.

Carte 4 : Répartition des bénéficiaires de l'AEEH par canton et localisation des bénéficiaires des compléments 5 et 6



⇒ Prestation de compensation du handicap de l'enfant



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

En 2012, la Savoie comptabilise 172 demandes de PCH enfants¹ contre 150 en 2011, soit une augmentation de plus de 14%.

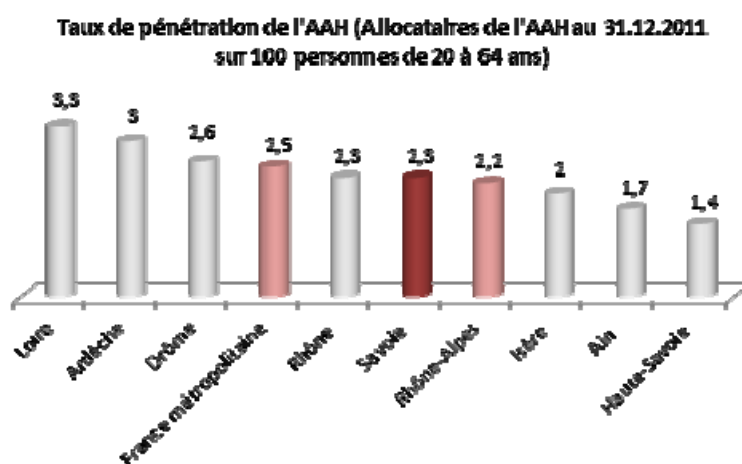
b. Des adultes en situation de handicap comparativement plus représentés que dans la Région

⇒ Allocation adulte handicapé



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

Avec 2,3% d'allocataires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) au sein de la population âgée de 20 à 64 ans, soit 5 641 allocataires, la Savoie se situe au 31.12.2011 dans la moyenne de la région, dont le taux de bénéficiaire moyen de l'AAH est légèrement inférieur (2,2%). Néanmoins, le département se situe en dessous de la moyenne nationale, qui atteint 2,5%.



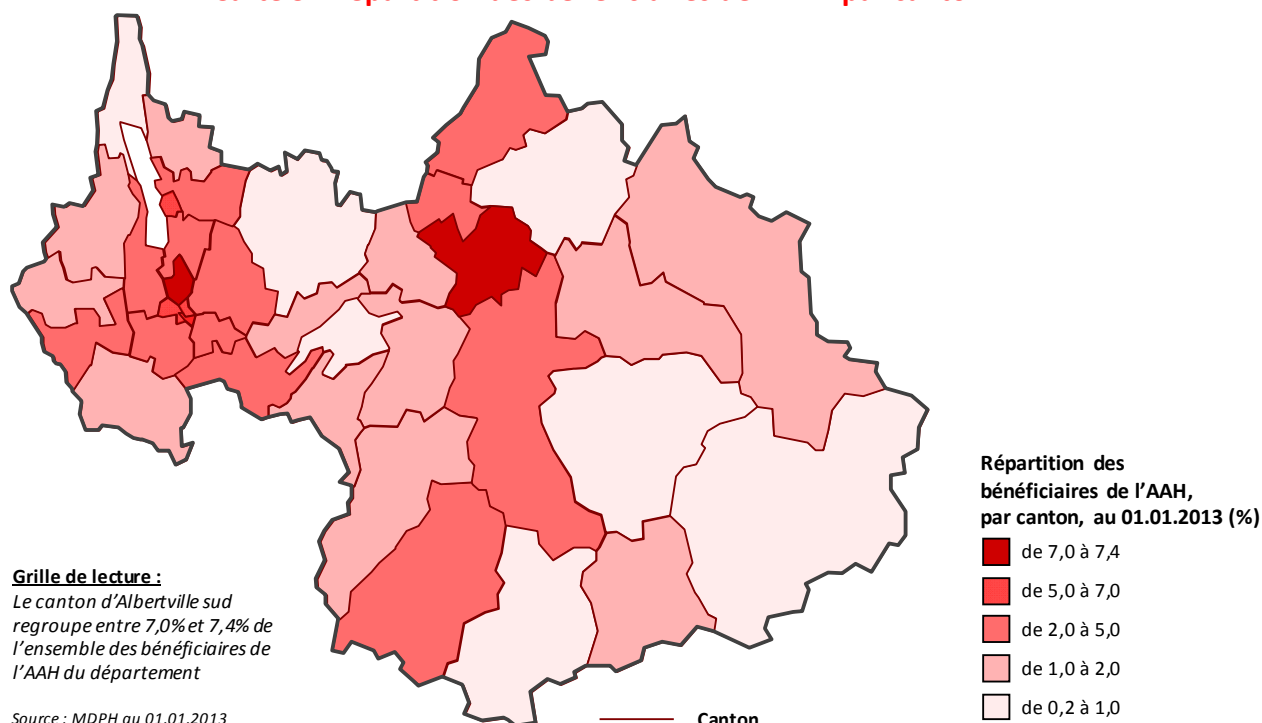
¹ Source : MDPH

Nombre d'allocataires AAH au 31.12.2011

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

La carte ci-dessous montre que la localisation des bénéficiaires de l'AAH n'est pas homogène sur le territoire mais présente des écarts moins importants que la répartition par canton des bénéficiaires de l'AEEH. Globalement, les cantons de l'est du département comptent moins de bénéficiaires de cette allocation.

Carte 5 : Répartition des bénéficiaires de l'AAH par canton

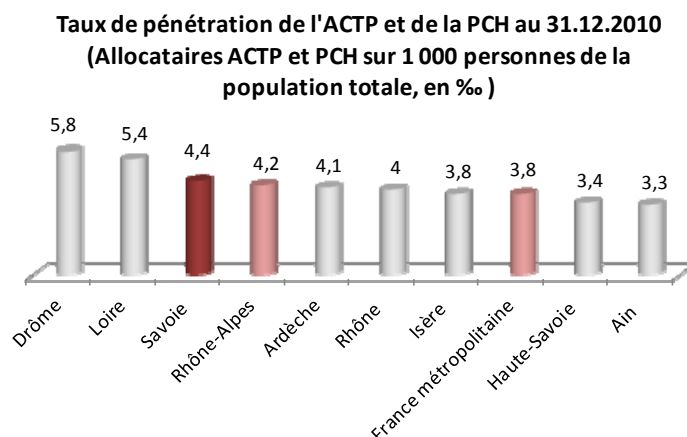


⇒ **Prestation de compensation du handicap et Allocation de compensation d'une tierce personne**

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

L'Allocation de compensation d'une tierce personne (ACTP) est une allocation remplacée par la PCH. Elle reste allouée aux personnes en situation de handicap qui en bénéficiait avant la création de la PCH et qui souhaite continuer à en bénéficier.

Avec 1 830 bénéficiaires, le taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH atteint 4,4‰ habitants en Savoie, ce qui positionne le département dans la moyenne haute de la région dont le taux de pénétration moyen est de 4,2‰. La Savoie se situe d'ailleurs au-dessus de la moyenne nationale (3,8‰). Seules la Drôme et la Loire ont des taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH supérieurs à celui de la Savoie, avec 5,8‰ et 5,4‰ respectivement.



Nombre de bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH au 31.12.2010	
France métropolitaine	237 759
Rhône-Alpes	26 014
Rhône	6 926
Isère	4 636
Loire	4 035
Drôme	2 836
Haute-Savoie	2 496
Ain	1 956
Savoie	1 830
Ardèche	1 299

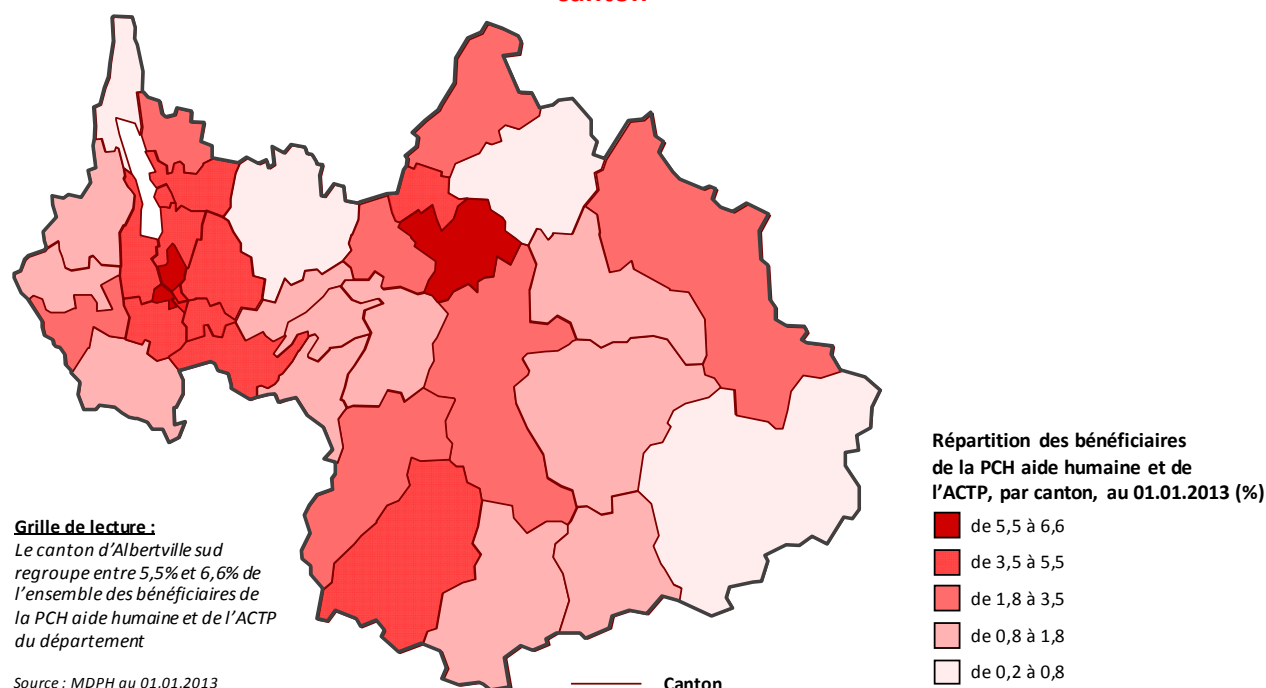
Au 01.09.2013, les données statistiques du Conseil général permettent de distinguer les différents types de droits ouverts des bénéficiaires de la PCH :

- 1208 bénéficiaires aide humaine à domicile
- 5 bénéficiaires aides animalières
- 193 bénéficiaires aide humaine en établissement
- 332 bénéficiaires aides techniques
- 187 bénéficiaires charges exceptionnelles et 290 charges spécifiques (PCH mensuelles et ponctuelles)
- 486 bénéficiaires logement/déménagement
- 317 bénéficiaires véhicule/transport (PCH mensuelles et ponctuelles)

On compte au total 1861 bénéficiaires de la PCH et 362 bénéficiaires de l'ACTP à cette date.

La carte localisant les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP par canton montre que les zones urbaines concentrent une fois de plus les bénéficiaires de prestations, et notamment la zone Chambéry-Aix-les-Bains, Albertville et Saint-Jean de Maurienne.

**Carte 6 : Répartition des bénéficiaires de la PCH aide humaine à domicile et de l'ACTP par
canton**



c. Des bénéficiaires de l'aide sociale essentiellement en établissement

On compte 882 bénéficiaires de l'Aide sociale à l'hébergement en droits ouverts en Savoie et 238 bénéficiaires de l'aide-ménagère (aide sociale à domicile) au 01.09.2013 selon les statistiques du Conseil général. Parmi les bénéficiaires de l'aide sociale en hébergement :

- 154 résident dans un établissement en dehors du département (soit 17,5%) essentiellement sur les départements limitrophes (Isère 40, Haute-Savoie 37, Ain 36)
- 175 résident dans un établissement pour personnes âgées (soit 19,8%).

Ce qu'il faut retenir :

- Un territoire marqué par un paysage montagneux et rural
- Une population dont la croissance est dynamique mais essentiellement centrée sur les aires urbaines
- Une répartition des bénéficiaires de prestations handicap, enfants comme adultes, centrée sur les cantons les plus urbanisés

PARTIE 2

DEFINITION DES ACTIONS PRIORITAIRES A METTRE EN ŒUVRE

Orientation 1 : Promouvoir un accompagnement global Autour des enfants en situation de handicap	P 25
Orientation 2 : Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap	P 45
Orientation 3 : Améliorer et coordonner l'offre d'accompagnement à domicile	P 58
Orientation 4 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	P 84
Orientation 5 : Optimiser l'offre existante au service d'accompagnements globaux et individualisés	P 91
Synthèse des fiches actions	P 107

ORIENTATION 1

PROMOUVOIR UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL AUTOUR DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

Diagnostic

- | | |
|--|-------------|
| 1. Dépistage et prise en charge précoce | P 26 |
| 2. Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap | P 29 |
| 3. Accueil en établissement médico-social | P 34 |

Fiches actions

P 39

NB : Les éléments de cette partie sont à croiser avec le SROMS publié en novembre 2012 par l'ARS Rhône-Alpes pour les compétences qui lui incombent, et avec le schéma départemental Enfance, Jeunesse, Famille de la Savoie pour les problématiques croisées.

1.1 Dépistage et prise en charge précoce

a. Un dispositif de Protection maternelle et infantile globalement efficient



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

Le Schéma départemental Enfance, Jeunesse Famille 2012-2017 montre que le dispositif de PMI est globalement satisfaisant :

- 193 séances de consultations prénatales PMI ont été réalisées en Savoie en 2010¹, pour 1 279 consultations de sages-femmes,
- Un ratio de 35,5 visites prénatales pour 100 naissances, contre 33 au niveau métropolitain,
- 16% des enfants de 0 à 6 ans ont par ailleurs été vus dans le cadre des 8 142 visites à domicile organisées en 2010, soit près de 2 fois la moyenne métropolitaine,
- une bonne couverture pour les bilans de santé en école maternelle : 3 663 enfants de 3 à 4 ans ont été vus par un médecin de PMI en 2010, soit 73,6 % des enfants de cette tranche d'âge.

Toutefois, quelques points d'amélioration ont été soulignés dans le cadre de ce schéma, comme la part des femmes enceintes ayant été reçues en entretien avec une sage-femme au 4^{ème} mois encore à optimiser, ou encore les consultations pour les enfants de 0 à 6 ans à renforcer (à ce jour les moyennes sont inférieures aux données nationales).

b. Les CAMSP : un nombre de places croissant



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

Le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) intervient également dans le dépistage, la prise en charge précoce et la rééducation des troubles neuro-psychologiques ou des troubles du comportement dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire auprès des enfants âgés de 3 à 18 ans. Il réalise une activité de diagnostic et d'accompagnement des familles dans le parcours de l'enfant ainsi que dans son intégration scolaire.

¹ Source : Schéma départemental Enfance Jeunesse Famille 2012-2017

Le département de la Savoie compte 110 places autorisées en CAMSP, soit 6% de l'équipement régional pour ce type de structure (on recense 1 558 places de CAMSP en Rhône-Alpes – source : SROSM). Ces places sont essentiellement concentrées sur les villes de Chambéry (70) et d'Albertville (40) (cf. *carte 10 pour la localisation géographique des CAMSP*). Le CAMSP de Chambéry a vu sa capacité augmenter de 10 places en 2013.

Le financement des CAMSP est partagé entre l'ARS (80%) et le Conseil général (20%). A ce titre, l'effort du Conseil général consacré aux CAMSP s'élève chaque année à plus de 210 000 €.

Toutefois, des difficultés d'accès à ces structures demeurent :

- Des délais encore longs quoi qu'en baisse pour un premier rendez-vous, permettant une prise en charge au plus jeune âge
- Des zones non couvertes pour les CAMSP limitant leur intervention dans un rayon de 40 minutes de temps de déplacement.
- Des structures embolisées :
 - o d'une part, en aval, en raison d'un manque de solutions après 6 ans, lorsque la prise en charge par le CAMSP s'arrête et doit passer le relais à un autre service médico-social.
 - o d'autre part, en amont – c'est-à-dire à l'entrée du CAMSP – en raison de l'embolisation de l'aval.

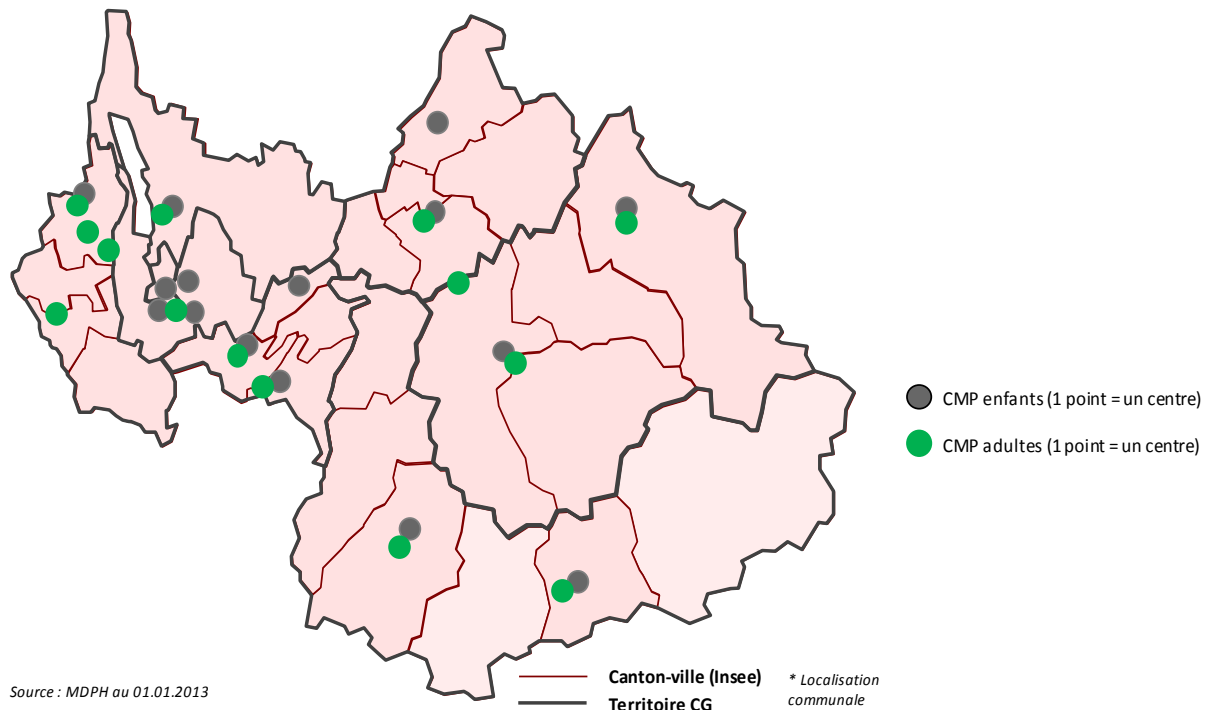
Ces difficultés repérées sont notamment à mettre en lien avec le manque de places de SESSAD dans le département (194 places en fonctionnement pour 292 orientations actives – voir ci-après).

c. Un lien avec le secteur de la psychiatrie assuré par les CMP



Le Centre médico-psychologique (CMP), est un lieu de consultation et de thérapie psychologiques qui dépend du secteur de la psychiatrie.

Carte 7 : Localisation des centres médico-psychologiques (adultes et enfants) sur le territoire



Les CMP, pour adultes comme pour enfants, sont davantage présents sur les aires urbaines de l'ouest du département.

d. Les structures d'accueil de la petite enfance

Créée en 1984, l'**Instance de médiation et de recours (I.M.R.)** a pour objectifs de promouvoir et de soutenir l'accueil d'enfants en situation de handicap dans les lieux d'accueil de la petite enfance. L'IMR accompagne les professionnels de crèches (quel qu'en soit le gestionnaire) et les assistantes maternelles. Un partenariat avec les CAMSP, les SESSAD, les CMP est effectif. L'IMR a aussi un rôle de formation et d'information.

e. Des enjeux de dépistage à lier aux programmes de formation des professionnels

Concernant le champ de l'Enfance, l'état des lieux du Schéma 2006-2011 conduit par le Département met en évidence la nécessité de développer les compétences des professionnels en matière de dépistage, de prévention secondaire et de révélation du handicap.

1.2 Scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap

a. La scolarisation en milieu ordinaire : l'intégralité des élèves orientés accompagnés



Une Auxiliaire de vie scolaire (AVS) est une personne s'occupant de l'accompagnement, de la socialisation, de la sécurité et de l'aide à la scolarisation d'enfants en situation de handicap ou présentant un trouble de santé invalidant.

Nombre d'élèves accompagnés par une AVSI (individuel) et une AVSM (mutualisée) à la rentrée 2013

Accompagnement par des auxiliaires de vie scolaire (chiffres 2013)			
AVSI	351 notifications	351 élèves accompagnés	3850 heures d'accompagnement
AVSM	449 notifications	449 élèves accompagnés	Nombre d'heures non pertinent

Ces accompagnements sont réalisés par des professionnels qui représentent 155 AVS en contrats uniques d'insertion et 137 assistants d'éducation. Il faut souligner que les difficultés de recrutement de ces intervenants sont importantes et liées notamment au différentiel entre le temps scolaire et les heures contrats des professionnels (20 heures par semaine) ou encore au manque d'attractivité de certaines zones géographiques pour des contrats à temps partiel du fait du nombre de kilomètres à parcourir.

Le dispositif de l'Education nationale s'appuie dans le département sur 13 enseignants référents, chargés de faire le lien entre les établissements scolaires, les enseignants, les équipes éducatives, et la MDPH.

Un dispositif dérogatoire a été mis en place par le Conseil général depuis 2006, pour permettre l'accompagnement des enfants scolarisés dans des petites communes isolées où un poste d'auxiliaire de vie scolaire à temps plein ne peut être créé ou pour assurer un remplacement d'AVS de l'Education nationale (pendant les formations) en cas de problématiques médicales spécifiques.

b. Une offre de SESSAD diversifiée



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

Au 1^{er} juin 2013, on compte sur le département 212 places autorisées de SESSAD. Parmi celles-ci, 18 places sont en attente d'installation (soit 194 places en fonctionnement). Comme la carte n°10 le montre, les SESSAD sont répartis sur trois secteurs : Chambéry-Aix les Bains, Albertville et Saint-Jean-de-Maurienne. L'offre de SESSAD bénéficie d'un niveau de diversification satisfaisant pour la prise en charge de la déficience intellectuelle, la déficience motrice, l'autisme et les troubles envahissant du développement.

En septembre 2013, le nombre total d'orientations actives (*) vers un SESSAD est de 292 enfants / adolescents. À cela peuvent être ajoutées

- 9 orientations actives vers un SAAAIS (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire pour les enfants et adolescents présentant une déficience visuelle) ;
- 3 orientations actives vers un SAFEPE (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants et adolescents présentant une déficience auditive).

