



Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Lot-et-Garonne

Volet enfance et adolescence handicapées



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DDASS et Inspection académique du Lot-et-Garonne

Mai 2009

Présentation :
le cadre et la démarche du Schéma départemental du Lot-et-Garonne

- 1. Le cadre juridique de la démarche**
- 2. La démarche conduite dans le Lot-et-Garonne**
 - 2.1 L'état des lieux (méthodologie)
 - 2.2 La concertation en groupes thématiques
 - 2.3 Les axes stratégiques du Schéma
- 3. Le bilan du précédent Schéma départemental (1998-2003)**

Présentation socio-démographique du Lot-et-Garonne

ETAT DES LIEUX

- 1. La scolarisation en milieu ordinaire**
- 2. Les CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie**
- 3. Les établissements et services médico-sociaux et la population accueillie**
- 4. La parole des jeunes et de leur famille**

LES GRANDES ORIENTATIONS DU SCHEMA

AXE 1 : AMELIORER LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN DES FAMILLES

- 1.1- Favoriser le dépistage précoce et améliorer les conditions d'annonce du Handicap**
- 1.2- Permettre aux parents d'être acteurs dans l'élaboration du projet de vie de leur enfant**
 - 1.2.1 Faciliter l'accès à l'information à toutes les étapes du développement de l'enfant et du jeune
 - 1.2.2 Favoriser l'expression des souhaits des enfants et de leur famille et leur intégration dans l'élaboration du projet personnalisé
 - 1.2.3 Créer une maison départementale des adolescents
- 1.3- Favoriser les projets de soutien aux aidants**
 - 1.3.1 Développer les projets d'accueil séquentiels
 - 1.3.2 Soutenir les actions d'aide aux aidants

AXE 2 : FAVORISER LES ACTIONS VISANT A GARANTIR L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES JEUNES HANDICAPES

- 2.1- Consolider les efforts réalisés en matière de scolarisation**
 - 2.1.1- Mettre en œuvre le décret n°2009-378 et l'arrêté du 2 avril 2009 relatifs à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés
 - 2.1.2- Favoriser la formation et la stabilité des AVS
- 2.2- Favoriser les actions permettant l'insertion et l'accès à un accompagnement pour adultes**
 - 2.2.1 Faciliter l'accès à l'information sur les possibilités d'insertion
 - 2.2.2 Mettre en place un accompagnement individuel
- 2.3- Faciliter la participation à la vie sociale**
 - 2.3.1- Permettre l'accès aux pratiques sportives
 - 2.3.2- Faciliter l'accès aux accueils de loisirs
- 2.4- Articuler et rendre cohérents les différents projets construits autour de l'enfant et dans son intérêt**

AXE 3 : ACCOMPAGNER L'ADAPTATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'évolution de l'offre de service en SESSAD dans le département depuis le dernier Schéma départemental

3.1- Adapter et diversifier l'offre de service

3.11 – en faveur du dépistage et de la prévention

3.12 – en rééquilibrant la répartition des places et les inégalités de prise en charge

3.13 – en faveur des enfants et adolescents atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement

3.14 – en créant un service d'accueil familial spécialisé

3.2- Favoriser les actions de coopération entre la psychiatrie infanto-juvénile et le secteur médico-social

3.3- Moderniser les modes de gestion des établissements et services médico-sociaux

3.3.1- Accentuer l'effort de contractualisation

3.3.2- Faciliter le développement des GCSMS

3.3.3- Evaluer la qualité du service rendu

3.4- Encourager la formation et l'information des professionnels

AXE 4 : DEVELOPPER LES ACTIONS D'ANIMATION, DE REGULATION ET DE COORDINATION DES DISPOSITIFS

4.1 – Le renforcement du positionnement de la MDPH

4.11 Fonction d'observation des publics

4.12 Fonction d'accueil et d'information

4.13 - Fonction de coordination des projets personnalisés

4.14 - Fonction de coordination des acteurs

4.2 Création d'un dispositif départemental de coordination territorialisé

4.2.1 – Le Comité départemental de concertation et les plateformes territoriales

4.2.2 – Le suivi du Schéma

Les orientations stratégiques et les actions programmées par le Schéma départemental
Tableau de synthèse

ANNEXES

Présentation :

le cadre et la démarche du Schéma départemental du Lot-et-Garonne

1. Le cadre juridique de la démarche

□ La **Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale**, avec les modifications apportées par la **Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales**, impose une planification de l'action sociale et médico-sociale (art. 18 et 19), en prévoyant que les schémas départementaux :

- sont arrêtés par le Conseil général après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), pour une période maximum de 5 ans, tout en étant révisables à tout moment à l'initiative de l'autorité compétente et opposables. Ils sont ensuite transmis, pour information à la Conférence régionale de santé et au CROSMS.
- ont pour vocation :
 - l'appréciation de la nature, du niveau et de l'évolution des **besoins sociaux et médico-sociaux de la population**
 - l'élaboration d'un bilan, quantitatif et qualitatif, de **l'offre de service sociale et médico-sociale existante**
 - la détermination de **perspectives et d'objectifs de développement de cette offre**, notamment ceux nécessitant des créations, transformations ou suppressions d'établissements, services et accueils familiaux. Les autorisations initiales relatives au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux ne seront accordées, entre autres conditions, que si le projet est « *compatible avec les objectifs et répond aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale* » (art. 28).
 - la précision des **cadres de coopération et de coordination entre établissements et services**
 - la définition de **critères d'évaluation des actions mises en œuvre** dans le cadre du Schéma

□ La **Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** organise et structure les politiques mises en place à l'intention des personnes en situation de handicap. Elle repose sur trois principes fondamentaux qui ont également guidé les travaux réalisés dans le cadre de ce Schéma départemental :

- ✓ le **libre choix du mode de vie** pour la personne handicapée, qui passe par la **compensation des conséquences du handicap** et un **revenu d'existence** permettant une vie autonome digne.
- ✓ la **participation à la vie sociale**, grâce à un principe d'**accessibilité généralisée**, à l'école, à l'emploi, aux transports, au cadre bâti, à la culture et aux loisirs.

En effet, **le handicap est défini dans la Loi** comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs*

fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »¹.

Suivant un principe de non-discrimination, **l'objectif est de fonder la nouvelle politique du handicap sur le droit commun** : « *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* », comprenant l'accès « *aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population* » et le « *maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie* » (art. 2).

- ✓ la **place centrale de la personne handicapée** par rapport aux dispositifs qui la concernent, dans une logique de service apporté.

En pratique, la Loi a conduit à l'instauration, dans chaque département :

- d'une **Maison départementale des personnes handicapées**, guichet unique du Handicap, chargée de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement et du conseil, pour l'accès aux droits, aux prestations, à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers les structures d'accueil, suivant le **projet de vie** construit par la personne.
- d'une **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées** qui se prononce ainsi sur l'orientation de la personne, les mesures d'insertion scolaire, professionnelle et sociale, l'attribution éventuelle des différentes allocations et de la carte d'invalidité². Elle s'appuie pour cela sur l'évaluation des besoins de la personne réalisée par une **équipe pluridisciplinaire**.

¹ Cette définition s'inspire de celle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé.

² Elle a ainsi repris les missions de la CDES, de la COTOREP et du SVA.

2. La démarche conduite dans le Lot-et-Garonne

La démarche a été initiée en 2008, conjointement par la DDASS et l'Inspection académique, avec une réunion publique de lancement, présidée par M. le Préfet de département, qui s'est déroulée le 29 mai 2008, témoignant, dès le début de la démarche, de la volonté d'associer étroitement tous les acteurs départementaux du monde du handicap.

Un **Comité de pilotage** réunissant les institutions représentant l'Etat (DDASS, Education nationale, DDJS, PJJ, Justice), le Conseil général, la MDPH, l'Assurance maladie, le Centre hospitalier spécialisé et des représentants, d'une part, des associations gestionnaires d'établissements et services pour jeunes handicapés, d'autre part, des usagers et de leur famille.

Le CREAHI d'Aquitaine, Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations, a été choisi pour :

- réaliser un **état des lieux de l'existant et des besoins**
- apporter un appui méthodologique à la **rédaction du Schéma départemental**.

La phase d'investigations a donné lieu à une présentation de l'état des lieux départemental devant le Comité de pilotage, le 23 octobre 2008 ainsi que devant les professionnels et les familles d'usagers lors de 4 réunions territoriales.

L'ensemble des travaux ont été mis en libre téléchargement à l'intention des acteurs du handicap (<http://www.creahi-aquitaine.org/schema47>).

Remarque : les travaux ont également pu s'appuyer sur les résultats d'une étude réalisée juste auparavant par le CREAHI d'Aquitaine pour la DDASS et l'Inspection académique.

En effet, en 2007, dans un contexte d'évolution réglementaire concernant les établissements et services accueillant des enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement, les 3 Instituts de rééducation (IR) et les 2 SESSAD consacrés à ces troubles ont fait l'objet d'une enquête, afin de recueillir toute information pertinente pour élaborer un projet institutionnel dans ces structures qui soit en cohérence avec les missions des nouveaux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)³.

Les résultats de cette étude ont été présentés au Comité de pilotage le 4 février 2008.

³ Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 **fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques**

Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n°2007-194 du 14 mai 2007 **relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis**

2.1 L'état des lieux (méthodologie)

☞ Etude sur la scolarisation en milieu ordinaire

Deux sources d'informations ont été mobilisées :

- les données statistiques disponibles au niveau de l'Inspection académique : effectifs d'élèves scolarisés, en classes ordinaires, adaptées (SEGPA, EREA) ou spécialisées (CLIS, UPI), accompagnements mis en œuvre...
- les remarques des 7 enseignants-référents pour l'Aide et le soutien aux élèves handicapés (ASH), concernant le territoire sous leur responsabilité, afin de repérer les difficultés rencontrées, les éventuels manques en dispositifs relevant de l'Éducation nationale, de la pédopsychiatrie ou encore du secteur médico-social et de recueillir leurs suggestions pour améliorer le travail réalisé par les différents intervenants auprès des jeunes handicapés

Rapport d'étude

La scolarisation des élèves handicapés en milieu ordinaire dans le Lot-et-Garonne, juin 2008, 21 p + annexes

☞ Etude portant sur les établissements et services médico-sociaux ainsi que sur les caractéristiques du public pris en charge.

Une étude a été conduite auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux du département : établissements et/ou services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) pour jeunes déficients intellectuels, présentant des troubles du comportement, déficients auditifs ou polyhandicapés⁴.

La recherche d'informations portait sur :

- **L'offre de service** : les caractéristiques de l'agrément, les ressources humaines, les prestations existantes, la scolarisation, les relations avec la famille, l'information et la participation des usagers, les partenariats, les difficultés, les manques, les attentes et les projets en cours
- **La population prise en charge au 1^{er} mai 2008** : les caractéristiques socio-démographiques, la(les) prise(s) en charge antérieure(s), les caractéristiques, motifs et adéquation de la prise en charge, le projet pour la sortie du jeune (pour tous ceux ayant atteint 16 ans ainsi que pour ceux dont la sortie était prévue en fin d'année scolaire 2007-2008, quel que soit leur âge).

Rapports d'étude

Les établissements et services pour les jeunes handicapés du Lot-et-Garonne – Dispositif de prise en charge et population accueillie, octobre 2008, 74 p + annexes

Les structures du Lot-et-Garonne pour enfants et adolescents présentant des troubles du comportement, février 2008, 49 p + annexes

⁴ Le département ne comportant pas de structure destinée aux jeunes déficients visuels ou moteurs.

☛ Une étude du **dispositif ambulatoire infanto-juvénile médico-social et pédopsychiatrique**⁵

L'ensemble des CAMSP, CMPP/CGI et des services de pédopsychiatrie ont été interrogés afin de collecter des informations sur la file active 2007, les temps d'attente, les problèmes, pathologies et besoins d'accompagnement de la population suivie, les partenariats, les difficultés rencontrées, les projets et les suggestions.

Rapport d'étude

Activité, difficultés et besoins des CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie du Lot-et-Garonne. août 2008, 20 p + annexes

☛ Une analyse des résultats de l'**enquête ES 2006** (Ministère de la Santé) afin de repérer les jeunes originaires du Lot-et-Garonne qui ont une **prise en charge médico-sociale hors de ce département.**

Note de synthèse

Les jeunes lot-et-garonnais pris en charge en dehors du Lot-et-Garonne, janvier 2009, 4 p

☛ **Une Enquête auprès des jeunes bénéficiaires d'un service médico-social et de leur famille**

L'ensemble des familles ayant un enfant suivi par un service médico-social (IME, ITEP, SESSAD, EEAP, CAMSP, CMPP / CGI), ce qui représente environ 2400 jeunes, ont reçu un questionnaire afin de tenter de mesurer leur degré de satisfaction quant à la mise en œuvre de la prise en charge et de recueillir leurs attentes et leurs besoins. Plus de 500 réponses, riches en informations, ont été reçues et ont fait l'objet d'une analyse.

Rapport d'étude

Attentes des jeunes bénéficiant d'un accompagnement médico-social en Lot-et-Garonne et de leur famille, septembre 2008, 74 p + annexes

☛ **Le recueil de l'avis des professionnels et des familles d'usagers** a également été réalisé à travers 4 réunions territoriales (qui se sont déroulées à Marmande et Villeneuve-sur-Lot le 19 novembre 2008 et à Agen et Nérac le 1^{er} décembre 2008).

Lors de ces réunions, qui ont rassemblé quelque 130 personnes, une présentation synthétique des résultats de l'ensemble des investigations conduites, avec la mise en avant des éventuelles particularités des différents territoires, était réalisée afin que les participants puissent soumettre leurs questions, remarques et propositions.

Note de synthèse

Les réunions territoriales, décembre 2008, 2 p

⁵ Hors SESSAD enquêtés par ailleurs

2.2 La concertation en groupes thématiques

La concertation répond à plusieurs principes :

- l'ensemble des décideurs et des acteurs d'un département qui ont des compétences dans le cadre des politiques d'action sociale ou médico-sociale, sont **concernés** par la mise en place du schéma et doivent **participer à l'élaboration** des orientations envisagées
- la recherche d'un **consensus** est une garantie d'opérationnalité d'un schéma
- l'élaboration d'un schéma ne peut se faire uniquement sur la base de matériaux d'observation. Ces derniers forment un tremplin permettant de passer de l'état des lieux aux **perspectives d'évolution**. C'est **l'éclairage des intervenants** à tous les niveaux de l'action sociale qui doit leur donner du sens, enrichir la réflexion en suscitant de nouvelles réponses.
- la qualité de l'offre de service constitue l'objectif poursuivi par tous les acteurs. En cela, la concertation doit permettre de « mieux agir » avec le **souci de l'évaluation des actions menées**.

A partir des préoccupations des associations, des structures et des familles exprimées lors de la phase de collecte de données et des réunions territoriales, 4 thèmes ont été retenus pour faire l'objet d'un groupe de travail :

- **la diversité et la souplesse des modalités d'accueil et d'accompagnement**
- **la formation professionnelle et l'insertion socioprofessionnelle**
- **l'accompagnement de jeunes souffrant de troubles de la personnalité**
- **les coopérations territoriales et la circulation de l'information**

Groupe 1 : La diversité et souplesse des modalités d'accueil et d'accompagnement

L'amélioration de cette diversité est indispensable pour assurer l'adaptation des parcours des jeunes en fonction de leurs besoins et de leur projet. Les établissements souhaitent pouvoir développer une palette diversifiée de modes d'accompagnement avec des possibilités de passages souples de l'un à l'autre, souhait partagé par les familles.

Ces dernières attendent également une plus grande proximité des lieux de prises en charge, une continuité dans le suivi mis en œuvre pour leurs enfants et sont aussi demandeuses de « moments de répit » notamment pour se consacrer à leurs autres enfants.

Par ailleurs, les établissements constatent, parmi leur population, une augmentation des jeunes présentant des troubles de la personnalité, jeunes qui ne peuvent rester en permanence dans leur famille et pour lesquels l'internat traditionnel trouve ses limites.

Dans ce contexte, ce groupe de travail devait s'attacher à explorer plus particulièrement 2 modalités : *l'accueil familial spécialisé et l'accueil durant les périodes de fermeture des établissements* (week-end et vacances). Quelle organisation retenir pour développer ces modes d'accueil ? Des articulations sont-elles possibles avec des dispositifs existants (accueil familial thérapeutique du CHD, foyer de l'enfance/MECS...) ?

Groupe 2 : La formation professionnelle et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes handicapés

Le passage dans le monde des adultes est un souci très présent chez tous les parents qui s'interrogent sur la pertinence de la formation suivie par leur enfant, sur l'accompagnement qui sera mis en place une fois qu'il aura quitté l'établissement ou le service qui assure sa prise en charge. Ce souci est également présent chez les équipes médico-sociales qui réfléchissent à la façon d'adapter les formations proposées en interne, au renforcement du suivi des jeunes suivant un cursus de formation en milieu ordinaire et à la mise en œuvre de partenariats avec des acteurs de « droit commun ».

Ce groupe 2 a donc eu pour objectif de réfléchir à la construction des projets de vie à la sortie des structures médico-sociales pour enfants et adolescents, aux modalités d'accompagnement qui prennent en compte, outre la période de formation, la recherche d'emploi, l'entrée et le suivi dans l'emploi.

Groupe 3 : L'accompagnement de jeunes souffrant de troubles de la personnalité

Les jeunes qui présentent ce type de troubles sont de plus en plus nombreux, ils mettent en difficulté les professionnels qui interviennent auprès d'eux : enseignants, équipe médico-éducative, services sociaux...

Autour de ces jeunes en particulier, le constat peut être fait de difficultés à échanger des informations, à réaliser un diagnostic partagé, à mettre en œuvre des prises en charge conjointe, à répondre aux situations de crise, à réorienter ces jeunes d'un dispositif à l'autre (sanitaire, médico-social, protection de l'enfance).

Ce groupe devait donc faire des propositions autour des solutions à apporter à ces jeunes en se demandant notamment : Comment organiser leur scolarisation en milieu ordinaire ? Quels partenariats mettre en œuvre ? Comment éviter de faire de ces jeunes des « incasables » ?

Groupe 4 : Coopération territoriale et circulation de l'information

La grande majorité des professionnels ont fait part de leurs fortes attentes autour d'une meilleure communication, d'échanges plus réguliers entre les différents intervenants autour des enfants handicapés.

De leur côté, les parents font part de leur difficulté pour accéder à de l'information, savoir quels sont leurs droits, à quels interlocuteurs s'adresser, comment éviter une errance diagnostique et faire les bons choix pour leurs enfants. Par ailleurs, ils souhaitent que leurs enfants puissent accéder à tous les lieux de socialisation/loisirs/sports dans tous les champs de la vie ordinaire au-delà de l'école.

Ce groupe avait donc à s'interroger sur les conditions de mise en place d'une meilleure synergie entre les ressources et les acteurs tant au niveau local que départemental : Comment améliorer la connaissance réciproque des acteurs et rendre plus opérationnels les partenariats ?

Comment, pour les familles, faciliter l'accès à l'information, améliorer les conditions d'annonce du handicap et l'organisation d'un parcours personnalisé pour chaque enfant ?

Remarque : l'ensemble des difficultés identifiées lors du diagnostic départemental n'ont pas été intégrées dans les thématiques retenues. En effet, l'objectif était que les groupes puissent se saisir de questions nécessitant une réflexion autour du **développement de nouvelles pratiques** ou encore de **la mise en place de dispositifs innovants**, notamment en terme de **partenariats**. Toutefois, des problématiques qui ne figurent pas parmi ces thèmes ont été prises en compte dans les orientations du schéma (comme par exemple le meilleur maillage du territoire en CLIS ou UPI, l'amélioration de la répartition des internats ou le développement de la prise en charge des enfants autistes, notamment en référence au cadre proposé par le Plan régional sur l'autisme).

2.3 Les axes stratégiques du Schéma

A partir des matériaux recueillis dans les phases d'étude, notamment du repérage des besoins et de leur répartition sur le territoire départemental, et de concertation, le Schéma départemental établit :

→ les priorités de l'Etat et du Département en matière de **développement territorialisé de l'offre de service**

→ les axes d'actions transversales pour l'ensemble des partenaires impliqués dans le champ du handicap, l'amélioration des réseaux, de l'organisation et de la qualité des prestations.

Dans le cadre de ces orientations, dans une volonté de pragmatisme et d'efficacité, les travaux se sont attachés à :

- préciser des **objectifs opérationnels** et caractériser les **résultats attendus**,
- identifier les **partenariats possibles** et déterminer le **pilote** privilégié,
- lister les **étapes de réalisation** et envisager des **dates prévisionnelles**,
- prévoir les sources de **financement**,
- repérer des **indicateurs de suivi et d'évaluation** de la réalisation de l'action et de l'amélioration qu'elle apporte

Les orientations stratégiques retenues ont fait l'objet de présentations publiques les 22 et 23 juin 2009 à Agen, Villeneuve-sur-Lot, Marmande et Nérac.

3. Le bilan du précédent Schéma départemental (1998-2003)

Ce premier schéma, rédigé en juin 1998 et présenté aux acteurs départementaux en octobre de la même année, s'appuyait sur un état des lieux de l'offre existante et du public accueilli ainsi que sur les productions de groupes de travail thématiques à partir desquelles **10 axes d'orientation ont pu être établis.**

1 – Une offre de soins quantitativement satisfaisante qui doit être améliorée

Constats : Bon niveau d'équipement, supérieur à la moyenne nationale. Néanmoins, aucune offre pour les enfants handicapés moteurs ou sensoriels, absence de lieux d'accueil spécifiques pour les jeunes autistes et les traumatisés crâniens.

Des zones du département pas équipées, Nord-Est (Fumel) et Sud-Ouest (Nérac) ou peu équipées en particulier Marmande.

Propositions :

→ Créer ou renforcer des synergies avec les départements accueillant les jeunes handicapés moteurs ou sensoriels en recourant notamment à des conventions.

→ Organiser la prise en charge des enfants autistes en fonction des objectifs formulés dans le Plan Régional Autisme élaboré en 1997.

→ De la même manière, organiser la prise en charge des enfants traumatisés crâniens en fonction du dispositif régional à élaborer (suite à la circulaire DAS/DE/DSS n°96-428 du 4 juillet 1996)

→ Rééquilibrer la répartition des places pour enfants « déficients mentaux profonds » en proposant une offre sur Marmande.

Bilan :

⇒ Le dispositif départemental compte, début 2008, 29 établissements et services offrant près de 650 places d'accompagnement médico-social pour les jeunes handicapés

⇒ Création de 13 places pour jeunes présentant des troubles autistiques

⇒ Restructuration et relocalisation en cours de l'IME d'Escassefort

⇒ Autorisation pour la création d'un SESSAD de 30 places dans le Marmandais

2 – L'agrément des établissements doit être conforme à la population accueillie

Constats : Décalage, dans les IME, entre l'agrément et, d'une part, l'âge des jeunes accueillis et, d'autre part, la sévérité des déficiences intellectuelles ou la nature des troubles effectivement présentés.

Propositions :

→ Mettre en conformité des agréments

→ Créer des places d'accueil pour adultes handicapés afin de faire sortir les jeunes en situation d'amendement Creton des IME et des établissements pour jeunes polyhandicapés

→ Transformer une partie de l'IME d'Escassefort en IR compte tenu de la population accueillie

Bilan :

- ⇒ Réexamen en CROSMS pour 6 établissements
- ⇒ Restructuration de l'IME Lapeyre
- ⇒ Transformation, en cours début 2008, des agréments IR en ITEP

3 – Diversifier les modes de prise en charge

Constats : La proportion de places en internat est sensiblement supérieure à la moyenne nationale, certains établissements ne proposant que ce mode d'accueil. Cette offre n'est pas uniformément répartie : elle est insuffisante au-delà de 16 ans ainsi dans les IR. La mixité n'est pas généralisée.

Propositions :

- Les établissements ne proposant que de l'internat doivent proposer également du semi-internat
- Les IR doivent faire sortir les « cas les moins lourds » des internats en mettant en place des accompagnements en SESSAD
- Elargir et diversifier l'offre permettant de soulager et aider les familles : accueil de jeunes le week-end, séjours alternatifs durant les vacances, familles d'accueil...
- Généraliser la mixité

Bilan :

- ⇒ Agréments revus pour les établissements en internat exclusif ou non mixtes : Cazala et Fongrave notamment
- ⇒ Rapprochement des IMPro Cazala et Castille et Fongrave et Lamothe
- ⇒ Développement des places de SESSAD en IR et de modes d'accueil en pavillon
- ⇒ Adaptation au plus près des besoins avec développement de prises en charge séquentielles

4 – Le rôle de la famille doit être affirmé conformément aux annexes XXIV

Constats : Rencontres entre familles et structures médico-sociales organisées dans tous les lieux de prise en charge. Aides diversifiées proposées : soutien éducatif, aide psychologique, aide au quotidien, conseils administratifs ou financiers...

Propositions :

- Renforcer encore le rôle et la place de la famille (en particulier dans les établissements pour enfants polyhandicapés), conformément aux annexes XXIV : l'associer à l'élaboration du projet individuel, à sa mise en œuvre et son évolution, l'informer régulièrement, lui transmettre chaque année un bilan pluridisciplinaire.
- Rechercher une meilleure articulation entre le médico-social et les services de la Justice et de l'ASE.

Bilan :

- ⇒ La place de la famille s'est vue confortée avec la Loi du 2 janvier 2002
- ⇒ Développée par les établissements à travers l'élaboration du projet d'établissement, du projet individuel, du livret d'accueil...
- ⇒ Analysée lors des missions d'inspection

5 – Améliorer le fonctionnement des établissements et la qualité du service rendu

Constats : Le personnel des structures médico-sociales n'est pas toujours en adéquation ni avec le projet d'établissement, ni avec les normes édictées par les annexes XXIV, en particulier concernant la présence d'infirmier et d'assistant de service social.

Les coopérations avec les services de pédopsychiatrie restent marginales.

Propositions :

- Faire évoluer les plateaux techniques en fonction des projets d'établissements (notamment orthophonie et psychomotricité en IR)
- Envisager la création de postes d'infirmiers et d'assistants de service social dans les établissements n'en ayant pas (et ce, par redéploiement)
- Elaborer un règlement intérieur
- Définir un projet individuel pour chaque enfant et l'actualiser régulièrement

Bilan :

- ⇒ Renforcement des plateaux techniques réalisé dans la limite des enveloppes budgétaires ou à l'occasion de redéploiements proposés par les gestionnaires
- ⇒ Référentiel qualité élaboré par l'ALGEEI

6 – Favoriser le maintien en milieu ordinaire en développant les SESSAD

Constats : Les SESSAD sont très peu développés en Lot-et-Garonne (des places existent seulement dans 2 IR) alors que les annexes XXIV indiquent que ce dispositif permet d'accompagner l'intégration, d'assurer une prise en charge de proximité et de maintenir l'enfant dans sa famille et son environnement.

Propositions :

- Augmenter le nombre de places en SESSAD, dispositifs qui devront œuvrer en liaison étroite avec les services de pédopsychiatrie, les services hospitaliers, la PMI, les CMPP et les CAMSP.
- Faire bénéficier en priorité de l'intervention de ces SESSAD des secteurs géographiques où l'offre de prise en charge est peu importante.

Bilan :

- ⇒ 97 places de SESSAD créées
- ⇒ Montée en charge parallèle à la mise en place des dispositifs d'intégration scolaire
- ⇒ Programmation volontariste de nouvelles places sur 2008 et 2009

7 – Améliorer la prise en charge des adolescents handicapés

Constats : Carence en structures de soins pour adolescents (déjà soulignée lors de l'élaboration du schéma départemental de l'organisation de la psychiatrie), ce qui met en difficultés les IR et les IMPro (ainsi que le foyer de l'enfance) qui sont amenés à prendre en charge des jeunes présentant des psychopathologies sévères.

En IR, peu de places au-delà de 16 ans, voire 14 ans pour les filles.
La sortie des jeunes des IMPro doit être préparée en amont.

Propositions :

- Créer pour les adolescents des lieux spécifiques d'accueil, d'écoute et de soutien
- Favoriser l'intervention de professionnels sur les sites fréquentés par les jeunes (particulièrement les établissements scolaires)
- Envisager des formes d'accueil innovantes, avec les CATTP par exemple
- Créer des « places de crise » au sein des structures existantes
- Développer l'accueil des adolescents en IR
- Renforcer la coordination des différents intervenants auprès de ces jeunes, notamment entre services médico-sociaux et pédopsychiatrie (avec conventions)
- Renforcer les accompagnements pour préparer les jeunes à leur vie professionnelle, tant en milieu ordinaire que protégé. Développer les partenariats avec les services publics de l'emploi et de la formation professionnelle ainsi que les conventions avec la Chambre de Métiers ou des syndicats professionnels.

Bilan :

- ⇒ une approche encore individuelle mise en œuvre plutôt qu'une approche organisationnelle en dépit de diverses rencontres avec les partenaires
- ⇒ mise en place du RESEDA (réseau départemental d'aide aux adolescents difficiles)

8 – Le dispositif de prévention doit être renforcé

Constats : Les prises en charge institutionnelles ont, en général, été précédées de prises en charge ambulatoires. Les acteurs du secteur sont sensibilisés à l'importance du dépistage et des prises en charge précoces : la demande est en augmentation pour les jeunes enfants notamment en CAMSP et en CMPP, services qui ne répondent, toutefois, en priorité qu'aux enfants de leur pôle urbain d'implantation.

Propositions :

- Développement des structures telles que les CAMSP et les SESSAD notamment sur Marmande
- Amélioration du suivi des grossesses à risque.

Bilan :

- ⇒ une situation départementale favorable au regard des 3 CAMSP et des 4 CMPP mais une augmentation constante des délais de prise en charge
- ⇒ création du CAMSP de Villeneuve-sur-Lot
- ⇒ Réhabilitation des antennes CAMSP / CMPP

9 – Améliorer l'annonce du handicap aux familles

Constats : Deux centres hospitaliers assurent cette mission avec deux CAMSP. Toutefois, Marmande ne bénéficie pas cette offre.

Propositions :

- Mettre en place des formations à ce sujet dans le cadre d'une collaboration pluriprofessionnelle : médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux...

10 – Développer la coopération entre la psychiatrie infanto-juvénile et le secteur médico-social

Constats : La nécessité d'une collaboration renforcée entre les services de pédopsychiatrie, le milieu scolaire, le secteur médico-social « dans un esprit de prestations réciproques, d'interdisciplinarité en privilégiant une proximité d'intervention avec le lieu de vie de l'enfant et de sa famille » est mise en avant.

Propositions :

→ Mettre en place des conventions entre pédopsychiatrie et médico-social notamment pour assurer l'accueil des adolescents en crise ou encore la prise en charge des jeunes enfants en CAMSP.

Bilan :

- ⇒ Réalisation de conventions entre la pédopsychiatrie et les établissements notamment pour les jeunes en période de crise
- ⇒ Mise en place d'équipes mixtes (pédopsychiatrie / médico-social) de Monflanquin et Sainte-Livrade
- ⇒ Participation de médecins psychiatres au sein des équipes techniques des CDA de la MDPH

Présentation socio-démographique du Lot-et-Garonne

En attente des données de l'INSEE...

DOCUMENT DE TRAVAIL

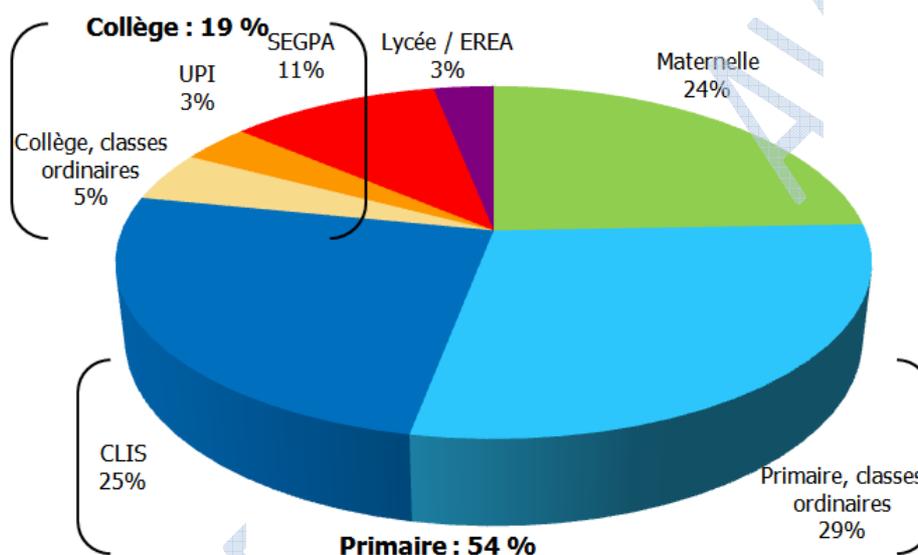
ETAT DES LIEUX

1. La scolarisation en milieu ordinaire

La scolarisation en milieu ordinaire des élèves handicapés, posée comme principe par la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, est favorisée par un effort conjoint de tous les acteurs concernés et le développement des dispositifs d'accompagnement de ces élèves.

Durant l'année scolaire 2007/2008, **660 élèves handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaires** dans le Lot-et-Garonne, plus de la moitié dans des classes ordinaires.

Répartition des jeunes handicapés scolarisés en milieu ordinaire dans le Lot-et-Garonne (année scolaire 2007/08)



Graphique CREAHI d'Aquitaine, d'après les données de l'Inspection académique

La grande majorité des élèves handicapés bénéficient d'accompagnements éducatifs, pédagogiques ou thérapeutiques complémentaires, mis en œuvre par :

- des Auxiliaires ou Educateurs de Vie Scolaire (AVS / EVS). Près de la moitié des élèves handicapés scolarisés en classes ordinaires de maternelle ou de primaire bénéficient de l'accompagnement d'un **AVS individuel** (à temps plein dans 42% des cas). Dans le secondaire, les AVS sont beaucoup moins fréquents (6% des élèves concernés). En outre, tous les élèves de CLIS (165) et UPI (23) bénéficient d'un **AVS collectif**. La présence des AVS est très généralement saluée par les enseignants et son intensification souhaitée.
- des intervenants extérieurs parmi lesquels **SESSAD, CMPP et services de pédopsychiatrie** sont les plus représentés. Ces accompagnements sont jugés globalement satisfaisants par les professionnels de l'Education nationale. En effet, l'accueil dans un dispositif de scolarisation adapté n'est pas, le plus souvent, suffisant pour vraiment prendre en charge l'enfant et les différentes dimensions de sa problématique.

Sont jugées indispensables :

- la régularité des **échanges** entre école et intervenants, impliquant une proximité et une disponibilité de ces derniers
- la fréquence et le caractère **pluridisciplinaire** de ces interventions (parfois perfectibles)
- la fonction de **régulation** des relations famille/école

En termes d'améliorations souhaitables pour rendre plus opérationnelles ces interventions, sont cités :

- la réduction des temps d'**attente** avant qu'elles ne débutent
- le renforcement de certaines prestations, telles que **l'orthophonie, l'ergothérapie ou un suivi pédopsychiatrique**
- la densification, et parfois la clarification, des **relations** entre partenaires
- la **réévaluation** régulière des situations pour ajuster les prises en charge au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant
- la mise en place d'une **mesure sociale**, si nécessaire, cet aspect n'étant pas toujours pris en compte.
- la résolution de la question des **transports**

En l'absence totale d'accompagnement, les enseignants se disent particulièrement démunis pour gérer les problèmes de comportement des élèves concernés ainsi que pour établir des relations constructives avec les parents.

En outre concernant la mise en œuvre de leurs missions, les enseignants estimerait utile que :

- la procédure pour demander et bénéficier d'un suivi médico-social puisse être simplifiée
- le nombre de situations d'enfants handicapés suivies par chaque enseignant-référent soit limité afin de rendre ce suivi plus efficace et plus opérationnel

L'analyse des besoins par territoire révèle des manques :

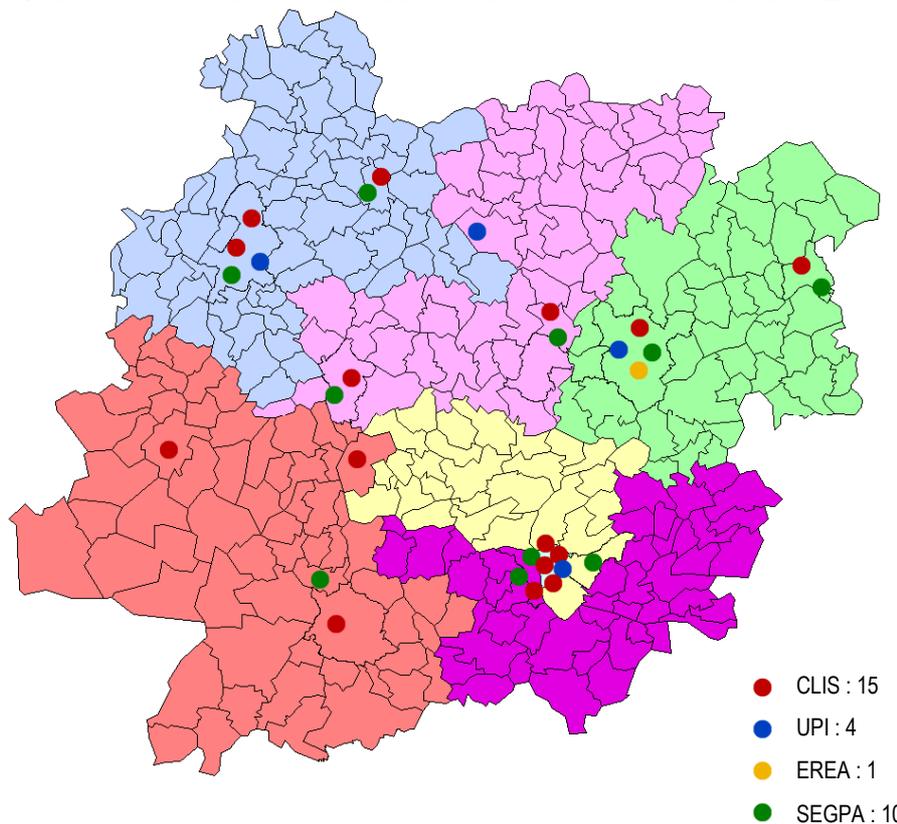
- en CLIS⁶, en UPI⁷ (*cf. carte de répartition territoriale de ces dispositifs*)
- en dispositifs de prise en charge psychiatrique, en particulier pour adolescents
- en CMPP, en IME, en ITEP (notamment avec internat et scolarisation interne pour des adolescents)

Enfin, l'avis est communément partagé que pour améliorer la coordination entre les différents intervenants, **une meilleure connaissance réciproque est nécessaire.**

⁶ sur Agen et l'est / sud-est de l'agglomération agenaise, Nérac, Tonneins, Villeneuve-sur-Lot

⁷ Agen, Marmande, Nérac

**Implantation des dispositifs de scolarisation adaptés et spécialisés
de l'Éducation nationale dans le Lot-et-Garonne - Année scolaire 2007-2008**



Cartographie : CREAHI d'Aquitaine, juin 2008
Découpage suivant les secteurs de rattachement des référents
pour l'Aide et Soutien aux Handicapés (ASH)

2. Les CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie

Le place primordiale occupée par les CAMSP, CMPP, CGI et services de pédopsychiatrie auprès des jeunes du département a été confirmée par cette étude : 5700 enfants et adolescents environ ayant en 2007 rencontré l'un ou l'autre de ces services (dans plus d'un tiers des cas pour une première consultation) et, fréquemment, bénéficié d'une prise en charge (du moins dans un premier temps, avant une éventuelle réorientation). Ce nombre représente environ 8% des jeunes de moins de 20 ans du département.

Concernant l'implantation des services, 2 principaux constats peuvent être réalisés :

- le territoire de Marmande/Tonneins ne dispose pas encore de CAMSP
- un seul hôpital de jour existe sur le secteur sud de pédopsychiatrie (cf. *carte d'implantation*)

Le champ d'intervention de ces services est très large : troubles des apprentissages, relationnels, du comportement, de la personnalité, pathologies organiques ou handicaps divers... Le souci de proposer une prise en charge globale est très présent, axée sur le soin et l'éducatif (même si souvent la dimension soin reste essentielle) avec une bonne collaboration avec l'École et un recours fréquent aux autres ressources du territoire (accueil de jeunes enfants, structures sanitaires etc...).

Ces services ont ainsi mis en avant leurs spécificités et le rôle qu'ils jouent tout en faisant le constat d'une **augmentation des demandes** et d'un alourdissement des pathologies et jugeant donc indispensable, en parallèle, une **augmentation de leurs moyens** (pour le personnel, les locaux et le matériel, les moyens de déplacement...).

Trois préoccupations principales apparaissent clairement au travers de ce qu'ils ont pu faire remonter de leur activité :

- **pouvoir exercer ses missions dans de bonnes conditions** (réduire les délais et améliorer la qualité des prises en charge),
- **mieux accompagner les familles** (écoute et disponibilité),
- **faire fonctionner les partenariats efficacement.**

Outre cette demande généralisée de moyens supplémentaires, divers souhaits ou suggestions sont formulés.