SESSAD :

Objectif du précédent schéma : 90 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : 81%

Nombre de places de SESSAD créées depuis 2006 : 73 places autorisées
(55 places installées et 18 en attente d'installation)

Les principales difficultés rencontrées concernant les SESSAD se concentrent sur l'organisation des prises en charge à domicile et la diversification de l'offre de service aujourd'hui proposée. Sur ce dernier point, il apparaît essentiel aux acteurs que soit développé dans le département :

- Les possibilités d'accès aux soins (soins dentaires et soins gynécologiques par exemple) dans le SESSAD.
- L'offre de SESSAD-Pro pour favoriser l'accompagnement vers l'insertion professionnelle des 16-20 ans.

c. Des CLIS et ULIS qui maillent le territoire



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

Le département présente une offre s'élevant, pour la rentrée 2013, à 36 CLIS. Cette offre, diversifiée et bénéficiant d'un maillage plutôt développé, se décompose comme suit :

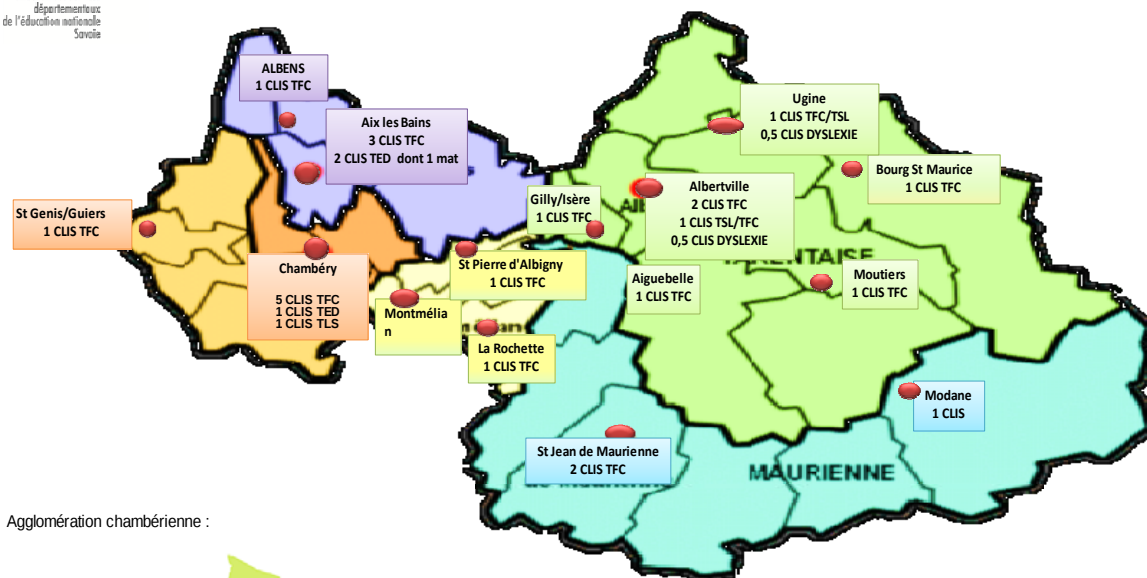
- 27 CLIS pour l'accueil d'élèves présentant des troubles des fonctions cognitives (TFC)
- 4 CLIS pour l'accueil d'élèves présentant des troubles envahissant du développement (TED), dont 2 CLIS de maternelle sur Aix-les-Bains et l'agglomération chambérienne
- 1 CLIS pour l'accueil d'élèves présentant des troubles des fonctions motrices (TFM) située dans l'agglomération chambérienne (St Alban Leysse).
- 1 CLIS dédiée à l'accueil d'élèves présentant des troubles sévères du langage (Chambéry) et 2 CLIS pouvant également offrir un accueil pour ces enfants sur Albertville et Ugine (source IEN).
- 2 demi-CLIS spécialisées pour l'accueil d'élèves dyslexiques (Albertville et Ugine).

En 2012, 300 élèves ont été scolarisés dans ces classes.

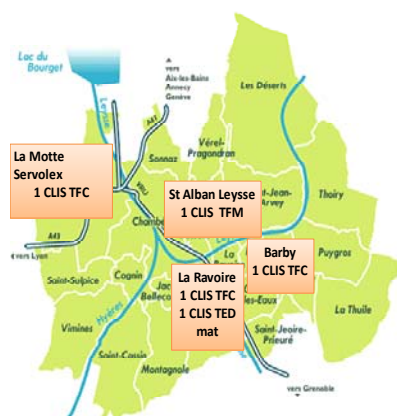
(*) on entend par orientations actives le nombre de droits ouverts au titre de ces orientations qu'elles soient ou non mises en œuvre dans les faits.

Carte 8 : Localisation des CLIS sur le département

Carte d'implantation des CLIS - Rentrée 2013



Agglomération chambérienne :



Définitions :

TFC : Troubles fonctions cognitives
TED : Troubles envahissants du développement
TSL : Troubles sévères du langage
TFM : Troubles des fonctions motrices

L'ouverture d'une CLIS pour l'accueil d'enfants autistes est programmée sur Albertville et viendra renforcer l'offre dans le département pour améliorer la scolarisation de ces enfants. Par ailleurs, les CLIS seront dotées chacune de 0,5 ETP d'auxiliaires de vie scolaire individuelles (AVS-i).

Toutefois, certains acteurs du département souhaiteraient voir se développer une offre de CLIS TED en maternelle, pour faciliter la scolarisation et l'inclusion dès 3 ans.

Les Unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) accueillent des élèves dont le handicap ne permet pas d'envisager une scolarisation individuelle continue dans une classe ordinaire mais qui peuvent bénéficier, dans le cadre d'un établissement scolaire du second degré, d'une scolarisation adaptée. Les ULIS sont un dispositif permettant la mise en œuvre des projets personnalisés de scolarisation (PPS).

Le département de la Savoie comptabilise 15 ULIS, réparties comme suit :

- 10,5 ULIS pour l'accueil d'élèves en collège présentant des troubles des fonctions cognitives (TFC), dont une ULIS ouverte à La Ravoire à la rentrée 2013 ;
- 3,5 ULIS pour l'accueil d'élèves en collège présentant des troubles sévères du langage (TSL) sur les communes La Motte-Servolex, St Alban Laysse, St Pierre d'Albigny et Albertville ;

- 1 ULIS pour l'accueil d'élèves en collège présentant des troubles des fonctions motrices (TFM) située sur la commune de La Motte Servolex.

Pendant l'année scolaire 2012-2013, 140 élèves ont été scolarisés au sein des ULIS du département :

- 84 élèves en ULIS TFC (collège)
- 44 élèves en ULIS TSL (collège)
- 12 élèves en ULIS TFM (collège)

A la rentrée 2013, 146 élèves bénéficiaient d'une orientation active vers une ULIS.

L'une des spécificités du dispositif ULIS savoyard réside dans l'existence d'une ULIS-Pro (Lycée professionnel La Cardinière à Chambéry) pour la préparation au CAP. Ce dispositif fonctionne avec un réseau de 5 Lycées professionnels et 1 EREA (établissement régional d'enseignement adapté) du bassin chambérien, 2 Lycées professionnels et 1 EREA du bassin d'Albertville, et 2 Lycées professionnels du bassin de la Maurienne.

Toutefois, il n'existe pas de dispositif ULIS en lycée général dans le département de la Savoie. Par conséquent, les élèves en situation de handicap ne peuvent bénéficier d'un parcours scolaire adapté jusqu'au baccalauréat général et professionnel. Cette difficulté est notamment pointée par la plateforme Autisme pour l'accompagnement des jeunes âgés de 16-25 ans. En effet, les élèves présentant certaines formes d'autisme (Asperger par exemple) sont contraints de poursuivre leur scolarité soit en Savoie en lycée général mais sans accompagnement spécifique, soit dans un autre département bénéficiant d'un dispositif ULIS en lycée général.

Carte 9 : Localisation des ULIS sur le département

Carte d'implantation des ULIS - Rentrée 2013



⇒ Une orientation professionnelle à conforter

Le précédent schéma avait pour objectif de garantir des parcours de formation à la suite des parcours de scolarité, en favorisant le maillage entre centre de formation des apprentis (CFA), SESSAD et IMPro. On constate effectivement un renforcement des liens entre IMPro et certains CFA, de même que la création par l'EREA d'Albertville d'une Unité de formation par apprentissage (UFA).

Pour autant, le développement de la scolarisation des élèves handicapés interroge aujourd'hui - de manière prospective – sur les possibilités d'accompagnement vers le milieu professionnel par l'Education Nationale.

Les acteurs font échos de difficultés après 16 ans, une fois l'obligation de scolarisation échue. En effet, les possibilités à la sortie d'ULIS gagneraient à être développées pour éviter les retours au domicile familial des élèves sans suivi scolaire. Ainsi, à la sortie d'ULIS, les élèves ne disposent pas toujours d'un projet professionnel et se retrouvent en difficulté ; ils peuvent alors être concernés par une orientation par défaut (en IMPro par exemple).

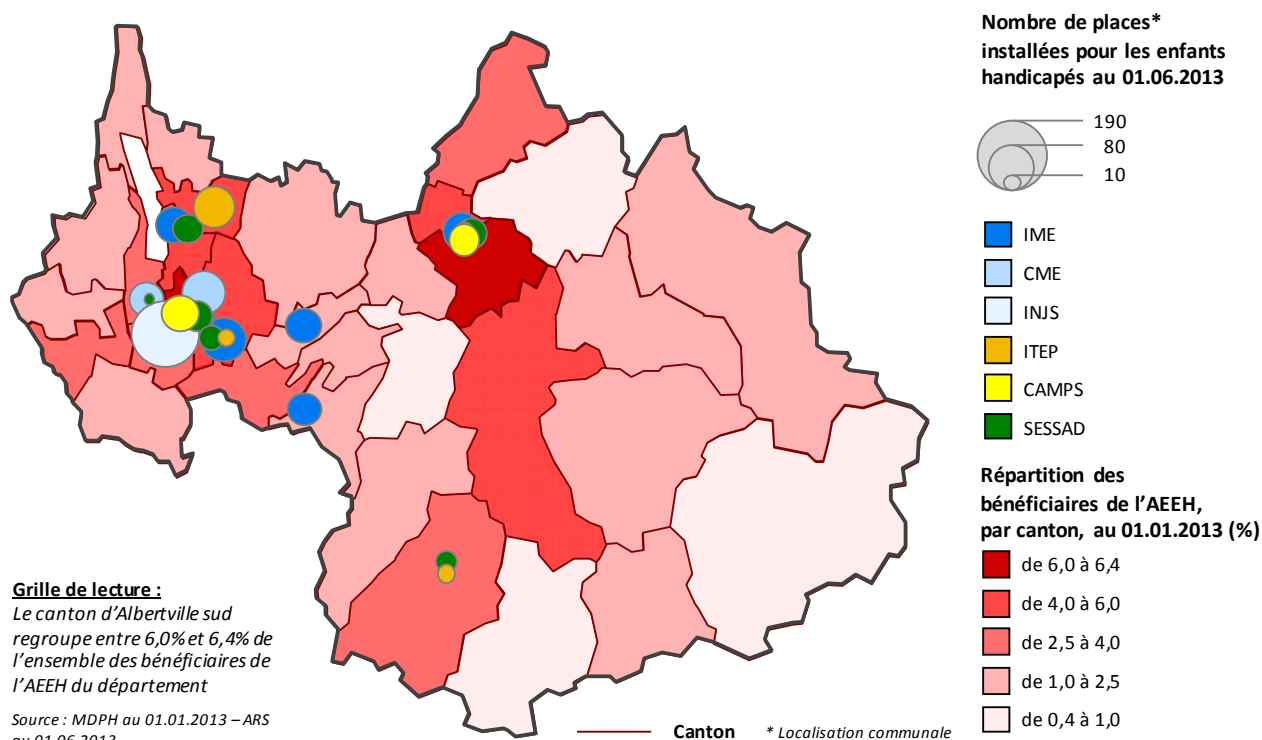
⇒ Des difficultés sur les temps de transition

Les professionnels et partenaires soulignent des difficultés sur les temps de transition :

- Des décisions d'orientation tardives
- La recherche d'établissement d'accueil
- Un manque de places et ainsi des temps d'attente importants
- Une difficile adaptation de la part de l'enfant

1.3 Accueil en établissement médico-social

Carte 10 : Nombre de places installées pour les enfants par type d'établissement ou service



a. Une offre en IME en cours de reconfiguration

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

Le département de Savoie comptabilise :

- 50 places d'accueil pour les enfants / adolescents polyhandicapés (CME – situés à Chambéry)
- 80 places de centre d'éducation motrice (CEM – situées à St Alban Leysse)
- 190 places de l'Institut National pour les Jeunes Sourds (INJS – situées à Cognin)
- 380 places d'IME/IMPro :

Etablissement	Nombre de places
IME de Marlioz	58
IME d'Albertville	58
IME « Le Bourget »	81
IMPRO L'Oasis	13
IME Domaine Saint Réal	50
IME Saint-Louis-du Mont	72
IME « Le Château »	48

En septembre 2013, le nombre total d'orientations actives vers un IME est de 239, dont 13 vers une structure spécialisée pour la prise en charge de la déficience motrice.

Institut médico-éducatif :

Objectif du précédent schéma : 5 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **20%**

Nombre de places d'IME créées depuis 2006 : 1 place créée et installée

On note sur la carte n°10 ci-dessus que les différents types d'IME (en bleu) sont concentrés sur les secteurs urbanisés de l'ouest du département.

Aujourd'hui, les acteurs constatent une meilleure orientation vers les IME des enfants qui ne peuvent pas être scolarisés en milieu ordinaire, mais avec l'augmentation de l'âge moyen à l'entrée en IME (après un essai le plus souvent en milieu ordinaire).

Un autre constat concerne l'évolution des élèves accueillis et l'augmentation des pathologies et des troubles associés (psychiatriques, troubles de la conduite et du comportement, troubles envahissant du développement, autisme...). De plus, le nombre d'élèves bénéficiant d'un suivi social a tendance à augmenter.

Les acteurs relèvent également l'augmentation des inscriptions sur les listes d'attente de certains établissements de jeunes provenant des départements voisins (Isère, Ain, Haute-Savoie), ce qui peut être rapproché du découpage territorial de l'ARS qui intègre plusieurs départements (Arc Alpin). Ce constat est également vrai pour ce qui est des Savoyards accueillis dans des établissements hors Savoie.

b. Une offre en ITEP croissante

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

Le département compte 3 ITEP totalisant 99 places autorisées (parmi celles-ci, 90 sont en fonctionnement). A l'image des équipements spécialisés en Savoie, ces trois ITEP sont situés sur Chambéry et Albertville, toutefois un seul possède un internat.

Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique :
 Objectif du précédent schéma : 10 places
Réalisation (sur la base des places autorisées) : 140%
 Nombre de places d'ITEP créées depuis 2006 : 14 places autorisées
 (toutes en attente d'installation)

Etablissement	Nombre de places
ITEP La Ribambelle	71
ITEP de Chambéry	14
ITEP D'Albertville ouverture septembre 2012	14 autorisées 5 financées

A la rentrée 2013, le nombre total d'orientations actives vers un ITEP est de 79. Une partie de ces enfants sont accueillis dans des ITEP isérois, proches de la frontière départementale.

Les ITEP contractualisent de plus en plus de partenariats avec les établissements scolaires (collèges) pour faciliter la socialisation des jeunes.

c. Un nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement Creton maîtrisé

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

Au sein du département au 14.10.2013 (*source MDPH*), on compte 44 personnes relevant de l'amendement Creton : 16 femmes et 28 hommes. 34 jeunes ont moins de 21 ans et 10 plus de 22 ans. Ces jeunes adultes présentent majoritairement un handicap mental (pour 31 d'entre eux), mais également un polyhandicap (9) ou un handicap physique (6). Deux seulement présentent des troubles psychiques. Pour la majorité d'entre eux, ils résident actuellement sur Chambéry ou sa couronne (25), mais également à Aix-les-Bains (6) ou Albertville (4). Ils sont actuellement pris en charge dans un IME pour la majorité d'entre eux (30), mais également dans un CEM (14).

	IME	IEM
Nombre de jeunes adultes maintenus actuellement en établissement pour enfants	30	14

On note que les orientations non mises en œuvre qui les concernent relèvent d'une part du handicap lourd (FAM-MAS) en lien avec les profils des jeunes adultes présentés ci-dessus (notamment le polyhandicap), mais également un accompagnement en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) avec ou sans foyer d'hébergement (FH).

	ESAT	FH	FV	FAM	MAS	SAJ	SAMSAH	TOTAL
Nombre de décisions non mises en œuvre vers un établissement pour adultes	13	6	5	11	9	2	1	47

d. Une offre du secteur psychiatrique et hôpitaux de jour inférieure à la moyenne régionale

Le taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile est de 0,6 lits et places pour 1 000 enfants de 0-16 ans, soit un taux inférieur de 0,2 point à la région Rhône-Alpes. On note une absence d'offre de placement familial thérapeutique sur la Savoie.

Nombre de places/lits	Savoie	Rhône-Alpes
Hospitalisation complète	7	180
Hospitalisation de jour, de nuit	29	645
Placement familial thérapeutique	0	12
Taux d'équipement global	0,4‰	0,6‰

Ce qu'il faut retenir :

- Un dispositif de PMI efficient
- Des structures d'accueil de la petite enfance intégrées dans le paysage médico-social et sanitaire
- 100% des élèves dont la demande d'AVS a été acceptée par la CDAPH ont été accompagnés en 2013
- Une offre de SESSAD diversifiée répondant aux principaux profils d'enfants accompagnés
- Plus de 400 élèves accompagnés sur 2012-2013 dans les CLIS ou ULIS couvrant le territoire savoyard
- Malgré un travail en réseau qui progresse, l'accompagnement et le suivi des orientations professionnelles restent à conforter
- Des IME confrontés à une mutation des jeunes présentant de plus en plus de pathologies associées
- Une forte augmentation de l'offre en ITEP sur les dernières années
- Des jeunes relevant de l'amendement Creton majoritairement présentant un handicap lourd

Orientation 1 : Promouvoir un accompagnement global autour des enfants en situation de handicap

La volonté du Conseil général

Comme dans son précédent schéma, le Conseil général de Savoie a souhaité intégrer les problématiques relatives à l'enfance et l'adolescence handicapées, bien que les principales compétences dans ce domaine soient portées par l'ARS. L'ambition nourrie par le Département est de développer une politique d'accompagnement cohésive, tout au long du parcours de vie, en évitant les ruptures de prise en charge, notamment aux âges clefs qui impliquent des changements de dispositifs pour les usagers. Il s'agit également de mettre en avant la nécessaire adaptation du milieu ordinaire afin d'en faciliter l'accès aux enfants handicapés.

En effet, bien que le nombre d'amendements Creton sur le territoire soit relativement maîtrisé (44 jeunes au 14 octobre 2013, d'après la MDPH), il apparaît que les prochaines années risquent de voir ce nombre croître en raison de l'embolisation de certaines structures adultes qui ne permettent pas à ces jeunes de poursuivre leurs parcours de façon fluide vers une structure adaptée.

Par ailleurs, l'enjeu des dépistages des handicaps et troubles handicapants est apparu comme un sujet central lors des échanges avec l'ensemble des partenaires dans la phase de concertation et il a été décidé d'engager une action dédiée à cet aspect.

Ce que dit le Projet Régional de Santé pour le territoire savoyard

Les compétences relatives à l'Enfance handicapée incombent de manière partagée à l'ARS et au Conseil général selon les structures considérées. Dès lors, il convient de considérer les actions engagées par le Conseil Général conjointement avec celles prévues par le SROSM 2012-2017 de la région Rhône-Alpes. En effet, une des priorités régionales sectorielles annoncées dans ce document est l'organisation de l'accompagnement des personnes handicapées en favorisant la fluidité des parcours de vie. Aussi, pour l'élaboration de ce volet, l'ARS a travaillé à partir de huit groupes de travail dont deux consacrés exclusivement à ces problématiques de l'enfance et de l'adolescence handicapées (« La scolarisation des enfants et adolescents handicapés » et « les 16/25 ans »).

Il en a découlé pour le département de la Savoie en particulier (dans le programme du territoire Est), plusieurs actions en faveur de l'enfance handicapée :

- ❖ Favoriser un parcours personnalisé et continu de scolarité pour chaque enfant en situation de handicap
- ❖ Faire progresser la coordination des acteurs de la scolarisation : renforcer la coopération entre les établissements médico-sociaux et les écoles
- ❖ Assurer une continuité de l'accueil des enfants présentant un handicap moteur lourd
- ❖ Systématiser les conventions tripartites créatrices d'unités d'enseignement
- ❖ Offrir un accompagnement adapté aux jeunes présentant des troubles du comportement
- ❖ Prévenir la grande prématurité et ses conséquences

Les actions retenues au titre du présent schéma

- **Fiche 1.1** : Favoriser les diagnostics précoces et accompagner les familles dans le parcours de dépistage et de prise en charge
- **Fiche 1.2** : Favoriser une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du territoire
- **Fiche 1.3** : Assurer un accompagnement cohérent et dans la continuité des parcours des enfants en situation de handicap

FICHE N° 1.1

Favoriser les diagnostics précoces et accompagner les familles dans le parcours de dépistage et de prise en charge

Constats

- Un dispositif de PMI globalement satisfaisant bien que le niveau de consultations des 0-6 ans soit au-dessous des moyennes nationales
- Des problématiques d'accès aux dispositifs de dépistage en zones rurales et montagneuses (Tarentaise, Avant Pays et Maurienne principalement)
- Des délais raccourcis pour l'accès à un premier rendez-vous au CAMSP mais un manque de places en aval qui continue d'inhiber le processus de prise en charge précoce

Objectif

En favorisant des dépistages précoces ainsi qu'en accompagnant les familles vers les dispositifs, permettre l'anticipation des prises en charge en garantissant des accompagnements appropriés

Pilote de l'action

ARS / DSDEN

Partenaires participants à l'action

CAMSP, Réseau périnatal des deux Savoie, PMI, CAF, CH, CHS, professionnels libéraux, ESMS

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Un accès facilité aux structures de dépistage sur l'ensemble du territoire
- Une meilleure connaissance des dispositifs centralisés en plusieurs centres ressources (CRA, MDPH, réseau CapDys, ESMS...) identifiés par l'ensemble des acteurs notamment les professionnels de la médecine générale
- Des familles accompagnées et suivies dans le parcours de dépistage puis de prise en charge
- Améliorer l'accompagnement des situations de polyhandicap

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.1.1 : Améliorer le repérage des premiers signes du handicap chez l'enfant par les professionnels médicaux, paramédicaux et de l'Education nationale

- Sensibiliser et former les professionnels de médecine de ville (médecins généralistes, Infirmières diplômées d'État, Kinés...) sur les premiers signes du handicap chez l'enfant
- Informer les professionnels de médecine de ville sur les dispositifs de dépistage existants
- Développer les formations des professionnels de l'Education nationale sur le repérage des troubles et leur prise en charge
- Consolider les différents réseaux de dépistage entre eux (périnatalité, CAMSP...) et s'appuyer sur les établissements spécialisés comme lieux ressources

Sous-action 1.1.2 : Renforcer l'accompagnement des parents dans le parcours de dépistage/diagnostic et de prise en charge

- Renforcer les coopérations entre les généticiens, obstétriciens, spécialistes de la néonatalogie et les réseaux périnataux
- Accompagner les familles immédiatement après chaque étape du diagnostic
- Améliorer l'accompagnement social des familles en grande vulnérabilité
- Proposer des actions d'aide à la parentalité pour les parents d'enfants handicapés
- Renforcer l'information aux familles sur l'offre existante

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Programme Territorial de Santé Est** : Actions « Dépistage de la surdité profonde », « Repérage et accès au diagnostic des troubles autistiques et TED », « Améliorer le devenir et la qualité des vies des prématurés : réduire les inégalités d'accès aux CAMSP », « Suivi des enfants vulnérables au sein des réseaux de périnatalité », « Soutien à la parentalité : publics en situation de vulnérabilité », « Diminuer les délais de premier rendez-vous en CAMSP pour permettre une prise en charge au plus jeune âge possible »

➤ **Schéma Enfance Jeunesse Famille** : Action 1.1 « Enrichir la « Prévention primaire » en périnatalité et auprès des enfants de 0 à 6 ans »

Action 1.4 : « Conforter les dispositifs de soutien à la fonction parentale »