Au niveau des CAMSP, il faudrait :

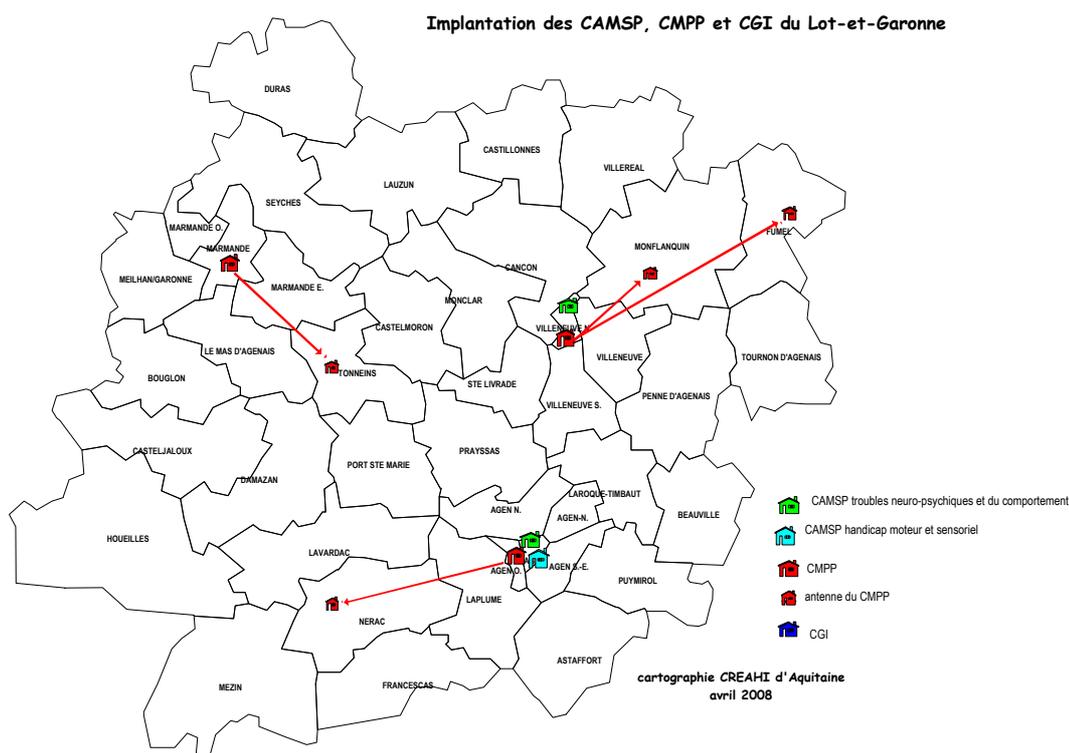
- favoriser un **meilleur suivi** de la prise en charge, notamment à travers la question des transports et de leur coût, sinon il existe un risque de mettre en péril la régularité des soins
- assurer la **qualité des prises en charge** : maintien du réseau d'enseignants spécialisés dans les écoles maternelles ainsi que de la possibilité des prises en charge en libéral (en orthophonie surtout)
- créer un **réseau** pour l'accompagnement des enfants handicapés après 6 ans

Au niveau des CMPP et du CGI, est mise en avant la nécessité de pouvoir :

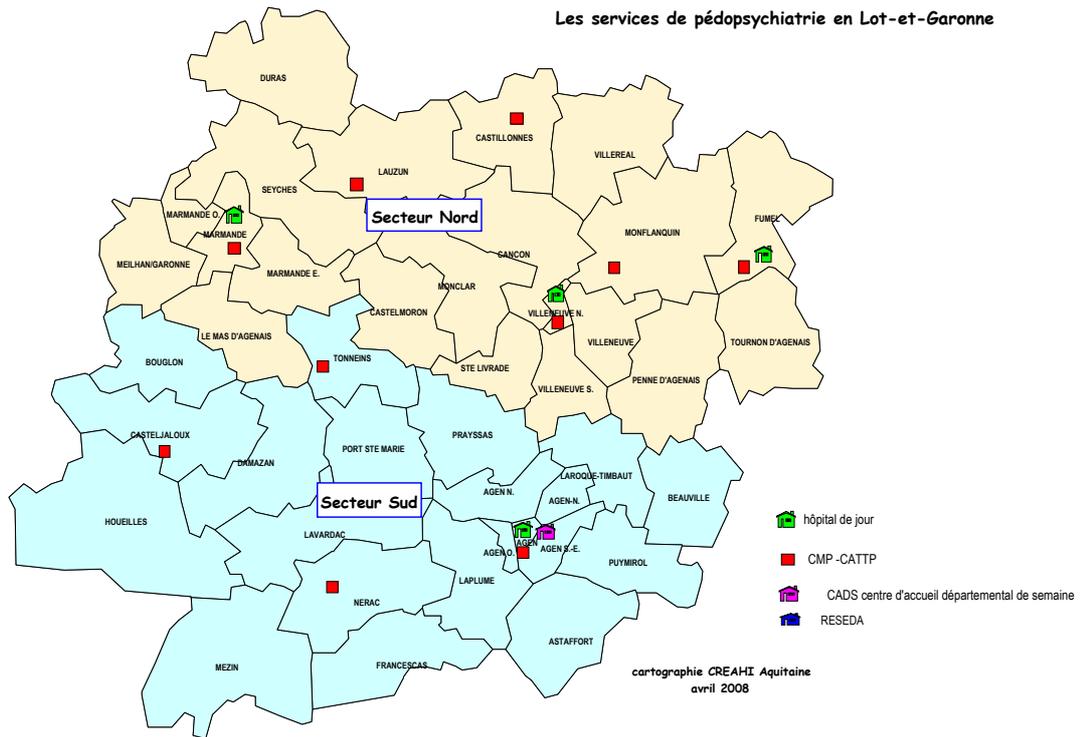
- mettre en place un travail de **régulation et d'analyse des pratiques** pour des pathologies de plus en plus complexes et exigeant un travail pluridisciplinaire.
- développer les **liens** avec les différents partenaires
- approfondir et développer le **travail avec les parents** notamment dans une logique de prévention précoce des troubles de l'enfant
- développer les **soins à domicile**

Le souci d'une **meilleure connaissance/compréhension des logiques d'intervention** de chacun et la nécessité d'aboutir à une **collaboration plus fructueuse en sortant de l'esprit de rivalité** apparaissent également. Il est vrai qu'il existe parfois une méfiance et/ou une méconnaissance entre les intervenants des différents champs.

Toutefois, il faut aussi que les dispositifs extérieurs soient en mesure d'offrir des solutions pour les jeunes et les équipes qui préconisent de les orienter. Or, le manque de disponibilité des services de pédopsychiatrie, de places dans les dispositifs adaptés ou spécialisés de l'Education nationale (CLIS et SEGPA surtout) ainsi que dans les établissements et services médico-sociaux pour jeunes handicapés sont fréquemment un obstacle pour les professionnels.



Les services de pédopsychiatrie en Lot-et-Garonne



DOCUMENT

3. Les établissements et services médico-sociaux et la population accueillie

Les principaux points mis en évidence...

... concernant l'offre de service

⇒ Niveau d'équipement :

- le département du Lot-et-Garonne a le taux d'équipement le plus élevé d'Aquitaine pour les jeunes déficients intellectuels (6,75 places pour 1000 jeunes de moins de 20 ans). Il est également au-dessus des valeurs régionale et nationale en ce qui concerne l'offre pour jeunes polyhandicapés (0,66 pour 1000).
- pour les jeunes avec des troubles du comportement, le ratio départemental (1,8‰) est en dessous de la moyenne régionale mais au-dessus de la moyenne nationale. Pour ce qui est de l'équipement médico-social pour les jeunes déficients sensoriels, le Lot-et-Garonne offre un ratio plus faible qu'aux niveaux régional et national

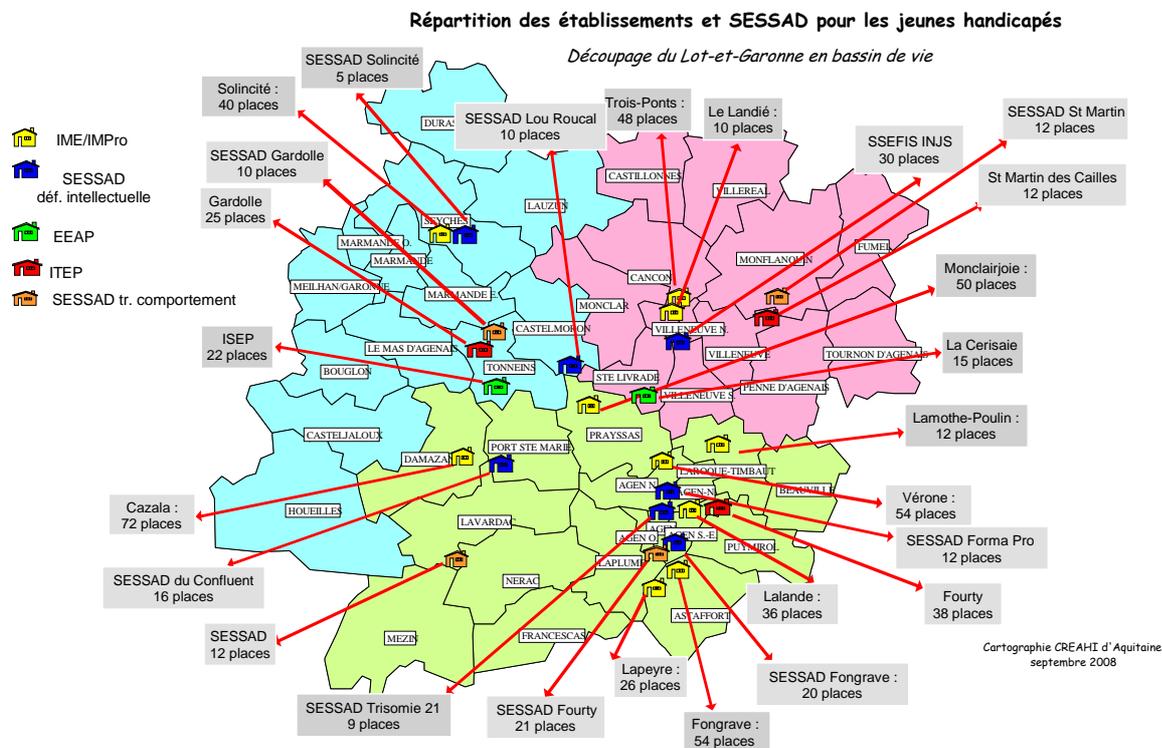
Notons qu'il s'agit là d'une mesure comparative qui ne dit rien de la couverture des besoins.

	Capacité totale (Sept 2008)	Taux d'équipement pour 1000 jeunes		
		Lot-et-Garonne	Aquitaine	France
IME / IMPro	387	5,5	4,3	4,5
SESSAD déficience intellectuelle	86	1,2	0,8	1,3
Total Déficience intellectuelle	473	6,7	5,1	5,8
ITEP	74	1,0	2,4	1,0
SESSAD troubles du comportement	55	0,8	0,5	0,3
Total Troubles du comportement	129	1,8	2,9	1,3
Déficience motrice	-	-	0,9	0,6
Polyhandicap	46	0,7	0,5	0,4
Déficience auditive	30	0,4	0,6	0,8
Déficience visuelle	-	-	0,4	
TOTAL	678	9,6	10,4	8,9

Il n'y a par ailleurs pas d'offre pour les enfants déficients moteurs ou visuels. De ce fait, les jeunes suivis hors du département sont relativement nombreux : 19 jeunes suivis par une structure pour déficients visuels (23% des 82 jeunes suivis hors Lot-et-Garonne alors qu'ils y résident), 18 par un Institut d'éducation motrice.

⇒ Répartition géographique des équipements :

- l'offre est répartie de façon inégale sur le territoire, les bassins de vie de Marmande et Villeneuve-sur-Lot étant, par rapport à la population y résidant, nettement moins dotés que le bassin de vie d'Agen



⇒ Mode d'accueil :

- des pôles sont dépourvus de SESSAD⁸ ou de possibilités d'accueil en internat⁹. Certains jeunes accomplissent ainsi des trajets de 1h à 1h 30 pour se rendre quotidiennement dans l'établissement assurant la prise en charge. Les jeunes présentant des troubles envahissants du développement (TED) n'ont aucun internat qui leur soit spécifiquement dédié.
- il y a eu, ces dernières années, un fort développement des accompagnements réalisés par les SESSAD (qui représentent actuellement 18% des places pour jeunes déficients intellectuels et près de 20% pour les troubles du comportement).
- l'internat est, à l'inverse, en diminution et il n'y a pas de possibilités d'accueil familial spécialisé dans le département

⁸ Nord-Est du département pour les jeunes présentant des troubles du comportement, Villeneuve-sur-Lot pour les jeunes déficients intellectuels

⁹ Sur le Marmandais pour les jeunes déficients intellectuels, le Villeneuvois pour les jeunes avec des troubles du comportement.

⇒ *Sexe et âge*

- la mixité est pratiquée partout, à l'exception d'un ITEP (internat).
- les établissements sont positionnés en général sur une large tranche d'âge. Pourtant, pour les jeunes ayant atteint 16 ans, l'offre est restreinte en ITEP ou en SESSAD pour déficients intellectuels, ce qui peut poser problème pour assurer un accompagnement à l'insertion socio-professionnelle sur une durée suffisante.

⇒ *Agrément en termes de déficiences/pathologies :*

- les agréments des IME sont assez diversifiés en terme de niveau de déficience intellectuelle et de troubles éventuellement associés. Deux de ces établissements ont un agrément spécifique pour des jeunes autistes ou atteints d'autres TED, néanmoins d'autres établissements en particulier Lapeyre, s'investissent largement auprès de ce public sans toujours bénéficier de moyens spécifiques.

⇒ *Ressources humaines*

- Dans les IME, l'encadrement est très variable en fonction de l'agrément spécifique de chaque structure et notablement plus élevé dans des établissements agréés spécifiquement pour jeunes présentant des TED (Le Landié) ou conjointement pour des jeunes polyhandicapés (IME Lapeyre).
Quatre établissements ont un taux d'encadrement médico-psychologique, paramédical et socio-éducatif inférieur à la moyenne nationale¹⁰, trois autres étant en-dessous dans deux de ces trois groupes de professions¹¹.
- Les ITEP lot-et-garonnais ont, en moyenne, un taux d'encadrement inférieur à la moyenne nationale (69,5 ETP de personnel pour 100 jeunes suivis en Lot-et-Garonne contre 73). Les fonctions paramédicales sont fortement représentées avec, comme particularité, une plus forte représentation des aides-soignants par rapport aux infirmiers, élément que l'on peut rapprocher de la plus forte présence de moniteurs-éducateurs par rapport aux éducateurs spécialisés dans les établissements du département, à l'inverse de ce que l'on observe au niveau national.

⇒ *Scolarisation et formation professionnelle*

- Tous les ITEP et les IME (sauf Lapeyre) ont des dispositifs de scolarisation interne. Des ateliers de pré-formation sont proposés dans la plupart des IME et ceux qui n'en proposent pas encore envisagent de développer cette offre, pour conforter les chances de réussite de l'insertion professionnelle. Pour les ITEP, on remarquera qu'un seul d'entre eux emploie un éducateur technique spécialisé.

Les établissements et services ont été interrogés sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, que ce soit pour mener à bien les accompagnements pour lesquels ils sont sollicités ou pour trouver des solutions alternatives quand la prise en charge n'est pas de leur ressort. Les difficultés repérées peuvent ainsi être liées :

→ **aux troubles et pathologies des jeunes accueillis**

- les comportements de certains jeunes (violence, agressivité...) difficiles à canaliser, s'inscrivant souvent dans un contexte socio-familial difficile qui complique le travail avec la famille. L'école peut alors être conduite à rejeter les jeunes, ce qui rend impossible la poursuite d'une prise en charge en SESSAD.

¹⁰ Fongrave, Lalande, Trois-Ponts, Vérone

¹¹ Montclairjoie, Cazala, Solincité

- la prise en charge d'enfants autistes ou atteints de TED en dehors d'une section spécifiquement mise en place pour ce public (à Lapeyre)
- **à l'équipement interne de l'établissement ou du service**
 - ressources humaines : taux d'encadrement trop faible, formation insuffisante autour des TED...
 - modalités d'accueil pas assez diversifiées : les IME n'ayant pas d'internat en ressentent le manque
 - des locaux inadaptés ou trop isolés
- **aux dispositifs extérieurs pouvant être mobilisés**
 - partenariat difficile avec la pédopsychiatrie renforcé par le manque de dispositif relevant de ce secteur
 - nécessité de développer le travail en réseau autour de l'autisme

Des projets de transformation de leur offre de service sont conduits par les structures pour jeunes déficients intellectuels autour de 3 axes :

- diversifier les modes d'accueil au niveau de chaque territoire
- améliorer l'accueil et la prise en charge des enfants autistes ou atteints d'autres TED, notamment à travers des agréments spécifiques
- renforcer et améliorer l'offre et le partenariat autour de la formation et l'insertion professionnelles.

Dans les ITEP, les préoccupations tournent autour du développement d'une offre de service à destination des adolescents, avec la création de petites unités ou d'appartements thérapeutiques, au sein de zones favorisant l'insertion scolaire, sociale (culture, sport) et professionnelle.

... et concernant la population prise en charge

Les jeunes en IME et SESSAD pour jeunes déficients intellectuels

□ La population des structures pour jeunes déficients intellectuels se répartit, pour 84% en IME (398 jeunes) et pour 16% en SESSAD (75 jeunes).

Dans les établissements, 54% sont en semi-internat, 46% en internat. **L'accueil en internat se fait, dans près de deux cas sur trois, pour des raisons d'éloignement géographique** du domicile familial plus que pour répondre à de réelles raisons thérapeutiques.

Les garçons sont majoritaires, 60%, comme sur l'ensemble des IME au niveau national.

Les prises en charge actuelles ont débuté en moyenne vers l'âge de 12 ans, dans plus d'un tiers des cas avant 11 ans.

□ Les familles d'usagers des IME résident sur pratiquement tout le Lot-et-Garonne et très peu proviennent d'un autre département. Toutefois, **certaines zones, fort peu représentées, paraissent mal couvertes**, comme l'est du département¹². Il est vraisemblable que les jeunes déficients intellectuels ou présentant des troubles de la personnalité qui résident dans cette zone trouvent hors du département les dispositifs médico-sociaux susceptibles de répondre à leurs besoins. L'implantation territoriale des dispositifs pourrait ainsi expliquer, au moins en partie, qu'une trentaine de jeunes originaires du Lot-et-Garonne soient suivis par un IME hors département (dans le Gers dans près de deux tiers des cas).

¹² cantons de Fumel, Tournon d'Agenais et Monflanquin.

La population des établissements, comme en 1994¹³, est composée à environ **80% de jeunes présentant une déficience intellectuelle. Près de 40% des jeunes présentent des troubles psychiatriques**, isolés ou en plus d'une déficience intellectuelle. Pour 21%, il s'agit d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement.

A noter toutefois que les troubles névrotiques sont bien moins représentés en 2008 qu'en 1994 (8% contre 19% à l'époque).

Près d'un quart des jeunes ont fait l'objet, avant leur prise en charge actuelle, d'une ou plusieurs mesures de **protection sociale ou judiciaire**, ce qui est beaucoup plus élevé qu'en 1994 (13% à l'époque). Cet élément peut être rapproché des caractéristiques de l'environnement socio-familial repérées à travers la CFTMEA, puisque 45% des jeunes ont subi des carences, affectives ou socio-éducatives ou encore 20% ont, dans leur famille, des personnes souffrant de troubles mentaux ou d'alcoolisme.

A l'exception des jeunes suivis par un SESSAD, tous scolarisés ou en formation professionnelle en milieu ordinaire, les jeunes d'IME sont très majoritairement scolarisés en interne (82%) ou non scolarisés (15%).

On observe plusieurs **indices témoignant d'un flux relativement important entre les différents IME** du département. En effet, plus d'un tiers des jeunes ont connu, avant l'IME qui les suit à l'heure actuelle, une autre prise en charge dans le même type d'établissement.

Par ailleurs, plus de 7% des usagers devaient, à l'été 2008, changer d'IME, que ce soit pour une structure dont l'agrément correspond mieux à leurs troubles ou à leur évolution ou pour un établissement où ils puissent suivre une formation professionnelle en milieu spécialisé ou bénéficier d'un internat.

Or, lorsque l'on étudie l'adéquation des prises en charge, il s'avère qu'**en IME, 15% de celles-ci apparaissent insatisfaisantes voire inadaptées** selon les établissements (**13% de celles en SESSAD**). La majorité des préconisations pour apporter un accompagnement plus adapté aux jeunes concernés consiste en une **réorientation vers un autre IME**.

Pour d'autres jeunes, et notamment près d'une vingtaine qui restent, malgré leur âge, dans le secteur de l'enfance et l'adolescence handicapée (amendement Creton), la fin de la prise en charge actuelle et une entrée dans le secteur adultes sont envisagées, à court ou moyen terme, en fonction des capacités de ce secteur à les accueillir.

Les établissements font ainsi état du besoin de 46 places en ESAT (37 avec une place en foyer d'hébergement), 26 places en foyer occupationnel, 12 en FAM ou MAS. Ce décompte de 84 places est établi sur un peu moins de la moitié des usagers actuels des IME.

Les jeunes en IME et SESSAD pour jeunes avec des troubles du comportement

L'âge moyen à l'admission tend à augmenter légèrement, passant de 9,5 ans en 1994 à 10,1 ans actuellement. Ce sont surtout les entrées avant 11 ans (âge pivot de passage de l'école primaire au collège) qui sont en diminution : 57% pour les présents actuels contre 70% en 1994.

Des prises en charge antérieures ont été mises en œuvre pour tous les jeunes. L'orientation en ITEP n'est pas décidée en première intention, comme le recommande la circulaire

¹³ Dans le cadre de la préparation du précédent « *Schéma départemental de l'enfance inadaptée* » (juin 1998), l'enquête conduite pour caractériser les usagers, se fondait sur la population présente dans les structures au **1^{er} janvier 1994**.

du 14 mai 2007¹⁴. La plupart du temps plusieurs types de réponses ont préalablement été essayés (60% des jeunes ont bénéficié d'au moins 2 prises en charge avant leur admission ; ce pourcentage s'élevait à seulement 32% en 1994).

Les CMPP et les CMP ont été les intervenants les plus sollicités. Dans le même temps, on remarque **de nombreuses mesures relevant de la Protection de l'Enfance**, notamment des AEMO (mesures en nette progression : 41% des jeunes concernés contre 30% en 1994), ce qui révèle des difficultés socio-familiales importantes (confirmées par l'étude des facteurs socio-environnementaux).

En terme de diagnostic :

→ On note une **forte représentation des pathologies limites et troubles de la personnalité**, 53% (en progression par rapport à 1994, 40%). Les jeunes atteints de troubles psychotiques sont également nombreux, 25%¹⁵ contre 10% en 1994. Ces situations devront être évaluées précisément car la circulaire déjà citée déconseille l'accueil de ces publics en ITEP. Toutefois, il semble ne pas y avoir d'autres solutions à proposer à ces jeunes.

→ **Des diagnostics complémentaires sont mentionnés pour les deux tiers des jeunes**, ce qui est évocateur de tableaux cliniques complexes. Sont très présents (60%), les troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales dont *les troubles cognitifs et des acquisitions scolaires*.

→ Parallèlement, **des facteurs et conditions d'environnement sont relevés pour la plupart des jeunes** (90%). Les contextes socio-familiaux particuliers ainsi que les carences affectives et socio-éducatives sont le plus souvent signalés.

Les modalités d'accueil sont diversifiées et sont réajustées au cours du séjour en fonction de l'évolution du jeune (près de la moitié des jeunes accueillis depuis au moins 1 an a vu son mode d'accueil modifié au moins une fois). Cette palette diversifiée constitue ainsi un véritable outil de personnalisation du projet individuel.

La scolarisation en milieu ordinaire concerne 36% des jeunes des ITEP (25% en 1994), le plus souvent à temps plein (88%). La majorité des élèves fréquentent une classe "ordinaire" en école primaire ou de SEGPA au collège. Assez peu d'échecs d'intégration sont signalés, ils sont dus en général au comportement du jeune (d'où certainement la nécessité de préparer davantage ou différemment certains jeunes ou les enseignants appelés à les avoir dans leur classe). En interne, les jeunes sont moins souvent scolarisés à temps plein (61%).

Le tiers des jeunes bénéficie d'une prise en charge complémentaire (proportion en progression depuis 1994 où elle s'élevait à 20%) relevant dans la quasi-totalité des cas de l'aide sociale à l'enfance (AEMO/AED ou placement). Une seule situation de suivi conjoint avec la pédopsychiatrie a été signalée.

Les sorties : à la fin de l'année scolaire 2007-2008, plus du tiers des jeunes devaient voir leur suivi modifié, principalement pour un changement de cadre de prise en charge, passage d'une prise en charge en ITEP à une en SESSAD (pour près de six sorties sur dix) ou l'inverse (18% des sorties). En outre, une sortie sur cinq consiste en une fin de prise en charge et plus du quart des jeunes auraient dû intégrer un IME ou IMPro, ce qui n'a pas toujours été possible.

¹⁴ Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007 relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis

¹⁵ Les seuls TED concernent 16% des jeunes suivis par une structure pour troubles du comportement.

Les prises en charge mises en œuvre actuellement ont été **jugées adaptées aux besoins des jeunes dans 86% des cas.**

Une partie des inadéquations est liée au mode d'accueil : 8 enfants d'un ITEP relèveraient plutôt d'un accompagnement en SESSAD. Dans les faits, la prise en charge a été adaptée en fonction de leurs besoins.

Pour les autres situations, les jeunes devraient être réorientés : 5 vers des IME/IMPro, 1 actuellement en SESSAD vers un ITEP, 1 autre vers un foyer éducatif.

Les jeunes en établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés

33 enfants sont accueillis dans les EEAP, 55% de garçons, 45% de filles. Ils entrent en général très tôt dans ces structures, dès 3 ans pour la moitié d'entre eux. Ils se répartissent à part égale entre internat et semi-internat.

Près de la moitié de ces enfants ont bénéficié avant leur entrée en EEAP d'une prise en charge en CAMSP.

Les deux tiers des jeunes accueillis dans ces établissements sont en situation de polyhandicap, au sens strict du terme (cf. définition circulaire octobre 1989). Près de la moitié sont atteints d'autisme ou de troubles envahissants du développement (souvent de façon concomitante avec le polyhandicap) auxquels s'ajoutent des facteurs organiques pour 90% d'entre eux.

Très globalement, les prises en charge de ces jeunes sont jugées satisfaisantes à l'exception de 2 enfants à temps partiel pour lesquels une prise en charge à temps plein serait plus appropriée.

Les jeunes déficients auditifs du SSEFIS

26 jeunes sont suivis par le SSEFIS, âgés de 4 à 18 ans, ils sont répartis dans tous le département.

En outre, au 31 / 12 / 06, 8 jeunes déficients auditifs bénéficient d'un accompagnement médico-social hors du département.

Tous ces jeunes sont scolarisés : dans une section spécialisée pour 5 d'entre eux et dans des classes ordinaires pour les autres (de la Maternelle ou Lycée).

4. La parole des jeunes et de leur famille

Les avis des jeunes bénéficiant des divers types de dispositifs médico-sociaux existants¹⁶ et/ou de leurs parents ont pu être recueillis dans plus de 500 familles.

→ **L'adéquation des prises en charge**

Dans la grande majorité des cas, les prises en charge sont jugées adéquates par les parents, sauf dans :

- 5% des situations en **ITEP**¹⁷.
- 8% en **CAMSP / CMPP**, ce qui est à mettre surtout en relation avec une fréquence du suivi jugée trop faible et des interventions non réalisées au sein du service (psychomotricité, psychologie)...
- 10% en **IME**. Il s'agit surtout, d'une part, de familles qui trouvent l'établissement trop éloigné de leur domicile et, d'autre part, de familles qui souhaiteraient une réorientation (vers un établissement pour adultes, un suivi en milieu ordinaire, une structure assurant des soins plus complets ou plus d'ateliers professionnels...).
- 11% en **établissement pour jeunes polyhandicapés** : à côté de quelques familles qui regrettent l'éloignement de l'établissement ou des modalités d'accueil insatisfaisantes, la situation n'apparaît réellement inadaptée que pour 2 jeunes, l'un en raison de son âge (accueil en MAS nécessaire), l'autre en raison de troubles qui paraissent nécessiter une orientation vers un autre type de structure.

→ **Les motifs de satisfaction et d'insatisfaction**

Les familles ont, en général, expliqué leur avis positif sur les prises en charge par les progrès qui peuvent être constatés chez leur enfant, la qualité du suivi, les compétences et l'écoute des professionnels, l'information voire même l'aide et les conseils qui leur sont directement prodigués.

A l'inverse, leurs motifs d'insatisfaction, qui ne touchent donc qu'une part réduite des familles, concernent :

- l'absence d'évolution de leur enfant
- le manque d'informations communiquées par les établissements
- le manque de personnel de soins, notamment pour des suivis psychologiques
- la variété et la bonne adaptation des activités à l'enfant
- des manques au niveau de la scolarité ou de la formation professionnelle, domaines qui constituent des préoccupations majeures pour les familles. En effet, ils cristallisent le questionnement de tous les parents sur l'avenir de leur enfant.

En ce qui concerne l'École, la formation des enseignants, la mise à disposition d'un AVS et de matériel pédagogique adapté apparaissent nécessaires pour de nombreuses familles.

Une ouverture suffisante des établissements médico-sociaux sur leur environnement, notamment le monde du travail, peuvent constituer un atout important. Il faut, en outre, que l'organisation interne de la formation tienne compte des réalités du marché du travail et prenne acte des secteurs créateurs d'emplois.

Le besoin d'accompagnement des jeunes à la sortie des structures d'accompagnement médico-sociales, sous la forme, par exemple, de SESSAD ou de SAVS, pourrait, avec profit, faire l'objet de réflexion¹⁸.

¹⁶ IME / IMPro et SESSAD pour enfants déficients intellectuels ; ITEP et SESSAD pour enfants avec troubles du comportement ; Etablissement pour enfants polyhandicapés ; CAMSP, CMPP et Centre de guidance infantile

¹⁷ ce qui ne représente que deux familles

Par ailleurs, la question de la sortie des établissements constitue également une source d'inquiétude pour les parents, en relation avec l'accès aux établissements pour adultes. Les places disponibles dans les structures pour adultes conditionnent en effet la possibilité pour les grands adolescents et les jeunes adultes de quitter le secteur de l'enfance handicapée et de poursuivre leur prise en charge dans un cadre adapté... et, en conséquence directe, la possibilité de voir des places libérées dans le secteur de l'enfance pour la réponse aux besoins de nouveaux enfants.

- l'éloignement du lieu de prise en charge. En outre, les transports collectifs assurés par les établissements peuvent parfois, du fait des circuits de ramassage, représenter des temps de trajet très importants.
- dans le cas des consultations (CMPP et CAMSP), les délais d'attente trop importants, le manque de suivi, de communication et des horaires peu compatibles avec l'activité professionnelle des parents.

→ **Les suggestions pour améliorer la prise en charge**

Pour améliorer la situation de prise en charge, les parents attendent fréquemment plus de relations avec l'établissement et ses divers personnels socio-éducatifs et médico-psychologiques. L'offre de service est parfois incomplète, comme le manque d'accueil en internat, qui peut être le seul obstacle à la poursuite d'une prise en charge jugée satisfaisante, manque également pointé par les établissements.

Davantage de personnel, bénéficiant d'une formation plus adaptée, est également une piste d'amélioration évoquée par les parents, parfois même évoquée pour aider les professionnels à travailler dans de meilleures conditions.

Pour les familles, un accueil dans des amplitudes horaires plus grandes pourrait faciliter l'accompagnement par les parents travaillant, dans le cas des demi-pensionnaires. L'absence d'accueil le week-end et durant les congés scolaires est également susceptible de poser des problèmes dans certains cas.

Dans les CMPP et CAMSP, à l'image des remarques des professionnels, les familles ont aussi des attentes pour une prise en charge plus dense, plus fréquente, plus diversifiée, ainsi que des activités collectives. En outre, dans ces consultations, une plus grande amplitude horaire et la prise en compte de la question des transports pourraient être des axes d'amélioration. Enfin, il paraît souhaitable aux familles que les établissements médico-sociaux renforcent et améliorent leurs relations avec l'école (meilleure communication, meilleure information aux enseignants...).

→ **Les attentes générales des familles**

Au-delà de la seule question de l'accompagnement médico-social, les parents évoquent souvent, pour améliorer la vie de leur enfant et son insertion dans la Cité :

- l'amélioration de l'accessibilité des différents lieux où se déroulent des activités sociales
- le développement des sources d'information
- le **besoin d'une amélioration de l'image et de l'acceptation des personnes handicapées.**

¹⁸ D'ailleurs, plusieurs nouveaux projets en cours d'élaboration dans les établissements mettent également en évidence le souci de renforcer l'offre autour de cet axe.

LES GRANDES ORIENTATIONS DU SCHEMA

Les investigations réalisées lors de l'état de lieux, les débats conduits lors de réunions territoriales ainsi que les travaux des groupes thématiques ont permis de faire émerger un certain nombre de constats, d'attentes et de suggestions d'amélioration des dispositifs et des pratiques autour desquels on peut observer globalement un consensus.

Sur cette base, des orientations stratégiques déclinées en **recommandations** et **actions** ont été retenues par la DDASS et l'Education nationale. Ces orientations sont destinées à définir les adaptations à apporter au dispositif départemental en faveur des enfants et des adolescents en situation de handicap ainsi que les réflexions à mener. Elles sont organisées autour de 4 axes :

⇒ **Améliorer les modalités d'accompagnement et de soutien des familles**, ce qui se traduira notamment par des efforts pour favoriser le dépistage précoce et améliorer les conditions d'annonce du handicap, pour permettre aux parents d'accéder à l'information complète, claire et actualisée et d'exprimer leurs attentes concernant le projet de vie de leur enfant.

⇒ **Favoriser les actions visant à garantir l'exercice des droits fondamentaux des enfants et des adolescents handicapés**, aussi bien pour assurer leur scolarisation dans les meilleures conditions, faciliter leur participation à la vie de la Cité et accompagner leur insertion sociale et professionnelle. Dans cette perspective, une attention particulière devra être portée, dans l'intérêt du jeune, à l'articulation des différents projets élaborés autour de lui.

⇒ **Accompagner l'adaptation de l'offre médico-sociale** en poursuivant le maillage du territoire, en diversifiant les modalités d'accompagnement, en renforçant l'offre pour des publics insuffisamment pris en compte, en particulier les enfants et adolescents atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement, et en encourageant la formation des professionnels. Pour rendre plus efficaces les interventions des acteurs du médico-social, le Schéma recommande de renforcer les partenariats avec la psychiatrie infanto-juvénile et de moderniser les modes de gestion des établissements et services médico-sociaux.

⇒ **Développer des actions d'animation, de régulation et de coordination des dispositifs** en renforçant, en premier lieu, le positionnement de la MDPH dans ses différentes fonctions (observation, accueil et information, coordination des acteurs) et en favorisant une dynamique territoriale par la création de plateformes d'échange et de réflexion dont les travaux seront valorisés au sein d'un Comité départemental de concertation qui sera chargé du suivi du Schéma.

Par ailleurs, le Schéma départemental en faveur de l'enfance et l'adolescence handicapées du Lot-et-Garonne marque sa volonté d'améliorer la cohérence et la pertinence des réponses faites aux enfants et adolescents en situation de handicap et s'inscrit donc en articulation avec les autres Plans et Schémas pouvant concerner ce public, parmi lesquels :

- Schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2006-2010
- Schéma départemental Enfance et Famille 2008-2012
- Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011
- Plan régional sur l'autisme 2007-2011
- Plan en faveur des jeunes déficients auditifs 2007-2011

AXE 1 :

AMELIORER LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN DES FAMILLES

1.1- Favoriser le dépistage précoce et améliorer les conditions d'annonce du Handicap

En matière de dépistage précoce, les services de **Protection maternelle et infantile (PMI)** du Conseil général et les **Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)** sont des acteurs incontournables pour la population du département.

→ Les Centres d'action médico-sociale précoce - CAMSP

Les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des « établissements et services sociaux et médico-sociaux » (Art. L312-1 du Code de l'action sociale et des familles) qui interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences motrices, sensorielles ou mentales.

Ils exercent des actions préventives. Ils peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées. Ils assurent également une guidance familiale dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'enfant : « la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié » (Art. L2132-4 du Code de la Santé publique).

L'enfant est orienté vers le CAMSP par l'hôpital, le médecin, la Protection maternelle et infantile (PMI), l'école, les services de promotion de la santé en faveur des élèves.

Leur double vocation (dépistage - traitement) induit un financement conjoint (département PMI : 20 % et Assurance maladie : 80 %). La dotation annuelle affectée à ces services est arrêtée conjointement par le président du conseil général et le préfet.

→ La Protection maternelle et infantile - PMI

La PMI, qui comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique, est chargée d'assurer la protection sanitaire de la famille et de l'enfant.

Elle organise notamment des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans, des actions de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage (par exemple à travers des bilans de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment en école maternelle). Elle oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.

Le service de PMI est également responsable de l'organisation de l'agrément des assistants maternels et familiaux et de leur formation et a pour mission de contrôler les structures d'accueil de la petite enfance.

L'axe 3, consacré à l'adaptation de l'offre médico-sociale, comporte la création d'un CAMSP sur le Marmandais (voir point 3.1.1).

Le Schéma départemental encourage par ailleurs le développement de la formation en milieu hospitalier (maternité / pédiatrie), notamment en matière d'**annonce du handicap** et toute action qui, au-delà, d'une **information**, propose un véritable **accompagnement** à destination des familles.

En effet, l'annonce du handicap d'un enfant est souvent un moment très difficile et douloureux, quel que soit le moment où le handicap est repéré. L'annonce doit faire l'objet d'une attention particulière et les professionnels de santé qui en ont la charge doivent être formés pour ce faire.

Les informations qui sont données comme la manière de le faire ont en effet une influence sur les premières réactions mais aussi « *sur la suite de la mise en place de l'investissement parental* »¹⁹.

1.2- Permettre aux parents d'être acteurs dans l'élaboration du projet de vie de leur enfant

1.2.1 Faciliter l'accès à l'information à toutes les étapes du développement de l'enfant et du jeune

La loi du 11 février 2005 "*pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*" a instauré la création, dans chaque département, d'une **maison départementale des personnes handicapées**, « *afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations [...], à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille* ».

Dans ce cadre, la MDPH « *exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap* ».

Le Schéma départemental rappelle et insiste sur le rôle pivot :

- **de la MDPH** dans la mise à disposition d'une information simple, complète, actualisée et disponible. Il faut en outre qu'elle soit en mesure de relayer, auprès des acteurs territoriaux, les informations, afin que celles-ci puissent être disponibles au plus près du lieu de résidence de chaque famille d'enfant handicapé et au sein des dispositifs sociaux de droit commun auxquels s'adressent les familles.
- **de l'enseignant référent**, au sein de l'Education nationale, pour tout ce qui concerne les questions relatives à la scolarisation des jeunes handicapés
- **des associations** représentatives des personnes handicapées et de leur famille, qui ont également un rôle de relais auprès des familles, et bien souvent de production d'informations et d'outils de diffusion

Afin d'améliorer le recueil, l'élaboration et la diffusion de l'information à l'intention des familles, de favoriser la circulation de l'information entre professionnels et d'inciter ces derniers à se former, le Schéma départemental met en place une action spécifique.

L'enseignant référent « *tend à assurer la meilleure mise en œuvre possible du projet personnalisé de scolarisation. Dans ce cadre, il assure un suivi du parcours de formation [...] des élèves handicapés scolarisés au sein de son secteur d'intervention, afin de veiller à sa continuité et à sa cohérence. Il assure la coordination des actions de l'équipe de suivi de la scolarisation* ».

« *Il favorise l'articulation entre les actions conduites par les équipes pédagogiques des établissements scolaires, des services ou établissements de santé et médico-sociaux, et les autres professionnels intervenant auprès de l'élève, quelle que soit la structure dont ils dépendent. Il favorise les échanges d'informations entre ces partenaires. Il veille notamment à la fluidité des transitions entre les divers types d'établissements que l'élève est amené à fréquenter au long de son parcours* ».

« *L'enseignant référent peut également être amené à intervenir avant décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées notamment dans le cas d'une première scolarisation intervenant avant toute évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. L'enseignant référent a dans ce cas un rôle essentiel d'information, de conseil et d'aide, tant auprès des équipes enseignantes que des parents ou représentants légaux de l'enfant. Il doit en effet contribuer, aux côtés des responsables d'établissements scolaires, à l'accueil et à l'information des familles et les aider, si nécessaire, à saisir la MDPH dans les meilleurs délais.* »

Circ. n° 2006-126 du 17 août 2006 relative à la mise en œuvre et au suivi du PPS.