Freins ou contraintes identifiés

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

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de bilans médicaux de la PMI pour les 3-4 ans réalisés chaque année et évolution annuelle

Nombre de consultations de PMI pour les 0-6 ans réalisées chaque année et évolution annuelle

Nombre de dépistages tardifs par les CAMSP (après 6 ans) chaque année et évolution

FICHE N° 1.2

Favoriser une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du territoire

Constats

- Des problématiques d'accès aux soins en zone rurale et montagneuse qui persistent
- Une concertation entre les dispositifs sociaux et ceux du handicap pas encore systématique et qui ne permet pas une réponse cohésive aux besoins des doubles prises en charge

Objectif

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

Pilote de l'action

ARS / DSDEN / Conseil général

Partenaires participants à l'action

ASE, MDPH, Centres de formation (ex. Centre ressources autisme...), Maison des Adolescents, CH, CAF, ESMS, CHS

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une prise en charge sur tout le territoire, même pour les publics isolés
- Des intervenants du champ de l'enfance formés aux problématiques du handicap
- Une prise en compte des enjeux et spécificités du handicap en milieu ordinaire (scolarisation)

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.2.1 : Adapter les solutions de droit commun (milieu ordinaire) pour l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap

- Adapter les dispositifs d'accueil du jeune enfant pour répondre aux problématiques du handicap (haltes-garderies, multi-accueils, assistantes maternelles)
 - Identifier les lieux ressources permettant de mettre en œuvre les actions d'information, de sensibilisation et de formation auprès des professionnels de l'accueil du jeune enfant (le centre ressource autisme par exemple dispense des formations gratuites) / s'appuyer sur la Commission départementale d'accueil du jeune enfant (CDAJE)
 - Développer l'offre de garde adaptée à domicile en journée, en soirée et le week-end (travail à conduire avec les SAAD et les associations)
- Développer l'offre de formation sur le handicap à destination des professionnels des structures périscolaires et des centres de loisirs, de l'aide sociale à l'enfance (assistants familiaux et TISF)

- Faciliter l'accès à la scolarité des enfants et des jeunes :
 - o Formaliser un projet personnalisé de scolarisation (MDPH) et un suivi de mise en œuvre (DSDEN) en particulier pour les 3-6 ans
 - o Fluidifier les parcours entre le milieu ordinaire et spécialisé
- Prendre en compte les problèmes de santé des élèves lorsqu'ils sont importants pour adapter l'année scolaire et les enseignements aux rythmes de l'élève et aux temps du soin

Sous-action 1.2.2 : Optimiser le maillage territorial des services de dépistage et d'accompagnement en considérant les spécificités du territoire savoyard

- Encourager le développement de structures spécialisées de manière homogène sur le territoire afin d'éviter la centralisation de celles-ci dans les foyers urbains (CAMSP) dans le cadre de l'action du PTS Est « Réduire les inégalités d'accès au CAMSP »
- Favoriser les modes de coopération entre les structures spécialisées et les structures de proximité par la mise en place de relais pour favoriser le déploiement des ressources vers les zones les plus décentrées
- Améliorer l'offre de services d'aide à domicile (SAAD) pour répondre aux besoins des enfants et adolescents en situation de handicap

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Programme Territorial de Santé Est** : Actions « Instances de coordination ARS-Education Nationale sur la scolarisation des enfants handicapés », « Conventions tripartites créatrices d'unités d'enseignement » et « Faire progresser la coordination des acteurs de la scolarisation : renforcer la coopération entre Etablissements médico-sociaux et écoles », « Diminuer les délais de rendez-vous en CAMSP pour permettre une prise en charge au plus jeune âge possible » « Réduire les inégalités d'accès aux CAMSP »

Freins ou contraintes identifiés

- Problèmes de couverture des zones blanches en premier lieu dus aux difficultés de recrutement rencontrées
- Des temps de transports induits dans les prises en charge de publics isolés qui pèsent sur le dispositif

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Zone de couverture des CAMSP et des SAAD pour les enfants en situation de handicap (% du territoire savoyard)

Nombre et proportion des travailleurs sociaux (assistants familiaux et TISF) formés à la prise en charge du handicap et évolution annuelle

FICHE N° 1.3

Assurer un accompagnement cohérent et dans la continuité des parcours des enfants en situation de handicap

Constats

- Fermeture de la plupart des établissements le week-end qui engendre des problèmes de prises en charge hebdomadaires
- Une coordination de l'ensemble des temps de la vie de l'enfant assurée par les parents en tant qu'intermédiaire principal entre les différents acteurs et en l'absence d'outils institutionnalisés

Objectif

Garantir une coordination entre les acteurs qui entourent l'enfant et assurer un service en continu

Pilote de l'action

ARS / Conseil général

MDPH pour la mise en place de la commission en charge des situations critiques

Partenaires participants à l'action

Réseau R4P (CS3), établissements et services, CHS, Protection judiciaire de la jeunesse

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une meilleure articulation entre les différents acteurs autour de l'enfant, permettant le répit des familles
- Une coordination institutionnalisée pour les doubles prises en charge (protection de l'enfance et handicap)
- Une offre en continue (soirs, week-end et vacances scolaires) pour les enfants en établissements comme pour ceux au domicile

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 1.3.1 : Améliorer la coordination des interventions auprès de l'enfant en situation de handicap

- Systématiser le dialogue entre les différents acteurs intervenant autour de l'enfant afin de soulager les parents du rôle de coordonnateur (SESSAD – SAAD – CAMSP – etc.) ; Poursuivre le travail ARS / Conseil général sur la coordination à domicile
- Développer des outils homogènes facilitant les échanges d'informations et la coordination des interventions
- Formaliser la coordination autour des prises en charge multiples (ASE, Handicap...) et/ou complexes (accueil le week-end...) ; dans le cadre de la circulaire du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

Sous-action 1.3.2 : Améliorer la continuité de la prise en charge les week-ends et pendant les vacances pour les enfants bénéficiant d'un accueil en établissement

- Identifier les structures et services sur le territoire Est de la région ouverts le week-end afin d'assurer des possibilités de relais pour les enfants nécessitant une prise en charge durant les week-ends et vacances et mettre en place les transports adéquats
- S'appuyer sur le référent régional de l'ARS pour les situations critiques (circulaire du 22 novembre 2013)

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Action « Offrir un accompagnement adapté et continu aux jeunes présentant des troubles du comportement : promouvoir des modes de prise en charge innovants pour les situations complexes »

➤ **Schéma de Cohésion Sociale** : Actions « Agir en cohérence et en complémentarité, définir un cadre d'échange des informations » et « Développer le lien médico-social »

➤ **Schéma Enfance Jeunesse Famille** : Action 5.1 « Renforcer les articulations autour des situations complexes, à la croisée des champs d'intervention des différents partenaires »

Freins ou contraintes identifiés

- Effectifs à renforcer pour les week-ends

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre d'enfants sans solution de prise en charge et / ou accompagnement les week-ends
Nombre de situations ayant fait l'objet d'une coordination

ORIENTATION 2

FAVORISER LA FORMATION, L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Diagnostic

- | | |
|---|-------------|
| 1. Travail en milieu ordinaire | P 46 |
| 2. Une offre de travail en milieu protégé
en pleine mutation | P 47 |

Fiches actions

P 52

Dans une logique de parcours, il s'avère indispensable d'accompagner la personne en situation de handicap dans sa vie professionnelle.

Cet accompagnement est pensé de manière collaborative entre les professionnels du social et médico-social et Cap-Emploi.

Parallèlement à ces dispositifs de droit commun, des initiatives et réflexions se font jour dans le Département pour conforter un accompagnement professionnel des personnes en situation de handicap dans le cadre d'approches de plus en plus transverses tout en tenant compte des spécificités des différents types de handicap.

- 1) L'UDAFAM, l'UNAFAM, Espoir, SOLSAV, Transition, RéHPSy, les GEM, la SASSON, et l'Accueil savoyard ont pour projet la création d'une plate-forme de service et de formation commune aux départements de la Savoie et de la Haute-Savoie, ouverte aussi bien aux professionnels (soutien) qu'aux familles (répits) et aux personnes en situation de handicap psychique (formations, stages...)
- 2) CapDys a pour ambition la mise en place d'une structure de coordination de professionnels autour de toute personne en situation de handicap.
- 3) L'Association France Parkinson interpelle pour sa part les acteurs du territoire sur l'enjeu de définir des réponses particularisées face à la maladie de Parkinson. Deuxième maladie dégénérative après Alzheimer, elle est diagnostiquée en moyenne à 58 ans, ce qui pose la question du maintien dans l'emploi des personnes concernées.

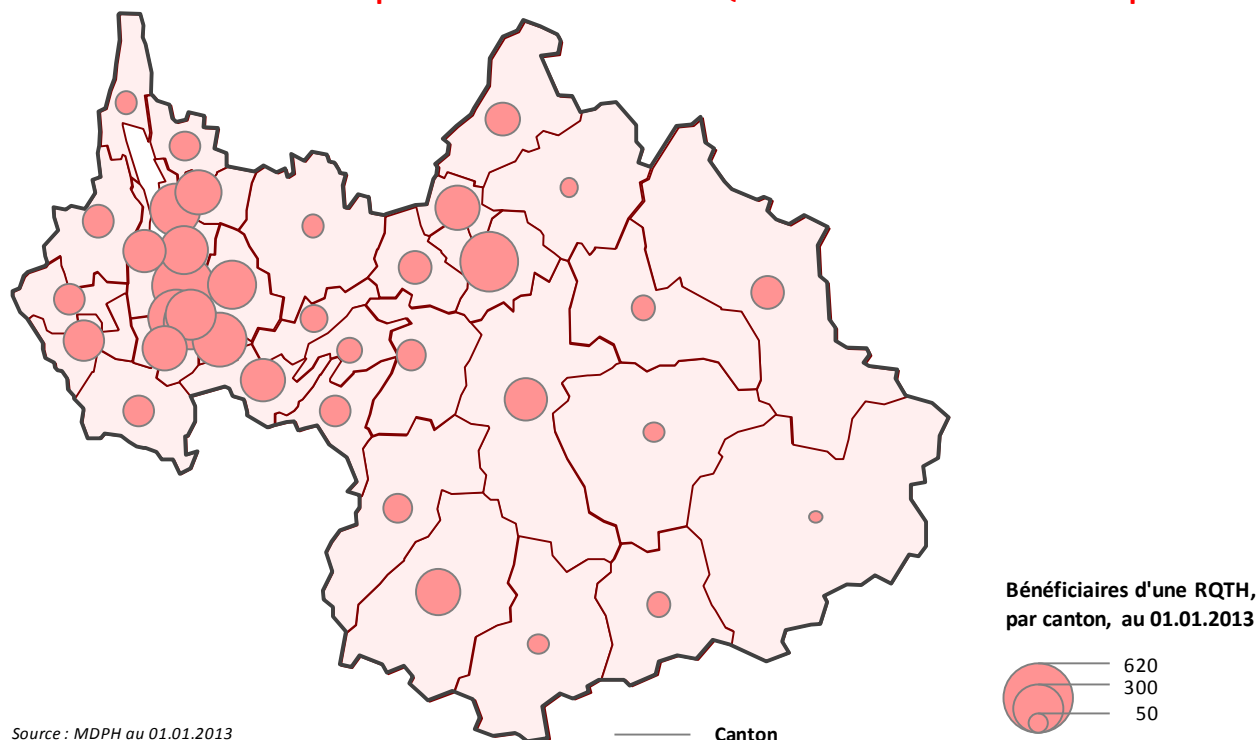
2.1 Travail en milieu ordinaire

Le département de la Savoie compte 9 324 personnes reconnues comme « travailleurs handicapés » réparties sur l'ensemble du territoire. Elles sont localisées, comme le montre la carte ci-dessous, majoritairement dans les secteurs urbains.

2 950 personnes handicapées sont orientées vers un travail en milieu ordinaire au 1^{er} janvier 2013.

300 travailleurs handicapés sont employés dans 9 entreprises adaptées.

Carte 11 : Localisation des personnes Reconnues en Qualité de Travailleurs Handicapés



Les chiffres clés de l'emploi des bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) en milieu ordinaire :

- 3,8% de taux d'emploi direct de TH en ETP pour 2010 dans le secteur privé (augmentation de 0,2 point en un an) et 4,7% dans le secteur public
- 45% des signalements pour le maintien dans l'emploi sont réalisés par la CDAPH et 26,1% par le service de Santé au Travail

Dans le secteur public :

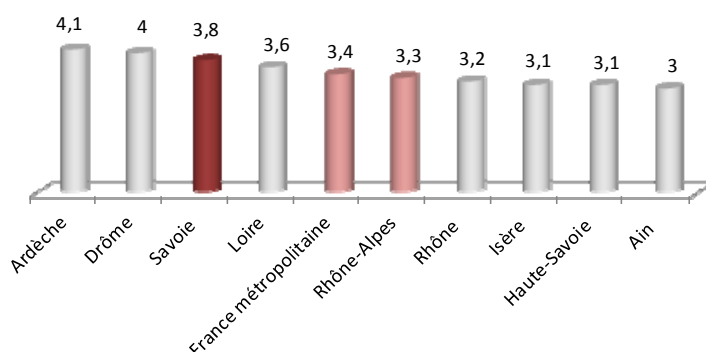
- 65,8% des BOE employés sont des hommes, 68,4% ont entre 41 et 55 ans.

2.2 Une offre de travail en milieu protégé en pleine mutation



Les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), permettent à une personne handicapée d'exercer une activité dans un milieu protégé si elle n'a pas acquis assez d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire.

**Taux d'équipement en ESAT au 31.12.2011 (places pour 1 000
adultes de 20 à 59 ans)**



Nombre de places en ESAT au 31.12.2011

France métropolitaine	113 787
Rhône-Alpes	10 912
Rhône	2976
Isère	1993
Loire	1339
Haute-Savoie	1226
Drôme	978
Ain	933
Savoie	828
Ardèche	639

Pour ce qui est de l'équipement en Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), la Savoie, avec 3,8 places pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, se positionne dans la moyenne haute de la région et au-dessus du niveau national moyen d'équipement (3,4‰). La localisation de l'offre est essentiellement urbaine (secteurs de Chambéry-Aix les Bains, Albertville, Saint-Michel de Maurienne notamment). Il est important de noter que la majorité des ESAT se situent à proximité des offres de foyers d'hébergement et de services d'accueil de jour, facilitant ainsi les accueils séquentiels et limitant les trajets à effectuer tous les jours pour les travailleurs.

Au 01/01/2013, le nombre total d'orientations actives vers un ESAT est de 1287.

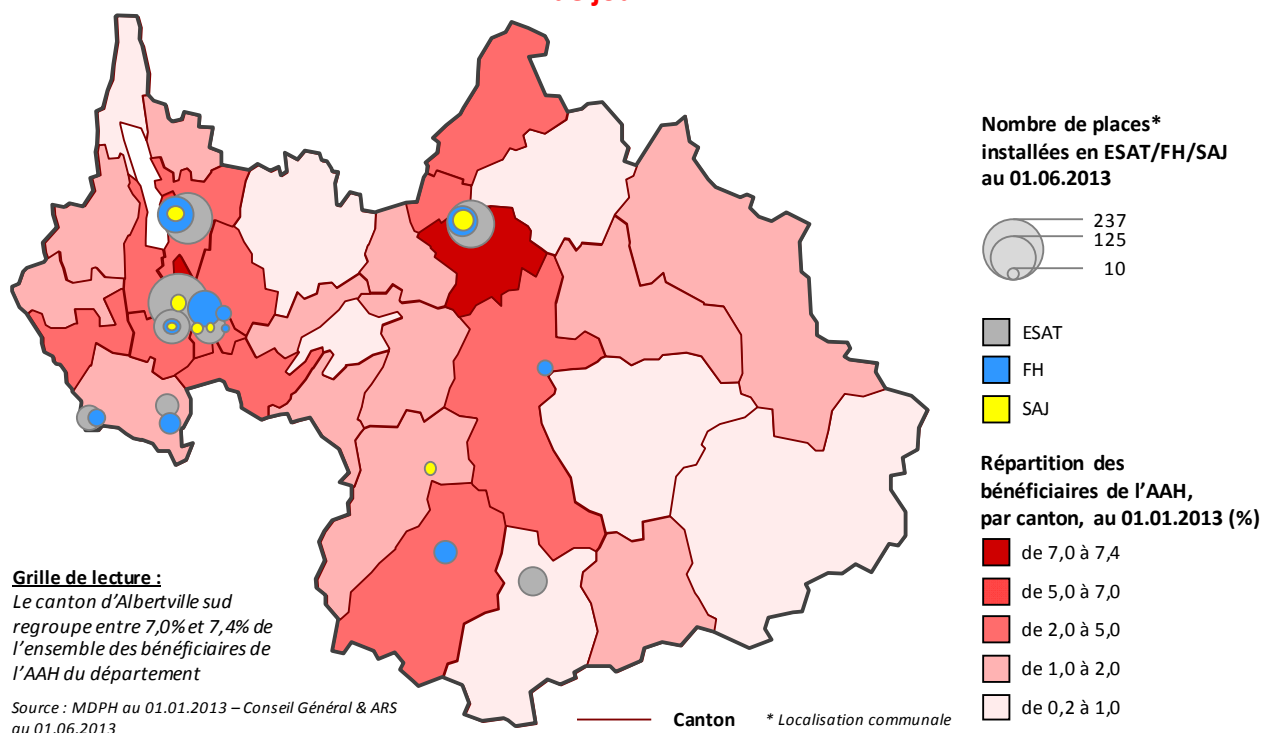
Etablissements et Services d'Aide par le Travail :

Objectif du précédent schéma : 40 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **118%**

Nombre de places d'ESAT créées depuis 2006 : 47 places autorisées et installées

Carte 12 : Localisation des places d'ESAT, de foyers d'hébergement et de Service d'accueil de jour



La Savoie est confrontée à deux mutations majeures, identifiées également au niveau national.

Premièrement, la population accueillie en ESAT est de plus en plus hétérogène, avec une forte progression des troubles psychiques.

Plus précisément dans le département, les personnes autistes représentent une proportion significative de la population ayant vocation à être accueillie en ESAT. Par ailleurs, les méthodes d'éducation adaptées à l'autisme sont désormais reconnues par la HAS et l'ANESM. Demeure le défi de leur appropriation par les professionnels des établissements.

Deuxièmement, la demande de travail à temps partiel progresse. Elle n'est pas spécifique aux personnes handicapées psychiques. En effet, elle reflète également deux autres tendances que connaissent les ESAT : le vieillissement de leurs travailleurs et l'évolution des profils des jeunes à la sortie des structures pour enfants. Ces derniers ne sont en effet pas toujours prêts à entrer dans l'activité professionnelle à temps plein.

A ces mutations s'ajoute le défi de la localisation territoriale de l'offre ; effectivement :

- Les moitiés ouest de la Maurienne et de la Tarentaise semblent relativement moins dotées : 148 places à Albertville et 54 places à Saint Jean de Maurienne, contre plus de 500 places sur le bassin chambérien du fait d'une majorité de public RQTH sur cette zone.
- La frange Est des territoires de la Maurienne et de la Tarentaise ne recense pour sa part aucune place en ESAT.

D'un autre côté, les ESAT et Foyers d'hébergement de Savoie sont les établissements qui accueillent la plus forte proportion d'adultes en provenance d'autres Départements.

Ces constats questionnent finalement l'efficacité de l'offre de travail en milieu protégé en Savoie ainsi que son adaptation à l'évolution des besoins.

Débouché professionnel supplémentaire pour les travailleurs en ESAT identifié par les partenaires

L'agriculture est une activité ayant un intérêt professionnel ou thérapeutique reconnu pour les personnes en situation de handicap ; les exploitations peuvent ainsi être appréhendées comme un débouché professionnel opportun pour les travailleurs en ESAT.

Ce qu'il faut retenir :

- En 2013, près de 3000 savoyards sont concernés par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- Un taux d'emploi en milieu ordinaire de 3,8% dans le secteur privé et de 4,7% dans le secteur public (sur les ETP en 2010)
- Des ESAT en mutation pour faire face à la montée en charge des personnes présentant des troubles psychiques et des demandes de temps partiel (pour les jeunes en sortie de structures pour enfants ou pour les personnes en situation de handicap vieillissantes)
- Des taux d'équipement en structure d'hébergement pour adultes globalement proches des moyennes
- Un effort significatif de renforcement de l'offre adressée aux personnes présentant des handicaps lourds ces dernières années

Orientation 2 : Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap

La volonté du Conseil général

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose le principe de non-discrimination des personnes handicapées, en particulier dans le domaine de l'emploi, faisant du travail en milieu ordinaire une priorité.

Par ailleurs, il est ressorti du diagnostic de territoire et des échanges avec les partenaires un besoin de renforcer l'accompagnement vers et dans l'emploi des personnes en situation de handicap. En effet, malgré des actions efficaces à l'image de l'ULIS Pro (Lycée professionnel La Cardinière à Chambéry) ou l'ouverture d'une Unité de Formation par Apprentissage (UFA) (par l'EREA d'Albertville), l'orientation des jeunes handicapés semble intervenir encore trop tardivement dans leurs parcours et se cumuler à un manque d'opportunité à la sortie des ULIS.

Par ailleurs, un besoin de prise en compte de la vie sociale de l'individu dans son parcours professionnel a émergé lors de la semaine de concertation avec les partenaires.

Ce que dit le Projet Régional de Santé pour le territoire savoyard

De la même façon, le SROSM a dédié l'un de ses groupes de travail aux problématiques d'accès et de maintien dans l'emploi, dont il est ressorti un certain nombre d'actions à engager pour le territoire Est auquel appartient le département :

- ❖ Accès à l'emploi, en milieu protégé et en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap : développer des passerelles entre milieu ordinaire et milieu protégé
- ❖ Accès à l'emploi, en milieu protégé et en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap : raccourcir les délais d'attente pour l'entrée en ESAT
- ❖ Faire progresser la connaissance des besoins des personnes handicapées vieillissantes : développer le travail à temps partiel dans les ESAT
- ❖ Favoriser un parcours personnalisé et continu de scolarité pour chaque enfant en situation de handicap

Les actions retenues au titre du présent schéma

- **Fiche 2.1** : Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers des formations et de l'orientation
- **Fiche 2.2** : Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie active
- **Fiche 2.3** : Développer l'offre de travail pour les personnes en situation de handicap

FICHE N° 2.1

Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers des formations et de l'orientation

Constats

- Une classe ULIS-Pro qui fait ses preuves et permet de réussir l'orientation de nombreux jeunes chaque année
- Des difficultés d'orientation et d'insertion professionnelle qui persistent à la sortie de la scolarisation (après 16 ans)
- Un taux d'équipement en ESAT supérieur au niveau national moyen qui garantit une offre d'accueil pour les travailleurs handicapés

Objectif

En développant les formations et améliorant les dispositifs d'orientation des personnes en situation de handicap, renforcer leur accompagnement vers et dans l'emploi.