¹⁹ Cf. Espace HANDICAP du site du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/handicap/>

AMELIORER L'INFORMATION DELIVREE AUX FAMILLES, AUX DIFFERENTES ETAPES DU PARCOURS DE

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

Territoire départemental

Un postulat : la qualité de l'information aux familles est en lien étroit avec la qualité de l'information dont disposent les professionnels

Public concerné : les *professionnels* des structures et des dispositifs qui accueillent des enfants en difficultés ou en situation de handicap (y compris ceux des structures d'accueil de la petite enfance), et les *familles* des enfants confrontés à des difficultés ou au handicap

Besoins repérés : selon ces 2 publics

- les professionnels
 - besoins en formation et en qualification du personnel au dépistage des handicaps, à l'annonce du handicap et à l'orientation
 - besoin en connaissance de l'offre et du paysage de soin et d'accompagnement local, en connaissance du travail des autres, transversalité
 - aide aux aidants : supervisions, analyses des pratiques
- les familles:
 - Lieux d'accueil, d'écoute et de soutien
 - Différents pôles d'information : à la portée géographique et culturelle des intéressés
 - Dialogue à instaurer à l'occasion du diagnostic par une meilleure sensibilisation des professionnels

Objectifs de l'action, résultats attendus

- Aller vers un meilleur tissu informatif et vers une meilleure connaissance de l'offre de soins par les usagers et les professionnels, Améliorer la connaissance réciproque des structures des différents champs : médico-social, Education nationale, pédopsychiatrie, ASE, PMI...
- Renforcer le positionnement des acteurs institutionnels (notamment MDPH, Enseignants référents et PMI) dans l'information et l'écoute
- Personnaliser et différencier les actions et les informations, Adapter les propositions aux situations en favorisant la proximité
- Inscrire les équipes sur un territoire d'intervention : « rassembler les situations »
- Recenser les actions d'aide aux aidants

Pilotage, partenariats pour la réalisation

PILOTAGE : MDPH

PARTENARIATS : DDASS, Education nationale, Conseil général (PMI), Collectivités territoriales, établissements de santé, médecins généralistes

Objectifs opérationnels et dates prévisionnelles de réalisation

Sur la durée du schéma :

- Création de lieux d'information sur les 3 territoires du département
- Mise en place d'une journée partenariale (Education nationale, DDASS, Conseil général, Hôpitaux, associations)

Financement (coût de l'action et financeurs)

A évaluer

Evaluation et indicateurs de suivi

Enquêtes de satisfaction auprès des familles

1.2.2 Favoriser l'expression des souhaits des enfants et de leur famille et leur intégration dans l'élaboration du projet personnalisé

Avec la Loi 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, l'action sociale conduite en faveur des personnes handicapées, se fonde sur leurs **souhaits**, structurés dans le cadre d'un **projet de vie**, à partir duquel est élaboré, avec les professionnels de la Maison départementale des personnes handicapées, un **plan personnalisé de compensation**, incluant, pour les jeunes, un **projet personnalisé de scolarisation**.

L'élaboration des projets personnalisés des jeunes handicapés constitue un objectif et un axe d'action concrète rappelé dans le cadre de ce Schéma départemental.

« L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte des souhaits de la personne handicapée, formalisés dans son projet de vie. La maison départementale des personnes handicapées apporte son aide, sur leur demande, à la personne handicapée, ou à son représentant légal, pour la confection de ce projet de vie ». Article R146-28 du Code de l'action sociale et des familles.

« Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations [...], destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation ». Article R146-29 du Code de l'action sociale et des familles

1.2.3 Créer une maison départementale des adolescents

Le programme national lancé à l'issue de la conférence de la famille de 2004, prévoit le développement de *maisons des adolescents*. Ces structures, situées dans des lieux facilement repérables et accessibles, gratuites et offrant des plages horaires d'accueil souples et adaptées, doivent constituer des lieux polyvalents où la santé des adolescents est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, éducative, relationnelle et sociale.

Les maisons des adolescents sont ouvertes aux adolescents et leurs familles, mais également aux professionnels au contact des adolescents (Éducation nationale, justice, services sociaux, police...) et soucieux de s'informer ou de faire part de leurs difficultés.

Le plan « santé des jeunes » présenté par la ministre de la Santé le 27 février 2008 prévoit la création d'une Maison des Adolescents dans tous les départements.

Le projet conduit dans le département, à l'initiative de l'ALGEEI (Association Laïque de Gestion d'Établissements d'Éducation et d'Insertion) et de l'ASPP (Association de Sauvegarde et de Promotion de la Personne), doit aboutir à l'ouverture de la MDA dès 2010 en associant les acteurs concernés, notamment le secteur sanitaire

Si cette structure est loin de se limiter au seul champ du handicap, la MDA s'attachera à intégrer pleinement la dimension du handicap dans le service apporté aux jeunes et à leur famille.

Calendrier de travail et méthodologie de la démarche

Fin mars 2009 : saisine de l'ensemble des services et institutions au contact des adolescents²⁰ et envoi de la trame indicative pour l'élaboration du **bilan/diagnostic préparatoire**.

- Repérage des missions et modalités de fonctionnement et d'intervention auprès des adolescents et de leur famille, Lien avec les autres acteurs
- Attentes à l'égard d'une maison des adolescents (prestations, publics, organisation, cadre d'intervention, professionnels pour constituer l'équipe, réseau partenarial à organiser).

Mi mai 2009 : retour des questionnaires à la DDASS ; exploitation et mise en forme des documents reçus par la DDASS

Début juin 2009 : 1^{ère} réunion de travail :

- présentation à l'ensemble des partenaires du cadre institutionnel, technique et financier de la démarche ;
- analyse des premières données et ajustement des items du bilan/diagnostic, en lien avec le cahier des charges national ;
- création du *comité de pilotage opérationnel*.

Fin juin 2009 : 2^{ème} réunion de travail :

- validation du diagnostic départemental ;
- définition des axes constitutifs de la maison des adolescents de Lot-et-Garonne (structuration institutionnelle et technique, organisation et objectifs territoriaux, modalités et critères d'évaluation...);
- constitution de groupes de travail thématiques ; chargés d'élaborer le contenu du dossier technique.

Septembre : réunions des groupes de travail et élaboration du dossier technique

Mi octobre 2009 : 3^{ème} réunion de travail :

- présentation du projet à l'ensemble des partenaires, par le Comité de pilotage opérationnel
- transmission à la DDASS pour avis

Documents de référence :

- Circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents
- Cahier des charges : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/cahierdescharges2009.pdf>
- Appel à projets. Programme Maisons des adolescents. Tranche 2009
<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/CIRCappelaprojet2009.pdf>

²⁰ Direction départementale de la jeunesse et des sports, Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, Inspection académique, Conseil général (Service Enfance / Famille), foyer départemental de l'enfance, Caisse d'allocations familiales, Juges des enfants, Services hospitaliers, CCAS, missions locales, CFA, fédérations de parents d'élèves, associations gestionnaires et structures sociales et médico-sociales, associations d'usagers, associations assurant des missions d'information ou d'éducation sur la santé...

1.3- Favoriser les projets de soutien aux aidants

1.3.1 Développer les projets d'accueil séquentiels

Les professionnels et les familles de jeunes accueillis dans le secteur médico-social font état de besoins de **continuité** et de **complémentarité** entre les différents dispositifs existants, pour une prise en charge globale, cohérente et rapidement mobilisable, au plus près des lieux de résidence des familles.

Les besoins concernent la possibilité, en fonction des besoins du jeune et de leurs variations ponctuelles à différentes périodes selon l'étayage qu'il peut trouver au sein de sa famille :

- de modifier de façon rapide et souple les modalités d'accompagnement proposées (externat, internat, semi-internat, SESSAD).
- de mobiliser des acteurs différents travaillant en étroite collaboration pour le bénéfice des jeunes, dans le respect de leurs diverses compétences
- de pouvoir disposer de prises en charge institutionnelles ponctuelles pour les jeunes vivant au sein de leur famille, pour des périodes de rupture, de répit pour la famille
- de pouvoir bénéficier de solutions pour des périodes de week-end et de vacances quand cela s'avère nécessaire

Le développement de cette offre de service séquentielle doit se faire en prenant en compte les réalités territoriales.

DEVELOPPEMENT DES PROJETS D'ACCUEIL SEQUENTIELS

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

Définition de « séquentiel » selon 3 aspects : espace/temps (rythme, internat, externat), lieux (géographique, découpage territorial) et compétences

BESOINS

3 types de besoins séquentiels ont été repérés à partir de l'élaboration du diagnostic, du parcours et des besoins du jeune

- **coopération des acteurs** selon leurs compétences
- **séjours de rupture**
- **séjours de vacances** (week end): selon les demandes des familles, souplesse de l'internat de semaine

PUBLIC

Tout enfant ou jeune souffrant d'un handicap, notamment ceux souffrant de troubles psychiques ou polyhandicapés

TERRITOIRE

Tout le département

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Permettre la **prise en charge globale, cohérente et continue de proximité** selon des modes d'accueil séquentiels
- Inscrire le projet personnalisé dans un processus de **diagnostic partagé** et nécessitant le développement de **complémentarités institutionnelles**

Pilotage, partenariats pour la réalisation

Pilotage : Plates-formes locales de concertation associant les secteurs éducatif, social, médico-social et sanitaire

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

- Quantifier le nombre d'enfants concernés : 2010
- Désigner des coordinateurs locaux : 2010
- Créer un **groupe de travail** issu des plates-formes locales de concertation : 2010

Financement (coût de l'action et financeurs)

Création d'un **réseau innovant** réunissant les **4 secteurs éducatif, social, médico-social et sanitaire**

Evaluation et indicateurs de suivi

- Enquête de satisfaction auprès des parents
- Nombre d'acteurs inscrits dans ce réseau
- Baisse des dossiers de demande de réorientations à la MDPH motivés par le mode d'accueil

1.3.2 Soutenir les actions d'aide aux aidants

L'action des aidants naturels auprès des personnes handicapées s'est vue tout particulièrement reconnue, avec la possibilité de financer ces interventions à travers la prestation de compensation²¹, et valorisée avec la Loi du 11 février 2005 qui met en avant les besoins d'information²², d'accompagnement et de formation²³ des aidants.

Dans ce cadre, le Schéma départemental incite à conduire des actions à destination des aidants :

- la mise en place de **formations**, en relation avec les besoins qui devront faire préalablement l'objet d'une analyse pour en déterminer le volume et la nature.
- l'organisation d'un **groupe d'expression et d'échanges**, piloté par la MDPH (voir par ailleurs, dans le point 4.1, les actions de la MDPH autour de la concertation et de la collaboration des acteurs du secteur du handicap).

²¹ « La prestation de compensation peut être affectée, dans des conditions définies par décret, à des charges :
1° Liées à un besoin d'aides humaines, y compris, le cas échéant, celles apportées par les aidants familiaux ». Art. L. 245-3 du Code de l'action sociale et des familles

²² « La politique de prévention du handicap comporte notamment :

a) Des actions s'adressant directement aux personnes handicapées ;

b) Des actions visant à informer, former, accompagner et soutenir les familles et les aidants »

Art. L. 114-3 du Code de l'action sociale et des familles

²³ « Une personne [...] peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser. La personne handicapée et les personnes désignées reçoivent préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée ».

Art. L. 1111-6-1 du Code de la Santé publique

AXE 2 :

FAVORISER LES ACTIONS VISANT A GARANTIR L'EXERCICE DES DROITS FONDAMENTAUX DES JEUNES HANDICAPES

La HALDE, Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, en s'appuyant sur un sondage d'opinion sur la scolarité en milieu ordinaire des enfants handicapés dans les établissements du 1^{er} degré²⁴, a établi des **recommandations sur la scolarisation des enfants handicapés**²⁵.

Elles concernent :

- **l'information statistique sur la situation des élèves handicapés en milieu ordinaire**, à affiner, en incluant notamment des données sur le temps de présence des élèves handicapés en milieu ordinaire, les modalités mises en place en complément des scolarisations à temps partiels, la présence de ces élèves dans les activités périscolaires...
Le recueil d'informations initié par le sondage d'opinion commandité par la HALDE, doit être par ailleurs étendu aux champs qui n'ont pas été couverts dans un premier temps (communes de moins de 5000 habitants et aux établissements du 2nd degré).
Des études sont également recommandées autour de l'articulation entre établissements scolaires et établissements médico-sociaux, ainsi que des parcours de scolarisation en fonction des natures et niveaux de handicaps à travers une approche longitudinale.
- **l'accès à l'information pour les parents sur le droit à la scolarisation et les voies de recours**
- **l'accessibilité du patrimoine scolaire**
- **l'accès à l'information des professionnels de l'Éducation nationale**, et la nécessité de « *veiller à une présence suffisante des enseignants référents, avec de réels moyens* ».
- **l'état des lieux des formations et leur développement**, avec la nécessité de réaliser une évaluation de l'offre de formation, de la développer en conséquence, de prendre en compte la diversité des handicaps et de mettre en place une pédagogie adaptée aux besoins spécifiques des élèves handicapés
- **le statut et la formation du personnel accompagnant** : mettre en place une professionnalisation des métiers de l'accompagnement scolaire et social des élèves handicapés, établir un référentiel-métier, permettre aux AVS / EVS et autres métiers de l'accompagnement scolaire de sortir de la précarité, anticiper les besoins de recrutement et mettre en place des formations adaptées... et de garantir la scolarisation des élèves handicapés dans les établissements médico-sociaux lorsque la situation nécessite ce type de scolarisation.

Le Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, volet enfance et adolescence handicapées, 2009-2013, entend favoriser la mise en œuvre de ces recommandations.

²⁴ Réalisé en novembre 2008, sur un échantillon représentatif de directeurs d'écoles maternelles et primaires (publiques et privées sous contrat) et d'élus de communes de plus de 5000 habitants. Données complémentaires recueillies auprès d'un échantillon de parents d'élèves handicapés.

²⁵ **Délibération n°2009-102 du 16 février 2009**

Les diverses recommandations s'adressent respectivement aux acteurs concernés : au Gouvernement, au Ministère de l'Éducation nationale, au Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité et de la Ville, à la CNSA, à l'Observatoire national de la sécurité et de l'accessibilité des établissements d'enseignement, aux MDPH et acteurs concernés au plan départemental, aux associations défendant les droits des personnes handicapées, aux associations d'élus de communes.

2.1- Consolider les efforts réalisés en matière de scolarisation

2.1.1- Mettre en œuvre le décret n°2009-378 et l'arrêté du 2 avril 2009 relatifs à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés

- Conventions précisant le fonctionnement des Unités d'enseignement au sein des structures médico-sociales

Ces conventions prévues à l'article D.351-18 du Code de l'éducation et révisées dans l'arrêté du 2 avril 2009²⁶ doivent être revues.

- Conventions de coopération entre les établissements scolaires et les établissements et services médico-sociaux

Permettre la scolarisation à temps partiel ou complet des élèves en milieu ordinaire quand cela est possible.

Développer la possibilité de dispenser des enseignements hors des locaux appartenant à la personne morale gestionnaire de l'établissement ou du service, notamment dans le cas de dispositifs mis en œuvre dans les locaux d'une école ou d'un établissement public local d'enseignement.

- Projet personnalisé de scolarisation et mise en cohérence des projets d'accueil (notamment dans les établissements médico-sociaux et de santé.)

- Création d'un groupe technique départemental de suivi de scolarisation

Article D312-10-13 (créé par Décret n°2009-378 du 2 avril 2009 - art. 1) Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales et l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, organisent un groupe technique départemental de suivi de la scolarisation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes handicapés qu'ils président conjointement

- Permettre le développement concerté des classes d'intégration (CLIS, UPI) et des SESSAD

L'Education Nationale poursuivra son effort en fonction des besoins et dans un souci de maillage territorial pertinent (depuis l'état des lieux 1 UPI « Lycée » ouverte à la rentrée 2008 à Villeneuve sur Lot, 3 UPI « collège » seront ouvertes à la rentrée 2009 à Tonneins, Lavardac et Monsempron ; 40 élèves handicapés supplémentaires pourront donc y être accueillis).

Il est nécessaire qu'un accompagnement SESSAD puisse être offert à ces élèves notamment dans le cadre de l'acquisition de l'autonomie sociale.

2.1.2- Favoriser la formation et la stabilité des AVS

L'Education Nationale poursuivra son effort de formation de ces personnels entrepris depuis plusieurs années conformément au plan de formation ministériel.

²⁶ Arrêté du 2 avril 2009 précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé

Chaque fois que cela s'avère nécessaire et que cela est possible la continuité des accompagnements est assurée. A ce jour tous les élèves bénéficiant d'une notification d'accompagnement sont accompagnés.

2.2- Favoriser les actions permettant l'insertion et l'accès à un accompagnement pour adultes

Le Schéma départemental en faveur des jeunes handicapés prend acte de la préoccupation des jeunes, des familles et des professionnels autour de la question de l'insertion professionnelle des jeunes et, au-delà, de l'insertion sociale qui est possible à l'âge adulte qu'un accompagnement médico-social soit mis en place ou non.

Des actions seront conduites autour de :

- **l'information des jeunes handicapés et de leur famille sur les possibilités d'insertion**
- **l'accompagnement individualisé dans le parcours de l'insertion socio-professionnelle des 16-25 ans**

2.2.1 Faciliter l'accès à l'information sur les possibilités d'insertion

L'information constitue un élément essentiel et elle doit faire l'objet d'une diffusion auprès des acteurs de l'insertion des jeunes, qu'ils exercent dans le champ de l'Education nationale, du secteur médico-social ou dans des services de droit commun favorisant l'accès à l'emploi ou aux aides sociales.

Cette meilleure information des acteurs leur permettra de la diffuser à leur tour aux jeunes et aux familles de façon plus précise et plus complète.

INFORMATION DES JEUNES ET DES FAMILLES SUR LES POSSIBILITES D'INSERTION

Constats

- Difficultés dans l'orientation des jeunes handicapés intégrés en milieu ordinaire vers le monde du travail.
- Insuffisance du nombre des enseignants référents au regard du nombre de jeunes concernés.
- Connaissances insuffisantes de la part des acteurs concernant les structures existantes permettant l'insertion des jeunes.
- Manque de lien entre les différents partenaires.

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Meilleure information aux partenaires des dispositifs, procédures et structures pour l'accompagnement des jeunes vers le monde du travail.
- Clarification et évaluation des moyens existants.

Pilotage, partenariats pour la réalisation

- Pilotage : PDITH du Lot-et-Garonne

Présentation du PDITH en page suivante et détail des axes de travail du PDITH pour 2009-2010, des objectifs attendus et de leur déclinaison opérationnelle en Annexe.

- Partenariats : réseau MDPH, missions locales, Education Nationale, structures d'accueil et d'accompagnement, DDASS, Conseil général, Centres de formation, SRFPH, Cap Emploi

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

1^{ère} étape : organisation d'une journée d'information sur l'existant.

2.2.2 Mettre en place un accompagnement individuel

- Insertion socio-professionnelle

Le développement d'actions en faveur de l'insertion professionnelle est appelé à se faire en concertation et partenariat avec les acteurs de l'insertion professionnelle : Pôle Emploi, Missions locales, Cap Emploi, PDITH, SRFPH et en articulation avec le Schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2006-2010.

Le **Schéma Régional pour la Formation des Personnes Handicapées (SRFPH)** est un dispositif aquitain, initié et piloté par l'Etat, le Conseil régional d'Aquitaine et l'AGEFIPH. Il « a pour objectifs de favoriser :

- *L'accès de ces personnes aux dispositifs de formation de droit commun, notamment par le contrat d'apprentissage*
- *L'adaptation et/ou l'individualisation de leurs parcours de formation* ».

A noter que dans tous les Centres de formation et CFA adhérents au SRFPH, un référent a été mis en place pour les stagiaires handicapés.

<http://www.srfph-aquitaine.fr>

Le **Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH)** du Lot-et-Garonne a pour vocation de déterminer et mettre en œuvre une politique globale d'emploi au niveau du département pour les travailleurs handicapés. Ce programme est financé par la DDTEFP et l'AGEFIPH et s'inscrit dans les actions du Service Public de l'Emploi.

Son plan d'action pluriannuel 2009-2010 se décline en 5 axes :

Axe 1 : Accès à la formation des personnes handicapées (qualification et professionnalisation)

Axe 2 : Développer l'accès durable à l'emploi des personnes handicapées

Axe 3 : "Le maintien dans l'emploi et le reclassement des salariés menacés d'inaptitude", en déclinaison de la Charte régionale de collaboration interinstitutionnelle pour le Maintien dans l'emploi des personnes handicapées en Aquitaine

Axe 4 : Le lien entre le milieu ordinaire et le milieu protégé

Axe 5 : Actions transversales

La question de l'insertion des jeunes handicapés a fait l'objet des travaux d'un groupe de travail qui ont recensé un certain nombre d'obstacles.

A partir du secteur médico-social, on n'observe que très **peu de sorties vers une activité professionnelle en milieu ordinaire**.

Les difficultés existant pour entrer dans le marché du travail, particulièrement en période de crise économique, ne concernent pas seulement les jeunes handicapés, mais aussi, plus largement, une grande part des jeunes inscrits dans les Missions locales, qui peuvent avoir du mal à être opérationnels immédiatement et à travailler au rythme attendu par les employeurs.

La **formation professionnelle**, même adaptée aux particularités des jeunes handicapés, reste un parcours compliqué et, notamment, pour les jeunes qui sont **en situation d'apprentissage ou de stage, les déplacements autonomes** peuvent constituer une difficulté importante.

En outre, même après une formation réussie, les difficultés restent importantes, comme en témoignent les nombreuses ruptures de contrat qui émaillent le parcours des jeunes handicapés.

Ces difficultés des jeunes témoignent du besoin **d'un accompagnement et d'un suivi** :

- par des **structures relais**, principalement pour les jeunes de 16 à 21 ans
- par les **établissements spécialisés lors de la sortie des jeunes**. Un tel besoin, important tant au niveau professionnel que social, médical et psychologique, impliquerait des moyens pour les structures médico-sociales.

□ Au niveau des établissements médico-sociaux, on remarque :

- **un manque de communication et de réels partenariats avec le monde de l'entreprise** ; le handicap, particulièrement le handicap mental ou encore psychique, est ainsi très peu voire pas connu de ces entreprises.
- **un manque de places dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et dans les entreprises adaptées.**

En outre, la recherche d'efficience dans ces structures conduit parfois à sélectionner un public moins handicapé, poussant les personnes qui ont un moindre rendement, vers des foyers occupationnels alors qu'elles pourraient travailler dans un cadre protégé. La mise en place d'une structure intermédiaire (offrant un service entre l'ESAT et le foyer occupationnel) pourrait constituer une solution à ce problème.

Dans certains cas, il apparaît même une certaine dérive des structures de travail protégé qui semblent s'éloigner de leur mission première, d'accompagnement social au profit de l'activité commerciale.

- une difficulté inhérente à la protection des jeunes en situation de travail par rapport à des outils classés comme dangereux qui réduit les possibilités d'apprentissage de gestes techniques et donc d'insertion professionnelle²⁷.

²⁷ « La protection des jeunes en milieu de travail est assurée par l'**interdiction de les affecter à certains travaux particulièrement dangereux** du fait de l'action conjuguée des risques inhérents à l'opération visée, de la vulnérabilité du jeune et de son inexpérience ». « Seuls les élèves de l'enseignement adapté, âgés de plus de seize ans et engagés dans un cursus de formation professionnelle qualifiante, peuvent bénéficier des dérogations » ; « L'Inspection du travail est tenue de rejeter toutes les demandes de dérogations aux travaux **interdits aux jeunes concernant les élèves de moins de seize ans inscrits dans les classes de l'enseignement adapté, hors cycle de formation professionnelle**. Les mêmes conditions de délivrance de dérogation, à savoir avoir au moins seize ans et suivre un cursus de formation professionnelle qualifiante, sont applicables aux élèves des instituts médico-éducatifs (IME) [...] et des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ».

Circulaire DGT n°4 du 01 février 2007 relative à la délivrance de la dérogation prévue à l'article R.234-22 du code du travail

ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE DANS LE PARCOURS DE L'INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE DES 16-25 ANS

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

- Difficulté d'adapter les formations de droit commun pour que les jeunes handicapés puissent trouver leur place.
 - Problème de la continuité de l'accompagnement tout au long du parcours de l'insertion socio-professionnelle
- Public : jeunes 16-25 ans
- Territoire – Département et ses 4 territoires : AGEN, NERAC, VILLENEUVE et MARMANDE.

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Outils de conventionnement entre les différents acteurs de l'insertion socio-professionnelle.
- Individualisation du parcours d'insertion pour chaque jeune (souplesse, transversalité, passerelle).
- Création d'un service avec antennes locales d'accompagnement et de suivi (tuilage entre les différents services).

Pilotage, partenariats pour la réalisation

Pilotes : DDASS, Conseil général, Education Nationale, DDTEFP.

Partenaires : Centres de formation, établissements médico-sociaux, associations, PDITH, AGEFIPH, MDPH.

Etapes et dates prévisionnelles de réalisation

- Mise en forme d'un annuaire des dispositifs et partenaires existants avec large diffusion : décembre 2009.
- Création de l'outil de conventionnement : février 2010 (cf. Axe 4)
- Création d'une offre territorialisée d'insertion socio-professionnelle en vue de l'accompagnement et du suivi : dès que possible.

Financement (coût de l'action et financeurs)

CNSA

Evaluation et indicateurs de suivi

- Mise à disposition d'un annuaire
- Nombre de conventions et d'organismes engagés
- Nombre de jeunes suivis par les services d'accompagnement

- Accéder à un accompagnement médico-social pour adultes

Le secteur médico-social pour adultes, qui dépend à la fois des services de l'Etat (avec des financements de l'Assurance maladie voire de la CNSA) et du Conseil général est décrit, dans ses principes d'action, son organisation et les axes d'évolution préconisés dans le **Schéma départemental en faveur des adultes handicapés 2006-2010**.

Le Conseil général et la DDASS prennent acte de la nécessité de développer un secteur médico-social pour adultes qui soit en mesure de répondre aux besoins quantitatifs et qualitatifs des adultes handicapés et, notamment des jeunes qui atteignent l'âge adulte alors qu'ils sont pris en charge dans le secteur de l'enfance.

Il devra être, notamment, possible que des jeunes puissent faire des stages dans les établissements pour adultes sans que ces derniers refacturent, aux établissements accompagnant ces jeunes, les frais de prise en charge occasionnés par ces stages.

Rappel de la répartition des compétences pour les établissements et services d'hébergement et d'accompagnement des adultes handicapés.

Foyer d'hébergement	Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	Maison d'accueil spécialisée (MAS)
Foyer occupationnel	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)		
Tutelle et financement : Conseil général (Aide Sociale)	Tutelle et financement pour l'hébergement / l'accompagnement Conseil général (Aide Sociale) Tutelle pour la partie Soins : Etat (DDASS) Financement pour la partie Soins : Assurance maladie	Tutelle : Etat (DDASS) Financement : Assurance maladie

2.3- Faciliter la participation à la vie sociale

2.3.1- Permettre l'accès aux pratiques sportives

« Les activités physiques et sportives constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent notamment à la lutte contre l'échec scolaire et à la réduction des inégalités sociales et culturelles, ainsi qu'à la santé. La promotion et le développement des activités physiques et sportives pour tous, notamment pour les personnes handicapées, sont d'intérêt général » Art. L. 100-1 du Code du sport.

Dans ce cadre, et en partenariat avec le Comité départemental de Sport Adapté et la Direction départementale de la jeunesse et des sports, le Schéma départemental engage une démarche de **développement du sport au sein des établissements médico-sociaux** destinés aux jeunes handicapés.

Par ailleurs, les Clubs sportifs existants ouverts à tous publics doivent également faire l'objet de campagnes d'informations sur les différents handicaps. Leurs besoins pour favoriser l'accueil de jeunes handicapés dans les activités qu'ils proposent pourraient faire l'objet, avec profit, d'une enquête, afin d'aider les jeunes à bénéficier d'activités sportives avec d'autres jeunes dits valides.

DEVELOPPEMENT DES PRATIQUES SPORTIVES AU SEIN DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Constats

Le recueil de la parole des jeunes et de leur famille a mis en évidence la nécessité de diversifier les différents types d'activités au sein des établissements médico-sociaux

A ce titre, la poursuite des actions engagées par le Comité Départemental Sport Adapté (CDSA), notamment par la mise à disposition de prestations visant à favoriser la participation des jeunes handicapés mentaux ou psychiques à des activités sportives, est à pérenniser.

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Définition des modalités de partenariats entre le CDSA et les établissements médico-sociaux
- Animation d'un réseau visant la promotion des activités physiques et sportives adaptées
- Mise en œuvre de prestations d'activités physiques et sportives adaptées

Pilotage, partenariats pour la réalisation

Pilotage : CDSA

Partenariats : établissements, DDASS, DDJS, Conseil général 47, mécénat

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

2009 : signature d'une convention de partenariat entre les établissements médico-sociaux et le CDSA

Financement (coût de l'action et financeurs)

Coût : 30 000€

Aide au démarrage : 2009 ; DDASS, Conseil général 47, DDJS

Evaluation et indicateurs de suivi

- Définition et mise en œuvre d'un calendrier sportif départemental
- Nombres de jeunes participant aux activités physiques et sportives adaptées

2.3.2- Faciliter l'accès aux accueils de loisirs

Les familles d'enfants handicapés, interrogées sur les attentes qu'elles ont vis-à-vis de l'environnement social dans lequel elles évoluent, évoquent très souvent la difficulté qui existe pour leurs enfants à pratiquer des loisirs... Ces difficultés concernent à la fois l'accès de l'enfant à des loisirs de façon autonome ou de la famille quand elle se présente avec un enfant handicapé. Elles recouvrent aussi bien des problèmes d'accessibilité du cadre bâti dans lesquels des activités sont proposées qu'un manque d'information des professionnels et des autres parents (qui peut aller jusqu'à une opposition à la présence d'un jeune handicapé). Quant aux loisirs spécifiquement adaptés, ils restent trop peu nombreux pour répondre à tous les besoins.

DOCUMENT DE TRAVAIL

FAVORISER L'ACCES DES JEUNES HANDICAPES AUX LOISIRS

Constats

Le recueil de la parole des jeunes et de leur famille a mis en évidence la nécessité de rendre plus accessible les différents lieux d'activités sociales dans la Cité.

La question de l'intégration des jeunes handicapés dans l'espace des loisirs, si elle est présente dans la loi du 11 février 2005, a cependant été moins investie que celle de la scolarisation en milieu ordinaire. Pourtant cet espace de loisirs en milieu ordinaire est susceptible de favoriser l'épanouissement de ces jeunes et constitue probablement un lieu "facilitateur" de l'acceptation du Handicap.

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

Favoriser l'accès des jeunes aux accueils de loisirs (*ex centres de loisirs*)

Pilotage, partenariats pour la réalisation

Pilotage : DDJS-DDASS

Partenariats : CAF, Accueils de loisirs du département, CODAJE

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

- ❶ Enquête sur les modalités d'accueil et de prise en charge des enfants et des jeunes handicapés dans les accueils de loisirs : 2009
- ❷ Détermination et mise en œuvre d'un plan d'action en vue de faciliter l'accès aux accueils de loisirs : 2010-2013

Financement (coût de l'action et financeurs)

DDASS/DDJS : Financement du plan d'action sur le volet formation des animateurs des accueils de loisirs

CAF : aide à l'investissement pour l'accessibilité des équipements

Evaluation et indicateurs de suivi

- ❶ Augmenter le nombre de places accessibles aux jeunes handicapés sur l'ensemble des structures
- ❷ Mesurer la satisfaction des familles, des jeunes et des équipes des Accueils de loisirs, par sondage, sous forme d'entretiens
- ❸ Evaluer l'intégration des jeunes handicapés au travers les projets pédagogiques des accueils de loisirs

2.4 - Articuler et rendre cohérents les différents projets construits autour de l'enfant et dans son intérêt

Les évolutions législatives de ces dernières années (Loi 2002-2 et Loi 2005-102 notamment) ont mis l'accent sur l'importance de **(re)placer l'utilisateur au centre des interventions sociales et médico-sociales**, avant les logiques institutionnelles ou celles des intervenants professionnels.

Il reste, en pratique, à favoriser et à développer les partenariats, les concertations et la circulation de l'information qu'un accompagnement global, répondant à l'ensemble des problématiques d'un jeune et de sa famille, prodigué par des acteurs nécessairement divers (pouvant être issus du secteur médico-social, de l'Education nationale, de la pédopsychiatrie, de services sociaux...), implique.

Le Schéma départemental invite les acteurs à mettre en place un tel travail articulé et cohérent, autour des différents projets qu'un jeune peut avoir à réaliser pour s'épanouir dans la Société.

DOCUMENT DE TRAVAIL

AXE 3 :

ACCOMPAGNER L'ADAPTATION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

L'évolution de l'offre de service en SESSAD dans le département depuis le dernier Schéma départemental.

Une des recommandations du précédent Schéma départemental Enfance handicapée du Lot-et-Garonne (1998-2003) était de favoriser le maintien des enfants handicapés en milieu ordinaire en développant les SESSAD.

Cet objectif a été très largement atteint puisque le nombre de places de SESSAD est passé de **18 en 1996 à 171 en 2008**. En outre, 6 places supplémentaires pour jeunes déficients intellectuels ont été créées au cours de l'année 2009.

Ainsi, en 1996, la part des SESSAD dans l'équipement lot-et-garonnais représentait 3% ; en 2008, ces places représentent 25% des places installées (soit le taux le plus élevé d'Aquitaine, avec les Pyrénées-Atlantiques, la moyenne régionale étant de 20,5%).

Nombre de places installées selon le type de handicap et le mode d'accueil

	1996		2008	
	Nombre de places	Répartition	Nombre de places	Répartition
Déficience intellectuelle	427		473	
<i>Institution</i>	427	100%	387	81,8%
<i>SESSAD</i>	-	-	86	18,2%
Troubles de comportement	131		129	
<i>Institution</i>	113	86,3%	74	57,4%
<i>SESSAD</i>	18	13,7%	55	42,6%
Polyhandicap²⁸	46		46	
<i>Institution</i>	46	100%	46	100%
Déficience auditive	-		30	
<i>SESSAD</i>	-		30	100%

²⁸ NB : En 1996, un service pour enfants handicapés intervenait à domicile ; depuis, il a été transformé en centre d'accueil de jour

3.1 – Adapter et diversifier l’offre de service

3.11 – en faveur du dépistage et de la prévention

Afin de renforcer la politique de prévention en apportant des réponses de proximité, un nouveau CAMSP va être créé sur Marmande, seul territoire du département à en être actuellement dépourvu. Ce CAMSP, géré par l’ALGEEI, pourra assurer le suivi de 55 enfants et son ouverture a été programmée pour 2011 (selon le PRIAC 2009-2013).

3.12 – en rééquilibrant la répartition des places et les inégalités de prise en charge

L’état des lieux a permis de mettre en évidence des inégalités assez marquées :

- en terme de répartition territoriale, les taux d’équipement pour 1000 jeunes de moins de 20 ans par territoire mettent en évidence des écarts importants : 13,9‰ pour Agen, 6,8‰ pour Marmande et également 6,8‰ pour Villeneuve-sur-Lot
- en terme de modalités d’accompagnement : l’accueil temporaire est peu développé dans le département. Par ailleurs, chaque territoire ne dispose pas d’une palette de prises en charge diversifiée ; signalons, en particulier, l’absence d’accueil en internat sur le secteur de Marmande/Tonneins.
- en terme de publics handicapés : outre, un déficit de places pour les jeunes autistes, le Lot-et-Garonne ne dispose d’aucune offre pour les enfants handicapés moteurs ou déficients visuels qui sont donc contraints de quitter le département pour bénéficier d’un accompagnement adapté (sur les 80 enfants pris en charge hors du Lot-et-Garonne, une vingtaine est atteinte d’une déficience motrice, autant d’une déficience visuelle).

Les prochaines créations/restructurations de services et établissements médico-sociaux dans le département devront donc veiller à réduire ces écarts ou ces insuffisances en termes de territoires, de modes d’accueil, ou de handicaps.

Notons, que plusieurs fiches actions s’inscrivent dans cet objectif :

- la prochaine création du CAMSP en prévoyant une implantation sur un territoire non équipé (cf. point 3.11)
- le développement de l’offre pour les jeunes autistes (cf. point 3.13)
- la création d’une structure d’accueil temporaire (cf. 3.14)
- la création d’un internat à l’IME Solincité, fonctionnant notamment sous forme d’accueil séquentiel.

3.13 – en faveur des enfants et adolescents atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement

L'insuffisance des réponses existantes pour ces jeunes a été déplorée à plusieurs reprises. L'étude a permis de recenser a minima 114 enfants et adolescents atteints de TED accueillis dans une structure médico-sociale (hors CAMSP et CMPP) alors que 13 places leur sont spécifiquement dédiées dans le département. En outre des jeunes souffrant de ces pathologies, actuellement pris en charge par la pédopsychiatrie sont en attente d'une réorientation vers le secteur médico-social

Il est donc nécessaire de pouvoir améliorer l'offre concernant ces jeunes :

- en proposant davantage de places spécifiquement agréées
- en diversifiant les modalités d'accueil proposées, notamment en créant des places d'internat (notamment séquentiel) et de SESSAD
- en améliorant la formation des professionnels appelés à intervenir auprès de ce public
- en mettant en œuvre des accompagnements s'appuyant sur des méthodes éducatives et thérapeutiques adaptées
- en développant les dispositifs de scolarisation internes et externes
- en portant une attention particulière aux conditions de passage vers le secteur adultes

Une fiche action récapitule les actions et les orientations envisagées pour ces jeunes autistes ou atteints d'autres TED en lien avec le Plan régional sur l'autisme 2007-2011 élaboré par la DRASS d'Aquitaine (http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/plan_autisme_2007_2011.pdf).

DEVELOPPER LES OFFRES D'ACCUEIL ET DE SERVICES SPECIFIQUES AUX JEUNES ATTEINTS D'AUTISME OU D'AUTRES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT SUR TOUT LE TERRITOIRE DEPARTEMENTAL

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

Manque important de places d'accueil, de structures adaptées et de personnels formés à la spécificité de l'autisme.

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Développer le nombre de place d'accueil sous des formes diversifiées (accueil de jour, internat, accueil de répit, SESSAD...)
- Développer des dispositifs de scolarisation adaptée (CLIS, UPI,...)
- Assurer la présence d'enseignants spécialisés
- Encourager les professionnels à suivre des formations spécifiques autisme
- Inciter les établissements recevant de nombreux jeunes autistes à créer des sections spécifiques
- Permettre la mise en œuvre de projets « Vie entière » (éviter les ruptures à l'âge adulte)

Pilotage, partenariats pour la réalisation

DDASS, Education nationale, Associations gestionnaires, Associations de parents.
Centre de ressources autisme

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

Durée du schéma

Financement (coût de l'action et financeurs)

CNSA - Plan national Autisme.

Evaluation et indicateurs de suivi

- Nombre de places créées
- Nombre d'enfants autistes ou souffrant de TED scolarisés en milieu ordinaire ou au sein de structure médico-sociale.

3.14 – *en créant un service d'accueil familial spécialisé*

Le Lot-et-Garonne ne dispose pas actuellement de service d'accueil familial spécialisé, ce qui a été pointé à plusieurs reprises lors de l'état des lieux comme limite en particulier pour des jeunes souffrant de troubles de la personnalité et qui ne peuvent pas s'adapter à un cadre de vie collectif. L'ASE signale aussi des situations d'enfants handicapés bénéficiant d'un placement familial socio-éducatif qui mettent en difficulté les accueillants non formés à ce public. De leur côté, des parents d'enfants lourdement handicapés font part de leur souhait de pouvoir bénéficier de moments de répit pour pouvoir souffler ou se consacrer aux autres enfants de la fratrie.

La création d'un service d'accueil familial spécialisé permanent ou temporaire paraît donc nécessaire.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ACCUEIL FAMILIAL SPECIALISE PERMANENT OU TEMPORAIRE

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

CONSTATS :

- Demande des familles ayant des enfants en difficulté motrice ou psychologique de pouvoir disposer de **moments de répit** pour des week-ends, des vacances ou pendant la semaine
- Augmentation des troubles psychologiques chez les enfants orientés en famille d'accueil socio-éducatif et qui ont des difficultés en internat

BESOINS :

- Principalement des enfants présentant des troubles lourds, qui affectent leur quotidien et celui de leur famille

TERRITOIRE : Ensemble du département

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Favoriser un **cadre contenant, sécurisant, et soignant**
- **Apporter un soutien à la parentalité**
- **Assurer la formation et l'accompagnement** (volet thérapeutique) **des assistants familiaux** et leur permettre de recourir à un plateau technique

Pilotage, partenariats pour la réalisation

PILOTAGE : DDASS, Conseil général

PARTENAIRES : Associations, Hôpitaux, MDPH

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

Dépôt du projet **fin 2009**

Financement (coût de l'action et financeurs)

CNSA

Evaluation et indicateurs de suivi

- Nombre de familles d'accueil formées
- Nombre de jeunes suivis

3.2 – Favoriser les actions de coopération entre la psychiatrie infanto-juvénile et le secteur médico-social

Les liens entre le secteur médico-social et la psychiatrie infanto-juvénile sont nécessairement étroits pour la prise en charge de certains jeunes qui se réalise de manière conjointe ou alternée.