Pilote de l'action

MDPH

Partenaires participants à l'action

ARS, MDPH, ESMS, CapEmploi, Pôle Emploi, Education nationale (ULIS et ULIS-Pro), secteur de l'emploi, Conseil régional, CARSAT, CHS, Mission Locale Jeunes, associations

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Des orientations qui interviennent le plus en amont possible dans la formation des jeunes
- Un meilleur encadrement de la personne dans la construction de son projet professionnel

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.1.1 : Développer une offre de formation adaptée au marché de l'emploi

- Sensibiliser les chefs d'établissements scolaires, les enseignants référents et les conseillers d'orientation pour favoriser le rapprochement entre le monde du handicap et le champ des possibles sur un plan professionnel le plus en amont possible
- Informer pour mieux utiliser les outils Etat et Région pour monter des formations collectives adaptées aux offres d'emploi

Sous-action 2.1.2 : Renforcer l'évaluation et l'accompagnement préalable aux orientations prononcées par la CDAPH

- Réaliser et actualiser une cartographie des acteurs et des dispositifs pour favoriser la pertinence de l'orientation
- En cas de difficultés d'orientation, préconiser des mises en situation et des stages en ESAT pour permettre à la personne de se positionner et d'identifier ses aptitudes (cf. convention ESAT-MDPH orientation 5)

- Intégrer la notion de retour à l'emploi dans le suivi des personnes par les services sociaux des établissements de soins (hôpitaux, centres de rééducation...)
- Systématiser les périodes d'essai lors de l'entrée en ESAT

Sous-action 2.1.3 : Renforcer l'accompagnement des usagers en attente d'activation de leur orientation

- Mettre en place un coordonnateur dédié spécifiquement au suivi des décisions de la CDAPH, au sein de la MDPH, afin de conforter la construction d'un parcours professionnel adapté aux capacités et attentes de la personne et via des entretiens réguliers, améliorer la connaissance par la MDPH de la « liste d'attente d'activation d'orientation » afin de mieux suivre les parcours individuels

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Actions « Développer le travail à temps partiel dans les ESAT » et « Favoriser un parcours personnalisé et continu de scolarité pour chaque enfant en situation de handicap » (et ses 3 sous-actions)

Schéma Cohésion sociale : Action « Améliorer l'accès à l'emploi et à l'activité des bénéficiaires du RSA »

Freins ou contraintes identifiés

- Difficultés des salariés en arrêt quant au retour vers un parcours de formation pour requalification dues aux incertitudes quant aux capacités physiques *in fine* de la personne

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de stages réalisés en ESAT

Mise en place du coordinateur précité à la MDPH

FICHE N° 2.2

Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie professionnelle

Constats

- Une interaction qui appelle à être renforcée entre les différentes structures du handicap (professionnelles et médico-sociales)
- Un risque de non prise en compte des composantes de la vie sociale du travailleur handicapé dans son projet professionnel

Objectif

Par une meilleure coordination des structures encadrant la vie du travailleur handicapé, promouvoir une approche englobante du projet professionnel du travailleur handicapé qui intègre les différentes composantes de la vie sociale.

Pilote de l'action

CG / ARS

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESMS, CapEmploi, Pôle Emploi, associations, secteur de l'emploi, Conseil régional, DDCSPP, référent projet de vie, CHS, service social CARSAT, EPCI, communes

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une meilleure coordination des structures médico-sociales et professionnelles
- Des projets professionnels intégrés aux projets de vie des personnes en situation de handicap

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.2.1 : Intégrer dans la formulation du projet de vie puis dans l'évaluation, la prise en compte de l'environnement et des souhaits de vie sociale de la personne

- Travailler de manière conjointe avec le secteur social sur l'accès au logement, aux soins afin de sécuriser l'accès et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
- Travailler avec les communes et les EPCI sur la mobilité géographique des travailleurs handicapés

Sous-action 2.2.2 : Renforcer les partenariats avec le secteur médico-social

- Remobiliser les SAVS dans leur intervention sur l'environnement social de la personne autour de l'emploi
- Renforcer les dispositifs de réadaptation/réinsertion pour répondre aux problématiques d'addictologie et de troubles du comportement

Sous-action 2.2.3 : Anticiper les problématiques liées à la capacité de travail (vieillesse, maternité, maladie...)

- Répondre à la montée en charge des temps partiels en ESAT concernant la gestion du temps non travaillé, le logement, les transports, les ratios d'encadrement
- Adapter des accompagnements pour les personnes malades ou en situation de maternité sur les ESAT
- Adapter les ateliers et travaux des personnes handicapées vieillissantes en se dotant des moyens d'évaluer leurs compétences, capacités et fatigabilité sur cette période charnière
- Développer les coordinations avec des accueils de jour et foyers d'hébergement afin d'optimiser les transitions entre les différents temps de vie de la personne handicapée vieillissante

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Action « Faire progresser la connaissance et les besoins des personnes handicapées vieillissantes : Développer le travail à temps partiel en Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) pour les personnes handicapées vieillissantes »

Axe 3, Orientation 3 « Développer et organiser la prévention des maladies chroniques et améliorer la coordination de leur prise en charge (soins, suivi thérapeutique, accompagnement et prévention des conduites addictives »

➤ **Schéma de Cohésion Sociale** : Actions « Développer le lien médico-social », « Coordonner le PDALPD avec le schéma départemental Cohésion sociale »

Freins ou contraintes identifiés

- Difficultés de l'accompagnement pour les personnes handicapées vieillissantes qui nécessitent une coordination avec un accueil de jour afin d'occuper les temps libres

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de coordination entre les différents ESMS prenant en charge des travailleurs handicapés vieillissants

FICHE N° 2.3

Intégrer l'offre de travail protégé et les compétences des travailleurs handicapés au sein du secteur de l'emploi

Constats

- Un taux d'équipement en ESAT de 3,8‰ (supérieur à la moyenne nationale de 3,4‰) sur le territoire
- 1 287 orientations actives en ESAT au 1^{er} janvier 2013
- 2 950 travailleurs handicapés en milieu ordinaire sur 9 324 travailleurs handicapés (soit près de 32%), un chiffre à encourager

Objectif

Favoriser l'emploi des personnes handicapées, en renforçant les liens entre ESAT et entreprises et en poursuivant la sensibilisation auprès des employeurs.

Pilote de l'action

DIRECCTE, ARS

Partenaires participants à l'action

ESAT, CapEmploi, Pôle Emploi, syndicats employeurs, syndicats salariés, chambres consulaires, réseau Alther, Missions Locales Jeunes, MDPH, CDG 73, CG, Agence économique de la Savoie (réseau animateurs économiques)

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une insertion plus aboutie des ESAT dans la vie économique du département
- Des acteurs économiques sensibilisés à la question de l'emploi des travailleurs handicapés

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 2.3.1 : Adapter les compétences des ESAT aux besoins des employeurs/entreprises

- Établir un dialogue structuré entre ESAT et entreprises pour recenser leurs besoins et valoriser la diversité des activités économiques portées par les ESAT en lien avec l'Agence économique
- Favoriser cette mise en lien en transversalité avec le schéma de cohésion sociale, notamment afin de mieux connaître les dispositifs de l'insertion / S'articuler avec le secteur de l'insertion afin d'éviter la concurrence entre les dispositifs
- Maintenir à jour les répertoires existants sur les activités et prestations des ESAT

Sous-action 2.3.2 : Poursuivre la sensibilisation et les actions pour l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique et dans les entreprises

- Informer/Sensibiliser les acteurs publics et privés à l'« achat durable » et aux prestations via les marchés ESAT
- Informer les acteurs publics et privés sur les mises à dispositions individuelles et collectives
- Sensibiliser les recruteurs publics et privés sur le suivi et l'accompagnement (parfois) nécessaires vis-à-vis d'employés en situation de handicap, ainsi que sur les méthodes de valorisation des compétences et aptitudes
- S'appuyer sur les différents réseaux existants afin d'accompagner au mieux les employeurs (dont les PME et collectivités publiques) et d'assurer une bonne articulation entre les partenaires.

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Action « Accès à l'emploi, en milieu protégé et en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap : développer des passerelles entre milieu ordinaire et milieu protégé »

➤ **Schéma de cohésion sociale** : Objectif opérationnel « Développer avec les acteurs économiques les parcours d'accès à l'emploi, l'activité et la formation »

Freins ou contraintes identifiés

- Exigences accrues pour les ESAT, manque d'ESAT offrant des activités quasi-occupationnelles (tâches les plus simples)
- Risque de concurrence entre le champ de l'insertion et les ESAT en cas de positionnement sur une même filière

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Evolution du taux d'emploi des travailleurs handicapés, nombre d'entreprise sans TH

ORIENTATION 3

AMELIORER ET COORDONNER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Diagnostic

1. Des prérequis du maintien à domicile qui mobilisent les acteurs du territoire : logement, mobilité et citoyenneté **P 59**
2. Des services intervenants à domicile à renforcer **P 62**
3. Une offre d'accueil séquentiel qui s'est renforcée **P 68**
4. Une coordination et une complémentarité des interventions à domicile nécessaires **P 70**
5. Le soutien des familles et l'information de proximité **P 72**

Fiches actions **P 75**

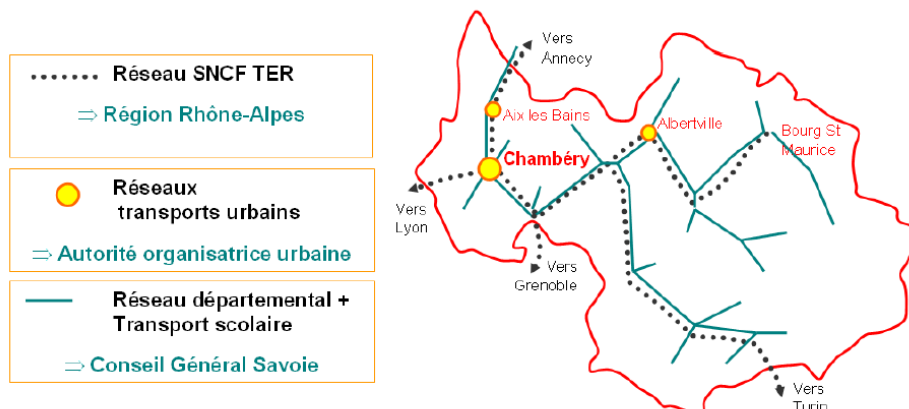
3.1 Des prérequis du maintien à domicile qui mobilisent les acteurs du territoire : logement, mobilité et citoyenneté

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

⇒ Transport et voirie : une amélioration notable de l'accessibilité

Les transports dont la compétence relève du Conseil général ne représentent qu'une partie du réseau.

Les compétences transport sur le département de la Savoie



Afin de définir les axes prioritaires pour la mise en accessibilité des transports dans le département de Savoie, un état des lieux du réseau a été établi en 2007. Cet état des lieux a pris en compte à la fois les éléments physiques (véhicules, points d'arrêt, gares routières) et l'information des voyageurs (fiches horaires, information aux arrêts et dans les véhicules, site internet).

Sur cette base, et en concertation avec les associations savoyardes du champ du handicap, un plan d'actions a été arrêté dans le cadre du Schéma directeur des transports 2008-2015 :

- plus de 50% des arrêts des lignes principales deviendront accessibles prioritairement,
- le développement de systèmes complémentaires de transport spécifique de proximité permettant aux personnes à mobilité réduite d'atteindre ces arrêts accessibles dans les centres de villages,
- en dehors des lignes du réseau armature traitées, la mise en place d'un réseau de transport de maillage avec un système de service à la demande territorialisé (ouvert à tous) ou le renforcement des lignes d'intérêt local,
- la création d'une centrale de mobilité à l'échelle de la Savoie,
- une amélioration des supports d'information avant et pendant le voyage, avec un effort particulier sur l'information aux arrêts.

La mise en œuvre du Schéma prendra fin en 2015; demeurent cependant des marges de progrès identifiées par les professionnels du champ du handicap, sur l'accessibilité des transports mais aussi de la voirie.

L'accès à la voirie : Trois obstacles identifiés

- Le manque de sensibilisation et d'expertise spécifique de certains élus locaux et de leurs services techniques en matière d'accessibilité.
- Des difficultés liées aux caractéristiques sociodémographiques du département.
- La multiplicité des intervenants qui nécessite une collaboration et une coordination entre divers acteurs.

L'accès aux transports : Trois difficultés mises à jour

- L'implantation géographique de certains accueils (AJ ou ESAT) qui nécessitent un recours aux transporteurs privés ;
- L'accès aux transports en commun (Albertville et Aix notamment) ;
- La mobilisation du parc automobile associatif ou celui des établissements pour PA ou de santé existants localement.

⇒ **Un lien à faire avec la réglementation**

L'État souligne la nécessité de développer le PAVE (plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics) et l'importance d'améliorer l'accessibilité des cabinets médicaux.

⇒ **L'accessibilité des logements ordinaires**

L'aménagement du logement constitue une condition nécessaire au maintien à domicile. En Savoie, la collaboration entre le secteur médico-social et les bailleurs semble bien établie. En termes de difficultés repérées, les travaux d'adaptation des logements s'avèrent parfois problématiques à réaliser.

⇒ **Des appartements adaptés avec accompagnement qui se développent : des initiatives savoyardes originales**

Des projets d'appartements facilitant l'autonomie des personnes et adaptés aux pathologies et besoins des personnes accueillies sont en cours dans le Département de la Savoie.

Ces appartements, pensés avec des espaces privatifs et des espaces collectifs, permettent la vie autonome grâce au soutien de l'équipe soignante et éducative. Si cette offre reste marginale (6 appartements au total pour 12 locataires), elle semble pouvoir répondre à des problématiques spécifiques.

Appartements pour Personnes handicapées vieillissantes et/ou handicapées psychiques :

Objectif du précédent schéma : 34 places en appartements

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **35%**

Nombre de places en appartements créées depuis 2006 : 12 places (toutes en attente d'installation)

Deux structures expérimentales ont été soutenues par le Conseil général dans le cadre du précédent schéma.

Focus sur l'appartement de passage géré par l'Accueil Savoyard

En 10 ans (2000-2010), on compte au total 16 personnes ayant résidé dans l'appartement.

La durée moyenne de séjour est de 15 mois. Les prises en charge sont très hétérogènes selon les situations.

A l'issue de l'expérimentation, 11 personnes sur 16 ont intégré un logement en milieu ordinaire à leur sortie. Le dispositif dans ces situations de réussite montre tout son intérêt, mais il doit être repensé pour répondre à la demande des personnes de bénéficier de leur propre logement. Un rapprochement est en cours avec un foyer de jeunes travailleurs.

Focus sur l'accueil collectif Les Glycines à Aix-les-Bains

Cette structure a pour objet de rendre possible une première insertion sociale pour des adultes souffrant d'un handicap psychique lié à la maladie mentale, mais dont l'état de stabilisation laisse espérer une capacité d'autonomisation progressive.

Il s'adresse de fait à des personnes handicapées psychiques :

- non aptes à une occupation professionnelle ;
- dont l'état stabilisé peut permettre une première insertion sociale ;
- dont l'autonomie est suffisante pour gérer leur temps ;
- qui ne souffrent ni d'un handicap moteur ni de déficience mentale ;
- qui s'engage contractuellement dans un projet d'autonomisation.

Dans le souci de l'autonomisation des résidents, aucune structure relais à la sortie des Glycines, rien n'a été prévu mis à part une sortie vers des appartements indépendants. Cela pose question car ce n'est pas envisageable pour tous les usagers.

L'UDAFAM réfléchit à la mise en place d'une plateforme de services à partir de la structure de la Chaumière qui va être relocalisée à Aix-les-Bains.

⇒ **L'accès aux équipements touristiques**

L'accessibilité concerne également les dispositifs relatifs à la vie sociale en milieu ordinaire, et surtout sur un territoire aussi fortement marqué par les activités touristiques que la Savoie. De manière générale, la création du label « Tourisme et handicap » a favorisé la lisibilité de l'offre accessible.

Le logo « Tourisme et Handicap » a pour objectif d'apporter une information fiable, descriptive et objective de l'accessibilité des sites et équipements touristiques en tenant compte de tous les types de handicaps (moteur, mental, auditif et visuel) et de développer une offre touristique adaptée et intégrée à l'offre généraliste.

Plus particulièrement en Savoie, le Schéma Directeur du Tourisme a pleinement intégré les enjeux d'accessibilité afin de favoriser la participation des personnes en situation de handicap aux activités sociales et de loisirs. Le parti pris choisi est de positionner l'accessibilité comme n'étant pas dédiée au seul handicap, mais comme un outil de développement, ouvert au confort d'usage pour tous. Un programme « tourisme adapté » a ainsi été mis en œuvre.

Ces dernières années, il a été constaté une mobilisation effective des acteurs, des territoires, des animateurs et des contrats de tourisme adaptés, conduisant à des collaborations effectives- et croissantes- entre les acteurs et opérateurs institutionnels comme privés. Parmi les différentes initiatives menées, il convient de souligner le succès des « promenades confort », accessibles à tous et dont la certification a été pérennisée mais aussi l'adaptation croissante des lieux physiques touristiques, les musées en première ligne.

A l'heure du bilan départemental, plusieurs difficultés demeurent toutefois pointées par les professionnels. Certaines relèvent du contexte particulier de la Savoie : 1) une géographie montagnarde marquée par la pente conduit à des difficultés d'ordre technique ; 2) un parc immobilier ancien induisant des coûts importants de travaux d'adaptation. De même, sont soulignés les points suivants :

- une offre en développement mais encore insuffisante en matière d'hébergement labellisé Tourisme et handicap notamment,
- les difficultés des maîtres d'ouvrage à répondre à la norme 2015,
- la prégnance de la prise en compte de l'accessibilité « physique » au détriment des autres formes d'handicap.

Le principal facteur explicatif de ces défis, en Savoie comme en France métropolitaine, relève du développement encore fragile des connexions entre le monde spécialisé et le milieu ordinaire. C'est avant tout un dialogue qu'il faut pouvoir faire émerger : il en découlera naturellement des échanges plus fréquents et une meilleure connaissance mutuelle.

De ce fait, des axes de travail ont été pointés tant par l'Agence touristique départementale de la Savoie (ATD) que par le Service Montagne et Tourisme (SMT), en lien avec la délégation PA-PH, et notamment :

- Conforter et renforcer les actions structurantes visant à offrir une offre globale adaptée, sur un périmètre potentiellement plus limité mais plus cohérent,
- Accompagner et développer le sens de l'accessibilité dans son acception la plus large (notion de « confort d'usage »)
- Inciter et accompagner les opérateurs de la communication à rendre plus lisible les offres disponibles.

3.2 Des services intervenants à domicile à renforcer

⇒ Des SAAD en recherche d'assouplissement

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

Aide humaine à domicile	Nombre de bénéficiaires
Aide humaine par aidant familial	589
Aide humaine par emploi direct	158
Aide humaine par prestataire	376

Source : MDPH au 1er septembre 2013

Parmi les 1123 décisions d'aide humaine à domicile dans le cadre de la PCH, on compte plus de 52% des aides réalisées par les aidants familiaux, puis 33% par les services prestataires (SAAD), et enfin 14% réalisés en emploi direct.

Les Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) jouent un rôle important dans l'accompagnement à domicile de la personne handicapée. Le département de la Savoie bénéficie dans ce domaine d'une bonne couverture, malgré son caractère rural et montagneux, avec une représentation accentuée sur les secteurs aixois et chambériens.

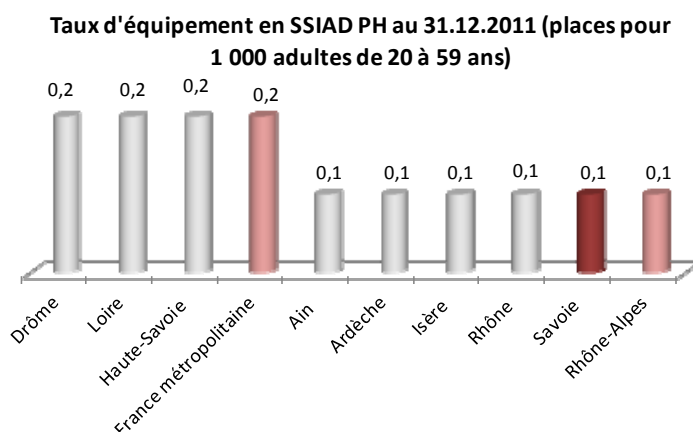
Cependant, le lien entre SAAD et handicap n'est pas acquis. En effet, si les services d'aide à domicile (SAAD) se sont engagés dans un processus de professionnalisation et de modernisation, en matière de handicap, le manque de formations disponibles est soulevé de manière récurrente par les acteurs du domicile, et notamment pour les opérateurs publics dont la formation relève du CNFPT¹. Cette carence est relevée en particulier pour l'accompagnement des troubles spécifiques, psychiques par exemple.

Les SAAD sont également confrontés à la difficulté de mettre en œuvre les plans d'aide particulièrement lourds, du fait de leur fonctionnement au quotidien. Ainsi, les enjeux de continuité du service (weekends, jours fériés) et de la flexibilité des horaires d'interventions se posent-ils ici avec toute leur acuité.

⇒ Des places de SSIAD insuffisantes



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



¹ Source : rapport d'évaluation de la Convention Section IV signée entre le Conseil général et la CNSA. Eneis Conseil

Nombre de places en SSIAD PH au 31.12.2011

France métropolitaine	6154
Rhône-Alpes	440
Rhône	103
Isère	75
Loire	67
Haute-Savoie	63
Drôme	43
Ain	42
Savoie	27
Ardèche	20

Concernant l'équipement en Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD), la région est scindée en deux groupes avec des taux d'équipement à 0,1 et 0,2%. La Savoie appartient au groupe le moins bien équipé avec 0,1 place pour 1000 adultes de 20 à 59 ans.

SSIAD PH :

Objectif du précédent schéma : 50 places

Réalisation : **0%**

Nombre de places de SSIAD PH créées depuis 2006 : 0

Les professionnels du Conseil général comme ses partenaires s'accordent sur un point de vigilance prégnant, à savoir le manque de places en SSIAD réservées aux personnes en situation de handicap. En effet, la Savoie dispose de l'un des taux d'équipement les plus faibles de la région.

A titre d'illustration :

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

Un appel à projet doit être lancé par l'ARS, 20 places de SSIAD spécifiques Personnes handicapées étant prévues au PRIAC.

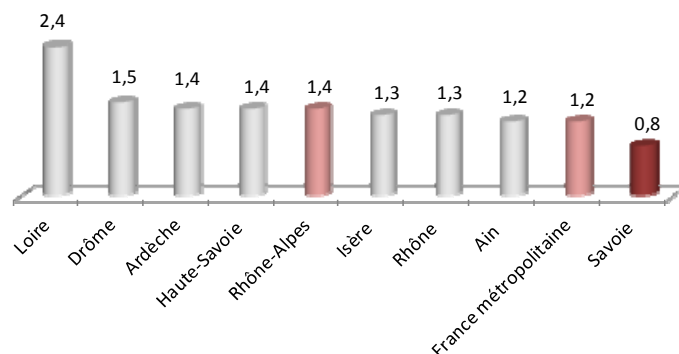
⇒ **Les SAVS et SAMSAH : une offre en développement**



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

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

Taux d'équipement en SAMSAH et SAVS au 31.12.2011
(places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Nombre de places en SAMSAH et SAVS au 31.12.2011

France métropolitaine	39 398
Rhône-Alpes	4 593
Rhône	1 164
Loire	888
Isère	840
Haute-Savoie	545
Ain	382
Drôme	380
Ardèche	217
Savoie	177

La Savoie présente le taux d'équipement en Services d'Accompagnement pour Personnes Handicapées le plus faible de la région, à 0,8 place pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, ce qui est au-dessous de la moyenne nationale qui atteint 1,2%.. Toutefois comme le montre la carte n°13 ci-dessous, les SAVS sont localisés sur les cantons présentant une importante concentration de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP à domicile. On ne compte qu'un seul SAMSAH installé au 1^{er} juin 2013.

Au 01/01/2013, le nombre total d'orientations actives⁽¹⁾ vers un SAMSAH ou SAVS est de 690.

SAVS :

Objectif du précédent schéma : 47 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **145%**

Nombre de places de SAVS créées depuis 2006 : 68 places autorisées dont 21 places en SAVS renforcé ⁽²⁾ (63 places installées dont 3 qui vont ouvrir au 1^{er} février 2014)

SAMSAH :

Objectif du précédent schéma : 20 places

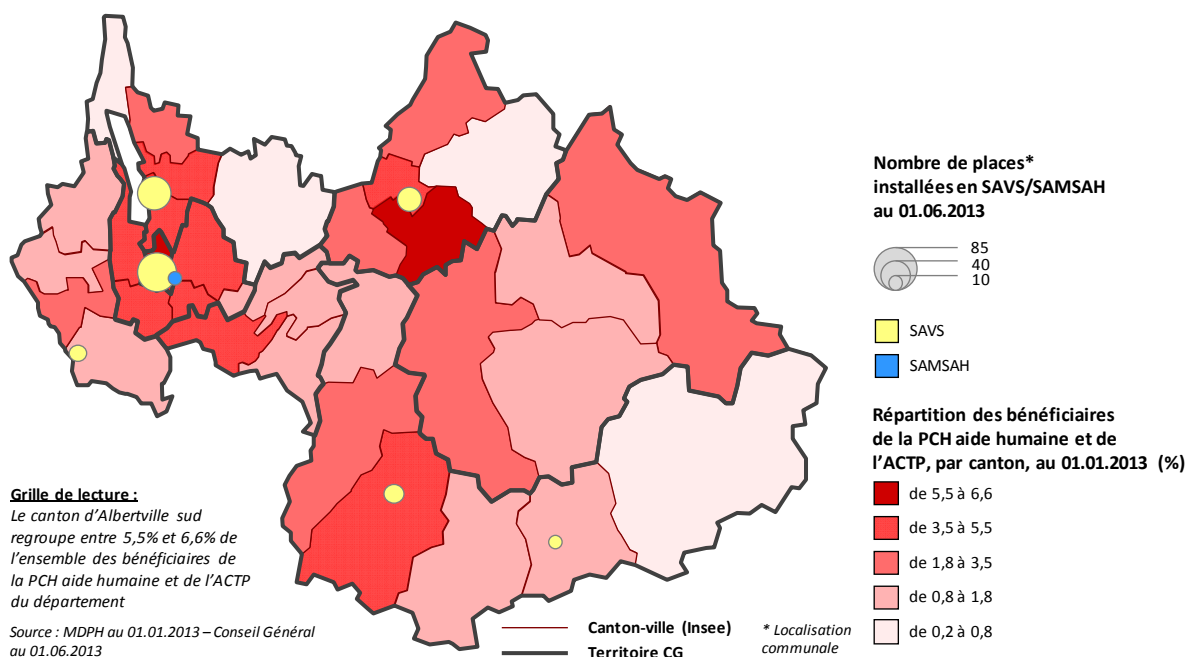
Réalisation (sur la base des places autorisées) : **50%**

Nombre de places de SAMSAH créées depuis 2006 : 10 places autorisées et installées

(1) on entend par orientations actives le nombre de droits ouverts au titre de ces orientations qu'elles soient ou non mises en œuvre dans les faits.

(2) Par rapport à un SAVS « Classique », un SAVS « renforcé » assure un accompagnement plus important de la personne (intervention plus fréquente notamment).

Carte 13 : Localisation des SAVS et SAMSAH



Depuis plusieurs années, les besoins d'accompagnement à domicile connaissent une croissance importante, nécessitant en contrepartie le développement de l'offre de services. Pour y répondre, 68 places en SAVS et 10 places en SAMSAH ont été autorisées dans le cadre du précédent schéma, permettant ainsi d'améliorer la couverture territoriale. Malgré le rattrapage initié ces dernières années, le taux d'équipement de ces services dans le Département demeure relativement faible.

Pourtant, cette offre trouve toute sa place en matière d'accompagnement de proximité. L'accompagnement proposé par les structures est d'autant plus pertinent qu'il s'accompagne d'une réflexion sur la complémentarité des interventions entre les SAMSAH d'une part et les autres services intervenant à domicile d'autre part.

Les SAVS sont confrontés à une file active particulièrement resserrée du fait des accompagnements sur la durée qu'ils proposent et de l'offre relativement limitée sur le département. Les fiches-actions du schéma se sont donc orientées vers l'optimisation des SAVS.

Focus sur le Service d'insertion professionnelle et d'accompagnement social des adultes sourds

Le SIPAS exerce un accompagnement social, professionnel et médical auprès de personnes en situation de surdité. Il se dirige vers une population plus jeune que les SAVS et les SAMSAH et propose une forte intégration professionnelle en lien avec les missions de l'Institut national des jeunes sourds (INJS) de Cognin.

D'autres dispositifs intervenant autour de la personne handicapée à domicile sont financés par le Conseil général:

- les coordinateurs de réseaux de solidarité et de proximité de l'Association des paralysés de France (APF) : ils favorisent l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la vie de leur quartier ou de leur village, mettent en place et animent un réseau de solidarité et de proximité. Mission d'accueil, d'écoute des PH et de leur famille, contact, soutien à la constitution d'un réseau et lutte contre l'isolement, travail en lien avec les services médico-sociaux,...

* la notion de file active : revient à identifier un ensemble de personne vu au moins une fois pendant une période de référence. C'est donc en l'espèce à suivre de façon simultanée plus de personnes que de places accordées en fonction des prises en charge.

- le service d'interprétariat pour les personnes sourdes communiquant en langue des signes française : l'ADIS (Association départementale pour l'insertion des sourds)

⇒ **Une formation des intervenants à domicile à renforcer**

Au domicile, il est souligné un manque de connaissance des intervenants des SAAD à propos du handicap. Cette préoccupation, récurrente dans de nombreux départements, incite à envisager des formations techniques, mais également à penser un accompagnement à la conduite du changement. En effet, les professionnels du domicile peuvent être en difficulté pour appréhender un public en marge de leur habitudes professionnelles (généralement constitué de personnes âgées).

Ce décalage a été signalé par des parents d'enfants ou d'adultes handicapés, qui ont interpellé les professionnels à plusieurs reprises à ce sujet. Sur le champ de l'autisme notamment, une actualisation du savoir-faire des accompagnants professionnels notamment est estimée nécessaire par les représentants des parents.



Le SROSMS fait écho à ces différentes marges de progrès sur le plan du renforcement des compétences ; sont en effet inscrits dans le document cadre les points suivants :

- le besoin d'amélioration des connaissances des intervenants dans la prise en charge des PH,
- la nécessité d'actualiser les savoir-faire des accompagnants,
- l'importance d'organiser des formations spécifiques aux troubles autistiques.

⇒ **Des relations interservices tournées vers davantage de transversalité**

Dans le département de la Savoie, des coordinations entre services d'un même territoire ont été mises en œuvre. Avec les prestataires de services locaux, les habitudes de travail sont d'autant plus fluides que ce sont les mêmes acteurs sur les champs du handicap que du grand-âge.

Par ailleurs, des liens entre SAAD, SSIAD et SAMSAH sont identifiés par les professionnels du Conseil général, facilitant ainsi la qualité et la pertinence des prises en charge. Ils ont notamment été renforcés dans le cadre d'une Convention Section IV signé entre le Département et la CNSA. Son premier article visait la professionnalisation des services à domicile notamment via : 1) le partage des « bonnes pratiques » ; 2) la mise en place de référentiels communs.

Pour aller plus loin, les acteurs souhaitent désormais appréhender leurs missions respectives et relations interservices de manière davantage transversale afin de proposer des accompagnements globaux - c'est-à-dire intégrant les aspects physiques, psychiques et l'environnement.

Cette ambition, en écho avec les logiques de parcours, a en effet été évoquée à plusieurs reprises lors des réunions territoriales de bilan.

Entre services intervenant à domicile, la piste évoquée concerne la création de groupements de coopération, à envisager par exemple, en fonction de l'âge des usagers.

Il convient ici de souligner la notable contribution de la Convention de modernisation (Section IV) dans la réflexion départementale sur l'évolution de l'offre à domicile. En amont de l'élaboration de la Convention, une concertation animée par le Conseil général avec une douzaine de services à la personne a permis de définir trois objectifs prioritaires : la mutualisation de la formation initiale des personnes nouvellement recrutées dans ce secteur, l'accompagnement des ressources humaines via la création d'un Club ressources humaines et la mise en place d'un GEIQ (Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification).

Au-delà d'une collaboration plus étroite entre les services intervenant au domicile, d'autres pistes concourant à leur transversalité ont été appréhendées.

Les autres pistes évoquées par les professionnels :

- développer et structurer les collaborations avec les partenaires que sont le sanitaire (dont le médecin de famille), les organismes sociaux, la famille mais aussi la justice et les organismes de tutelles lors de situations concernant des majeurs protégés,
- créer un réseau territorial permettant de compiler les bonnes pratiques et difficultés
- formaliser une transversalité avec les autres départements,
- envisager un rapprochement entre les secteurs du handicap et de la dépendance.

Les collaborations entre le secteur du domicile et celui de l'accueil en établissement n'ont pas fait l'objet de bilan spécifique. Pourtant, une meilleure interconnaissance entre les professionnels du maintien à domicile et de l'accueil est généralement source d'innovation – une dynamique promue par le Conseil général.

A cet égard, le développement du recours à l'accueil séquentiel – de manière concertée entre les différents acteurs intervenant autour d'une situation - est une marge d'amélioration identifiée par les services du Conseil général.

Au domicile, les services du Département relèvent la nécessité de consolider l'offre au regard de la complexification des situations prises en charge. A ce titre, deux idées fortes ont été mises à jour lors du bilan réalisé par le Conseil général :

- l'opportunité de réfléchir à des places temporaires et d'urgence en SAMSAH pour accompagner les sorties de centres de rééducation,
- l'enjeu de développer des services d'aide à domicile en capacité de mettre en œuvre des plans d'aide particulièrement lourd, parfois 24 heures sur 24. Ici a été questionnée la possibilité de mutualiser des heures PCH pour assurer des gardes de nuits « groupées ».

3.3 Une offre d'accueil séquentiel qui s'est renforcée



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

	FH	FV	FAM	SAJ	Total
Nombre de places autorisées et installées en accueil de jour		1	6	89	96
<i>autorisées en attente d'installation</i>			1	15	16
Nombre de places en hébergement temporaire	7	7	4		18
<i>en attente d'installation</i>		5	1		6

La Savoie affiche un taux d'équipement en accueil de jour de 0,51 place pour 1000 adultes de 20-59 ans (installées et en attente d'installation). En revanche, concernant l'hébergement temporaire, le département se situe en dessous de la région, avec un taux de pénétration de 0,11‰ contre 0,17‰. L'Avant Pays-Savoyard est dépourvu de places en accueil séquentiel. Au 01/01/2013, le nombre total d'orientations actives vers un SAJ est de 181.

Services d'Accueil de Jour :

Objectif du précédent schéma : 40 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **145%**

Nombre de places de SAJ créées depuis 2006 : 59 places autorisées (44 installées et 15 en attente d'installation)

L'accueil séquentiel participe au soutien et au répit proposé aux aidants familiaux.

En effet, l'accueil séquentiel constitue une solution de répit mise en avant par le bilan interne des orientations du schéma 2006-2011. Il demeure néanmoins difficile à mettre en place car les possibilités d'accueil séquentiel en internat – de jour, en fin de semaine et lors de périodes de vacances par exemple – sont relativement peu saisies de la part des professionnels et des familles. Outre des modalités de recours à cet accueil à analyser, des offres d'accueil séquentiel spécialisé seraient également attendues, pour les personnes atteintes de Parkinson par exemple.

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

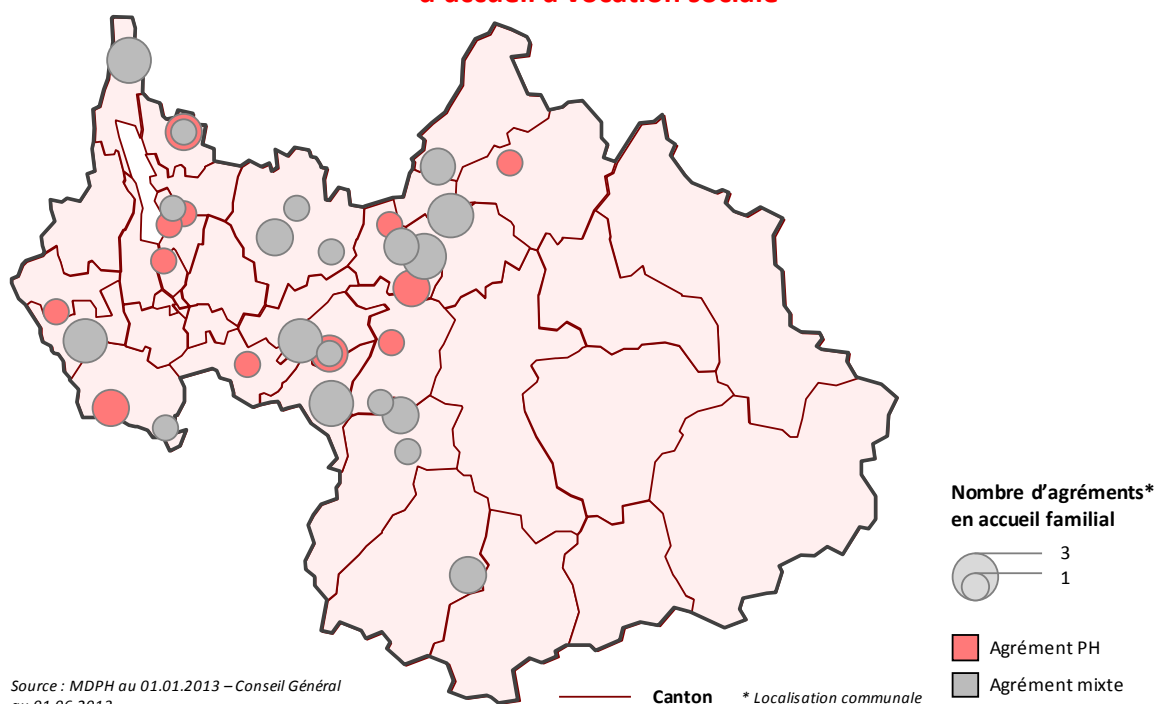
⇒ **Une offre d'accueil familial à vocation alternative mais peu développée**



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

Les personnes agréées par le Conseil général en tant qu'« accueillants familiaux » sont au nombre de 36 sur le territoire comprenant 41 places s'adressant à des personnes âgées et handicapées et 15 spécifiques à l'accueil de personnes porteuses d'un handicap.

**Carte 14 : Localisation des agréments pour personnes handicapées ou mixtes en famille
d'accueil à vocation sociale**



Un des objectifs premiers de l'élaboration de réponses intermédiaires entre le domicile et l'accueil en établissement est la promotion de l'autonomie des usagers en situation de handicap. Cette dernière s'exprime notamment à travers une vie sociale, construite par les interactions avec les autres.

Pour ce faire, il convient néanmoins de sécuriser juridiquement l'accueil familial, notamment en accompagnant de façon rapprochée les accueillants (écoute, reconnaissance de leur statut, participation à des réflexions pluridisciplinaires...). Dans le Département de Savoie, cette préoccupation a été appréhendée par la collectivité qui propose un suivi pluridisciplinaire des familles d'accueil (équipe binôme de la DT, ainsi que médecin départemental et ergothérapeute).

Afin d'améliorer qualitativement cette modalité d'accueil, il pourrait également être intéressant de renforcer la formation des accueillants familiaux notamment sur « le handicap » et sur le cadre juridique de leur activité.

3.4 Une coordination et une complémentarité des interventions à domicile nécessaires



Plusieurs approches dans le SROSMS font écho à l'enjeu de coordination

- **L'approche « Maillage » :**
 - Développer et consolider l'offre sur le territoire de santé EST
 - Renforcer la qualité et la lisibilité de l'offre : (fusion/partenariats/redéploiements)
- **L'approche « Parcours » :**
 - Fluidifier les parcours et assurer la souplesse des dispositifs
 - Diversifier les prestations afin de s'adapter aux besoins : adolescents, personnes handicapées vieillissantes

- **L'approche « Organisations »**

- Réinterroger les modes d'organisation existants pour rendre le système d'accompagnement plus efficient

La Prestation de compensation du handicap (PCH), créée par la loi du 11 février 2005 et financée par le Département, constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre du droit à la compensation, en particulier pour les personnes qui ne sont pas hébergées par une structure médico-sociale. Cette prestation vise à permettre aux personnes handicapées de satisfaire les besoins de leur vie courante grâce aux aides humaines, techniques, animalières, ainsi que grâce à l'aménagement de leur logement ou de leur véhicule.

Le taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH en Savoie positionne le département dans la moyenne haute de la région : avec 1 830 bénéficiaires, le taux de pénétration de l'ACTP et de la PCH atteint 4,4‰ habitants en Savoie, contre 4,2‰ à l'échelle de la région.

La montée en charge du dispositif sur la période du précédent schéma a mis à jour un degré de complexité important, impactant la lisibilité qu'ont les professionnels d'une situation. Cela nécessite une coordination particulièrement forte entre les équipes de la MDPH et celles du Conseil général.

Au-delà, le dispositif PCH – centré sur une compensation individuelle - interpelle la prise en considération de l'environnement de l'usager et ainsi l'opportunité d'articuler cette prestation avec d'autres prises en charge médico-sociales et/ou éducatives par exemple. C'est en ce sens que dans certains cas, la mise en place de la PCH a été l'occasion de structurer des réponses coordonnées autour de situations individuelles. Ainsi plusieurs Comité locaux de santé mentale ont été créés en 2012, portés par le CHS et les communes. Les articulations avec les centre médico psychologique adultes (CMPA) ont également permis de conforter le partenariat permettant un soutien renforcé des patients, en l'absence de SAVS notamment dans le champ du handicap psychique.

⇒ **La gestion des urgences à domicile**

Le Schéma 2006-2011 avait notamment pour objectif de prévenir les situations d'urgence via la mise en œuvre :

- des actions de formation et d'information des professionnels intervenants
- d'une fonction de veille et d'alerte
- d'équipes mobiles par bassin pour faire face aux situations d'urgence

A propos du premier item, il semblerait que des formations spécifiques des aides à domicile sur la diversité des handicaps et le positionnement professionnel demeurent nécessaires.

Les professionnels et partenaires mobilisés ont d'avantage évoqué la question de la prévention à travers l'enjeu du répit des aidants, traités dans le chapitre suivant.

Les professionnels du Département ont mis à jour *une nouvelle problématique pouvant aboutir à des situations d'urgence, relative aux délais de traitement des demandes* et qui pourrait se traduire par deux questionnements majeurs :

- Comment accompagner les familles en attente de place ? Comment soutenir les usagers en attente d'attribution de la PCH ?

3.5 Le soutien des familles et l'information de proximité

Le maintien à domicile des personnes handicapées suppose souvent l'existence d'un entourage présent et attentif. Prévenir l'épuisement de ces « aidants naturels » mais aussi les associer aux prises en charge afin d'accroître la pertinence de ces dernières est au cœur de l'approche déclinée par le Département dans le cadre de son précédent Schéma.



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

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

⇒ L'information des familles

L'évolution législative relative à la prise en charge du handicap a consacré l'élaboration de projet personnalisé et de projet de vie ; leur mise en œuvre et leur évaluation ont pour conséquence une meilleure association et ainsi information des familles. Celles-ci demeurent cependant à améliorer, notamment une proximité arrêtée avec les usagers.

L'ouverture du guichet unique de la MDPH lors du précédent schéma a mis à jour un nouveau canal d'information dont les familles peuvent se saisir. Néanmoins, au cours des dernières années, les usagers ont pu davantage se tourner vers la polyvalence de secteur en raison de la difficulté à identifier le bon interlocuteur au niveau de la MDPH. En 2013, il est cependant constaté une nette amélioration de l'information délivrée par la MDPH.

La question de la réponse territorialisée sur les compétences portées par la MDPH posée.

Plusieurs possibilités ont été mises à jour : 1) l'organisation de permanences territoriales de la MDPH ; 2) la désignation de référent spécialisé MDPH de proximité.

Il faut également veiller à fournir aux travailleurs sociaux des territoires une information unifiée et actualisée car ils peuvent être parfois le seul lien entre les usagers et la MDPH.

⇒ Positionner la famille comme acteur de l'accompagnement

Parmi les 1 123 décisions d'aide humaine à domicile dans le cadre de la PCH, il est recensé plus de 52% des aides réalisées par les aidants familiaux.

Pourtant, ces derniers font part de leur sentiment de ne pas être suffisamment associés aux actions entreprises par les professionnels et en conséquence de ne pas exercer un rôle aussi actif qu'ils le souhaiteraient.

Trois pistes d'action ont été évoquées lors des réunions territoriales, afin de répondre à cet enjeu :

- favoriser l'étayage des compétences parentales via des actions de formation,
- favoriser l'exercice d'un rôle actif des aidants naturels dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet personnalisé de la personne en situation de handicap,
- réfléchir à créer des groupes de parole ouverts aux aidants familiaux en lien avec les structures et associations spécialisées dans les différents handicaps.

⇒ **Des solutions de répit pour les aidants à conforter**

Le développement d'actions de soutien des aidants était inscrit dans la Convention CNSA Section IV mise en œuvre entre 2009 et 2011 (action 5.2.). « Pour assurer un soutien efficace des aidants, les structures peuvent mettre en place, avec des professionnels compétents, des groupes de parole ou des actions de soutien psychologique ». A l'élaboration du premier accord-cadre, en 2009, le Conseil général préparait le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2011-2016.¹ Les objectifs du schéma ont donc été conçus à partir de ceux fixés dans l'accord-cadre. Néanmoins, l'action a finalement été peu développée dans le champ du handicap. Par ailleurs, elle s'est avant tout adressée aux aidants des personnes âgées, via les CLIC.

Outre l'instauration de temps ponctuels d'écoute et d'échanges, les acteurs des territoires soulignent la nécessité de penser une réponse davantage ambitieuse dans les situations où les parents prenant en charge un enfant en situation de handicap sont vieillissants. En effet, le risque d'épuisement mais aussi le défaut d'anticipation d'une entrée en établissement – souvent traumatisante car préparée dans l'urgence - sont ici décuplés.

Ce qu'il faut retenir :

- Un effort significatif des acteurs dans l'intégration des personnes en situation de handicap en matière d'accessibilité, d'adaptation des logements, de transport, de tourisme...
- Des services intervenants à domicile à renforcer : des SAAD peu spécialisés sur le Handicap et un équipement en SSIAD insuffisant, mais une offre de SAVS et SAMSAH qui s'est considérablement développée ces dernières années
- Une coopération et une coordination des services entre eux établie, avec une recherche de transversalité et de fluidité des parcours, mais des difficultés à articuler les différents intervenants autour de situations individuelles persistantes
- Une offre d'accueil séquentiel fortement développée ces dernières années, répondant à une logique de flexibilité de l'offre et de construction d'un parcours sur-mesure pour l'usager
- Une offre d'accueil familial conçue comme une véritable solution alternative avec notamment quelques agréments à temps partiel, mais quantitativement peu développée
- Des relais d'information aux familles à structurer, tant sur la diffusion de l'information et son actualisation que sur l'orientation des familles vers les interlocuteurs pertinents
- Des solutions de soutien aux aidants à optimiser sur le champ du handicap

¹ <http://www.cg73.fr/2772-personnes-agees.htm>

Orientation 3 : Améliorer et coordonner l'offre d'accompagnement à domicile

La volonté du Conseil général

En accord avec la volonté d'une grande partie des personnes en situation de handicap, les dispositifs et moyens mis en jeu pour permettre le maintien à domicile des personnes handicapées ont fait l'objet d'un temps de la réflexion. En effet, cette ambition de permettre un accompagnement adapté dans la continuité aux personnes handicapées souhaitant rester à domicile implique un certain nombre d'adaptations des acteurs du secteur.