Pour autant, le constat de la nécessité d'une amélioration de la connaissance et de la compréhension des logiques d'intervention des deux secteurs et de leurs contraintes est partagé par les deux secteurs.

Ce besoin a été exprimé par l'ensemble des acteurs tant à l'occasion des travaux du diagnostic du schéma de l'enfance handicapée que lors de la table ronde les rassemblant autour de la thématique relative à l'hospitalisation des enfants et des adolescents, lors du déplacement de la mission d'appui en santé mentale en janvier 2009.

La mission dans son rapport remis en juin 2009, préconise à cet égard :

-
-
-



3.3- Moderniser les modes de gestion des établissements et services médico-sociaux

Les articles L312-7 et L313-11 du code de l'action sociale et des familles introduits par la loi du 2 janvier 2002 se complètent pour coordonner et sécuriser les acteurs médico-sociaux à l'aide de deux nouveaux outils que sont la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens et le groupement de coopération sociale et médico-sociale.

3.3.1- Accentuer l'effort de contractualisation

Les objectifs poursuivis par le développement de la contractualisation dans le secteur médico-social sont de deux ordres :

- engager le passage d'une tutelle budgétaire a priori à un contrôle d'efficience à posteriori visant à vérifier l'adéquation entre les moyens alloués, l'activité réelle et les résultats,
- responsabiliser et sécuriser les gestionnaires au travers d'engagements les liant pour 5 ans avec les autorités publiques.

Au 15 septembre 2008, 152 CPOM avaient été signés en France dont 86% pour le secteur Handicap.

La priorité de ces CPOM se traduit surtout par la mise en œuvre d'une meilleure régulation budgétaire et d'une optimisation de l'emploi des fonds publics. Celle-ci repose massivement sur les 4 piliers que constituent les objectifs de :

- restructuration et redéploiements (30%)
- maîtrise des coûts (26%)
- convergence tarifaire (18%)
- retour à l'équilibre (17%).

Pour le département, deux CPOM seront finalisés avant la fin de l'année 2009 :

- l'un au profit de l'ALGEEI pour l'ensemble de ses établissements et services sous compétence Etat dans le département,
- l'autre au profit de Solincité pour ses structures bénéficiant de crédits d'assurance maladie.

Ce processus de contractualisation devra être étendu aux autres associations assurant des prestations d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

3.3.2- Faciliter le développement des GCSMS

Les nouvelles législations mettent toutes l'accent sur le thème de la proximité à l'utilisateur, la prise en charge et l'accompagnement individualisés, la continuité et la diversification de la réponse sociale ou médico-sociale, le maintien en milieu de vie ordinaire. Dans un secteur marqué par la dispersion et l'éventail des réponses, elles ont aussi défini les modes d'intervention les plus aptes à satisfaire à ces objectifs.

Ces nouveaux modes d'intervention que sont la contractualisation, la coopération et les réseaux permettent de mieux structurer la réponse aux besoins à partir de la personne et de construire son parcours de manière optimale.

Le cadre privilégié de ces coopérations est aujourd'hui le groupement de coopération sociale et médico-social qui constitue un outil actuel de mutualisation :

- des compétences dans un contexte où les exigences à l'égard des professionnels sont majorées,
- des moyens dans un contexte de maîtrise des moyens.

Aussi, les souhaits de coopération exprimés par l'ensemble des acteurs tout au long des travaux du schéma devront se formaliser de manière conventionnelle ou structurelle sous forme de groupement de coopération.

3.3.3- Evaluer la qualité du service rendu

L'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles crée l'obligation pour les établissements et services de « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* ».

L'évaluation instaure un processus global et cohérent de conduite du changement, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des prestations.

Les objectifs poursuivis sont de :

- faire évoluer les pratiques et les compétences,
- produire des connaissances pour nourrir la décision,
- renouveler le dialogue,
- valoriser l'action conduite,
- s'adapter et anticiper les besoins sociaux,
- interpeller, pour contribuer à l'évolution du secteur.

Les établissements et services du département sont dans des situations diverses à l'égard de cette nouvelle obligation. Ceux qui ont, d'ores et déjà, procédé à leur évaluation interne devront souscrire aux procédures de l'évaluation externe, les autres doivent, sans tarder, mettre en définir et mettre en œuvre les modalités de leur évaluation interne.

3.4 – Encourager la formation et l'information des professionnels

L'état des lieux et les débats lors des réunions territoriales ont mis en évidence un besoin important, de davantage de temps pour les professionnels à consacrer aux échanges avec leurs partenaires, non seulement autour des situations individuelles qui leur sont confiées mais également pour améliorer la connaissance réciproque qu'ils peuvent avoir de leurs missions et de leurs pratiques. Dans cette perspective, il a notamment été proposé de mettre en place une « action de supervision et d'analyse des pratiques au niveau des équipes de soins ».

En outre, la remise à jour des connaissances des professionnels et l'élargissement de leurs compétences apparaît comme une nécessité en particulier autour des spécificités de certains publics (notamment jeunes autistes), autour des évolutions législatives et des obligations en découlant, autour de la mise en œuvre de réseaux répondant à divers objectifs comme, par exemple, l'insertion professionnelle.

Les Plans de formation des salariés des établissements devront, sur la base des besoins préalablement recensés, être construits pour répondre à leurs attentes et leur permettre d'anticiper par rapport aux compétences qu'il leur faudra déployer pour s'investir dans de nouveaux projets.

Par ailleurs, plusieurs fiches-actions ont pour vocation de favoriser les échanges entre professionnels et de permettre une meilleure circulation de l'information, au niveau départemental ou au niveau infradépartemental.

AXE 4 :

DEVELOPPER LES ACTIONS D'ANIMATION, DE REGULATION ET DE COORDINATION DES DISPOSITIFS

4.1 – Le renforcement du positionnement de la MDPH

Depuis sa création la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Lot-et-Garonne a souhaité se positionner comme un lieu de ressources et d'appuis pour les enfants handicapés et leurs familles. La MDPH se propose de renforcer dans le cadre du Schéma de l'enfance et adolescence handicapées, son action par le développement de quatre actions essentielles visant à l'observation des publics, l'animation et la coordination des acteurs.

4.11 Fonction d'observation des publics

L'objectif est la mise en place d'un dispositif d'observation partagé et transversal pour recueillir les données de connaissances relatives aux différentes déficiences par l'utilisation des outils d'évaluation et notamment le GEVA.

GEVA – Guide d'évaluation multidimensionnelle des besoins de compensation de la personne handicapée

Outil méthodologique réglementaire²⁹ qui permet aux équipes pluridisciplinaires des MDPH de structurer la démarche d'évaluation de la situation des personnes en situation de handicap afin d'appréhender :

- Leurs aspirations, attentes, besoins, projets, objectifs et souhaits ;
- Les caractéristiques de leur environnement (lieu de vie, ressources, contraintes) ;
- Les aspects médico-psychologiques et les aptitudes à réaliser certaines activités.

Depuis 2007, la MDPH s'est engagée dans une démarche de construction d'un observatoire du handicap. Cet observatoire devra permettre, à moyen terme, la collecte et la diffusion d'une information en continu sur les besoins et attentes des enfants et adolescents handicapés vivant sur le territoire départemental. Dans cette fonction, la MDPH tend à promouvoir et à vulgariser une meilleure connaissance des publics et des handicaps afin de favoriser l'intégration des enfants et adolescents handicapés dans la vie scolaire et sociale.

4.12 Fonction d'accueil et d'information

Cette fonction vise à la formalisation d'une véritable fonction d'accueil et d'information se traduisant par la création de bases de données pour les usagers et les professionnels et l'installation de pôles ressources spécialisés. La MDPH mettra à disposition des parents d'enfants en situation de handicap et des professionnels, des informations sur les établissements et services en matière de prise en charge et d'accompagnement des enfants handicapés.

Des actions ciblées pourront être mises en œuvre sur des déficiences ou des thématiques particulières. Pour cela, la MDPH s'appuiera sur le dispositif conventionnel qu'elle a su tisser depuis sa création, associant des centres de ressources départementaux ou régionaux. Cette action d'information s'articulera autour d'un site Internet ouvert aux parents d'enfants en situation de handicap et aux professionnels (cf fiche-action 9).

²⁹ Décret n° 2008-110 du 6 février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées

Par ailleurs, dans le cadre du Schéma, la MDPH organisera un pôle ressources concernant les jeunes présentant des troubles de la personnalité. La sensibilisation des acteurs autour d'actions d'information, de formation et d'échanges de pratiques doit permettre à terme de concourir au rapprochement des différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (cf. fiche-action 10).

DOCUMENT DE TRAVAIL

MISE EN PLACE D'UN OUTIL D'INFORMATION DES PRESTATIONS DES DIFFERENTS PARTENAIRES

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

BESOINS : Amélioration de l'information

- des jeunes et de leur famille
- des partenaires : établissements, associations, institutionnels

TERRITOIRE : Département du Lot-et-Garonne

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- REGROUPEMENT DES INFORMATIONS
- ACCES PRATIQUE AUX INFORMATIONS ET MISE EN RESEAU: Création et utilisation d'un support internet

Pilotage, partenariats pour la réalisation

PILOTAGE : MDPH

PARTENARIATS : Etablissements, Associations, CREAHI, Conseil Général, DDASS, Education nationale, CFA, Jeunesse et sports

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

- DIAGNOSTIC DE L'EXISTANT : répertorier les centres d'information et les sites internet existant (CREAHI, associations, Conseil Général, autres administrations et collectivités territoriales)
- Accord de mise en réseau des informations
- Création et mise en ligne du site internet

Financement (coût de l'action et financeurs)

MDPH

Evaluation et indicateurs de suivi

- Statistiques de fréquentation du site
- Page suggestions : une rubrique « vos remarques »

CREATION D'UN POLE RESSOURCE « FORMATION-ECHANGES » CONCERNANT LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Constats : besoins repérés ; public et territoire concernés

- Absence d'un lien « ressource » repérable par l'ensemble des professionnels
- Manque de communication et de liens entre les différents partenaires de l'Education nationale, du soin et des établissements médico-sociaux

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Disposer d'un lieu « ressource » de compétences et d'information
- Renforcer les rencontres et les partenariats entre les professionnels
- Améliorer les conditions de la sensibilisation, de l'information des enseignants et des AVS à ces problématiques
- Organiser des délégations par secteur géographique

Pilotage, partenariats pour la réalisation

MDPH, DDASS puis ARS, Education nationale, Conseil général, Conseil régional, Pédopsychiatrie
Etablissements et services médico-sociaux

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

2010 : Mise en place d'un groupe de travail pour mettre en œuvre le projet.

Financement (coût de l'action et financeurs)

Tous les partenaires concernés.

Evaluation et indicateurs de suivi

Effectivité du pôle ressource et du maillage par secteur.

4.13 - Fonction de coordination des projets personnalisés

L'évaluation des situations individuelles des enfants doit permettre l'émergence d'un plan personnalisé de compensation pour chaque enfant en situation de handicap. La Maison Départementale des Personnes Handicapées joue un rôle pivot en la matière dans le sens où elle a à connaître les différents projets articulés autour de l'enfant. La Maison Départementale des Personnes Handicapées veillera à assurer la coordination et la mise en cohérence des différents projets dans le respect des droits fondamentaux de l'enfant et des prérogatives de chaque partenaire.

4.14 - Fonction de coordination des acteurs

La Maison Départementale des Personnes Handicapées, véritable lieu de promotion et d'échanges, est repérée par les acteurs comme une réelle opportunité de décloisonnement des approches institutionnelles, des dispositifs et des acteurs. La Maison Départementale des Personnes Handicapées a vocation à fédérer autour d'elle un réseau d'acteurs afin d'être en mesure, pour chaque enfant de disposer de l'expertise nécessaire pour l'évaluation des besoins et construire un plan d'aide.

Le partage d'informations et la coordination des acteurs autour des projets individualisés des enfants devront permettre de générer entre eux davantage de transversalité et de polyvalence.

4.2 Création d'un dispositif départemental de coordination territorialisé

4.2.1 – Le Comité départemental de concertation et les plateformes territoriales (cf. fiche-action 11)

Un comité départemental de concertation sera constitué et réunira les directeurs d'établissements et services du champ de l'Enfance handicapée, l'Education nationale, le Conseil général et la DDASS.

Ce Comité s'assurera de :

- la mise en place de plateformes territoriales de concertation sur les 3 territoires du département : Agen/Nérac, Marmande/Tonneins, Villeneuve-sur-Lot/Fumel
- l'animation de la politique départementale à travers notamment la coordination effective de ces plateformes et la prise en compte de leurs travaux et productions
- l'accompagnement des structures et des professionnels dans la mise en œuvre des recommandations figurant dans le Schéma (mise en place de réseaux, de groupes de travail, de formations...)

4.2.2 – Le suivi du Schéma

En outre, le Comité départemental sera chargé de suivre la mise en œuvre des actions et des préconisations retenues dans ce Schéma en proposant des outils d'évaluation adaptés et en identifiant les éventuels obstacles et difficultés rencontrés.

Le Comité départemental de concertation devra réaliser un bilan annuel dans un rapport qui sera présenté devant le Conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH).

CONCERTATION DES ACTEURS ET MISE EN COHERENCE DES DISPOSITIFS

Constats

Le diagnostic préalable au Schéma, les échanges à l'occasion des réunions territoriales et surtout lors des réunions des groupes de travail ont mis en évidence de manière particulièrement nette le besoin de connaissance réciproque et de coordination des acteurs.

Ce besoin s'exprime tant à l'égard des partages de compétences, qu'à l'égard des problématiques posées par une situation donnée, ou qu'à la définition et à la mise en œuvre de projets personnalisés basés sur un accompagnement séquentiel...

Objectifs opérationnels de l'action, résultats attendus

- Création d'un **Comité de concertation** des directeurs d'établissements et services du champ de l'Enfance handicapée et de l'Education nationale, du Conseil général et de la DDASS
- Création de **3 plateformes locales** de concertation rassemblant l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des enfants et adolescents handicapés, instances de mise en œuvre des complémentarités institutionnelles et ayant un rôle de coordination autour de l'enfant

Pilotage, partenariats pour la réalisation

Pilotage : DDASS, Conseil général, Education nationale

Partenariats : établissements et services concernés par la prise en charge d'enfants et d'adolescents présentant un handicap, des secteurs de l'Education nationale, du médico-social, du social et du sanitaire

Etapas et dates prévisionnelles de réalisation

- Mise en place d'un groupe de travail ad hoc chargé de la rédaction d'une Charte de fonctionnement de ces différentes instances dans les 6 mois suivant l'adoption du Schéma
- Mise en place effective des plates-formes et du Comité départemental au 1^{er} trimestre 2010

Financement (coût de l'action et financeurs)

A évaluer

Evaluation et indicateurs de suivi

- Nombre de signataires de la Charte
- Nombre de réunions et nombres d'acteurs participant aux réunions
- Nombre de projets issus, améliorés ou réorientés en lien avec les réflexions collectives

**Les orientations stratégiques
et les actions programmées
par le Schéma départemental**

Tableau de synthèse

	Actions programmées par le Schéma départemental	Calendrier	Les autres axes de travail à favoriser
<p>Axe 1 : Améliorer les modalités d'accompagnement et de soutien des familles</p>	<p>→ Création de lieux d'information dans les 3 territoires du département (cf. <i>Fiche action 1</i>)</p> <p>→ Organisation d'une journée partenariale d'information (cf. <i>Fiche action 1</i>)</p> <p>→ Création d'une Maison départementale des adolescents, intégrant notamment les problématiques liées aux handicaps</p> <p>→ Développement de projets d'accueil séquentiels, à partir de diagnostics partagés et de complémentarités institutionnelles (cf. <i>Fiche action 2</i>)</p> <p>→ Organisation d'un groupe d'expression et d'échanges, piloté par la MDPH, pour les aidants familiaux</p>	<p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Ouverture en 2010</p> <p>2010 : repérage des besoins, mise en place groupe de travail</p> <p>Sur la durée du Schéma</p>	<p>→ Encourager la formation en milieu hospitalier, notamment sur l'annonce du handicap</p> <p>→ Réaliser des actions d'accompagnement à destination des familles</p> <p>→ Favoriser l'expression des souhaits dans les Projets personnalisés</p> <p>→ Mettre en place des formations à destination des aidants familiaux après analyse des besoins</p>
<p>Axe 2 : Favoriser les actions visant à garantir l'exercice des droits fondamentaux des jeunes handicapés</p>	<p>→ Mise en œuvre du décret et de l'arrêté du 2 avril 2009, relatifs à la scolarisation des jeunes handicapés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conventions de fonctionnement des unités d'enseignement au sein des ESMS • conventions de coopération entre établissements scolaires et ESMS • articulation des projets personnalisés de scolarisation avec les projets individualisés d'accompagnements en ESMS • mise en place d'un groupe technique départemental de suivi de scolarisation <p>→ Poursuite du développement concerté de classes d'intégration (CLIS et UPI) et des SESSAD</p> <p>→ Réalisation de formations pour les Auxiliaires de vie scolaire et recherche de stabilité de ces AVS auprès des enfants accompagnés</p> <p>→ Organisation d'une journée d'information sur l'insertion professionnelle des jeunes handicapés, ses dispositifs et ses acteurs (cf. <i>Fiche action 3</i>)</p> <p>→ Création d'un annuaire des dispositifs et partenaires (cf. <i>Fiche action 4</i>)</p> <p>→ Création d'un outil de conventionnement entre les différents acteurs de l'insertion socioprofessionnelle (cf. <i>Fiche action 4</i>)</p> <p>→ Création d'une offre territorialisée d'accompagnement et de suivi individualisés de l'insertion socioprofessionnelle (cf. <i>Fiche action 4</i>)</p> <p>→ Signature d'une convention de partenariats entre les ESMS et le Comité départemental de sport adapté pour favoriser les activités physiques et sportives dans les établissements (cf. <i>Fiche action 5</i>)</p> <p>→ Réalisation d'une enquête sur les modalités d'accueil et de prise en charge des jeunes handicapés dans les accueils de loisirs (cf. <i>Fiche action 6</i>)</p> <p>→ Détermination et mise en œuvre d'un plan d'action en vue de faciliter l'accès aux accueils de loisirs pour les jeunes handicapés (cf. <i>Fiche action 6</i>)</p>	<p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Diffusion : décembre 2009</p> <p>Février 2010</p> <p>Dès que possible</p> <p>2009</p> <p>2009</p> <p>2010 - 2013</p>	<p>→ Favoriser la mise en œuvre des recommandations de la HALDE sur la scolarisation des jeunes handicapés</p> <p>→ Soutenir les plans d'action pluriannuels du PDJTH en faveur de l'emploi des personnes handicapées</p> <p>→ Préparer l'entrée dans les structures médico-sociales destinées aux adultes handicapés</p> <p>→ Favoriser les stages dans les établissements pour adultes handicapés et leur prise en charge financière</p> <p>→ Favoriser la diffusion d'information sur les handicaps auprès des Clubs sportifs</p> <p>→ Envisager une enquête auprès des Clubs sportifs sur les conditions à réunir pour favoriser l'accueil de jeunes handicapés</p> <p>→ Favoriser et développer les partenariats, les concertations et la circulation de l'information pour rendre cohérents et articulés les différents projets des jeunes</p>