Il s'agit tout d'abord pour l'ensemble des acteurs intervenant à domicile d'être en mesure d'offrir une prise en charge adaptée en toute sécurité.

Ensuite, il s'agit d'optimiser la situation de ces personnes en leur proposant d'une part un logement adapté à leurs besoins, et d'autre part une continuité de services au domicile qui leur permette de vivre à un rythme choisi.

Enfin, c'est souvent dans ces situations de maintien au domicile que la question de l'accompagnement des familles, et plus généralement des aidants, devient prioritaire.

Ce que dit le Projet Régional de Santé pour le territoire savoyard

Dans le cadre de l'élaboration du SROSM de Rhône-Alpes, le cas des personnes handicapées à domicile n'a pas été particulièrement traité dans la mesure où l'ARS orientait sa réflexion sur les périodes dites « à risque » de la vie des personnes en situation de handicap.

En revanche, un groupe a été consacré aux problématiques relatives à l'aide aux aidants, qui devient un enjeu prioritaire dans le cadre de cette ambition nationale de favoriser la vie au domicile le plus longtemps possible. Une action majeure dans le programme du territoire Est en est ressortie :

- ❖ Prévenir l'épuisement des aidants familiaux

Les actions retenues au titre du présent schéma

- **Fiche 3.1** : Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile
- **Fiche 3.2** : Former et sensibiliser les professionnels intervenant à domicile aux handicaps
- **Fiche 3.3** : Améliorer l'accompagnement aux aidants et le soutien à la parentalité
- **Fiche 3.4** : Encourager l'accès à un logement adapté

FICHE N° 3.1

Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile

Constats

- Un manque de services ouverts le soir et week-end, des difficultés récurrentes qui en découlent pour les prises en charge à domicile
- Des risques de glissement de tâches du fait de la sur-sollicitation des acteurs disponibles sur ces temps (notamment des aides à domicile)
- Une forte mobilisation des services d'urgence faute de réponse appropriée

Objectif

Par une meilleure coordination des établissements et services, garantir une continuité de services aux personnes en situation de handicap à domicile

Pilote de l'action

ARS / Conseil général

Partenaires participants à l'action

SSIAD, SAAD, ESMS, DIRECCTE, professionnels libéraux, établissements sanitaires

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une prise en charge en continue (soirs, week-end, vacances)

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.1.1 : Favoriser la continuité de l'offre de services de soins le matin tôt, le soir et les week-ends (SSIAD)

Sous-action 3.1.2 : Favoriser la continuité de l'offre de services d'aide à la personne le matin tôt, le soir et les week-ends

- Développer les services mandataires
- Elargir les plages horaires des services prestataires

Sous-action 3.1.3 : Poursuivre le développement de l'offre de SAMSAH

Sous-action 3.1.4 : Formaliser des protocoles de coordination entre les différents services

- Développer une compétence spécifique Personnes handicapées

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PRIAC : prévision de place de SSIAD pour PHV**

Freins ou contraintes identifiés

- L'accessibilité aux dispositifs de droit commun (ex. accès à la culture) n'est possible que si la continuité des services de soins et d'aide à domicile est assurée
- Recours aux professionnels libéraux dans les SSIAD

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de services mandataires

Nombre de places de SAMSAH ouvertes

% de services proposant des accompagnements continus

FICHE N° 3.2

Former et sensibiliser les professionnels intervenant à domicile aux handicaps

Constats

- Des prises en charge de plus en plus lourdes, notamment pour les cas complexes qui requièrent une polyvalence renforcée des intervenants à domicile
- Une responsabilisation des intervenants qui n'y sont pas préparés et formés et sont mis en porte à faux dans leur travail au quotidien ?

Objectif

Assurer la sensibilisation et la formation des différents intervenants à domicile aux spécificités des handicaps

Pilote de l'action

Conseil général / ARS

Partenaires participants à l'action

SAAD, établissements sanitaires et médico-sociaux, organismes de formation, CNSA, professionnels libéraux

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Des intervenants à domicile formés à la prise en charge du handicap
- Une prise en compte systématique des besoins de temps de formation et d'échanges et diffusion des bonnes pratiques par les établissements

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.2.1 : Développer la formation en interne en valorisant les méthodes de transmission des savoirs tout en veillant à ne pas favoriser les glissements de tâches

- Faciliter la formation des professionnels intervenant au domicile en s'appuyant sur certaines ressources du type infirmière coordinatrice au domicile et équipe mobile
- Encourager les liens entre professionnels en interne par exemple en dégagant des temps consacrés aux échanges de bonnes pratiques

Sous-action 3.2.2 : Mettre en place des formations pluridisciplinaires afin de favoriser les échanges entre professionnels

- Organiser des rencontres pluri-professionnelles afin d'identifier et partager les bonnes pratiques
- Favoriser l'ouverture des formations aux intervenants de différents SAAD pour renforcer les échanges de pratiques entre professionnels
- Recourir aux plateformes de services / équipes mobiles pour la formation des intervenants à domicile
- Renforcer l'accompagnement et la formation des accueillants familiaux

Freins ou contraintes identifiés

Disponibilité des accueillants familiaux.

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de professionnels formés au handicap chaque année

Nombre de formations pluriprofessionnelles organisées

Nombre de formations proposées par les plateformes de service ouvertes aux intervenants à domicile

FICHE N° 3.3

Améliorer l'accompagnement aux aidants et le soutien à la parentalité

Constats

- Des besoins de différentes natures du côté des aidants : de suivi dans la durée avec un éventuel accompagnement psychologique et des besoins immédiats d'information
- L'offre de l'UNAFAM (avec un standard et une formation à l'attention des aidants) qui répond aux attentes des familles

Objectif

Développer l'offre de soutien aux aidants (groupes de paroles, permanence téléphonique, formations...) permettant d'améliorer l'accompagnement aux aidants et le soutien à la parentalité

Pilote de l'action

Conseil général

Partenaires participants à l'action

Associations, ARS, CNSA, MDPH, DDCSPP, équipes mobiles, ESMS, CAF, CHS

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une offre de soutien et de suivi à l'attention des aidants (ponctuelle comme permanente)
- Une information centralisée et accessible pour les familles

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.3.1 : Structurer un accompagnement des aidants dans la durée

- Mettre en place un rendez-vous informel permettant une rencontre entre professionnels, associations et familles, du type « Café des aidants »©.
- Accompagner les initiatives de groupes de paroles pour les familles et ouvrir aux aidants de personnes handicapées les groupes de soutien menés par le Conseil général
- Réfléchir à un dispositif de soutien type Plateforme de répit

Sous-action 3.3.2 : Proposer des formations aux familles

- Proposer de la formation entre les familles et/ou professionnels et de l'échange de pratiques pour améliorer la prise en charge

Sous-action 3.3.3 : Encourager les solutions innovantes de répit

- Garde itinérante de nuit (à adosser aux logements adaptés)
- Baluchonnage©
- Vacances aidants/aidés
- Offre de loisirs adaptée

Sous-action 3.3.4 : Renforcer les actions de soutien à la parentalité des personnes handicapées

- Promouvoir les actions de soutien à la parentalité des personnes handicapées en s'appuyant notamment sur le Réseau d'Ecoute, d'Appuis et d'Aide à la Parentalité (REAAP)

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **SROMS** : Action « Prévenir l'épuisement des aidants familiaux »

➤ **Schéma Enfance Jeunesse Famille** : Actions 1.4 « Conforter les dispositifs de soutien à la fonction parentale » et 2.1 « Accompagner les fragilités éducatives et familiales »

Freins ou contraintes identifiés

Action qui nécessite la mobilisation de bénévoles associatifs

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de formations à destination des familles/ nombre de formations ouvertes aux familles

Evolution des solutions innovantes de répit

FICHE N° 3.4

Encourager l'accès à un logement adapté

Constats

- Des initiatives innovantes (CHS, AFTC 38) qui font leurs preuves et appellent à être développées et diffusées
- Des difficultés doubles de développement de l'offre d'une part et d'acceptation des personnes en situation de handicap et leurs familles quant aux nécessités de changement/adaptation de logement

Objectif

En développant les actions innovantes et renforçant l'anticipation et l'accompagnement des évolutions auprès des personnes en situation de handicap et des familles, encourager l'accès à un logement adapté

Pilote de l'action

Conseil général

Partenaires participants à l'action

Bailleurs privés et sociaux, CHS, SAAD, Handibat, Organismes concourant à l'amélioration de l'habitat, MDPH, associations, centres de rééducation, Etablissements de santé, DDT, communes et EPCI

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une offre de logements adaptés plus importante et mieux répartie sur le territoire
- Un meilleur accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs familles dans les transitions vers le logement adapté

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 3.4.1 : Identifier l'offre sur le territoire et valoriser les initiatives innovantes qui ont fait leurs preuves

- S'appuyer sur l'outil Adalogis afin de :
 - o Identifier les territoires où l'offre de logements adaptés fait défaut
 - o Centraliser l'information sur les logements disponibles, en un fichier alimenté par les bailleurs directement
- Repérer et diffuser les innovations en place (y compris d'intermédiation locative), s'appuyer sur le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

Sous action 3.4.2 : Promouvoir la création de logements adaptés dans le cadre des contrats territoriaux de Savoie

- Accompagner les initiatives d'habitat partagé (foyer logement, création de logements adaptés, appartement regroupé avec mutualisation de PCH, habitat intergénérationnel)

Sous-action 3.4.3 : Accompagner les personnes en situation de handicap dans l'adaptation de leur logement et du lieu de vie

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Schéma de Cohésion Sociale** : Action « Coordonner le Plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) avec le schéma départemental cohésion sociale »

➤ **Schéma en faveur des personnes âgées** : Actions 5.2 « Développer une offre de logements adaptés » et 5.3 « Faciliter l'aménagement du logement »

➤ **Plan Départemental de l'habitat**

➤ **Les Plans locaux de l'habitat (PLH)**

Freins ou contraintes identifiés

- Difficultés d'acceptation du changement des personnes en situation de handicap
- Diversité de la demande (logement collectif, individuel, double avec aidants à proximité...)

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de logements adaptés sur le département

Nombre de cantons disposant d'une offre de logements adaptés et évolution

Suite au diagnostic de territoire et aux échanges avec les différents professionnels, le Conseil général a pris le parti de travailler à deux orientations complémentaires qui font écho aux différentes parties de diagnostic que vous avez pu parcourir ci-avant. D'une part, il est apparu que les enjeux liés à l'émergence relativement récente des problématiques relatives à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes devaient être traitées de façon spécifique et appelaient à une réflexion importante sur la question du croisement des compétences, handicap et gérontologie. D'autre part, l'enjeu de l'optimisation de l'offre s'est dessiné au fil du diagnostic comme une question prioritaire à considérer dans ce schéma afin d'assurer la continuité et fluidité des parcours de vie, ainsi que renforcer l'ancrage des personnes en situation de handicap dans la vie de la cité.

ORIENTATION 4

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Présentation de l'orientation

P 85

Fiches actions

P 87

La prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, enjeu de croisement des compétences

L'enjeu de la diversification de l'offre n'engage pas nécessairement la création de nouveaux projets d'accueil. En effet, en marge de tels investissements, un levier non négligeable d'amélioration de l'adéquation des réponses apportées par les professionnels réside en la formation de ces derniers et la valorisation des compétences spécifiques.

Sur le champ des adultes, les enjeux identifiés précédemment concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, mais aussi l'optimisation des interventions de soutien à domicile peuvent trouver une réponse dans le renforcement des compétences des professionnels.

Concernant la problématique des personnes handicapées vieillissantes, il semblerait que l'amélioration de l'interconnaissance entre les professionnels du handicap et ceux de la gérontologie, via la formation notamment, devienne essentielle.

Orientation 4 : Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

La volonté du Conseil général

La problématique émergente des personnes handicapées vieillissantes pose des questions nouvelles de prise en charge. En effet, à la croisée des dispositifs, ces personnes sont souvent l'objet d'orientation par défaut faute d'offre spécifique répondant à leurs besoins. Dès lors, le département a consacré un de ses groupes de travail à cet enjeu des personnes handicapées vieillissantes. Avec la création depuis 2006 de 6 appartements (en attente d'installation) consacrés à cette population et de la mise en place d'unités spécifiques pour les personnes handicapées en EHPAD, le département s'était déjà emparé de cette problématique et s'est proposé ici d'investir deux nouvelles problématiques apparues comme essentielles lors de la concertation avec les partenaires : le croisement des compétences des secteurs gérontologiques et du handicap dans les lieux d'accueil d'une part et la prise en charge à domicile d'autre part.

Ce que dit le Projet Régional de Santé pour le territoire savoyard

L'ARS préconise de faciliter et impulser les prises en charge souples et adaptées pendant les périodes de transition afin de répondre de manière particularisée aux besoins des personnes handicapées vieillissantes. Dans l'élaboration du SROSM, cette problématique s'est vue dédier un groupe de travail de la même façon et il est ressorti plusieurs actions, notamment pour le territoire savoyard :

- ❖ Faire progresser sur les territoires la connaissance des besoins des personnes handicapées vieillissantes : faciliter et impulser les prises en charge souples et adaptées pendant les périodes de transition
- ❖ En outre, le programme territorial EST consacre l'orientation 5 à la prévention de la perte d'autonomie du fait du handicap ou du vieillissement.

Les actions retenues au titre du présent schéma

- **Fiche 4.1** : Favoriser le croisement des compétences du secteur de la gérontologie et du handicap dans les lieux d'accueil
- **Fiche 4.2** : Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes

FICHE N° 4.1

Favoriser le croisement des compétences du secteur de la gérontologie et du handicap dans les lieux d'accueil

Constats

- Des orientations vers le dispositif gérontologique ou du handicap qui ne répond pas pleinement aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes
- 30 places d'EHPAD autorisées sont ouvertes spécifiquement aux personnes en situation de handicap sur le département
- Possibilité d'hébergement en Foyer-logement

Objectif

Afin de mieux répondre aux attentes et besoins des personnes handicapées vieillissantes, favoriser le croisement des compétences du secteur de la gérontologie et du handicap dans les lieux d'accueil

Pilote de l'action

CG/ARS

Partenaires participants à l'action

Etablissements PA et PH, CNSA, MDPH, associations, SAAD, OPAC

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- De meilleures orientations des personnes handicapées vieillissantes grâce à une connaissance approfondie des enjeux spécifiques liés à leurs besoins
- Des lieux d'accueil adaptés aux prises en charge différenciées des personnes handicapées vieillissantes

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 4.1.1 : Développer le partage de compétences entre les secteurs de la gérontologie et du handicap

- Programmer des formations communes aux intervenants auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou partager des plans de formation
- Développer les initiatives transversales de rencontres entre personnes handicapées et personnes âgées

Sous-action 4.1.2 : Adapter les structures aux doubles prises en charge

- S'adapter aux besoins de médicalisation des établissements (foyers de vie, foyers d'hébergement, etc.) par le biais d'une éventuelle équipe mobile (voir fiche 5.)
- Accompagner les établissements (EHPAD) et services à domicile à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, notamment lors de l'entrée
- Adapter les foyers-logement pour les personnes handicapées vieillissantes les plus autonomes
- Identifier un ou plusieurs EHPAD pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes qui communiquent en Langue des Signes Française (avec du personnel adapté)

Sous-action 4.1.3 : Accompagner la personne handicapée dans la / les période(s) de transition

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Action « Faire progresser sur les territoires la connaissance des besoins des personnes handicapées vieillissantes : faciliter et impulser les prises en charge souples et adaptées pendant les périodes de transition »

➤ **Schéma départemental Personnes âgées** : Fiche 5.1 « Améliorer la qualité de vie des résidents en EHPA et faire évoluer l'offre proposée pour les rendre plus attractifs », Fiche 2.1 « Mettre en œuvre une politique de l'emploi et de la formation attractive pour les professionnels de la gérontologie », Fiche 3.3 « Poursuivre la formation et le soutien des professionnels et des aidants dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ou de troubles psychiatriques »

Freins et contraintes identifiés

Dépasser les différentes cultures professionnelles

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de formations communes aux professionnels des champs du handicap et de la gérontologie

FICHE N° 4.2

Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes

Constats

- Des prises en charge spécialisées qui ne répondent pas pleinement aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes
- Des initiatives innovantes de logements adaptés à développer et étendre sur le territoire

Objectif

Par le développement de l'offre de logements adaptés et de la polyvalence chez les services à domicile, optimiser la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes à domicile

Pilote de l'action

CG / ARS

Partenaires participants à l'action

SSIAD, SAAD, associations, filière gérontologique (cf. SROMS), ESMS....

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une offre de logements adaptés innovants sur le territoire de la Savoie
- Une prise en charge à domicile adaptée aux besoins spécifiques de la personne handicapée vieillissante

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 4.2.1 : Développer l'offre de logement dédiée aux personnes handicapées vieillissantes

- Encourager les initiatives de logements innovants. (ex : cohabitations intergénérationnelles, accompagnement par des « pairs aidants », logements doubles permettant la cohabitation de la personne handicapée vieillissante et de ses aidants)

Sous-action 4.2.2 : Coordonner les différents acteurs interagissant autour de la personne handicapée vieillissante à domicile et adapter les actions

- Développer la polyvalence des intervenants et des structures en élargissant la filière gérontologique aux personnes handicapées vieillissantes
- Développer et adapter les services à domicile et équipes mobiles aux besoins des personnes handicapées vieillissantes afin de permettre une intervention sur l'ensemble du territoire
 - o Former les SAAD, SSIAD, SAVS à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes
 - o S'appuyer sur les équipes mobiles (ex. équipe mobile de géronto-psychiatrie du CHS)

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Schéma départemental en faveur des personnes âgées** : Fiche 5.2 « Développer une offre de logements adaptés », « Faciliter l'aménagement du logement »

Freins ou contraintes identifiés

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

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Nombre de logements innovants

Nombre de professionnels de SAVS, SAAD, SSIAD formés à la prise en charge des PHV

ORIENTATION 5

OPTIMISER L'OFFRE EXISTANTE AU SERVICE D'ACCOMPAGNEMENTS GLOBAUX ET INDIVIDUALISES

Diagnostic

- | | |
|--|------|
| 1. Offre d'hébergement | P 92 |
| 2. Un département relativement bien doté sur le plan de l'accueil | P 98 |
| 3. L'enjeu d'une meilleure connaissance de l'offre au service d'ajustements pertinents | P 99 |

Fiches actions	P 101
----------------	-------

5.1 L'offre d'hébergement

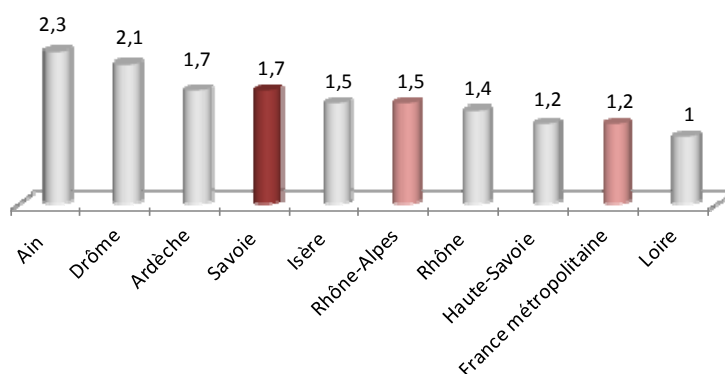
a. Une offre non médicalisée disparate

⇒ Foyers d'hébergement



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

Taux d'équipement en foyers d'hébergements au 31.12.2011
(places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Nombre de places en foyers d'hébergement au 31.12.2011

France métropolitaine	38 956
Rhône-Alpes	4 976
Rhône	1 332
Isère	930
Ain	718
Drôme	515
Haute-Savoie	460
Loire	380
Savoie	372
Ardèche	269

La Savoie présente un taux d'équipement en foyers d'hébergement de 1,7 place pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans. Ceci la positionne au-dessus de la moyenne nationale, de 1,2‰, et de la moyenne de la région Rhône-Alpes, à 1,5‰. La localisation des foyers à proximité des ESAT et des SAJ montre que le parcours des personnes est appréhendé sous l'angle de la proximité.

Foyers d'hébergement :

Objectif du précédent schéma : 10 places

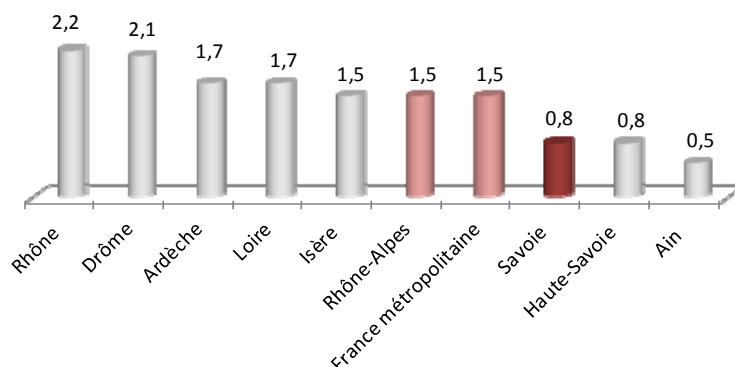
Réalisation (sur la base des places autorisées) : **260%**

Nombre de places de FH créées depuis 2006 : 26 places autorisées (19 en attente d'installation)

⇒ **Des foyers de vie localisés essentiellement sur la moitié ouest du territoire**

 **Les Foyers de vie** accueillent certains adultes handicapés pour leur proposer des animations, des activités en fonction de leur handicap. Toutes les structures savoyardes proposent un hébergement.

Taux d'équipement en foyers de vie au 31.12.2011 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Nombre de places en foyers de vie au 31.12.2011

France métropolitaine	48 044
Rhône-Alpes	5 064
Rhône	2 004
Isère	956
Loire	653
Drôme	516
Haute-Savoie	335
Ardèche	263
Savoie	180
Ain	157

En revanche, la Savoie se situe dans la moyenne basse quant à son équipement en foyers de vie (hors SAJ) avec un taux de 0,8 places pour 1000 adultes entre 20 et 59 ans, au-dessous des moyennes régionale et nationale qui sont équivalentes, à 1,5‰, malgré un nombre important de création de places sur la période du précédent schéma. La localisation des foyers de vie est centrée sur les aires urbaines.

Au 01/01/2013, le nombre total d'orientations actives vers un foyer de vie et d'hébergement est de 712.

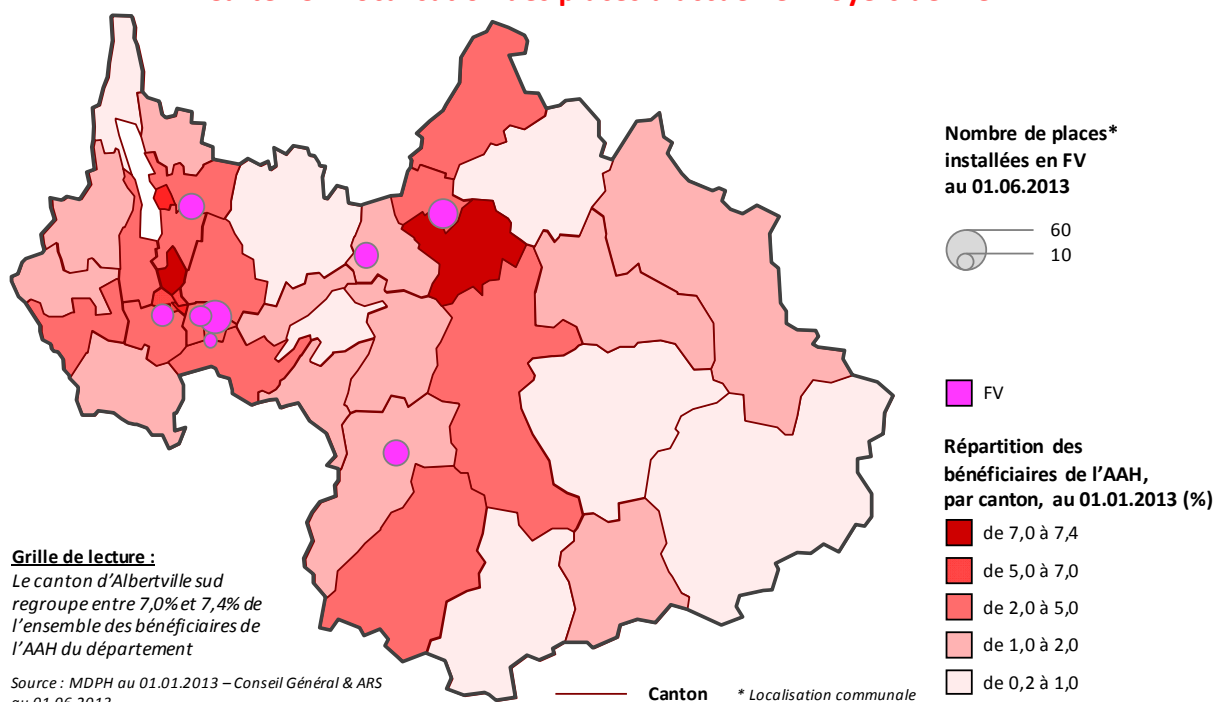
Foyers de vie :

Objectif du précédent schéma : 170 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **101%**

Nombre de places de FV créées depuis 2006 : 173 places autorisées
(dont 59 places en attente d'installation)

Carte 15 : Localisation des places d'accueil en Foyers de Vie

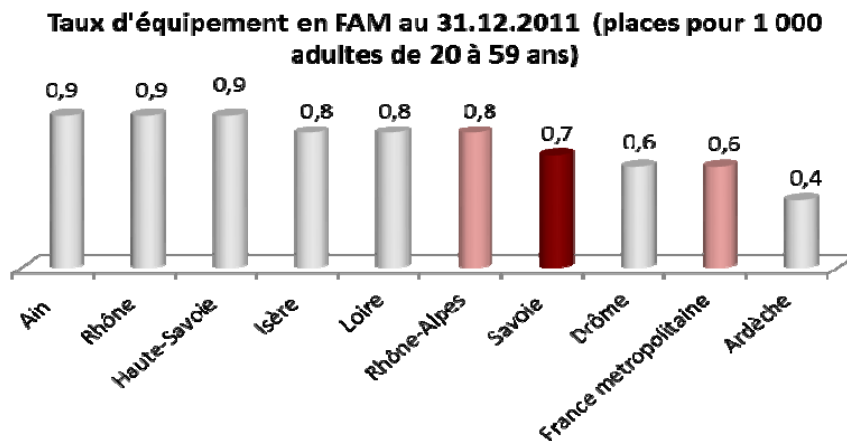


Des places spécialisées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes dans les EHPAD
30 places d'EHPAD autorisées sont réservées aux personnes en situation de handicap sur le département (18 places aux Marches et 12 places à Aigueblanche, ouvert depuis novembre 2013). Cette solution, adaptée au vieillissement des personnes en situation de handicap résidant dans des établissements tels que les foyers d'hébergement, Foyers de vie ou les Foyers d'accueil médicalisé, œuvre pour la fluidité des parcours des personnes.

Une offre médicalisée croissante, qui atteint la moyenne en volumétrie

⇒ Une offre en Foyers d'accueil médicalisé dont le développement prévu par le dernier schéma n'est pas achevé

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



Nombre de places en FAM au 31.12.2011	
France métropolitaine	20 984
Rhône-Alpes	2 605
Rhône	794
Isère	493
Haute-Savoie	380
Loire	301
Ain	280
Ardèche	263
Savoie	155
Drôme	154

Avec un taux d'équipement en Foyers d'accueil médicalisé (FAM) de 0,7 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, la Savoie se situe dans la moyenne basse de la région mais légèrement au-dessus de la moyenne nationale.

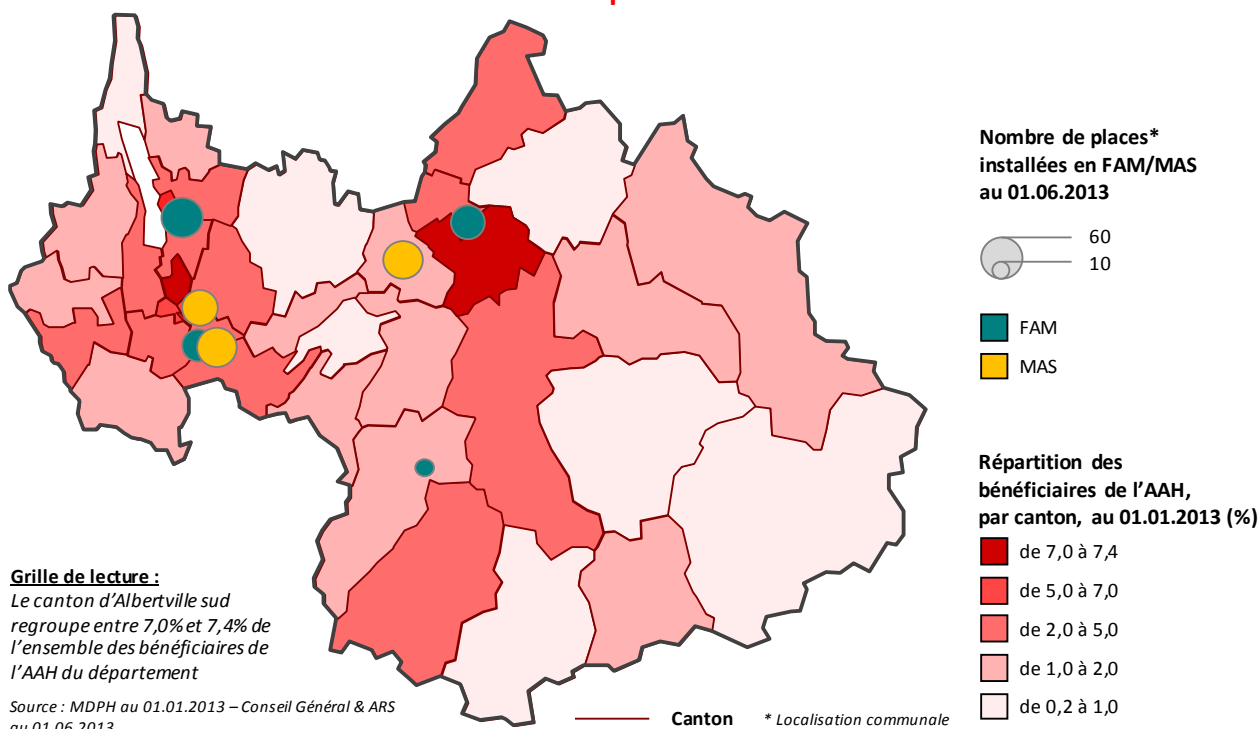
Foyers d'Accueil Médicalisés :

Objectif du précédent schéma : 90 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **43%**

Nombre de places de FAM créées depuis 2006 : 39 places autorisées
(11 en attente d'installation)

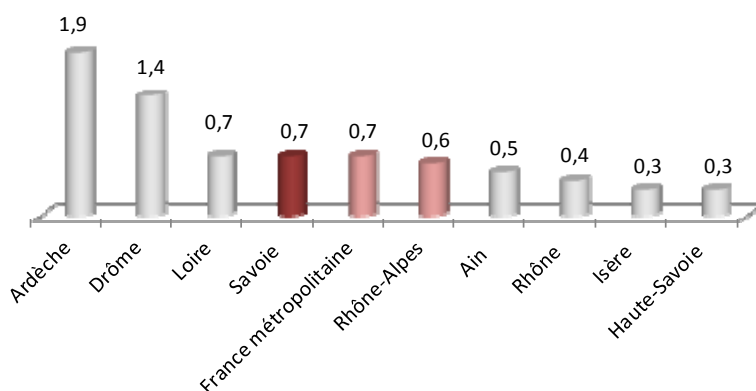
Carte 16 : Localisation des places d'accueil en Foyers d'accueil médicalisé et des Maisons d'accueil Spécialisé



⇒ Une offre en Maisons d'accueil spécialisé renforcée

 **Les Maisons d'accueil spécialisé (MAS)** proposent un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants.

Taux d'équipement en MAS au 31.12.2011 (places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)



Nombre de places en MAS au 31.12.2011

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

Le taux d'équipement en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) de la Savoie se situe au niveau de la moyenne nationale, soit à 0,7 places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans, légèrement au-dessus de la moyenne de la région Rhône-Alpes à 0,6%.

Au 01/01/2013, le nombre total d'orientations actives vers un FAM ou MAS est de 324.

Maisons d'Accueil Spécialisé :

Objectif du précédent schéma : 25 places

Réalisation (sur la base des places autorisées) : **148%**

Nombre de places de MAS créées depuis 2006 : 37 places autorisées (2 en attente d'installation)

5.2 Un département relativement bien doté sur le plan de l'accueil



Le SROSMS identifie le territoire de santé Est comme prioritaire pour le développement de l'offre à destination des personnes en situation de handicap. Au milieu de ce territoire se situe la Savoie, qui apparaît déjà relativement bien dotée avec une offre diversifiée mais néanmoins à optimiser.

Les ouvertures de places en Foyer d'hébergement et Foyer de vie ont dépassé les objectifs du Schéma 2006-2011. A l'inverse, seules 43% des nouvelles places en FAM envisagées lors du précédent schéma ont effectivement été autorisées. Le taux d'équipement en foyer accueil médicalisé s'inscrit toutefois dans la moyenne nationale.

A l'échelle infra-territoriale, la géographie du département présente cependant des taux d'équipement déséquilibrés relativement à la densité de la population. En matière d'accueil permanent, le choix des structures est limité dans certains secteurs (Maurienne, Tarentaise, Avant pays Savoyard notamment).

5.3 L'enjeu d'une meilleure connaissance de l'offre au service d'ajustements pertinents

Si la mise en place de la MDPH a entériné de nouveaux dispositifs à vocation départementale, les pratiques de gestion demeurent hétérogènes entre les établissements. Ainsi, la MDPH, les directeurs d'établissement et les équipes territoriales du Conseil général s'accordent à identifier la lisibilité de l'offre comme un enjeu fort (notamment sur les listes d'attente), complexifiant la pertinence et la réactivité des orientations. Des ateliers thématiques ont été organisés sur 2013 avec les partenaires afin d'améliorer la capacité d'observation de l'offre et des besoins.

Illustration de ces constats, la prise en charge des jeunes en aménagements Creton représente un enjeu fort pour les partenaires, d'autant que leur nombre augmente ces dernières années comme cela a été précédemment précisé.

Le bilan territorial souligne une inadéquation de l'offre aux besoins notamment pour les enfants et adolescents :

- souffrant d'autisme ou de TED,
- présentant des difficultés psychologiques,
- présentant des déficiences motrices,
- présentant des troubles des fonctions d'apprentissage.

Il est probable que le repérage de ces inadéquations soit notamment le reflet du défaut de lisibilité de l'offre précédemment évoqué.

Le renouvellement du Schéma doit dès lors constituer une opportunité d'évolution de l'offre disponible dans le Département, dans le sens d'une plus grande optimisation d'une part mais aussi de la diversification. Le SROMS relève à ce sujet la nécessité de considérer une offre adaptée pour les traumatisés crâniens, jusqu'à présent relativement inexistante dans le Département.

Orientation 5 : Optimiser l'offre existante au service d'accompagnements globaux et individualisés

La volonté du Conseil général

Comme expliqué en introduction, les contraintes actuelles qui pèsent sur les collectivités territoriales appellent en premier lieu à optimiser l'ensemble des dispositifs existants. Parallèlement, un besoin de coordination et structuration de la communication entre les différents acteurs du champ du handicap a été relevé dans l'ensemble des autres groupes thématiques, confortant le département dans la nécessité de consacrer une orientation du schéma 2014-2018 à cet enjeu.

Par ailleurs, l'ambition affichée de la loi de 2005 de favoriser l'intégration pleine des personnes en situation de handicap dans la vie de la cité a été un des principaux enjeux soulevés par l'ensemble des groupes lors de la phase de consultation. C'est pourquoi une action est consacrée à l'optimisation de l'accessibilité à l'offre de droit commun.

Enfin, c'est toujours dans cette ambition de proposer une approche cohésive dans la durée du parcours de vie que la dernière action du présent schéma s'inscrit.

Ce que dit le Projet Régional de Santé pour le territoire savoyard

Le Projet régional de santé insiste sur l'accessibilité aux dispositifs de droit commun de prévention et de soin dans son axe 2 « Faciliter l'accès à une offre en santé adaptée et efficiente ». La fluidité des parcours de santé est elle aussi au centre de la politique régionale de santé, et constitue le troisième axe du PRS. Cinq leviers ont été identifiés lors de l'élaboration du Plan stratégique régional de santé avec l'objectif de mettre en place des parcours personnalisés, cohérents et coordonnés. Parmi ces leviers, les droits des usagers ainsi que l'observation en santé ont été identifiés.

Les actions retenues au titre du présent schéma

- **Fiche 5.1** : Renforcer l'accessibilité de l'offre de droit commun
- **Fiche 5.2** : Renforcer la cohérence de l'offre existante et des besoins (information, observation, coordination)
- **Fiche 5.3** : Assurer la fluidité des parcours individuels

FICHE N° 5.1

Renforcer l'accessibilité de l'offre de droit commun

Constats

- Des spécificités du territoire savoyard à prendre en compte dans les dispositifs d'accès aux personnes en situation de handicap
- Un manque de lisibilité des actions dispositifs accessibles aux personnes en situation de handicap qui participe du processus d'autocensure

Objectif

Renforcer l'accessibilité de l'offre de droit commun pour les personnes en situation de handicap tant d'un point de vue matériel que par la mobilisation et l'amélioration de l'offre spécifique

Pilote de l'action

ARS / Etat / Conseil général

Partenaires participants à l'action

ERP, collectivités, ESMS, structures de droit commun, services publics (CAF, SNCF, Sécurité Sociale...), associations, organismes de formation dont CNFPT, MDPH

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une offre facilement identifiable et accessible, intégrée à l'offre de droit commun
- Des dispositifs sportifs, culturels et de loisirs facilement accessibles pour tous les handicaps
- Optimisation des PAVE
- Meilleure accessibilité des cabinets médicaux

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 5.1.1 : Accompagner les collectivités territoriales vers l'accessibilité pour tous

- Sensibiliser par la voie de formations, le personnel d'accueil sur le handicap et sur l'offre de services et partenaires en place sur le territoire (responsabiliser les collectivités sur les formations internes pour le personnel hors accueil)
- S'appuyer sur la notion de « confort d'usage tout public » afin que l'accessibilité ne soit pas un sujet uniquement de handicap mais comme une approche qualité, nécessaire pour bon nombre d'utilisateurs
- Accompagner pédagogiquement les collectivités dans les réflexions sur l'opportunité économique de la mise en accessibilité du territoire (via la porte d'entrée du tourisme et des équipements de voirie)
- Promouvoir l'accessibilité de l'information via son adaptation (référencement/centralisation)
- Améliorer la lisibilité de la programmation culturelle, sportives ou de loisirs adaptée (notamment sur les programmations de spectacles, concerts, activités culturelles)

Sous-action 5.1.2 : Mobiliser davantage l'offre de droit commun dans le cadre de réponses spécifiques

- Encourager le conventionnement entre le secteur du handicap et les structures de droit commun pour l'élaboration de réponses co-construites autour de situations spécifiques et l'intégration des personnes handicapées aux activités du milieu ordinaire
- Organiser des événements pour communiquer sur les offres d'inclusion existantes : handicap et culture, handicap et sport, etc.

Sous-action 5.1.3 : Encourager une continuité de services en lien avec le milieu ordinaire

- Prolonger l'offre de service de transports spécifiques sur le soir et week-end sur les agglomérations, afin notamment de favoriser l'accès à l'offre culturelle de droit commun
- Encourager et faire connaître la mise en place de services bénévoles assurant la prise de relais sur les soirs et week-ends dans le cadre des CTS.

Sous-action 5.1.4 : Favoriser le soutien au lien social pour les personnes isolées : lutte contre l'isolement/ espaces de rencontres /principe de GEM dans le cadre des Contrats Territoriaux de Savoie

Sous-action 5.1.5 : Poursuivre avec les associations, les démarches de sensibilisation citoyenne et du grand public au handicap (pendant le cursus scolaire)

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Schéma de Cohésion Sociale :**

➤ **Schéma en faveur des personnes âgées :** fiche 4.1 améliorer la lisibilité des activités culturelles, sportives, touristiques et de loisirs existants et en faciliter l'accès. Fiche 4.2 : faciliter le déplacement accompagné sur l'ensemble du département.

➤ **Schéma départemental du Tourisme (axé confort d'usage)**

Freins ou contraintes identifiés

- Identifier les acteurs qui portent les dispositifs : nécessité de responsabiliser les professionnels/associations

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Enquête de satisfaction (baromètre de l'APF) sur l'accessibilité dont traitement des résultats

Nombre d'événements culturels, sportifs organisés

Part des professionnels d'accueil des collectivités formés

Taux de couverture des réponses apportées au handicap sur le réseau de transport de compétence Conseil général (droit commun ou spécifique, à la demande...) et existence d'une alternative

FICHE N° 5.2

Renforcer la cohérence de l'offre existante et des besoins (information, observation, coordination)

Constats

- Une certaine méconnaissance des besoins, notamment sur certains publics cibles (à l'exemple des personnes handicapées vieillissantes) qui inhibent l'anticipation des besoins et l'adaptation de l'offre
- Une méconnaissance mutuelle des acteurs entre eux qui nuit à l'optimisation des coordinations voire l'implémentation de synergies possibles grâce à des mutualisations

Objectif

En développant les outils adaptés, et en identifiant, centralisant et organisant la diffusion de l'information, renforcer la connaissance de l'offre existante et des besoins

Pilote de l'action

MDPH

Partenaires participants à l'action

Conseil général, CDCPH, ESMS, associations, établissements sanitaires

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une connaissance plus fine des publics cibles des différents dispositifs permettant une adaptation de l'offre et, dans une certaine mesure, l'anticipation des besoins futurs
- Le renforcement de la communication et de la coordination des structures existantes entre elles, favorisant l'optimisation de la réponse aux besoins

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 5.2.1 : Optimiser les instances de coordination existantes

- Optimiser les instances de coordination, autour d'axes thématiques et de la territorialisation de certaines problématiques
 - A l'échelle départementale : la MDPH et le CDCPH
 - A l'échelle locale : Identifier des lieux pour la coordination locale autour des personnes handicapées

Sous-action 5.2.2 : Favoriser une connaissance actualisée de l'offre existante à destination des professionnels comme des usagers

- Construire un outil de recensement des dispositifs, compétences et expertises existants à destination des professionnels selon le modèle d'une banque de données actualisable, avec des mots-clés ou entrées thématiques
- Renforcer le rôle de la MDPH comme guichet unique par l'enrichissement d'un site internet public à destination des usagers et des professionnels regroupant l'ensemble des informations sur les

structures et organisations existantes (établissements, services, associations...), avec des liens vers les différents sites de celles-ci

Sous-action 5.2.3 : Améliorer la connaissance des besoins et de leurs évolutions

- Analyser l'évolution des publics accueillis dans les établissements, notamment les publics vieillissants, afin d'améliorer l'adéquation entre les orientations de la MDPH et l'intitulé de l'arrêté d'autorisation des structures
- Prévoir des phases d'évaluation de l'adéquation du projet de la personne avec celui de l'établissement et de préparation des entrées/sorties :
 - o Intégrer les établissements dans les évaluations dans un cadre structuré, aux côtés de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH
 - o Permettre des conventions MDPH-associations/ESSMS pour les personnes à domicile ou primo-demandeurs
 - o S'appuyer sur l'hébergement temporaire pour évaluer / mesurer l'adéquation entre l'orientation (ou la réorientation) et l'accompagnement proposé par l'établissement, formaliser les modalités pratiques (conditions, durée, tarification...) de stage de pré-admission
- Renforcer l'accompagnement des usagers en attente d'activation de leur orientation par un coordonnateur à la MDPH (voir fiche 2.1.3)

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **Projet Régional de Santé : Thèmes chapeaux communs à tous les territoires « Droits des usagers », « Observation en santé »**

➤ **Schéma de cohésion sociale :** Actions « Organiser l'accès à l'information pour une réponse compréhensible et éviter les ruptures de droits » et « Partager la connaissance entre acteurs (professionnels et bénévoles) pour améliorer la réponse à l'utilisateur »

➤ **Schéma en faveur des personnes âgées :** fiche 1.2 « améliorer l'information des personnes âgées et de leur familles sur les dispositifs, services et aides existants ».

Freins ou contraintes identifiés

- L'offre d'hébergement temporaire ne doit pas seulement être utilisée pour des périodes de test
- Risque d'occulter des outils existants et de ne pas assez les exploiter

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Taux d'intérêt des séances de CDCPH (évaluation en fin de séance)

Existence de l'outil de recensement, fréquence des actualisations, taux de fréquentation

Analyse de la fréquentation et de l'utilisation du site internet de la MDPH

Nombre annuel de demandes de réorientations

Nombre de conventions-cadre entre ESSMS et MDPH

FICHE N° 5.3

Assurer la fluidité des parcours individuels

Constats

- Un manque de concertation récurrent entre les différents acteurs sur l'anticipation des sorties de dispositif qui participe des difficultés de transition dans les parcours de vie (mauvaise préparation, prise en charge temporaire avant l'entrée dans un dispositif de façon pérenne)
- Un déficit de places en accueil séquentiel qui ne permet pas une réponse optimale aux prises en charges flexibles et d'urgence
- Des solutions d'accueil en urgence à identifier

Objectif

Renforcer la coordination entre les acteurs afin d'assurer la fluidité des parcours individuels

Pilote de l'action

ARS / Conseil général

Partenaires participants à l'action

MDPH, ESMS, associations, communes et EPCI, CHS, mandataires judiciaires

Améliorations attendues / bénéfices attendus de l'action

- Une offre plus large d'accueil séquentiel et d'urgence afin de garantir la souplesse nécessaire aux prises en charge flexibles et adaptées grâce à l'optimisation de la gestion des places et aux mutualisations
- Mise en place des outils permettant de baliser les transitions des usagers, afin d'assurer continuité et fluidité dans les parcours de vie malgré les changements de prises en charge
- Résoudre les situations d'amendements Creton

Modalités de mise en œuvre

Sous-action 5.3.1 : Optimiser l'offre en établissement au service des prises en charge flexibles et adaptées

- Poursuivre les réflexions au cas par cas sur l'occupation des places en établissement en lien avec des accueils séquentiels choisis (selon les projets de vie) pour optimiser les places disponibles.
- Réfléchir collectivement aux conditions de financement par l'utilisateur en établissement à partir du 36^{ème} jour d'absence.
- Pérenniser les pratiques actuelles, gages de flexibilité, autour des orientations pour répondre aux situations d'urgence immédiate tout en clarifiant les objectifs de ces accueils
 - Formaliser collectivement une charte de l'accueil d'urgence

- Mutualiser un plateau technique (format GCSMS ou équipe mobile – à déterminer) pour :
 - o Mobiliser des compétences spécifiques ou des équipes mobiles lorsque qu'une prise en charge renforcée est nécessaire
 - o Doter les professionnels d'outils et de compétences sur des problématiques spécifiques (troubles du comportement notamment)

- Adapter la taille et l'offre des structures à la demande d'autonomie d'une partie des usagers

Sous-action 5.3.2 : Optimiser l'offre en services spécialisés (SAVS-SAMSAH) au service des prises en charge flexibles et adaptées

- Identifier les modalités de prises en charge actuelles (durée, prestations) et les éventuelles évolutions envisageables
- Travailler la notion de file active avec les services pour répondre aux besoins non satisfaits

Sous-action 5.3.3 : Développer la notion de plate-forme de services pour accompagner les transitions dans le parcours de l'utilisateur

- Réfléchir à la création de palettes d'offres décloisonnées et territorialisées, portées respectivement par un acteur local (ou via l'articulation avec d'autres porteurs), induisant ainsi une flexibilité entre les dispositifs d'accompagnement et de prises en charge
 - o Réfléchir et étudier l'opportunité de développer un service d'accueil de jour itinérant
- Promouvoir les chartes de bonnes pratiques entre structures sanitaires et établissements médico-sociaux

Sous-action 5.3.4 : Poursuivre les travaux avec les structures sanitaires pour favoriser le parcours de soin de l'utilisateur, y compris quand il vit en établissement

Liens avec les autres schémas directeurs

➤ **PTS Est** : Axe 3 Orientation 5, Priorité 1 « Prévenir les ruptures dans les parcours d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées »

➤ **Schéma en faveur des personnes âgées** : fiche 2.2 optimiser le fonctionnement des ESMS par l'échange et la mutualisation.