	Actions programmées par le Schéma départemental	Calendrier	Les autres axes de travail à favoriser
<p>Axe 3 :</p> <p>Accompagner l'adaptation de l'offre médico-sociale</p>	<p>→ Création d'un CAMSP sur Marmande</p> <p>→ Développement de places d'accueil spécifiques à destination des jeunes présentant des troubles envahissants du développement, notamment autistes, avec une diversité de modalités d'accompagnement et de scolarisation (cf. <i>Fiche action 7</i>)</p> <p>→ Incitation des professionnels des ESMS et de l'Education nationale à suivre des formations spécifiques sur l'autisme et les TED (cf. <i>Fiche action 7</i>)</p> <p>→ Travail sur la transition des jeunes présentant des TED vers la vie adulte, avec les accompagnements nécessaires et en évitant les ruptures (cf. <i>Fiche action 7</i>)</p> <p>→ Création d'un service d'accueil familial spécialisé permanent ou temporaire, offrant un soutien à la parentalité et ce, en assurant la formation et l'accompagnement des assistants familiaux et leur insertion dans une équipe médico-éducative (cf. <i>Fiche action 8</i>).</p> <p>→ Modernisation des modes de gestion des ESMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accentuer l'effort de contractualisation dans le secteur médico-social au travers de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) • Faciliter le développement des Groupements de coopération entre ESMS • Evaluer la qualité du service rendu, à travers les procédures d'évaluation interne et d'évaluation externe 	<p>Ouverture 2011</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Dépôt du projet fin 2009</p> <p>Sur la durée du Schéma</p>	<p>→ Veiller, dans le cadre des créations et extensions d'établissements ou de services pour jeunes handicapés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à développer une offre de service pour les jeunes présentant des handicaps pour lesquels les solutions sont insuffisantes ou inexistantes dans le département • à réduire les écarts qui existent entre les différents territoires du département, entre les différentes modalités d'accueil <p>→ Favoriser les actions de coopération entre la psychiatrie infanto-juvénile et le secteur médico-social</p> <p>→ Inciter les ESMS à repérer des besoins de formation des salariés, en fonction des évolutions du secteur médico-social, des publics accompagnés et des projets institutionnels, pour une inscription dans les Plans de formation</p> <p>→ Favoriser les actions de supervision et d'analyse des pratiques au sein des équipes de soins</p>
<p>Axe 4 :</p> <p>Développer les actions d'animation, de régulation et de coordination des dispositifs</p>	<p>→ Renforcement du positionnement de la MDPH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un dispositif d'observation partagé et transversal des caractéristiques et des besoins de la population handicapée dans le Lot-et-Garonne • Formaliser la fonction d'accueil et d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Création d'un outil d'information en ligne sur les prestations existantes, les établissements et services, les accompagnements... (cf. <i>Fiche action 9</i>) - Création d'un pôle ressource "Formation – échanges" autour des jeunes présentant des troubles de la personnalité (cf. <i>Fiche action 10</i>) • Veiller à assurer la coordination et la mise en cohérence des différents projets des jeunes handicapés • Fédérer le réseau d'acteurs du champ du handicap, pour un décloisonnement des approches, des dispositifs et des acteurs <p>→ Création d'un dispositif départemental de coordination territorialisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un Comité départemental et de 3 plateformes territoriales de concertation (cf. <i>Fiche action 11</i>), pour animer la politique départementale et accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des recommandations du Schéma • Suivi du Schéma et réalisation d'un bilan annuel à destination du CDCPH 	<p>Travail en cours</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>2010 : mise en place d'un groupe de travail</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>Sur la durée du Schéma</p> <p>1^{er} trimestre 2010 : mise en place des plateformes et du Comité départemental</p>	

Annexes

Glossaire

AED/AEMO	Action éducation à domicile/en milieu ouvert	PDITH	Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés
AEEH/AES	Allocation d'éducation à l'enfant handicapé (ex allocation d'éducation spéciale)	PJJ	Projection judiciaire de la jeunesse
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées	PMI	Protection maternelle et infantile
ALGEEI	Association laïque de gestion d'établissements d'éducation et d'insertion	PPS	Projet personnalisé de scolarisation
APRES	Association protestante régionale d'écoute et de soutien	PRIAC	Programme interrégional d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé	RESEDA	Réseau départemental d'aide aux adolescents difficiles
ASE	Aide sociale à l'enfance	SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
ASH	Aide et soutien aux élèves handicapés	SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
ASPP	Association de soutien et de promotion de la personne	SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
CAF	Caisse d'allocations familiales	SRFPH	Schéma régional de formation des personnes handicapées
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce	SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	SSEFIS	Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
CCAS	Centre communal d'action sociale	SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	SVA	Site pour la vie autonome (aujourd'hui supprimé et intégré aux MDPH)
CDCPH	Conseil départemental consultatif des personnes handicapées	TED	Troubles envahissants du développement
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale	UPI	Unité pédagogique d'intégration
CDSA	Comité départemental de sport adapté		
CFA	Centre de formation d'apprentis		
CFTMEA	Classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents		
CGI	Centre de guidance infantile		
CHD	Centre hospitalier départemental		
CLIS	Classe d'intégration scolaire		
CMP	Centre médico-psychologique		
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique		
CODAJE	Comité départemental pour l'accueil des jeunes enfants		
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel		
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens		
CREAHI	Centre régional d'études et d'actions sur les handicaps et les inadaptations		
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale		
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales		
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports		
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle		
EEAP	Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés		
EREA	Etablissement régional d'enseignement adapté		
ESAT	Etablissements et services d'aide par le travail		
ESMS	Etablissements sociaux et médico-sociaux		
EVS	Emploi de vie scolaire		
FAM	Foyer d'accueil médicalisé		
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale		
GEVA	Guide d'évaluation multidimensionnelle		
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité		
IME	Institut médico-éducatif		
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques		
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ex IR : Institut de rééducation)		
MAS	Maison d'accueil spécialisée		
MDA	Maison des adolescents		
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées		
MECS	Maison d'enfants à caractère social		
MSA	Mutualité sociale agricole		

Le Plan d'action pluriannuel 2009/2010 du PDITH 47

Axes de travail

Axe 1 : Accès à la formation des personnes handicapées (Qualification et professionnalisation)

- Assurer un taux de couverture maximum des services par rapport à la population DETH
- Initier et soutenir toute action visant à favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun, en matière de formation, d'accès à la qualification et de professionnalisation des personnes handicapées
- Adapter et faire évoluer les actions de formation spécifiques (Formations courtes Agefiph...) en fonction des besoins du territoire (Adéquation entre public/actions de formation/ besoins des entreprises et environnement économique)
- Contribuer, sous l'égide du département « Formation » de l'Agefiph à l'élaboration et à la mise en œuvre d'outils, de méthodologies et de démarches de suivi et d'évaluation des dispositifs et actions de formation en faveur des personnes handicapées
- Développer la notion de « **parcours** de formation et d'accès à la qualification » et favoriser les passerelles entre « Droit Commun » et « Spécifique »
- Mobiliser, Animer et renforcer le partenariat local - capitaliser et valoriser l'expérience du réseau de professionnels de la formation oeuvrant en faveur des personnes handicapées
- Collaborer à la mise en œuvre d'actions pilotes et expérimentales en matière d'accès à la formation des personnes handicapées
- Conforter le partenariat avec le SRFPH et participation aux actions visant à informer et à professionnaliser les acteurs du dispositif d'orientation et d'insertion des travailleurs handicapés

Axe 2 : Développer l'accès durable à l'emploi des personnes handicapées

- Soutenir l'activité de placement des DETH (Pôle Emploi, Cap Emploi, Missions Locales), à travers des mesures d'accompagnement de différents niveaux
- Optimiser la complémentarité entre le Pôle Emploi et le Cap Emploi sur l'accompagnement des DETH dans le cadre des différentes politiques publiques, dispositifs et mesures mobilisables

- Optimiser l'articulation entre les acteurs et actions du PDITH et la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), notamment au regard de la convention partenariale signée en 2008 entre le SPE et la MDPH
- Collaborer activement aux actions développées dans le cadre des SPEL (Services Publics pour l'Emploi Locaux)
- Contribuer au développement de toutes les démarches visant à informer, sensibiliser, mobiliser les employeurs et entreprises autour de l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés, de l'obligation légale des entreprises, des dispositions particulières liées à l'embauche de travailleurs handicapés...etc
- Initier et développer un partenariat renforcé avec les structures partenaires en charge de l'action « quota zéro », pilotée par l'Agefiph
- Favoriser les liens et les échanges d'informations et de pratiques entre les acteurs spécialisés concernés par l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées. Identifier et analyser les freins et difficultés à l'emploi des PH et contribuer à la recherche de solutions communes

Axe 3 : « Le maintien dans l'emploi et le reclassement des salariés menacés d'inaptitude », en déclinaison de la charte régionale de collaboration interinstitutionnelle pour le Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées en Aquitaine.

- Concourir et contribuer au développement et à la mise en œuvre de toute action visant à maintenir dans l'emploi ou dans l'entreprise, les salariés menacés d'inaptitude. A défaut, rechercher une solution de reclassement externe immédiat après la rupture du contrat de travail
- Créer des liens et favoriser l'échange et la concertation entre les acteurs du département en charge du Maintien dans l'Emploi et ce, afin d'identifier et de prévenir le plus tôt possible les risques de licenciement pour inaptitude physique et permettre au plus grand nombre d'opérateurs d'assurer un fonctionnement optimal du dispositif de maintien dans l'emploi
- Initier une réflexion autour de l'élaboration d'une Charte Départementale du Dispositif de Maintien dans l'Emploi, ayant pour objectifs de : Préciser les engagements et l'intervention de chaque structure et partenaire, de définir, d'améliorer le service rendu et la détection précoce, de réguler l'activité du dispositif opérationnel en veillant au respect des procédures définies en commun, de contribuer au développement d'une politique de communication partagée et de déterminer des indicateurs pour l'évaluation du dispositif départemental
(Les acteurs : MDPH, CAP EMPLOI, SAMETH, Médecine du Travail, CRAMA, MSA...)

Axe 4 : Le lien entre le milieu ordinaire et le milieu protégé

- Collaborer à toute action visant à favoriser la mobilité professionnelle des salariés d'Entreprises Adaptées et des personnes handicapées travaillant en milieu protégé (ESAT)
- Soutenir toute initiative visant l'évitement du milieu protégé pour les personnes handicapées
- Contribuer à la mise en œuvre et à la pérennisation d'actions et de structures proposant l'accompagnement renforcé des personnes handicapées quittant le milieu protégé pour aller travailler en milieu ordinaire et favorisant ainsi le maintien durable dans l'emploi des personnes handicapées
- Conforter et développer le travail partenarial avec les ESAT et les EA (Entreprises Adaptées), pour une meilleure connaissance des publics, des besoins des entreprises et une amélioration de la qualité et de l'efficacité des services proposés et de l'accompagnement des personnes handicapées
- Favoriser la reconnaissance sociale et professionnelle des ouvriers/salariés d'ESAT et d'EA et encourager la construction de parcours vers la formation qualifiante pour certains d'entre eux (VAE...)

Axe 5 : Actions Transversales

Objectifs :

- Assurer la dynamique du programme et la réalisation des orientations définies par le Comité de Pilotage
- Promouvoir le rôle et les actions du PDITH 47 (Espace d'échanges et de réflexion, de régulation/médiation...). Aiguillage de l'information en direction des pilotes du PDITH, des partenaires et de l'extérieur
- Participer à la diffusion d'informations relatives à l'insertion professionnelle des handicapées (Banque de données, Centre ressources et d'information...)
- Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de communication concertée visant à partager une culture, une démarche, une méthodologie, des valeurs, à conforter la notion et « l'identité » de réseau/dispositif départemental, à mettre en cohérence les interventions de chacun et l'action collective et, in fine, à améliorer le service rendu aux personnes handicapées du Lot et Garonne
- Participation à toutes manifestations ou événements en lien avec le handicap, l'accès à la formation et à l'emploi des PH.

Plan d'action 2009 - 2010 PDITH 47
Déclinaison opérationnelle

AXES PRIORITAIRES	OBJECTIFS ATTENDUS // Convention cadre 2008 / 2010	DECLINAISON OPERATIONNELLE
<p>Axe 1 Formation – Qualification des personnes handicapées</p>	<p>Assurer un taux de couverture maximum des services proposés au public DETH Favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun (formation, qualification, professionnalisation des personnes handicapées) Mise en œuvre et développement d'actions de formation spécifiques en lien avec les besoins des publics et des territoires (Adéquation « Homme/Projet/Environnement économique ») Collaborer aux travaux de l'Agefiph en matière d'ingénierie de formation, de méthodologie, d'évaluation... Développer la notion de « parcours de formation et d'accès à la qualification », favoriser les passerelles entre « Droit Commun » et « Spécifique ». Mobiliser, animer et renforcer le partenariat local. Capitaliser et valoriser l'expérience du réseau départemental de professionnels de la formation intervenant en direction des personnes handicapées. Collaborer à la mise en œuvre d'actions pilotes et expérimentales en matière d'accès à la formation des personnes handicapées. Conforter le partenariat avec le SRFPH et soutenir toute initiative visant à former et professionnaliser les intervenants du réseau</p>	<p>Renouvellement de l'action expérimentale « évitement du milieu protégé ». Mise en place et animation d'un groupe de travail thématique autour de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboration d'un diagnostic/repérage local faisant apparaître les besoins en formation, les secteurs d'activité en tension, les besoins en main d'œuvre et en qualification du territoire à court, moyen et plus long terme... ▪ Création d'outils et de méthodologies de suivi et d'évaluation du dispositif de Formation en collaboration avec le département Formation de l'Agefiph. ▪ Capitalisation des savoirs-faires et harmonisation des pratiques en 47 en matière de suivi/pilotage des actions de formation, et d'adaptation des actions aux évolutions de l'environnement économique (marché de l'emploi). </p>
<p>Axe 2 L'accès durable à l'emploi des personnes handicapées</p>	<p>Soutenir l'activité de placement des DETH (Pôle Emploi, Cap Emploi, Missions Locales...) à travers les mesures d'accompagnement de différents niveaux Optimiser la complémentarité entre les prescripteurs sur l'accompagnement des DETH dans le cadre des différentes politiques publiques, dispositifs et mesures mobilisables Collaborer aux actions développées dans le cadre des Services Publics pour l'Emploi Locaux Optimiser l'articulation entre PDITH et MDPH, notamment au regard de la convention partenariale signée en 2008 entre le SPE et la MDPH Initier, accompagner, soutenir toute initiative visant à informer/sensibiliser les entreprises autour des mesures d'accès à l'emploi des TH, de l'obligation légale des entreprises, des aides à l'embauche des TH... Favoriser les liens et échanges d'informations et de pratiques entre les acteurs spécialisés concernés par l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi</p>	<p>Identification et analyse des freins et difficultés d'accès à l'emploi des TH, recherche et mise en œuvre de solutions communes. Recueil et partage des données et éléments de connaissance avec les acteurs spécialisés concernés par l'insertion professionnelle des TH / Observatoire . Réflexion autour de la création d'un espace informatique accessible aux professionnels et proposant en libre accès, toutes les données chiffrées et économiques relatives au public TH, à l'emploi, aux entreprises du territoire....(Lieu ressource, banque de données...) . Accompagnement des professionnels du réseau dans tous démarches liées à l'information des entreprises et à l'insertion des TH (Ex : Mise en place de formations de tuteurs en entreprise/Handi Emploi, Organisation d'une journée « Portes Ouvertes » des ESAT et EA à destination des entreprises à quota Zéro,... . Création d'un groupe de travail thématique autour des problématiques Emploi et Insertion Professionnelle des Travailleurs Handicapés (Pôle Emploi, Cap Emploi,</p>

	<p>des personnes handicapées et contribuer à la recherche de solutions communes.</p>	<p>Missions Locales, Représentants d'entreprises et/ou de branches professionnelles...) . Elaboration, par le PDITH, d'un livret recensant l'ensemble des acteurs opérationnels et intervenants du dispositif départemental d'orientation et d'insertion des travailleurs handicapés. . Contribuer au renforcement du dispositif d'orientation professionnelle des personnes handicapées, sollicitant les services de la MDPH (Convention partenariale, renforcement des moyens humains, techniques et financiers...)</p>
<p>Axe 3 Le Maintien dans l'Emploi des personnes handicapées</p>	<p>Concourir et contribuer au développement et à la mise en œuvre d'actions visant à maintenir dans l'emploi où dans l'entreprise, les salariés menacés d'incapacité. A défaut, rechercher une solution de reclassement externe immédiat après la rupture du contrat de travail. Créer des liens et favoriser l'échange et la concertation entre les acteurs du département en charge du « Maintien dans l'Emploi » et ce, afin d'identifier et de prévenir le plus tôt possible les risques de licenciement pour inaptitude physique et permettre au plus grand nombre d'opérateurs d'assurer un fonctionnement optimal du dispositif de maintien dans l'emploi.</p>	<p>. Création et animation d'un groupe « Maintien » réunissant l'ensemble des acteurs départementaux concernés par ce champ (MDPH, PDITH, Médecine d' Travail, CRAMA, MSA, SAMETH,...) : Elaboration et signature d'une Charte Qualité Départementale (en déclinaison de la charte régionale Aquitaine), précisant les engagements et champs d'intervention de chacun et ayant pour objectifs la détection précoce des difficultés, la régulation du dispositif opérationnel et l'amélioration du service rendu aux TH et aux entreprises...en veillant au respect des procédures définies en commun, en contribuant au développement d'une politique de communication concertée et en déterminant les indicateurs d'évaluation du dispositif départemental .</p>
<p>Axe 4 Le lien entre le milieu ordinaire et le milieu protégé</p>	<p>Collaborer à toute action visant à favoriser la mobilité professionnelle des salariés d'Entreprises Adaptées et des Personnes Handicapées travaillant en milieu protégé (ESAT). Soutenir toute initiative visant l'évitement du milieu protégé pour les personnes handicapées. Contribuer à la mise en œuvre et à la pérennisation d'actions et de structures proposant un accompagnement renforcé des personnes handicapées quittant le milieu protégé pour aller travailler en milieu ordinaire (Ex : ADRISTH) et favorisant ainsi le maintien durable dans l'emploi, des personnes handicapées. Conforter et développer le travail partenarial avec les EDAT et les EA (Entreprises Adaptées), pour une meilleure connaissance des publics, des besoins des entreprises et une amélioration de la qualité et de l'efficacité des services rendus et de l'accompagnement social et professionnel des PH. Favoriser la reconnaissance socio - professionnelle des ouvriers/salariés d'ESAT et d'EA et encourager la construction de parcours vers la formation qualifiante. Assurer la dynamique du programme et la réalisation effective des orientations définies par le Comité de Pilotage du PDITH 47. Promouvoir le rôle, les actions et la « plus-value » du PDITH 47 (Espace d'échanges, de concertation, de réflexion, de régulation/médiation...). Aiguillage</p>	<p>. Rencontre avec chaque ESAT et EA du département, recueil et recensement des besoins et attentes de chaque structure et mise en place d'un plan d'action pour 2009 et 2010. . Accompagnement et collaboration aux démarches liées aux évolutions du dispositif d'accompagnement des TH issus du milieu protégé et/ou adapté. . Travaux collaboratifs avec les ESAT du Lot et Garonne autour du projet de mise en œuvre du dispositif VAE dans certains établissements (Fiches descriptives de compétences). . Les Entreprises Adaptées : accompagnement de toutes démarches liées à l'amélioration du dispositif, des procédures de recrutement et de suivi des salariés (TH/contrats aidés) au sein des EA du département.</p>
<p>Axe 5 Actions transversales</p>		<p>. Participation/collaboration/contribution à toute manifestation et/ou événement en lien avec le handicap : Semaine pour l'Emploi des Personnes Handicapées (SEPH 2009), Printemps de l'Emploi, colloques, conférences, manifestations locales régionales nationales</p>

	<p>de l'information en direction des pilotes du PDITH, des partenaires, des tutelles et financeurs, de l'extérieur.</p> <p>Participer à la diffusion d'informations relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Banque de données, Centre Ressource et d'information). Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de communication concertée, visant à partager une culture, une démarche, une méthodologie, des valeurs, des projets... à conforter la notion et l'identité de réseau départemental, à mettre en cohérence les interventions de chacun ainsi que l'action collective et, in fine, à améliorer le service rendu aux personnes handicapées du Lot et Garonne. Participer activement à toute manifestation et/ou événement en lien avec le handicap, l'accès à la formation et à l'emploi des personnes handicapées.</p>	<p>. Mise en œuvre et animation de « rencontres professionnelles » à destination des acteurs opérationnels du dispositif départemental d'insertion des travailleurs handicapés, visant à créer un espace/temps d'échange et de concertation entre les professionnels ainsi qu'à poser collectivement les bases/axes de travail du PDITH pour les mois et années à venir.</p> <p>. Contribution active à l'évolution et à l'adaptation du site web : pdithsudouest.org</p> <p>. Elaboration et diffusion, au sein du réseau, d'un « livret » recensant les coordonnées, contacts, noms... de tous les acteurs et interlocuteurs départementaux du dispositif d'orientation et d'insertion des travailleurs handicapés.</p> <p>. Réflexion (en cours) autour de la construction et mise à disposition d'une banque de données départementale, proposant la mise à jour régulière des chiffres, statistiques, analyses et données relatives au handicap sur le département du Lot et Garonne (DETH, secteurs porteurs/en tension...).</p>
--	--	--