Freins ou contraintes identifiés

- Charge pour les professionnels (deux projets d'accompagnement pour une place si deux résidents)
- Nécessité d'anticiper des temps de nettoyage des chambres (pour les établissements médicalisés notamment) et d'inclure la gestion des objets personnels
- Le besoin de répit des aidants n'est pas linéaire (pas de régularité, évolutif)
- Nécessite une bonne connaissance des dispositifs, une souplesse des orientations, la construction de dossier unique pour passer d'une offre à l'autre d'une même plateforme

Indicateurs d'évaluation ou de suivi

Evolution du nombre total de places séquentielles

Taux d'occupation des places permanentes

Nombre de personnes en situation d'amendement Creton par type d'orientation

Existence d'une solution ou non pour les enfants lors des fermetures

Existence de l'accueil de jour itinérant

Synthèse des fiches-actions

Orientation 1 :	Actions	Objectifs opérationnels
Promouvoir un accompagnement global autour des enfants en situation de handicap	Favoriser les diagnostics précoces et accompagner les familles dans le parcours de dépistage et de prise en charge	1. Améliorer le repérage des premiers signes du handicap chez l'enfant par les professionnels médicaux, paramédicaux et de l'Education nationale 2. Renforcer l'accompagnement des parents dans le parcours de dépistage/diagnostic et de prise en charge
	Favoriser une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du territoire	1. Adapter les solutions de droit commun (milieu ordinaire) pour l'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap 2. Optimiser le maillage territorial de l'offre en considérant les spécificités du territoire savoyard
	Assurer un accompagnement cohérent et dans la continuité des parcours des enfants en situation de handicap	1. Améliorer la coordination des interventions auprès de l'enfant en situation de handicap 2. Améliorer la continuité de la prise en charge les weekends et pendant les vacances pour les enfants bénéficiant d'un accueil en établissement

Orientation 2 :	Actions	Objectifs opérationnels
Favoriser la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap	Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers des formations et de l'orientation	1. Développer une offre de formation adaptée au marché de l'emploi 2. Renforcer l'accompagnement préalable aux orientations de la MDPH 3. Renforcer l'accompagnement des usagers en attente d'activation de leur orientation
	Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie active	1. Intégrer dans la formulation du projet de vie puis dans l'évaluation, la prise en compte de l'environnement et des souhaits de vie sociale de la personne 2. Renforcer les partenariats avec le secteur médico-social 3. Anticiper les problématiques liées à la capacité de travail (vieillesse, maternité, maladie...)
	Développer l'offre de travail pour les personnes en situation de handicap	1. Adapter les compétences des ESAT aux besoins des employeurs/entreprises 2. Poursuivre la sensibilisation et les actions pour l'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique et dans les entreprises

Orientation 3 :	Actions	Objectifs opérationnels
Améliorer et coordonner l'offre d'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap	Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile	1. Favoriser la continuité de l'offre de services de soins le matin tôt, le soir et les weekends (SSIAD) 2. Favoriser la continuité de l'offre de services d'aide à la personne le matin tôt, le soir et les weekends 3. Poursuivre le développement de l'offre de SAMSAH 4. Formaliser des protocoles de coordination entre les différents services
	Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile	1. Développer la formation en interne en valorisant les méthodes de transmission des savoirs tout en veillant à ne pas favoriser les glissements de tâches 2. Mettre en place des formations pluridisciplinaires afin de favoriser les échanges entre professionnels
	Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile	1. Structurer un accompagnement des aidants dans la durée 2. Proposer des formations aux familles 3. Encourager les solutions innovantes de répit 4. Renforcer les actions de soutien à la parentalité des personnes handicapées
	Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile	1. Identifier l'offre sur le territoire et valoriser les initiatives innovantes qui ont fait leurs preuves 2. Promouvoir la création de logements adaptés dans le cadre des contrats territoriaux de Savoie 3. Accompagner les personnes en situation de handicap dans l'adaptation de leur logement et du lieu de vie

Orientation 4 :	Actions	Objectifs opérationnels
Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes	Favoriser le croisement des compétences du secteur de la gérontologie et du handicap dans les lieux d'accueil	1. Développer le partage de compétences entre les secteurs de la gérontologie et du handicap 2. : Adapter les structures aux doubles prises en charge 3. Accompagner la personne handicapée dans la / les période(s) de transition
	Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes	1. Développer l'offre de logement dédiée aux personnes handicapées vieillissantes 2. Coordonner et adapter les différents acteurs interagissant autour de la personne handicapée vieillissante à domicile et adapter les actions

Orientation 5 :	Actions	Objectifs opérationnels
Optimiser l'offre existante au service d'accompagnements globaux et individualisés	Renforcer l'accessibilité de l'offre de droit commun	1. Accompagner les collectivités territoriales vers l'accessibilité pour tous 2. Mobiliser davantage l'offre de droit commun dans le cadre de réponses spécifiques 3. Encourager une continuité de services en lien avec le milieu ordinaire 4. Favoriser le soutien au lien social pour les personnes isolées : lutte contre l'isolement/ espaces de rencontres /principe de GEM dans le cadre des Contrats Territoriaux de Savoie 5. Poursuivre avec les associations, les démarches de sensibilisation citoyenne et du grand public au handicap (pendant le cursus scolaire)
	Renforcer la cohérence de l'offre existante et des besoins (information, observation, coordination)	1. Optimiser les instances de coordination existante 2. Favoriser une connaissance actualisée de l'offre existante à destination des professionnels comme des usagers 3. Améliorer la connaissance des besoins et de leurs évolutions
	Assurer la fluidité des parcours individuels	1. Optimiser l'offre en établissement au service des prises en charge flexibles et adaptées 2. Optimiser l'offre en services spécialisés (SAVS-SAMSAH) au service des prises en charge flexibles et adaptées 3. Développer la notion de plateforme de services pour accompagner les transitions dans le parcours de l'utilisateur 4. Poursuivre les travaux avec les structures sanitaires pour favoriser le parcours de soin de l'utilisateur, y compris quand il vit en établissement

PARTIE 3

PROGRAMMATION ET SUIVI DES ACTIONS

Programmation de l'offre **P 113**

Programmation des actions **P 114**

1. PROGRAMMATION DE L'OFFRE

La programmation de places supplémentaires est possible par le redéploiement de crédits ou par le report d'opération n'ayant pu se réaliser au cours du précédent schéma.

1.1 Par redéploiement du financement actuel par le département des jeunes en amendement Creton

Création de 10 places de FAM spécifique autisme

Le plan national autisme prévoit la création de places spécifiques. Le financement est dédié et vient abonder les PRIAC régionaux.

Il s'agit de positionner la Savoie afin de pouvoir lancer un appel à projet conjoint avec l'Agence Régionale de Santé si la création de place était décidée pour le Territoire EST.

Cette création sera conditionnée par le lieu et les résultats de l'appel à projet.

Création de 10 places d'hébergement innovant pour personnes handicapées vieillissantes

Création de 10 places pour personnes handicapées vieillissantes ayant gardé une certaine autonomie. Le niveau d'encadrement serait intermédiaire entre le foyer hébergement et le foyer de vie. Les places devraient être en proximité immédiate d'un site déjà existant afin de mutualiser les moyens généraux et une partie des bâtiments.

Ces places nouvelles s'inscrivent dans l'objectif de fluidité des parcours de vie. Elles permettraient de libérer des places pour les jeunes en amendement Creton qui attendent une place ESAT avec foyer d'hébergement.

1.2 Par report des crédits au titre du précédent schéma

Création de 20 places de SAMSAH de coordination

Il s'agit d'un SAMSAH polyvalent, 20 places sont inscrites par l'Agence Régionale de Santé au PRIAC pour la Savoie.

2. PROGRAMMATION DES ACTIONS

HIERARCHISATION DES ACTIONS PAR NIVEAU DE DIFFICULTE ET PAR DELAI DE REALISATION		Niveau		
Orientation 1: Promouvoir un accompagnement global autour des enfants en situation de handicap		1	2	3
Action 1.1	Favoriser les diagnostics précoces et accompagner les familles dans le parcours de dépistage et de prise en charge			X
Action 1.2	Favoriser une prise en charge adaptée des enfants en situation de handicap sur l'ensemble du territoire		X	
Action 1.3	Assurer un accompagnement cohérent et dans la continuité des parcours des enfants en situation de handicap		X	
Orientation 2: Favoriser la formation et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap		1	2	3
Action 2.1	Renforcer l'accompagnement vers l'emploi via les leviers des formations et de l'orientation			X
Action 2.2	Promouvoir une approche globale prenant en compte la vie sociale aux côtés de la vie professionnelle			X
Action 2.3	Intégrer l'offre de travail protégé et les compétences des travailleurs handicapés au sein du secteur de l'emploi		X	
Orientation 3: Améliorer et coordonner l'offre d'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap		1	2	3
Action 3.1	Assurer la continuité des services pour les personnes en situation de handicap à domicile	X		
Action 3.2	Former et sensibiliser les professionnels intervenant à domicile aux handicaps		X	
Action 3.3	Améliorer l'accompagnement aux aidants et le soutien à la parentalité		X	
Action 3.4	Encourager l'accès à un logement adapté	X		
Orientation 4: Améliorer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes		1	2	3
Action 4.1	Favoriser le croisement des compétences du secteur de la gérontologie et du handicap dans les lieux d'accueil		X	
Action 4.2	Optimiser la prise en charge à domicile des personnes handicapées vieillissantes		X	
Orientation 5: Optimiser l'offre existante au service d'accompagnements globaux et individualisés		1	2	3
Action 5.1	Renforcer l'accessibilité de l'offre de droit commun		X	
Action 5.2	Renforcer la cohérence de l'offre existante et des besoins (information, observation, coordination)		X	
Action 5.3	Assurer la fluidité des parcours individuels			X

Niveau 1: action nécessitant peu de moyens supplémentaires et réalisable à court terme (1 à 2 ans)

Niveau 2: action nécessitant une concertation et des études préalables, réalisable à moyen terme (2 à 3 ans)

Niveau 3: action nécessitant une réflexion approfondie et différents arbitrages sur l'organisation et les pratiques en place, réalisable à long terme (3 à 5 ans)

ANNEXES

Liste des sigles

P 116

Participants

P 118

....

GLOSSAIRE

AAH	Allocation adultes handicapés
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
ADPA	Allocation départementale personnalisée d'autonomie
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ARS	Agence régionale de santé
AT	Accueil temporaire
ATMP	Association tutélaire des majeurs protégés
BOE	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées
CEM	Centre d'éducation motrice
CFA	Centre de formation des apprentis
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CLIS	Classe d'intégration Scolaire TED : troubles envahissant du développement TFC : troubles fonctions cognitives TFM : troubles des fonctions motrices TSL : troubles sévères du langage
CME	Centre médico-éducatif
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DASEN	Directeur académique des services de l'Éducation nationale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
DDEJF	Délégation départementale enfance jeunesse famille (Conseil général)
DDPAPH	Délégation départementale des personnes âgées – personnes handicapées (Conseil général)
DGAVS	Direction générale adjointe de la vie sociale (Conseil général)
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DSDEN	Direction des services départementaux de l'éducation nationale
DT	Délégation territoriale (7 en Savoie)
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ETP	Équivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FH	Foyer d'hébergement
FV	Foyer de vie

GIP	Groupement d'intérêt public
IDE	Infirmier diplômé d'État
IES	Institut d'éducation sensorielle
IME	Institut médico-éducatif
IMPRO	Institut médico-professionnel
INJS	Institut national des jeunes sourds
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
PAVE	Plan d'aménagement de la voirie et des espaces publics
PCH	Prestation de compensation du handicap
PDALPD	Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées
PHV	Personnes handicapées vieillissantes
PLH	Plan local de l'habitat
PMI	Protection maternelle et infantile
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PTS	Programme territorial de santé
R4P	Réseau régional de rééducation et de réadaptation pédiatriques en Rhône-Alpes
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAAIS (S3AIS)	Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire
SAAD	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAIP	Service d'accompagnement à l'insertion professionnelle
SAJ	Section d'accueil de jour
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
TH	Travailleur handicapé
UDAF	Union départementale des associations familiales
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire TFC : troubles fonction cognitives TFM : troubles des fonctions motrices TSL : troubles sévères du langage

Liste des participants

ABDERRAHIM Delphine	APAJH	Directrice ESAT
ALBERT Martine	APF	Directrice départementale
AUBERT Brigitte	ADIREPAS	Directrice EHPAD « Les Augustines »
BADIN Cécile	ARS	Responsable du pôle médico-social
BAJOLLET Christelle	Représentant commune : Albertville	Responsable du CCAS
BARDAGOT Dominique	Conseil général – DT Combe de Savoie	Responsable DT
BARLET Brigitte	UDCCAS – CCAS le Bourget	Directrice
BEAUCHAMPS Marguerite	ADIS	Directrice adjointe
BILLAUD Cyrille	Cabinet Eneis	Directeur associé
BONFILS Colette	Conseil général	Conseillère générale - membre de la deuxième commission
BOURREL Stéphanie	GEPISO	Directrice de la Mas de Bassens
BOUVIER Robert	Direction des services départementaux de l'éducation nationale Savoie	Inspecteur de l'éducation nationale chargé de l'adaptation scolaire et handicap
BOYER Brigitte	Conseil général – DT Aix-les Bains	Coordonnatrice PA/PH
BRUNET Christiane	Conseil général	Conseillère générale - membre de la deuxième commission
BRUN-LEMESLE Anne-Dominique	Croix-Rouge INTERACTION 73	Médecin
BURDIN Régine	CAMPS de Chambéry	Directrice
CABROL Stéphane	Centre hospitalier spécialisé (CHS)	Médecin
CALDERINI Pierre	APAJH	Président
CARRE Briec	Centre hospitalier de St Jean de Maurienne	Directeur adjoint
CHARVIN Ginette	AFM	
CHOURLIN Daniel	APEI Albertville	Directeur général
CLEMENT Dominique	APEI de Chambéry	Directeur général
CLEYET-MERLE Josiane	APEI de Chambéry	Administrateur
COHEN Stéphane	Association seniors sourds	Vice-président
COLIN JORE Anne-Christine	AFM	Equipière
COLLIOUD Laurence	ARS	Infirmière
CRETEUR Laurent	APEI de Chambéry	Directeur ESAT
CULLAZ Giles	Conseil général - EJF	Chef de service assistants familiaux
CURTET Christiane	Représentant Commune : Barby	Conseillère municipale
DAVID Didier	Les Papillons blancs d' Albertville	Directeur Foyer d'hébergement, foyer de vie, SAJ et SAVS
DE RANCOURT Laurence	MEDEF	Chargé de mission Handicap
DE TURENNE Isabelle	ARS	Responsable du service PH
DEBRUYNE Olivier	Conseil général - DGAVS	Directeur
DELCHER Lydie	Représentant commune : Albertville	Responsable pôle petite enfance et service handicap
DERIVE Marie-Jo	UNAFAM	Présidente
DESSEUX Marc	DDCSPP	Référent sport et handicap
DEVILLE Monique	APAJH	Directrice générale
DRAMISSOTIS Geneviève	AFTC 73	Trésorière
DUBESSE Alain	UDAPEI	Président
DUBOIS Florence	Conseil général - DDPAPH	Chef de service « Soutien à domicile et prestation PA »
DUFRESNOY Dominique	Conseil général – DT Bassin chambérien	Référente PA/PH
FILLOL Céline	Conseil général – DPT service montagne et tourisme	Chef de service
FLORET Sylviane	Conseil général- DT Bassin chambérien	Coordonnatrice PA/PH
FRAY Serge	Centre hospitalier spécialisé	Cadre supérieur de santé
GACHET Jérôme	Centre hospitalier spécialisé	Cadre de santé
GALBY Laure	Conseil général	Chef de service

GALLAT Thierry	APEI Aix-les-Bains	Directeur général
GALTIER Bénédicte	UDAF	Responsable unité établissement
GAUDILLIER Mélanie	Centre hospitalier spécialisé	Directrice adjointe
GIBELLO Annick	UNA	Directrice du service SPAD
GODIARD Bernard	MDPH	Directeur
GOMES Christine	Conseil générale – EJF / PMI	Médecin départemental de PMI
GOUGA Malika	MDPH	Assistante sociale « secteur enfant »
GOUTELLE Patricia	CAF	Responsable territoriale sur le territoire de Chambéry Métropole et couronne chambérienne
GRANJON Dominique	UDAFAM	Directeur ESAT et foyer d'hébergement
GRATALOUP Nadège	Centre hospitalier - CHAM	Directrice adjointe
GREGOIR Margaux	Cabinet Eneis	Consultant
GUERAIN Etienne	INJS	Secrétaire général
GUERRAZ Annick	Centre hospitalier spécialisé	Cadre de santé responsable ateliers
GUETTE Marlène	CARSAT service sociale	Responsable adjointe
GUILLAUMOT Stéphane	ATMP	Directeur adjoint
GUILLIER Ludovic	Conseil général - DESJ	Chargé de Mission « Territoire et population »
HARS Rozenn	Conseil général	Vice-présidente chargée de l'action sociale et des actions humanitaires
HENRIQUET Karen	Conseil général - DT Combe de Savoie	Infirmière référente PA/PH
HUGUEL Michel	UDAFAM	Président
HUSSON Yves	Conseil général	Conseiller général – Président de la deuxième commission
JACOB Christian	Croix Rouge	Directeur ESAT et Foyer hébergement
JAILLET Caroline	Cabinet Eneis	Consultant
KELLER André	APEI Aix-les-Bains	Directeur FAM, foyer d'hébergement, foyer de vie et SAVS
LAGARD-MERMET Franck	Fédération ADMR	Directeur
LAMA Paule	Association seniors sourds	Présidente
LEBLANC Frédéric	Solidarité Savoyarde	Directeur ESAT
LEDUC Frédérique	Conseil général – DT Albertville	Coordonnatrice PA/PH
LEJEUNE Anne	Pôle emploi équipe orientation	Psychologue du travail
LEMERLE Claudine	CAF	Responsable territoriale sur le territoire de la Combe de Savoie et de la Maurienne
LOUIS Maryse	CAP emploi	Responsable
MALGRAS Sandrine	Conseil général – DT Tarentaise	Coordonnatrice PA / PH
MANIGLIER Yvan	Centre hospitalier - CHAM	Directeur
MARCON Chantal	Centre de rééducation Le Zander	Cadre de santé
MARTIN Emilie	Cabinet Eneis	Consultant
MARTINEZ Dominique	OVE	Directeur du dispositif
MASSALAZ Christine	RETINA	Correspondante locale
MATHELIN Nathalie	APEDYS des 2 Savoie	Présidente
MESSIFET Aude	Conseil général – DT Bassin chambérien	Coordonnatrice PA/PH
MEZZADRI Marie-Jo	MDPH	Chef de service Adulte
MICHEL Béatrice	MDPH	Responsable accueil / information
MIGUET Paulette	APF	
MOREIRA Myriam	MDPH	
NICOLETTI Jean-Philippe	Interaction 73	Chef de service Insertion professionnelle
OUMEDJBEUR Fatima	APF	Directeur
PAYSAC Stéphane	Centre de gestion Savoie	Directrice de FAM et SAJ
PEETERS Michel	Sésame Autisme	Chargé de mission handicap
PELLETIER Guillaume	APEI de Chambéry	Membre
PENAS-CAMPOS Antonia	Accueil savoyard	Directeur IME
PEPPUY Bénédicte	Conseil général - DDPAPH	Directrice Secteur adultes
PETELLAT Marie-Christine	DDCSPP	Chargée de Mission schéma PH
PETITPAS Claudine	UDAFAM	Adjointe Pôle égalité
PIRAT Jean	Conseil général – Direction des transports	Vice-présidente
PLANTIER Nathalie	ADIREPAS	Directeur
PLASSE Pierre	APF	Membre du CA et Directrice EHPAD

PORTAZ Jean-Louis	Conseil général	Conseiller général – membre de la deuxième commission
POUSSIN Hubert	APEI Aix les Bains	Directeur IME et SESSAD
PROGIN Emilie	Conseil général - DDPAPH	Chargée de Mission schéma PH
QUENARD Joëlle	Conseil général – DT Bassin chambérien	Réfèrente PA/PH
REIGNIER Patrick	DIRECCTE	Réfèrent Politique des travailleurs handicapés
REVIRON Christine	ADIS	Administrateur
REVOL Christiane	Sésame Autisme Rhône Alpes	Directeur CEM / Pôle Enfance
RIGATO Paul	Accueil savoyard	
RIVOLLIER Nicole	Autisme Savoie	
ROBERT Jérôme	Conseil général - DESJ	Chargé sectorisation scolaire
ROCHET-LABRUNE Claude	Conseil général – DT Aix-les -Bains	Déléguee territoriale
ROLLAND Laurent	CAP Emploi 73- 74	Directeur
RUAUD Stéphane	Représentant commune : Albertville	Directeur Service jeunesse
SIMON CHAITEMPS Alain	ADIREPAS	Directeur logement-foyer « la Monférine »
TANCHOT Anne-Sophie	Conseil général - DDPAPH	Chef de service Equipement PA/PH
TAVET Corinne	Conseil général – DT Bassin Chambérien	Coordonnatrice cohésion sociale
THIEVENAZ Gérard	Conseil général – DPT service Montagne et Tourisme	Chargé de mission tourisme
THIFINAU Didier	APEI Albertville	Directeur ESAT
TOSI Marie-Yvelines	Conseil général – DT Maurienne	Coordonnatrice PA/PH
TROADEC Anne	Conseil général - DDPAPH	Déléguee départementale
TRUEL COMBE Maryse	INJS	Directrice
VEYRINAS Philippe	Conseil général – Développement culturel	Directeur
VIZET Nathalie	APEI Albertville	Directrice du CAMPS
VOISIN Dominique	APEI Maurienne	Directeur de FAM, FH et FV
WEPPE Guillaume	UDFAM	Directeur du Chardon bleu (FAM et FV)
ZEHR Laurence	Association des accueillants familiaux de Savoie FAMIDAC	Accueillant familial